

RASSEGNA STAMPA Mercoledì 6 Marzo 2013

COSMED contro l'esclusione dal tavolo per il tempo determinato
DOCTORNEWS

ANAAO Assomed, cambiare davvero sulle specializzazioni mediche
DOCTORNEWS

Specializzazioni mediche. Troise: "Cambiamo le regole di accesso. Servono interventi radicali"
QUOTIDIANO SANITA'

Ministri della Salute Ue: "Far fronte alla crisi non può voler dire tagliare i servizi essenziali"
QUOTIDIANO SANITA'

Settantacinque per cento degli ospedali a rischio sisma
DOCTORNEWS

La genomica entra nel SSN
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Corte di Cassazione: il medico ha il dovere di collaborazione con la struttura ospedaliera
FIMMG

Circolare "corregge" la riforma Fornero. Pensione di vecchiaia con 15 anni di contributi, l'Inps salva le deroghe
IL SECOLO XIX PIU'

L'Ania: r.c. sanitaria l'unica area critica
ITALIA OGGI

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

6 marzo 2013

COSMED CONTRO L'ESCLUSIONE DAL TAVOLO PER IL TEMPO DETERMINATO

La Confederazione sindacale medici e dirigenti insorge contro l'Aran. La protesta della Cosmed è motivata dalla decisione, presa lo scorso 28 febbraio dall'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, di escludere il precariato della dirigenza medica dalle trattative sull'accordo-quadro per il tempo determinato.

Secondo l'Aran, l'atto di indirizzo e le determinazioni del tavolo non riguardano la dirigenza del pubblico impiego, ma unicamente il personale del comparto, per tale ragione sono state escluse le Confederazioni generali rappresentative della dirigenza Confedir (Confederazione dirigenti pubblici), Cida (Confederazione italiana dei dirigenti e delle alte professionalità) e, appunto, Cosmed, che ieri ha emesso un'informativa in proposito. Vi si denunciano le gravi ripercussioni che sarebbero determinate dall'esclusione delle Confederazioni della dirigenza. La Cosmed dichiara che l'interpretazione dell'Aran, se fosse confermata dalla Funzione pubblica, oltre a contravvenire precedenti accordi, costituirebbe un atto politico grave. La confederazione sindacale ricorda infatti «l'assoluta rilevanza del precariato della dirigenza, in particolare medico e sanitario, che coinvolge oltre 15.000 soggetti che svolgono un ruolo centrale nell'erogazione di servizi pubblici essenziali e costituzionalmente garantiti e nella ricerca clinica finalizzata». Se questo ruolo non verrà riconosciuto e sarà confermata la decisione dell'Aran, Cosmed non esiterà ad avviare contenziosi e a mobilitare le categorie interessate. Nel comunicato, firmato dal Segretario generale Costantino Troise, si legge che Cosmed ha già avviato due azioni formali. In primo luogo, ha diffidato l'Aran «ad affrontare argomenti di impatto sul rapporto di lavoro della dirigenza in assenza delle confederazioni generali rappresentative della dirigenza». Inoltre è stato chiesto al Ministro della funzione pubblica di chiarire il perimetro di competenza dell'atto di indirizzo e in che modo saranno coinvolte le Confederazioni generali della dirigenza.

Anaao Assomed, cambiare davvero sulle specializzazioni mediche

L'Anaao Assomed è intervenuta ieri, con un comunicato stampa, sul tema dell'esame di accesso alle scuole di specialità mediche.

Una riforma era stata annunciata dal ministro Francesco Profumo: l'associazione medici dirigenti la giudica necessaria e ritiene che debba essere improntata a un vero cambiamento, con una maggiore attenzione alla realtà lavorativa nella quale il professionista dovrà inserirsi alla fine del percorso di studi.

La prima, fondamentale, richiesta è che il concorso venga svolto su base nazionale, perché «l'Anaao Assomed ritiene giunto il momento di sottrarre spazio ai poteri localistici dei singoli Direttori di scuola». Non più distinto per tipologia di scuola, il concorso deve permettere ai medici neo-laureati «di scegliere, tra tutte le scuole di specializzazione italiane, la preferita per interesse personale, offerta formativa, per opportunità di crescita professionale e approfondimento scientifico».

Nella selezione, la preparazione reale del candidato deve prevalere sui criteri prettamente mnemonici che caratterizzano i concorsi basati su quiz già noti prima dell'esame.

La proposta Anaao Assomed è formulata prestando una particolare attenzione al contesto in cui viviamo; carenza di risorse e incertezza previdenziale impongono una revisione delle tempistiche di accesso al mondo del lavoro. Per abbreviare il periodo formativo, si chiede che la laurea ottenuta dopo i sei anni di studi abbia carattere abilitante e che i tempi del tirocinio formativo vengano rivisti: «per garantire risorse economiche sufficienti, la durata delle scuole andrebbe ridotta, modulandola in base all'indirizzo specialistico, anche per non fornire più alle università manodopera occulta e a basso costo».

In tempi di precariato, secondo l'associazione medici dirigenti occorre ipotizzare diverse modalità di inserimento nel Ssn per coloro che non riescono ad accedere alla specializzazione. «Come avviene in Germania – suggerisce Anaao Assomed - si può pensare a contratti a tempo determinato, rinnovabili, per seguire un percorso strutturato e diventare specialisti».

quotidianosanità.it

Mercoledì 05 MARZO 2013

Specializzazioni mediche. Troise: “Cambiamo le regole di accesso. Servono interventi radicali”

Per l'Anaa Assomed bisogna sottrarre spazio ai poteri localistici dei singoli direttori di scuola. Per accedere alle scuole meglio un concorso su base nazionale. Da rivedere anche i tempi del tirocinio formativo e la durata delle scuole modulandola in base all'indirizzo specialistico.

“La necessaria riforma dell'esame di accesso alle scuole di specialità mediche annunciata dal Ministro (dimissionario) Profumo non può che poggiare su un cambio di prospettiva, uscendo dalla cupola di cristallo universitaria con uno sguardo rivolto alla realtà lavorativa nella quale il professionista dovrà inserirsi”.

La spinta a riformare le regole sulla specializzazione medica arriva dall'Anaa Assomed che chiede interventi radicali e di sistema e non timidi aggiustamenti tesi a non turbare i poteri accademici.

“È arrivato il momento – ha affermato Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed – di sottrarre spazio ai poteri localistici dei singoli Direttori di scuola attraverso un concorso su base nazionale non distinto per tipologia di scuola che permetta ai medici neo-laureati di scegliere, tra tutte le scuole di specializzazione italiane, la preferita per interesse personale, offerta formativa, per opportunità di crescita professionale ed approfondimento scientifico. La selezione deve avvenire sulla base di core curriculum, dai quali escludere le attività elettive e l'attinenza della tesi, e preparazione generale in medicina, evitando di premiare una sterile capacità mnemonica esercitata nello studio dei circa 6000 quiz già noti prima dell'esame”.

In un periodo storico caratterizzato da carenza di risorse ed incertezza previdenziale, per l'Anaa non ci si può più permettere lunghissimi periodi formativi che ritardino l'accesso dei giovani al mondo del lavoro. “Per questo il corso di laurea di sei anni deve avere carattere abilitante e meglio sarebbe rivedere i tempi anche del tirocinio formativo. E, per garantire risorse economiche sufficienti, la durata delle scuole andrebbe ridotta, modulandola in base all'indirizzo specialistico, anche per non fornire più alle università manodopera occulta ed a basso costo”.

Più in generale, per il sindacato, è necessario ragionare su ipotesi diverse di inserimento lavorativo nel Ssn per chi, dopo 6 anni di studio, non riesce ad accedere alla formazione, se vogliamo che la prevista riduzione del numero dei contratti, insieme con il precariato già esistente, non crei un esercito di disoccupati medici. Come avviene in Germania, si può pensare a contratti a tempo determinato, rinnovabili, per seguire un percorso strutturato e diventare specialisti. L'Anaa Assomed richiede, a garanzia della qualità della formazione del medico, interventi radicali e di sistema e non timidi aggiustamenti tesi a non turbare i poteri accademici.

quotidianosanità.it

Mercoledì 05 MARZO 2013

Ministri della Salute Ue: "Far fronte alla crisi non può voler dire tagliare i servizi essenziali"

La crisi finanziaria degli ultimi sei anni ha imposto ai sistemi sanitari tagli e ottimizzazione. Ma il Consiglio informale dei Ministri della Salute riunito a Dublino avverte: "Le misure messe in atto a breve termine per risparmiare non devono scontrarsi con le sfide sanitarie che si pongono a lungo termine".

"L'impatto della crisi finanziaria internazionale, iniziata nel 2007, continua ad essere percepito in tutto il mondo, con un grande numero di nazioni, compresi gli Stati Membri dell'Unione Europea, che vivono importanti difficoltà finanziarie. Questo si manifesta in continui tagli alla spesa pubblica con inevitabili ripercussioni sulla sanità". Con questa considerazione si apre un documento sul tema crisi e sanità, che ieri pomeriggio è stato alla base della discussione del Consiglio informale dei Ministri della Salute europei, a Dublino. L'obiettivo dell'incontro, si legge sul documento redatto dalla presidenza di turno (Irlanda), è quello di individuare al più presto iniziative che possano mitigare l'impatto della crisi sui sistemi sanitari del continente. Senza però perdere d'occhio le sfide sanitarie che le società di oggi pongono sul lungo termine.

I sistemi sanitari necessitano di fondi per poter pianificare e organizzare servizi alla popolazione. E questo è un dato di fatto. Ma allora cosa succede quando – come nel caso di questa crisi finanziaria – i finanziamenti pubblici alla salute scarseggiano? Questo è proprio quello che stanno cercando di capire i Ministri della Salute europei riuniti nella capitale irlandese.

Per capire cosa fare, i Ministri sono però partiti dai numeri. Secondo gli ultimi dati Ocse in media la spesa sanitaria pro capite si è ridotta in termini reali dello 0,6% tra il 2009 e il 2010, quando il tasso di crescita annua della spesa pro-capite era stato pari al 4,6% dal 2000 al 2009. Andando ad analizzare cos'è successo paese per paese si vede chiaramente che le misure di austerità hanno avuto ripercussioni maggiori in alcuni stati piuttosto che in altri: a trainare il ribasso sono state Irlanda (passata da +6,5% a -7,9%), Estonia (da 7,2% a -7,3%) e Grecia (da 5,7% a -6,7%). In altre nazioni, compresa l'Italia, sebbene si sia registrato un rallentamento nel tasso di crescita della spesa sanitaria, questo è rimasto positivo.

Nella maggior parte degli stati (tutti tranne Cipro), i finanziamenti alla sanità sono per la maggior parte pubblici: in media nelle nazioni europee il 73% dei servizi sanitari sono stati finanziati dallo Stato. Per questo, gli effetti delle misure intraprese per ridurre questa spesa sono state da una parte tagli agli stipendi o al personale, dall'altra l'aumento della spesa diretta dei cittadini per la salute (sia per servizi che per farmaci). L'aumento delle spese out-of-pocket è stata una delle conseguenze del taglio dei finanziamenti in molti paesi.

I dati suggeriscono che le misure intraprese dai sistemi sanitari nazionali per far fronte alla crisi finanziaria sono stati in un certo senso determinati dal "grado" di aggressività con cui questa ha colpito l'economia dei singoli Stati Membri. In ogni caso, queste possono essere riassunte in tre grandi gruppi: alcune nazioni non hanno dovuto introdurre misure di contenimento, o ne hanno pianificate poche (Danimarca, Finlandia, Germania, Malta, Polonia e Repubblica Slovacca); altre hanno dovuto introdurre molti cambiamenti nel loro sistema sanitario (Repubblica Ceca, Grecia, Irlanda e Portogallo); infine altre erano preparate in maniera migliore alla recessione, per via di misure

fiscali intraprese subito prima dello scoppio della crisi (Estonia, Italia, Lituania).

Sebbene alcune iniziative intraprese dai singoli Stati Membri facessero parte di un processo di riforme dei sistemi sanitari già iniziato, la crisi finanziaria ha di sicuro spinto molti di questi ad accelerare l'implementazione di queste riforme, in risposta ad un'urgenza imposta dai mercati. Chiaramente, ciò, in molti casi, ha fatto sì che alcuni paesi europei non avessero altra opzione che non applicare ingenti tagli alla sanità.

Ma allora qual è oggi la sfida per i governi? Prima di tutto, è facile immaginarlo, lanciare al più presto iniziative che possano mitigare l'impatto della crisi sui sistemi sanitari e che ne migliorino efficacia ed efficienza. "Esempi di iniziative possibili – si legge sul documento presentato ieri nel Consiglio informale dei Ministri della Salute – includono sicuramente acquisti strategici a prezzi ridotti per quanto riguarda la spesa farmaceutica, ma anche politiche che incoraggino una prescrizione e una distribuzione più razionale dei farmaci, una maggiore integrazione e coordinazione tra le strutture di assistenza e cura e uno slittamento sempre maggiore dal ricovero a forme come quelle day hospital, ove possibile".

E soprattutto bisogna evitare di fare alcuni tragici errori. "Iniziative che hanno il potenziale di mettere a rischio il raggiungimento dell'obiettivo – scrive la presidenza irlandese – sono ad esempio l'applicazione di spese per i singoli cittadini su servizi sanitari essenziali, tagli indiscriminati alla copertura di questi servizi e attriti tra professionisti a seguito di tagli allo stipendio". In altre parole, concludono nel documento, "è cruciale mantenere una particolare attenzione sulle sfide più a lungo termine dei sistemi sanitari, dato che alcune misure più a breve termine messe in atto per risparmiare potrebbero scontrarsi con le sfide che si pongono alle nazioni europee (come il rafforzamento dei sistemi di Assistenza Sanitaria Primaria, l'applicazione della strategia "Health in all" che teorizza come il benessere del cittadino non dipenda solo dalle politiche sanitarie, interventi specifici che riducano i rischi collegati alle malattie non trasmissibili. L'urgenza di agire rapidamente contro la crisi limita le opzioni praticabili, ma questo non deve mai risultare in interventi che non tengono d'occhio gli obiettivi sanitari a lungo termine".

Laura Berardi

Settantacinque per cento degli ospedali a rischio sisma

Da luoghi di cura a potenziali trappole mortali. Con il crollo della palazzina alla Riviera di Chiaia a Napoli, per fortuna senza vittime, torna d'attualità la sicurezza statica degli edifici ospedalieri. O per meglio dire la non sicurezza. Stando, infatti, a una denuncia del Sindacato medici italiani (Smi) che cita l'ultima inchiesta parlamentare sull'efficienza del servizio sanitario nazionale, da un'indagine a campione su 200 ospedali è emerso che, in caso di scossa di terremoto, il 75% addirittura si sbriciolerebbe. A Napoli il più esposto a questo rischio è lo storico ospedale Annunziata. «È un fatto gravissimo - dicono il presidente nazionale e il segretario organizzativo regionale dello Smi, **Giuseppe Del Barone** e **Mario Iovane** - «L'ospedale dovrebbe essere il luogo più sicuro, dovrebbe garantire il massimo della tranquillità ai pazienti e ai professionisti che vi operano. E invece ci troviamo ancora di fronte a situazioni di profondo degrado che addirittura mettono a rischio la vita delle persone. Non si possono non avere negli occhi le immagini strazianti di quanto successo a L'Aquila, la storia dovrebbe insegnare». Secondo lo studio a campione citato dallo Smi, il 75% dei 200 edifici ospedalieri presi in esame mostra gravi carenze e si sbriciolerebbe nel caso di un sisma di 6,2 o 6,3 gradi Richter.

Altrettanto alto il numero di ospedali che da una scossa ne uscirebbe fortemente lesionati e inagibili. Le strutture più esposte a questo rischio, secondo lo studio, sono distribuite lungo l'arco appenninico, nella zona dell'Italia centrale e soprattutto meridionale, in particolare in Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia. A Napoli 2 corpi dello storico ospedale Annunziata che risalgono al 1889 sono nella black list delle strutture più pericolose.

«La cosa più grave - dicono Del Barone e Iovane - è che non è mai stata fatta una ricognizione organica sulla sicurezza statica di tutte le strutture ospedaliere d'Italia e della Campania. Conosciamo l'attenzione del presidente Caldoro per queste tematiche e a lui facciamo appello affinché si prepari un rapporto preciso e dettagliato sulle negatività degli ospedali campani e si proceda con un piano di interventi per metterli in sicurezza». Ma di sicurezza in ospedali e guardie mediche si parla anche da un altro punto di vista. Secondo lo Smi, in particolare a Napoli e provincia, ci sono presidi che per affluenza, condizioni di lavoro e soprattutto per episodi di

violenza e aggressioni, espongono a gravi rischi medici e pazienti. Si tratta in particolare del Cardarelli, del San Giovanni Bosco, del Loreto Mare delle guardie mediche di San Giorgio a Cremano e Scampia e degli ospedali di Boscotrecase e Castellammare di Stabia. «Sono anni che si fanno denunce su questo problema - dicono il vicesegretario nazionale e quello regionale Luigi De Lucia e Salvatore Marotta - e sono anni che vengono avanzate proposte di vario genere. Ma una prima soluzione e' semplicissima: installare subito telecamere a circuito chiuso».

Linee di indirizzo per dare il via all'utilizzo dei test soprattutto a scopo preventivo

La genomica entra nel Ssn

Sostituzione per le indagini obsolete - Prescrizioni modello Emilia Romagna

La genomica e i suoi test entrano a pieno titolo nel Ssn. Anzi, dovrebbero entrare. Il condizionale è d'obbligo visto che, secondo le «Linee di indirizzo su "la genomica in Sanità pubblica"» inviate all'esame della Stato-Regioni della scorsa settimana, è «possibile immaginare» un futuro in cui la prevenzione delle malattie e i piani di trattamento saranno programmati sul singolo paziente o su gruppi di pazienti in base alle loro caratteristiche genetiche e si baseranno «su sistemi di sorveglianza medica precoce, sulla modificazione degli stili di vita e dell'alimentazione, oppure implementando terapie farmacologiche mirate». Ma per ora l'impatto a medio termine della genomica sulle applicazioni in medicina è «stato sovrastimato» e «non è al momento disponibile uno strumento condiviso per definire gli standard idonei a misurare l'utilità di questi test».

Un nuovo network. A vegliare sul nuovo processo ci saranno l'Istituto superiore di Sanità, l'Agenas, l'Aifa, le Regioni, il ministero della Salute con le sue direzioni della prevenzione, della programmazione e dei farmaci, ma dovranno partecipare anche medici di famiglia e pediatri di libera scelta e si dovranno avere le partnership - in un nuovo «Network italiano di Genomica in Sanità pubblica» - di Fnom, Network Uniamo (malattie rare), Orphanet, società scientifiche di igiene e Sanità pubblica (Siti, Sitha), di genetica (Sigu), della medicina generale (Simg, Snamid, Assimefac), di altre specialità (Aiom ecc.), della Lega italiana per la lotta ai tumori e delle associazioni dei pazienti con Alzheimer.

Gli indirizzi. Il primo scoglio da superare secondo il documento è la mancanza di un quadro omogeneo di evidenze scientifiche e di valutazioni complete e sistematiche delle nuove tecnologie genomiche (soprattutto in forma di health technology assessment). «Tale difficoltà non riguarda solo il mero campo delle evidenze scientifiche, ma anche gli assetti di sistema e le regole fondamentali rispetto alle quali valorizzare e sinergizzare le

capacità, gli interessi e le risorse disponibili e già, in qualche modo, attive nell'ambito del sistema sanitario». La necessità di dotare il Paese di una infrastruttura di raccolta e analisi delle evidenze scientifiche è stata identificata anche dal Piano nazionale prevenzione 2010-12 e inclusa tra le azioni centrali prioritarie e ha portato alla definizione di un network di centri esperti in Evidence based Prevention (Ebp) a supporto del ministero e delle Regioni per la pianificazione, programmazione, progettazione in prevenzione.

Il documento indica come obiettivo quello di «costruire» una linea di indirizzo a cui pensi (come coordinatrice) l'Agenas e, per la prevenzione, il Network dell'Ebp. Con quattro elementi da considerare:

- le acquisizioni scientifiche consolidate fino alla metà dello scorso decennio riguardavano soprattutto malattie mendeliane, e quindi le sintesi di evidenze scientifiche prodotte riguardano, principalmente, anche questo gruppo di patologie;

- le ricerche avviate negli ultimi anni utilizzando studi d'associazione su larga scala e di sequenziamento sistematico del genoma di larghi campioni di casi e di controlli e gli studi attesi nei prossimi anni dovrebbero consentire di identificare un certo numero di polimorfismi patogeneticamente correlati alla malattie complesse comuni;

- le valutazioni di Hta funzionali alla conetia alimentazione del processo decisionale clinico/preventivo necessitano di competenze specializzate e di notevoli risorse stante il rapido aumento degli studi in questo campo ed è evidente che soddisfare tali esigenze in modo tempestivo e qualificato dipende dalla capacità di mettere in rete le risorse disponibili e pianificare adeguatamente tali valutazioni.

La ricerca. L'obiettivo è definire un programma pluriennale di ricerca transazionale e applicata nel campo della genomica per identificare gli attori e i compiti specifici della rete degli Ircs e di altri enti di ricerca sanitaria. E per centrarlo vanno tenute presenti tre caratteristiche:

- pluriennalità. Le caratteristiche stesse della ricerca in questo

settore impongono un orizzonte temporale almeno di medio periodo;

- multidimensionalità. Gli ambiti della ricerca soprattutto applicata devono riguardare l'insieme delle dimensioni proprie dell'uso della genomica comprese quelle etica e legale;

- efficienza. Elementi essenziali di programmazione possono fornire garanzie di un uso efficiente delle risorse disponibili.

La genetica nel Lea. Le analisi genetiche per poter avere il loro battesimo nel Ssn dovranno tuttavia entrare nella famiglia di quelle previste dai livelli essenziali di assistenza sia per la loro introduzione ex novo, sia per valutare la sostituzione da parte loro di tecnologie «meno costo-efficaci». E in questo senso sarà anche importante qualificare i laboratori di riferimento.

Per farlo le linee guida indicano la necessità di tre documenti di indirizzo su:

- definizione di un sistema di criteri e standard di qualità, basati sulle migliori evidenze e, per quanto possibile, coerenti con eventuali altre analoghe esperienze nella Ue, per potere identificare laboratori di riferimento nei rispettivi territori;

- definizione dei criteri e delle modalità per l'attuazione delle survey sulle attività dei laboratori che, sul territorio, offrono test genetici predittivi;

- definizione di un documento di supporto alle Regioni da utilizzare nell'ambito della propria autonomia responsabile di accreditamento istituzionale.

La valutazione. L'adozione di un modello integrato di riferimento e linee di sviluppo per la costituzione di un sistema di valutazione sono gli obiettivi di questo aspetto dell'organizzazione della genomica in Sanità pubblica. E per raggiungerli, l'integrazione in un approccio complessivo, evidence-based ed efficiente delle caratteristiche dei vari frame work, sarà definita nell'ambito della governance regolata da Iss, Agenas, Aifa e gli altri partner istituzionali in collaborazione con le reti dei professionisti e dei pazienti indicate per il Network.

Gli strumenti. Per avere un quadro omogeneo di riferimento, le linee guida, oltre alla formazio-

ne dei professionisti coinvolti e all'empowerment dei cittadini, prevedono la definizione di linee guida per l'uso di test genetici all'interno dei programmi di prevenzione e dei percorsi clinico-assistenziali basati su test genetici, articolate per malattie mendeliane e non mendeliane e un percorso di best practice per l'introduzione di un test genetico nella pratica.

Ma ci sarà anche un canale web dedicato per favorire la comunicazione istituzionale rivolta a medici e cittadini, che preveda forme differenziate di informazione e forme di aggiornamento anche mediante la formazione on-line.

Misurare le prescrizioni: il modello Emilia Romagna. Servono dati. Per tenere sotto controllo e verificare quelle che saranno le prescrizioni per valutare i percorsi diagnostico-terapeutici delle persone sottoposte a test genetici.

E il modello già c'è: l'Emilia Romagna. La Regione sta proponendo un sistema di codifica delle prestazioni di genetica che, utilizzando il tariffario nazionale, permette tuttavia di identificare il test eseguito e le patologie per le quali è stato richiesto (a es. il tumore della mammella). Un tale sistema di rilevazione permetterà di raccogliere attraverso i flussi correnti i dati sull'esecuzione dei test genetici in Regione non solo in termini di numero, ma anche in relazione alle patologie.

Va comunque tenuta presente secondo le linee di indirizzo la realtà attuale del nomenclatore utilizzato per le prestazioni ambulatoriali, che include le indagini di laboratorio: i test genetici sono classificati per tecnologia utilizzata e non per indicazione. Inoltre i test cosiddetti genomici sono già effettuati da strutture diverse (Genetica Medica, Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica). Ma una migliore tracciabilità delle indicazioni e della natura del test genetico produrrebbe un sostanziale salto di qualità e il documento ritiene necessario valutare l'opportunità di creare un registro specifico, che potrebbe essere esplorata attraverso progetti pilota, finalizzati alla valutazione dei test di genomica, e strutturata su tracciati record con obiettivi.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Azioni prioritarie di sistema

Funzioni della strategia	Azioni
1. Definire la policy e l'assetto di sistema	<ul style="list-style-type: none"> Stabilire regole e criteri per integrare la genomica nella Sanità pubblica, sulla base di precise valutazioni di efficacia e di costo/beneficio Stimolare e promuovere la ricerca di base e applicata nel campo della genomica, all'interno della rete degli Irccs e di altri enti di ricerca sanitaria Aumentare l'impatto delle campagne informative per gli utenti e per gli operatori
2. Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)	<ul style="list-style-type: none"> Raccolta e diffusione delle prove di efficacia e di costo/beneficio per le principali tecnologie nel campo della prevenzione e della farmacogenomica Indirizzi per la ricerca nel campo della genomica, all'interno dei programmi di ricerca pubblica Valutazione dell'immissione nei Lea di tecnologie di Gsp che abbiano favorevoli risultati di efficacia e di costo/beneficio Definizione di requisiti di qualificazione per la rete di laboratori di riferimento
3. Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)	<ul style="list-style-type: none"> Definire l'assetto istituzionale, scientifico e organizzativo di sistema per la governance della genomica nella Sanità pubblica Strumenti di valutazione delle tecnologie genomiche per la prescrizione appropriata di test genetici Stesura di linee guida sui percorsi clinico-assistenziali Comunicazione istituzionale, anche mediante un canale web dedicato, dei risultati validati attraverso modalità idonee, dirette agli operatori e ai cittadini
4. Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership	<ul style="list-style-type: none"> Rete istituzionale tra ministero della Salute, Regioni, Agenas e Istituto superiore di Sanità Reti e partnership con le associazioni dei professionisti e dei pazienti
5. Garantire la responsabilità (accountability, responsabilizzare gli operatori)	<ul style="list-style-type: none"> Indicazioni per gli operatori pubblici e accreditati alla prescrizione appropriata dei test Piano di comunicazione con il cittadino Empowerment del cittadino
6. Gestione basata sulla conoscenza	<ul style="list-style-type: none"> Survey dedicata alla conoscenza della situazione esistente, da condursi attraverso le Regioni Misurazione delle prescrizioni attraverso i flussi informativi esistenti

ACCORDO STATO-REGIONI

Malattie emorragiche, assistenza in rete

Le malattie emorragiche congenite (Mec) sono patologie rare e come tali devono essere prese in carico su tutto il territorio nazionale grazie a un percorso assistenziale per i pazienti che garantisca qualità e sicurezza ed efficienza nell'erogazione dei Lea nella formulazione della diagnosi, comprese l'informazione e l'eventuale definizione diagnostica dei familiari del paziente; nel processo di cura, che può includere diversi trattamenti tra cui anche la prescrizione e la somministrazione dei concentrati di fattore della coagulazione; nella gestione delle emergenze emorragiche e nella prevenzione e trattamento delle complicanze dirette e indirette della patologia.

Per questo la Stato-Regioni della scorsa settimana ha approvato un accordo sugli indirizzi per i percorsi regionali di assistenza in cui si

prevede che le Regioni devono assicurare funzioni complesse, in collegamento con i presidi accreditati Mec, definiscono i percorsi di diagnostica genetica pre e postnatale e la relativa consulenza genetica, identificano i laboratori che assicurano l'esecuzione dei test di coagulazione funzionali alla diagnosi, alla terapia e follow-up del paziente affetto da Mec e quelli h24 funzionali all'emergenza.

Il tutto avverrà anche attraverso accordi interregionali che definiscono il modello assistenziale e organizzativo per la gestione delle emergenze e per la consulenza telefonica da parte di personale medico esperto di Mec. Le Regioni promuovono protocolli, percorsi assistenziali e attività di formazione, anche in accordo con la rete dell'emergenza-urgenza e la rete dei presidi accreditati Mec per la corretta gestio-

ne dell'emergenza nel paziente sul territorio. I protocolli contengono indicazioni in merito all'assegnazione del codice di triage e ai percorsi di trattamento del paziente.

Garantita anche la terapia/trattamento domiciliare delle Mec, anche attraverso specifici provvedimenti, tenendo conto dei progressi tecnico-scientifici e degli specifici bisogni dei pazienti.

E le Regioni programmano l'approvvigionamento dei medicinali per il trattamento delle Mec, per garantire la continuità della terapia in qualsiasi regime di trattamento e assicurano il costante monitoraggio dei dati relativi ai consumi attraverso i servizi farmaceutici territoriali e ospedalieri e i sistemi informativi eventualmente già costituiti a livello regionale.

L'accordo disciplina anche i presidi accreditati per la diagnostica e la cura delle Mec.

Corte di Cassazione: il medico ha il dovere di collaborazione con la struttura ospedaliera

martedì 5 marzo 2013 12.13 - Italia

Il medico curante che invia un paziente d'urgenza in una struttura ospedaliera deve fornire le necessarie informazioni sulle cure, i farmaci assunti dal paziente anche al fine di evitare possibili errori di inquadramento diagnostico.

Sotto il profilo causale risulta collegato con l'eventuale inadempimento del chirurgo, il venir meno del medico curante al dovere di cura e di compartecipazione in una situazione di emergenza. L'inadempimento, afferma la Corte di Cassazione, non è occasione di sventura, ma concausa omissiva, comunque determinante in un intervento chirurgico, che avviene presso una struttura inidonea, al punto che un intervento conservativo si trasforma nella lesione della integrità di una giovane donna.

Con questa motivazione, la Suprema Corte di Cassazione, sezione II civile, con una sentenza del 19 febbraio ha accolto, con rinvio per nuova valutazione, il ricorso di una paziente contro l'assoluzione del ginecologo di fiducia che aveva omissivo di indicare la cura ormonale alla quale era stata sottoposta la paziente, errore che determinò l'asportazione di una ciste e delle ovaie che si erano ingrandite, ma non al punto da rendere necessaria la radicale asportazione mutilante.

Secondo la giovane paziente, il medico curante aveva erroneamente praticato un trattamento di stimolazione ormonale con gonatropine per la cura di irregolarità mestruali che non rendeva possibile la gravidanza. Il trattamento aveva provocato una prima gravidanza, terminata con un aborto, l'asportazione di entrambe le ovaie e un intervento di salpingectomia bilaterale per una cisti sull'annesso di sinistra. Interventi definitivi evitabili se la struttura fosse stata messa al

corrente della corretta anamnesi e del percorso di cura a cui era stata sottoposta la paziente.

Ma la condotta del ginecologo, proprio in relazione all'obbligo anche deontologico di garanzia (Cass. SU 30 novembre 2001 n. 13553, Cass. sez. 3, 21 luglio 2011 n.15993 e 15 dicembre 2011 n.27000) e di compartecipazione alle scelte del ricovero urgente, evidenzia una gravissima condotta negligente e omissiva verso i medici che intendevano effettuare un intervento, che non doveva essere ablativo ma conservativo, rendendo possibile il trasferimento in un ospedale attrezzato, peraltro non distante dai luoghi della clinica.

Avv. Paola Ferrari - Pronto Soccorso Legale Fimmg



CIRCOLARE "CORREGGE" LA RIFORMA FORNERO

Pensione di vecchiaia con 15 anni di contributi, l'Inps salva le deroghe

La 214/2011 portava per tutti l'anzianità contributiva a 20 anni

ALBERTO CHIARA

Rimane valido il requisito dei 15 anni di contributi per la pensione di vecchiaia come previsto dall'art. 2, c. 3 del dl 503/1992, ad esempio, per chi nel 1992 aveva maturato i requisiti o per chi prima di quell'anno aveva ottenuto l'autorizzazione alla prosecuzione volontaria, o altre categorie specificate sotto. Una circolare dell'Inps fa chiarezza sulla questione, dopo le preoccupazioni suscitate dall'articolo 24 della legge 214/2011.

La 214 stabilisce infatti che il diritto alla pensione di vecchiaia si consegue in presenza di un'anzianità contributiva minima pari a 20 anni, come già previsto dal dl 503, ma la riforma, voluta dal ministro Elsa Fornero, non faceva accenno alla salvaguarda delle deroghe che erano state valide fino a quel momento. Per ciò, in un primo momento, queste sembravano abolite. Le sedi Inps della Liguria nel corso di quest'ultimo anno avevano dovuto respingere molte domande di pensione che adesso possono essere ripresentate. La circolare numero 16/2013 dell'Inps rimette le cose a posto, affermando che è ancora operante la disciplina delle deroghe di cui all'articolo 2, comma 3 del dl 503 in materia di requisiti contributivi nei confronti dei soggetti che accedono alla pensione di vecchiaia nel sistema retributivo e misto. Chi pensa di rientrare fra le categorie che hanno diritto alla pensione, anche se nell'ultimo anno si era visto respingere la domanda, è invitato a ripresentarsi all'Inps per riaprire la propria posizione. Chi non aveva ancora presentato la domanda, sappia che la deroga è stata confermata e che può presentarla dal mese prima del compimento dell'età pensionabile.

Un punto però va chiarito. Se sono fatti salvi i 15 anni di contributi, cambia invece il cosiddetto requisito anagrafico, cioè l'età in cui si matura il diritto alla pensione, che sarà

LAVORATORI CHE ACCEDONO ALLA DEROGA

Chi ha maturato i requisiti di assicurazione e contribuzione al

Chi è stato ammesso alla prosecuzione volontaria prima del

Chi, avendo almeno 25 anni di iscrizione contributiva, ha lavorato per almeno 10 anni, anche per meno di 52 settimane all'anno (ad esempio gli stagionali), maturati anche dopo il



Cambia il requisito anagrafico



Donne



Uomini

(L. 214/2011)

LAVORO DIPENDENTE

LAVORO AUTONOMO

dal 1° gennaio 2013
al 31 dicembre 2013

62 anni e 3 mesi

63 anni e 9 mesi

dal 1° gennaio 2014
al 31 dicembre 2015

63 anni e 9 mesi

64 anni e 9 mesi

dal 1° gennaio 2016
al 31 dicembre 2017

65 anni e 3 mesi

65 anni e 9 mesi

dal 1° gennaio 2018
al 31 dicembre 2020

66 anni e 3 mesi

dal 1° gennaio 2013
al 31 dicembre 2015

66 anni e 3 mesi

dal 1° gennaio 2015
al 31 dicembre 2020

66 anni e 3 mesi

a cui andrà aggiunto l'eventuale adeguamento alle speranze di vita

quella prevista dalla legge Fornero. A partire dal 1° gennaio 2013, anche per i soggetti a cui si applicano le deroghe al dl 503, i requisiti anagrafici per il diritto alla pensione di vecchiaia nel sistema misto devono essere quelli previsti dalla 214/2011 adeguati dal d.m. 6 dicembre 2011. Insomma, bastano 15 anni di contributi, ma

per cominciare a ricevere la pensione deve essere maturata l'età pensionabile prevista dalla legge Fornero. La circolare 16 specifica anche le categorie di lavoratori che possono accedere alla pensione di vecchiaia in presenza di un'anzianità contributiva minima di 15 anni.

REQUISITI MATURATI

Possono usufruire della deroga tutti i lavoratori, dipendenti e autonomi, che al 31 dicembre 1992 hanno maturato i requisiti di assicurazione e di contribuzione previsti dall'art. 2, c. 3 del dl 503. Per maturare i 15 anni previsti sono utili tutti i contributi (obbligatori, figurativi, volontari, di riscatto e di ricongiunzione) riferiti a periodi antecedenti il 1° gennaio 1993. Inoltre, per

quanto riguarda i contributi figurativi, di riscatto e di ricongiunzione, se riferiti a prima di tale data sono considerati utili anche se la domanda di riconoscimento o il riconoscimento stesso sono avvenuti successivamente. Di fatto questi lavoratori sono esclusi dall'elevazione dei requisiti, in caso contrario sarebbero state

maggiormente penalizzate le lavoratrici, visto che molto spesso, versati i 15 anni di contributi allora sufficienti al raggiungimento del diritto a pensione, cessavano di lavorare per occuparsi della famiglia.

VERSAMENTI VOLONTARI

Inoltre ne hanno diritto i lavoratori ammessi alla prosecuzione volontaria in data anteriore al 26 dicembre 1992. Non è necessario che l'assicurato ammesso alla prosecuzione volontaria abbia anche effettuato i versamenti prima di tale data.

LAVORATORI STAGIONALI

In terzo luogo, la norma riguarda i lavoratori dipendenti che possono far valere un'anzianità assicurativa di almeno 25 anni e risultano occupati per almeno 10 anni anche non consecutivi per periodi di durata inferiore a 52 settimane nell'anno solare. Questa categoria era stata introdotta con riguardo soprattutto ai lavoratori stagionali.

15 ANNI NON RAGGIUNTI

Infine per i lavoratori dipendenti che abbiano maturato al 31 dicembre 1992 un'anzianità assicurativa e contributiva tale che, anche se incrementata dei periodi intercorrenti tra il 1° gennaio 1993 e la fine del mese di compimento dell'età per il pensionamento di vecchiaia, non consentirebbe di conseguire i requisiti assicurativi e contributivi richiesti dall'articolo 2 del decreto n. 503 nell'anno di compimento dell'età pensionabile, i requisiti stessi sono ridotti fino al limite minimo di 15 anni. In pratica il numero dei contributi richiesti per tali lavoratori è pari alla somma delle settimane di contribuzione maturate fino al 31 dicembre 1992 e delle settimane di calendario comprese tra il 1° gennaio 1993 e la fine del mese di compimento dell'età pensionabile.

La circolare 16 conferma la validità dell'art. 2, c. 3 del dl 503 anche per i lavoratori iscritti alle gestioni previdenziali Ferrovie dello Stato, Poste, Inpdap ed Inpsal che nel corso degli ultimi anni sono state accorpate all'Inps.

Chiara e Macaluso

L'INTERVISTA

L'Ania: r.c. sanitaria l'unica area critica

Per le imprese assicuratrici dell'Ania (l'Associazione nazionale di categoria) l'offerta non manca e, in vista del 13 agosto, tutto sta procedendo tranquillamente. Qualche criticità esiste solo nell'area sanitaria. A sei mesi dall'entrata in vigore dell'obbligo, *ItaliaOggi* ha fatto il punto della situazione insieme a Roberto Manzato, direttore centrale Ania.

Domanda. Come sta andando l'assicurazione dell'attività dei liberi professionisti, ci sono delle convenzioni su prodotti assicurativi specifici?

Risposta. La polizza assicurativa di responsabilità civile professionale non rappresenta una novità per molte professioni coinvolte dalla riforma. Infatti, in alcuni casi la scelta di acquistare copertura assicurativa per proteggersi dalle eventuali richieste di risarcimento per danni cagionati nell'espletamento della propria attività professionale era volontaria, ma di fatto molto diffusa, in altri c'era comunque già un obbligo di legge, come per esempio nel caso di prestazioni professionali svolte nell'ambito degli appalti pubblici. Pertanto, dal lato dell'offerta si è trattato di mettere a punto un catalogo di soluzioni già esistenti con eventualmente l'inserimento di alcune garanzie richieste dalle norme, dal punto di vista della domanda ci sembra che buona parte degli ordini professionali o associazioni di professionisti si sono mosse per stipulare convenzioni con alcune imprese per fornire un servizio ai propri aderenti.



Roberto Manzato

D. Ci sono stati dei problemi per arrivare ad assicurare i professionisti?

R. Eccetto il settore della r.c. sanitaria, che merita un approfondimento a parte, non si riscontrano criticità rilevanti. In alcuni casi andrebbero però definiti alcuni parametri, come il massimale minimo di copertura, per dare un contenuto più quantitativo al termine idonea copertura, come peraltro in molte occasioni si è fatto.

D. Quali problemi ci sono stati con l'area sanitaria?

R. In generale è più agevole valutare i rischi per le professioni che presentano chiari standard professionali e una giurisprudenza consolidata e costante nel tempo. Una parte delle problematiche e delle ingenti perdite economiche che il settore assicurativo ha sofferto nel settore della responsabilità sanitaria dipende infatti dall'evoluzione, non prevista all'epoca della stipulazione dei contratti, degli orientamenti giurisprudenziali sia riguardo l'attribuzione della responsabilità sia riguardo la valutazione monetaria del danno.