



11 ottobre 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Marinoni (Fimmg): obbligati a vaccinare, ma con margini decisionali

La convenzione obbliga il medico di famiglia ad aderire ai programmi vaccinali della sua Asl. Lo ha sancito il Tar Lazio bocciando con sentenza 8123 del 6 settembre il ricorso di un medico bergamasco contro l'accordo del 2000 che vincola i mmg ad aderire a "programmi di attività e obiettivi di spesa", ovvero a vaccinare e rispettare tetti sulla farmaceutica. Il medico ricorrente obbedì nel 2000 all'invito dell'Asl a praticare l'antinfluenzale agli assistiti sopra i 65 anni, ma denunciò l'accordo poiché per la Costituzione "arte e scienza sono libere" (articolo 33) e il Codice deontologico fonda l'esercizio della medicina sull'indipendenza professionale, mentre nei programmi Asl il medico non avrebbe discrezionalità. Il Tar ha risposto che: intanto si parla di convenzione e non libera professione e che il vaccinare è materia di contratto; in secondo luogo, l'attività discrezionale del mmg riferita a diagnosi e cura non è intaccata da compiti come vaccinare per prevenire contagi epidemici; terzo, da questa materia i tetti alla farmaceutica esulano. «Quando in accordo con i sindacati l'Asl indice la campagna – dice Guido Marinoni, numero due Fimmg lombardo – vaccinare è compito del medico come visitare, aprire lo studio, etc. La sentenza non proibisce di non vaccinare nei casi in cui non si è convinti; se però il medico omettesse il vaccino (praticato in base a linee guida consolidate), l'assistito che contraesse la malattia e ne subisse danni potrebbe contestargli la mancata somministrazione». E se il medico volesse un vaccino rinforzato per assistiti immunodepressi e quello non fosse sul mercato? «Al paziente va comunicata l'opzione migliore; e va comunicato all'Asl, anche tramite sindacato, che fasce di popolazione risultano non ben protette».

Mauro Miserendino

Congresso Sumai, Lala: riorganizzare medicina su territorio

Sembra un terno da giocare al lotto e invece 5, 44 e 51 sono la chiave che, secondo il segretario del sindacato dei medici ambulatoriali Sumai Roberto Lala, consentirebbe di migliorare efficienza e tempistiche del sistema sanitario. La combinazione indica «una suddivisione delle risorse disponibili in 5% per la prevenzione, 44% per la sanità ospedaliera e 51% per quella territoriale». Il congresso del Sumai-Assoprof è in corso in questi giorni a Catania ed è stato ieri l'occasione per il segretario di toccare, nella sua relazione, i principali nodi della sanità italiana. Oltre alla diversa allocazione delle risorse Lala ritiene «essenziale utilizzare gli strumenti dell'Health technology assessment anche sul territorio, per poter godere dei vantaggi, in termini di tempestività ed economicità, offerti dalle nuove tecnologie. Questo può consentire di trasferire sul territorio una parte delle prestazioni di diagnostica strumentale svolte in ospedale, con un conseguente impatto positivo sull'accesso alle prestazioni e le liste di attesa». Lala ha poi affrontato i temi dell'assistenza domiciliare integrata, che comporta uno spostamento verso il territorio di parti consistenti dell'assistenza sanitaria, e della responsabilità civile professionale, affermando che «non si può scaricare sugli operatori sanitari una difficoltà che riguarda il sistema nel suo complesso». Al congresso è giunto un messaggio del ministro della Salute Beatrice Lorenzin, in sintonia con quanto espresso da Lala: «Il cambiamento dello stato generale di salute caratterizzato dall'incremento di patologie croniche e della non autosufficienza vede l'esigenza di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio multidisciplinare del paziente, volto a promuovere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali». Ne deriva la necessità di un cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale, più specializzato e attrezzato per la cura delle malattie acute. Secondo il ministro la direzione è segnata ma «serve un cambiamento anche culturale e di fiducia verso la possibilità di riorganizzare la sanità italiana».

Renato Torlaschi

Sit: accesso a fascicoli sanitari non scontato per ministero Economia

Un po' a sorpresa i dati dei cittadini contenuti nei fascicoli sanitari elettronici al via nelle regioni potrebbero essere preclusi al Ministero dell'Economia, anche se alle Asl il decreto del Fare consente di leggerli per controllare la spesa. Una lettura attenta del Codice della Privacy del 2003 si aggiunge all'ordine del giorno agostano della senatrice Spilabotte (Pd) che impone al Governo di rendere irricognoscibili i titolari dei dati sanitari nel Fse. Ne parliamo con Chiara Rabbito Coordinatrice nazionale del Gruppo di studio «sicurezza e privacy» della Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica. «Il dato sanitario contiene un'informazione su uno stato di salute e l'identificativo del cittadino; finché è anonimo è trattabile e non pone problemi di riservatezza; ma se integrale va trattato solo a fini di tutela della salute e da professionisti o enti sanitari. Se il fine è diverso dalla tutela della salute - afferma Rabbito - il dato non è più sanitario ma sensibile (articoli 20, 85 e 86 del Codice). Il Decreto del Fare avrebbe quindi dovuto specificare quali informazioni usare e come maneggiarle: se per vedere la spesa sanitaria basta usare dati anonimi, è illecito trattare info su pazienti con nome e cognome! Di più: se avesse dato queste specifiche bisognava pubblicarle, affiggerle nelle Asl e negli studi dei medici per farle conoscere (comma 3 art 85). Invece ha taciuto o quasi». «In simili casi – continua Rabbito - il Codice della Privacy (art. 85) consente sì l'accesso ai dati a fini di pianificazione e controllo, programmazione e sperimentazione, ma solo se il trattamento avviene nel Servizio sanitario nazionale. Per tutte le istituzioni esterne, i dati su quanto i cittadini fanno spendere potrebbero essere tuttora preclusi, poiché manca un'adeguata previsione normativa. Ciò riguarderebbe pure il Ministero delle Finanze (Mef) e ad altri soggetti pubblici non afferenti al Ssn». Il problema, aggiungiamo noi, si accentuerebbe nelle regioni in cui il Ssn utilizza il sistema di accoglienza del Mef per far viaggiare dati sanitari on line.