

Lecce - MAURO MISERENDINO

Hanno firmato la preintesa sulla convenzione di medicina generale perché d'accordo sui contenuti economici e normativi, ma si sono ben guardati dal firmare l'aumento di un punto e mezzo percentuale del contributo all'Enpam, dal 15 al 16,5 per cento. Così i pediatri di libera scelta (Fimp) in questi giorni sono al centro della cronaca. Infatti i medici di medicina generale (guardisti, generalisti, medici dei servizi) l'aumento lo hanno firmato. Ma siccome le quote contributive di entrambe le categorie finiscono nello stesso fondo speciale, per la medicina generale, si profila un pasticcio, o meglio un monte-contributi che cresce a due velocità diverse. E non è tutto. Se la convenzione è ferma è perché al ministero dell'Economia non sono piaciute le modalità con cui l'aumento del contributo si è ottenuto: non lo ha deliberato l'Enpam al proprio interno, ma lo hanno maturato i sindacati in trattativa su suggerimento dell'ente previdenziale guidato da Eolo Parodi. Sentiamo Giuseppe Mele, presidente del sindacato leader dei pediatri, la federazione Fimp, che aspetta al momento una convocazione ufficiale dell'Agenzia Sisac per essere certo della ripresa dell'iter della convenzione.

«Le notizie a nostra disposizione — dice Mele — riferiscono che i ministri dell'Economia e del Welfare hanno bloccato la preintesa proprio per quell'aumento del contributo Enpam. Finché non si avranno le idee chiare su quanto è successo, il comitato di settore (cioè gli assessori regionali che dettano le linee politiche all'agenzia contractor Sisac per la trattativa convenzionale, ndr) non può avviare le procedure che portano alla ratifica della convenzione oggetto dell'accordo di dicembre».

Che cosa avete fatto voi pediatri quel 23 dicembre, quando i medici di famiglia hanno firmato?

«All'ultimo momento ci fu proposto di aderire all'aumento contributivo pro-Enpam e rifiutammo poiché il consiglio nazionale all'unanimità riteneva (e ritiene) che quel 4,85 per cento vada tutto destinato al ristoro dell'inflazione programmata. Tra l'altro, con studi nostri, abbiamo calcolato che, a fronte di un prelievo Enpam di un punto e mezzo percentuale, non equivale un incremento nel nostro assegno pensionistico di eguale misura; il nostro sacrificio non si riversa automaticamente nella pensione di domani ma finisce nel calderone del fondo generici al quale contribuisce anche la medicina generale, e fa cassa...»

Vorreste maggiore trasparenza dall'Enpam?

«Innanzitutto, sono anni che riversiamo in quel fondo il 15 per cento di una retribuzione che è più alta di quella di buona parte dei generalisti, e adesso vorremmo cominciare a contribuire alla

Pur avendo firmato la preintesa, il sindacato dei pediatri non alzerà di 1,5 punti la quota come i generalisti

«Enpam, ecco le ragioni del no»

La Fimp spiega il rifiuto di elevare la contribuzione

nostra pensione dopo aver contribuito in modo notevole alla pensione di altri. In secondo luogo, vorremmo anche vedere i bilanci attuariali dell'ente prima di cambiare eventualmente certe posizioni».

I medici di famiglia hanno avuto troppa fretta?

«Non lo so. Certo è che se i ministri di Economia e Welfare, enti vigilanti, hanno accesso i

riflettori sull'aumento della contribuzione, in una situazione in cui i soldi tutto sommato li sborsa per grandissima parte il medico e non lo stato, potrebbe voler dire che qualcosa non sta funzionando e io da presidente Fimp ho il dovere di capire che cosa è successo. Per il momento non mi muo-



Giuseppe Mele

vo di un centimetro e, pur non contestando la possibilità per i miei iscritti che lo volessero di alzare la contribuzione fino al 20 per cento, ho bisogno di certezze anche per sostenere fino in fondo tale possibilità. Ripeto, aspetto con fiducia che i vertici Enpam ci diano certezze».

Previdenza a parte, le regioni a fronte dello stesso aumento dei generalisti vi hanno imposto incombenze analoghe...

«Non possiamo esimerci dall'integrazione e dalla rete tanto più che l'informatizzazione in pediatria è cosa più semplice, si gioca tra due programmi di gestione dello studio e non tra 180 come fra i generalisti. In secondo luogo, si

parla di integrazione tra pediatri come si parla di integrazione fra medici di medicina generale; sono due attività differenti; nell'ambito della nostra oggi abbiamo la possibilità di gestire un processo di cura globale. Ferme restando le indennità percepite e le loro entità, i pediatri del territorio potranno sia organizzarsi per gestire prestazioni oggi impropriamente erogate nei pronti soccorsi (esempio: l'antibiotico per l'otite del sabato sera) sia dotarsi di strumenti diagnostici (elettrocardiografi, ecografi) sia — nell'ambito di organizzazioni complesse — ospitare nella struttura specialisti per le patologie d'area o poter praticare vaccinazioni. Alle regioni chiediamo risorse aggiuntive perché le unità complesse diano risposte maggiori».

E nelle unità complesse accettereste di avere un referente medico di medicina generale?

«Su questo tema si sono generate e si generano talora confusioni. La preintesa firmata a dicembre configura un referente nell'aggregazione dei pediatri di libera scelta e un altro tipo di referente nelle aggregazioni dei medici di medicina generale; dove dovessero formarsi aggregazioni miste la complessità dei compiti da gestire impone un coordinatore pediatra per la sfera della prevenzione-cura nell'infanzia, concetto che è ben diverso da quello di prevenzione-cura in medicina generale. Quest'ultimo richiede infatti a sua volta altro tipo di coordinamento. Se fosse stata attuale l'ipotesi di un coordinamento unico non avrei firmato mai».

La necessità di trattare patogeni nuovi con prescrizioni fuori prontuario accresce i timori di denuncia in caso di danni

Rischio off-label nelle infezioni ospedaliere

MILANO — Dagli Usa all'Italia, è l'infezione dell'anziano ricoverato nella residenza sanitaria assistenziale o in strutture di lungodegenza il fronte della futura "malpractice". Infatti, anche nei reparti per i cronici si fanno strada infezioni nuove e inattese. Dagli Stati Uniti parte ad esempio l'allarme per un'epidemia serpeggiante di *clostridium difficile* tanto negli ospedali, quanto nei cronici. Le statistiche non parlano ancora di epidemia, ma il sismografo degli infettivologi inizia ad agitarsi, anche perché il microorganismo cambia, la diagnosi è difficile e i pazienti sono spesso stretti da malattie concomitanti e lunghe terapie antibiotiche che spalancano la strada al batterio.

Le linee guida internazionali ribadiscono che la cura è a base di metronidazolo, un antiparassitario; tuttavia per

il clostridium la prescrizione in Italia non è considerata appropriata, deve avvenire off-label. E qui ecco i problemi: se il paziente decede per la malattia e il familiare si impunta e dice che è stato il farmaco a "condannarlo", il medico che ha tentato la cura del degente non è protetto dalla legislazione, anzi.

Si profila un danno e il "mancato eroe" va ad aggiungersi ai tanti colleghi citati a giudizio per "malpractice": in vent'anni di attività accade ormai a otto medici su dieci. Inadeguatezza della legge sui contenziosi? Dell'Aifa? Di certo non ne beneficia solo il clostridium.

Al 2° congresso dell'Associazione malattie infettive e tropicali (Amit), il presidente Marco Tinelli cita altre ipotesi come l'utilizzo di antimicotici nella terapia antiparassitaria. Altre prescrizioni off-label che, secondo la lettera-

tura aggiornata, può salvare vite ma se non funziona porta alla sbarra. Per non dimenticare i gravi problemi causati dagli stafilococchi meticillino-resistenti o meticillino-sensibili ma "rostrati" con tossina di Pantone-Valentine...

Tinelli non vive in una torre d'avorio. E' sindacalista, sa che il problema si risolve nei palazzi della politica e invita Daniele Bosone, vicepresidente della commissione sanità del Senato. A Palazzo Madama avanza il disegno di legge Saccomanno che fa sue tutte le precedenti proposte per arrivare a iter giudiziari che non rovinino il medico né lo costringano a praticare la medicina difensiva per evitare guai. La proposta è in tredici articoli dettagliati, che non escludono la responsabilità penale per colpa del medico, ma affidano l'onere risarcitorio per re-

sponsabilità civile in caso di danni alla struttura sanitaria, ventilano chance di rivalsa solo in caso di colpa grave del medico, obbligano quest'ultimo a farsi un'assicurazione Rc obbligatoria e, soprattutto, introducono un iter obbligatorio di conciliazione successivo alla richiesta di danni del paziente o familiare, con tempi stretti (90 giorni), istituzione di un fondo di garanzia e addirittura di un secondo fondo per il risarcimento dei soli danni da alea terapeutica.

Molta cura viene posta all'articolo 9 per la scelta dei consulenti tecnici di ufficio che devono essere iscritti ad albi appositi provinciali e regionali. La conciliazione esclude la querela ed escluderà nel tempo i risarcimenti miliardari (200 milioni di euro versati nel 2005 per soli danni da trasfusioni) cui si sostituiranno indennizzi in-

feriori pagati a prescindere dall'accertamento della responsabilità medica. Per quanto infine riguarda la prescrizione off-label, Carlo Tomino dell'Agenzia del farmaco, ricorda come per salvare vite o a fronte di malattie rare possano essere utilizzati farmaci non ancora autorizzati in commercio e giunti alla fase IV di sperimentazione; come si possa fruire dei decreti del 2003 sull'uso compassionevole; e come, infine, in base alla legge 648, sempre in assenza di alternative in commercio e previo parere della commissione tecnica scientifica Aifa, i presunti salvavita entrino in un elenco che li passa a carico del Ssn in casi eccezionali. Fra patologie oncologiche, rare, neurologiche e dell'infanzia, almeno 200 prodotti presenti nella lista off-label dell'Aifa (www.agenziafarmaco.it) possono oggi essere aggiunti al prontuario. La Finanziaria '07 ha però chiarito che se per una malattia c'è l'uso diffuso e sistemico di una terapia, l'alternativa deve avere o precise indicazioni di fase III o risultati incoraggianti di fine fase II.

Tinelli sta aiutando le istituzioni a censire le infezioni nosocomiali. «Un gruppo di lavoro della regione Lombardia insieme ad Amit ha raccolto 184 mila schede di dimissione, e abbiamo confrontato i dati di 3.884 cartelle cliniche con i campioni raccolti dall'associazione: a fronte di una ricorrenza di infezioni minore negli ospedali lombardi (6 casi su 100 ricoverati, la media italiana di 10 casi), il rischio sale nelle residenze socio-assistenziali all'8 per cento». (m.m.)

B.R.E.V.I.

Fine vita, critiche all'Enpam anche da Annalisa Silvestro riconfermata leader Ipsavi

ROMA — Annalisa Silvestro è riconfermata presidente della Federazione dei collegi infermieristici (Ipsavi) per il triennio 2009-11. Direttore del servizio assistenziale all'Asl di Bologna, Silvestro è stata rieletta all'unanimità. Gennaio Rocco la affiancherà da vicepresidente, Barbara Mangiacavalli alla segreteria e Franco Vallicella sarà tesoriere. Del nuovo comitato centrale fanno parte Marcello Bozzi (Ancona) Danilo Massai (Firenze) e Ciro Carbone (Napoli). Come primo atto, Silvestro tende la mano ai medici Fnomceo che sul disegno di legge di fine vita chiedono un'ulteriore riflessione al parlamento.

Stati vegetativi, l'Inps adotta un database specifico contro i disguidi burocratici

MILANO —Dopo la protesta dell'Associazione Giuseppe Dossetti perché l'Inps di Casarano aveva richiesto il certificato dei redditi a una donna in coma vegetativo da 13 anni, il presidente Inps Puglia ha invitato le direzioni centrali dell'Istituto di previdenza a creare un database per la gestione delle posizioni di utenti in stati di eccezionale infermità. Soddisfatto Corrado Stillo, responsabile dell'Osservatorio tutela dei diritti dell'Associazione (www.dossetti.it): «Il database potrà prevenire accertamenti di ingiustificato rigore. L'Associazione guidata da Ombretta Fumagalli Carulli monitorerà lo stato dei diritti dei pazienti».

In attesa della specializzazione per i medici dell'emergenza arriva la società unica Fimeuc

ROMA — Ci sono anche loro, i medici del 118 tra i protagonisti del progetto cure primarie H24 presentato dal sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio a Roma; saranno i medici dell'emergenza a gestire i pazienti urgenti partendo da presidi dedicati. Per loro c'è in arrivo un corso di specialità e una Scuola di emergenza che proporrà contenuti anche per il pre-laurea. Intanto si federano le sei società scientifiche del settore (Simeu, Simeup, Smi emergenza, Snam-es, Comes, Spes) e nasce la Fimeuc, Federazione italiana Medicina di emergenza urgenza e catastrofi. Ne è presidente pro-tempore Anna Maria Ferrari.