



TUMORI/ Presentata da Lorenzin la proposta di linee guida firmata Agenas-Cipomo-Aiom

# Rilanciare le reti oncologiche

Ritardo sui modelli globali di presa in carico - Pronte solo sei Regioni

**R**ispetto agli anni Novanta, oggi guariamo il 20% in più dei tumori maschili e il 15% in più di quelli femminili. In questo siamo ai primi posti nel mondo e in Europa eguagliati solo dalla Germania.

I trattamenti oncologici sono sempre più complessi e richiedono integrazione di competenze multi-disciplinari ed expertise di professionisti dedicati, soprattutto per le patologie oncologiche meno frequenti. I trattamenti oncologici sono anche sempre più costosi e richiedono di ottimizzare le risorse garantendo al contempo l'accesso alle cure migliori da parte di tutti i pazienti senza che gli stessi siano costretti a "viaggi della speranza". L'attuale frammentazione del Ssn in 20 sistemi sanitari regionali, se per certi aspetti offre vantaggi di organizzazione locale delle risorse, per altri espone al rischio di disparità di accesso alle cure in rapporto all'area geografica di appartenenza. E questo a maggior ragione se manca una Rete oncologica di riferimento. La soluzione esiste, ed è quella di organizzare i professionisti e le strutture in Reti di patologia, secondo il modello del Comprehensive cancer care network.

Nel corso di un recente convegno al ministero della Salute, **Cipomo, Aiom e Agenas** si sono fatti promotori di una proposta che stabilisce i criteri necessari - che pur nel rispetto delle autonomie locali, devono rispondere a requisiti univoci e condivisi - all'attivazione delle reti oncologiche regionali, e sottolinea la loro fondamentale importanza per migliorare la qualità delle cure e la razionalizzazione delle



risorse. I vantaggi delle reti oncologiche regionali sono evidenti: più diagnosi di cancro in fase precoce, pazienti curati a casa sotto stretto controllo specialistico, "decongestionamento" degli ospedali che vanno utilizzati solo per i trattamenti più complessi e stretta collaborazione con i medici di famiglia nella gestione delle visite di controllo (follow up).

In buona sostanza, le reti oncologiche si traducono nella possibilità per tutti di accedere alle cure migliori in modo uniforme sul territorio e in risparmi consistenti per il Servizio sanitario nazionale. In Italia, però, sono attive solo in 6 Regioni: **Piemonte, Lombardia, Toscana, Trentino, Umbria e Veneto**. Troppo poco per poter adempiere a pieno alla loro importantissima funzione a livello nazionale. Ognuna di queste 6 reti, poi, funziona con caratteristiche

differenti. Lavori in corso in **Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Sicilia e Alto Adige**. Assistiamo invece alla totale assenza di questi network in **Abruzzo, Campania, Calabria, Basilicata, Marche, Molise, Puglia e Sardegna**.

È indispensabile la presenza di un'autorità centrale denominata "**Coordinamento della Rete oncologica regionale**" in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture, la pianificazione dell'uso delle risorse, la definizione e valutazione dei percorsi dei pazienti per le diverse neoplasie. Serve inoltre la diffusione nel territorio di punti di accesso alla Rete oncologica in grado di prendere in carico rapidamente il singolo caso assicurando la regia e le indicazioni nei diversi passaggi dell'intero percorso di cura. L'organizzazione in Rete de-

ve inoltre prevedere un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Un sistema di rete, oltre a garantire un aumento della qualità delle cure attraverso l'accesso alle migliori terapie indipendentemente dal luogo di residenza, può consentire importanti risparmi anche per i pazienti che non saranno costretti a spostarsi per trattamenti che possono essere eseguiti a casa o vicino al domicilio.

I punti di accesso alla Rete identificati e accreditati funzioneranno da regia della gestione del caso riferendolo al percorso definito sulla base dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta), concordati e periodicamente aggiornati a partire dalle Linee guida delle società scientifiche nazionali e internazionali.

La Rete si deve orientare anche verso la medicina generale nella programmazione del follow up, degli interventi riabilitativi e delle cure palliative, con un coinvolgimento dei distretti territoriali, dei medici di medicina generale e delle associazioni dei pazienti. È inoltre necessario disporre di sistemi di passaggio delle informazioni che rendano semplice lo spostamento tra i diversi nodi della Rete. Indispensabile quindi un percorso di informatizzazione che consenta l'accesso a tutti i dati clinici nei vari punti coinvolti dal percorso assistenziale.

**Maurizio Tomirotti**  
presidente nazionale Cipomo  
**Carmine Pinto**  
presidente nazionale Aiom

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## D FATTURE PER LA FORMAZIONE

La Regione ha demandato alla nostra Azienda ospedaliera l'organizzazione dei corsi di formazione manageriale per Direttori generali amministrativi e Direttori di struttura complessa. L'Azienda, a seguito di gara, ha affidato i servizi formativi di progettazione, realizzazione, gestione e rendicontazione dei corsi a una società specializzata. I partecipanti dovranno versare la quota per la frequenza al corso all'Azienda, che poi trasferirà parte delle somme alla società stessa a titolo di quota di iscrizione, trattenendo altra parte a titolo di rimborso forfettario per i costi sostenuti (i corsi in questione si svolgeranno comunque presso la nostra Azienda che mette a disposizione utilizzo di locali, materiale di cancelleria, consumi per utenze, etc). Dobbiamo rilasciare fattura ai discenti e pensiamo di fatturare esente Iva la quota di iscrizione, assoggettando invece a Iva la quota trattenuta a titolo di rimborso forfettario. È corretto? E la fatturazione da parte della Società organizzatrice è esente da Iva?

(G.B.)

No, il comportamento utilizzato per incassare le quote non è corretto in quanto il rapporto che si instaura con i partecipanti è unico e non divisibile e non può tener conto dei vostri rapporti con la società organizzatrice. Nel caso di corsi promossi e riconosciuti dall'Amministrazione pubblica competente (assessorato alla Sanità della Regione, ministero della Salute) gli stessi dovranno essere da voi fatturati: in esenzione di Iva ai sensi dell'articolo 14, comma 10, della legge 537/1993, a dipendenti di altre aziende del Ssn o di altri enti pubblici; in esenzione di Iva ai sensi dell'articolo 10, punto 20, del decreto del Presidente della Repubblica 633/1972, a tutti gli altri partecipanti, di qualunque provenienza. Infine le prestazioni fatturate dalla società organizzatrice dovranno essere fatturate con Iva al 22 per cento in quanto trattasi di un servizio completo acquistato da parte della Azienda, a seguito di espletamento di gara, di organizzazione del corso, non esclusivamente per i propri dipendenti. Solamente nel caso che l'Azienda pagasse un compenso solo per la partecipazione di propri dipendenti la fatturazione sarebbe in esenzione da Iva, ai sensi dell'articolo 14, comma 10, della legge 537/1993.

a cura di Massimo Braganti

## SANITÀ RISPONDE

Per facilitare i lettori, i quesiti dovranno specificare l'area di interesse, identificandola nel modo seguente:

- A** Lavoro e professione
- B** Organizzazione e gestione
- C** Diritti, doveri, etica
- D** Fisco
- E** Previdenza
- F** Sanità privata

I quesiti possono essere inviati tramite fax al n. 0630226484 o all'indirizzo e-mail: redazione.sanita@ilssole24ore.com oppure possono essere spediti a:  
Il Sole-24 Ore Sanità, "Sanità Risponde"  
Piazza Indipendenza 23 b/c - 00185 Roma

## D DETRAZIONI/ ADESIVO DENTIERA

Le spese per l'acquisto di adesivi per dentiera rientrano nella tipologia di quelle che danno diritto alla detrazione Irpef, ai sensi dell'articolo 15, comma 1, lettera c), del Tuir?

(M.C.)

Sì, nella misura in cui il prodotto rientri nella classificazione nazionale dei dispositivi medici (reperibile sul sito del ministero della Salute). L'agenzia delle Entrate (cfr. risoluzione 29 settembre 2009, n. 253/E) chiarisce che la normativa vigente definisce dispositivo medico qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto «di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico... il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi». Il repertorio di questi dispositivi è stato definito con un Dm del 22 settembre 2005 e, successivamente, più volte aggiornato. Peraltro, la spesa per l'acquisto del dispositivo medico deve essere documentata dallo scontrino fiscale o dalla fattura, da cui risultino la descrizione del prodotto acquistato e le generalità dell'acquirente. In alternativa, il contribuente può sottoscrivere una dichiarazione sostitutiva

di atto notorio per attestare che l'acquisto risponde all'esigenza di curare una patologia propria o di un familiare a carico, accompagnando la stessa dalla fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

## D DETRAZIONI/ LENTI CORRETTIVE

Ho recentemente acquistato degli occhiali da sole con lenti graduate, correttive della miopia. Vorrei sapere se la spesa rientra fra quelle che danno diritto alla detrazione dell'Irpef.

(Fe.B.)

La risposta al quesito del lettore è affermativa. Le lenti correttive di difetti visivi rientrano nell'elenco dei dispositivi medici di uso più comune, secondo il decreto legislativo 46/1997, al quale fa riferimento la circolare dell'agenzia delle Entrate 13 maggio 2011, n. 20/E. Ai fini della detraibilità è necessario conservare, in ogni caso, la documentazione (scontrino o la fattura) dalla quale risulti il soggetto che sostiene la spesa, nonché la specifica descrizione del dispositivo medico acquistato.

a cura di Alberto Santi

## A AGGIORNAMENTO ECM PER I MEDICI

Nei casi di instaurazione di rapporti di lavoro a tempo determinato e pieno di durata inferiore all'anno, si chiede se i medici abbiano comunque diritto alla concessione di un numero di giorni per l'aggiornamento professionale obbligatorio, identico a quello previsto per il personale medico a tempo indeterminato, atteso che i relativi articoli del Ccnl Aris-Anmirs distinguono solo tra medici a tempo pieno e medici a tempo definito?

(S.A.)

Sia i permessi per l'aggiornamento professionale individuale (articolo 74 del Ccnl Anmirs) sia quelli per l'aggiornamento cumulativo (articolo 75 del Ccnl citato) spettano a tutti i medici dipendenti, ivi compresi quelli a tempo determinato, indipendentemente dalla durata del rapporto, attesa l'assenza di diverse previsioni all'interno del Ccnl di riferimento.

a cura di Giovanni Costantino (Studio Costantino)