

ANALYSIS

RASSEGNA STAMPA Martedì 9 Luglio 2013

Ordine Medici, 30-40 mila precari sanità, 8 mila camici bianchi
ANSA

Fnomceo: 8 mila i medici precari in sanità e 10 mila i dentisti abusivi
DOTTNET

Sanità: Fnomceo, prossimo anno 2 mila giovani medici in meno
ADN KRONOS

Commissioni Bilancio e Affari Sociali. Ordini medici e farmacisti (e tanti altri) in audizione
QUOTIDIANO SANITA'

Fnomceo, basta a modello aziendalista in sanità
DOCTORNEWS

Assobiomedica: poche Asl hanno pubblicato piano pagamenti
DOCTORNEWS

Polizza obbligatoria per colpa grave a carico medici: coro di no
DOCTORNEWS

Curarsi in Europa da ottobre si potrà scegliere e pagherà la Asl
IL MESSAGGERO

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

Agenzia: Ansa**ORDINI MEDICI,30-40MILA PRECARI SANITA',8MILA CAMICI BIANCHI**

POCHI POSTI SPECIALIZZAZIONI, PROSSIMO ANNO FUORI' 2MILA GIOVANI (ANSA) - ROMA, 8 LUG - In sanità ci sono "30-40mila precari, di cui 8mila medici" guardando solo ai contratti "a tempo determinato, senza contare altre forme di precarietà", concentrate peraltro in punti nevralgici dell'assistenza, in particolare in alcune Regioni". Lo ha sottolineato Sergio Bovenga, rappresentante della Federazione degli Ordini dei medici (**FnomCeo**) in audizione davanti alle commissioni Affari sociali e Bilancio della Camera per l'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. "Senza compliance dei protagonisti - ha osservato - le organizzazioni si impoveriscono" e "davanti a trasformazioni di larga portata che stiamo affrontando in questi anni, centinaia di migliaia di professionisti vivono in un clima di incertezza economica e professionale, considerati anonimi fattori produttivi" da un sistema che "subordina le finalità sanitarie alla tenuta dei conti". Alle difficoltà legate al personale, ha ricordato, si aggiunge poi la mancanza di nuovi medici specializzati, ed "emblematico è il fenomeno della formazione in medicina generale". Ormai è a regime, ha ricordato, "il decreto del Miur che porta a 5 gli anni di specializzazione in medicina e a 6 quelli in chirurgia" a fronte di una "insufficienza di contratti di formazione che quest'anno sono 500 in meno rispetto alle esigenze" e che "a regole invariate il prossimo anno saranno 2mila in meno, confinando in questa specie di imbuto migliaia di giovani medici laureati ma senza prospettive di qualificazione professionale e di accesso al Servizio sanitario nazionale".(ANSA). Y87-CR08-LUG-13 17:02 NNNN

Fnomceo: 8mila i medici precari in sanità e 10mila i dentisti abusivi



In sanità ci sono "30-40 mila precari, di cui 8mila medici" guardando solo ai contratti "a tempo determinato, senza contare altre forme di precarietà, concentrate peraltro in punti nevralgici dell'assistenza, in particolare in alcune Regioni".

Lo ha sottolineato Sergio Bovenga, rappresentante della Federazione degli Ordini dei medici (FnomCeo) in audizione davanti alle commissioni Affari sociali e Bilancio della Camera per l'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. "Senza compliance dei protagonisti - ha osservato - le organizzazioni si impoveriscono" e "davanti a trasformazioni di larga portata che stiamo affrontando in questi anni, centinaia di migliaia di professionisti vivono in un clima di incertezza economica e professionale, considerati anonimi fattori produttivi" da un sistema che "subordina le finalità sanitarie alla tenuta dei conti". Alle difficoltà legate al personale, ha ricordato, si aggiunge poi la mancanza di nuovi medici specializzati, ed "emblematico è il fenomeno della formazione in medicina generale". Ormai è a regime, ha ricordato, "il decreto del Miur che porta a 5 gli anni di specializzazione in medicina e a 6 quelli in chirurgia" a fronte di una "insufficienza di contratti di formazione che quest'anno sono 500 in meno rispetto alle esigenze" e che "a regole invariate il prossimo anno saranno 2mila in meno, confinando in questa specie di imbuto migliaia di giovani medici laureati ma senza prospettive di qualificazione professionale e di accesso al Servizio sanitario nazionale". Notizie allarmanti anche dal fronte dei dentisti: "Sono diecimila in Italia i dentisti abusivi", afferma Gianfranco Prada, presidente dell'Associazione nazionale dentisti italiani (Andi), nel corso dell'audizione davanti alle commissioni congiunte della Camera, Affari sociali e Bilancio, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul Ssn. "L'offerta di odontoiatria italiana - ha spiegato - oggi è in eccesso rispetto al fabbisogno: un dentista ogni 1042 abitanti, mentre l'Oms dice che deve essere uno ogni 2mila nei Paesi industrializzati" e la ragione è da ricercare anche nell'abusivismo. Peraltro, la domanda di cure continua a ridursi, e se già nel 2005 solo il 40% degli italiani andava dal dentista, nel 2011 la percentuale è scesa al 32%. In più la riduzione della domanda ha determinato "una riduzione delle cure e un peggioramento della salute orale. Le cure oggi sono solo di emergenza, per curare infezioni o dolore, ma non protesi. Nei prossimi anni ci sarà una vera e propria emergenza odontoiatrica, le richieste saranno sempre maggiori"

Agenzia: Adnkronos

SANITA': FNOMCEO, PROSSIMO ANNO 2MILA GIOVANI MEDICI IN MENO =

POCHI CONTRATTI DI FORMAZIONE, RIVEDERE LE REGOLE Roma, 8 lug. (Adnkronos Salute) -"C'e' insufficienza di contratti di formazione. Il prossimo anno, se le regole non cambieranno, avremo duemila giovani medici in meno". Lo ha detto Sergio Bovenga, rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (**Fnomceo**), intervenuto oggi nell'audizione dell'indagine conoscitiva sul Ssn, in programma nelle Commissioni congiunte della Camera, Affari sociali e Bilancio. Si tratta di un "imbuto per migliaia di medici, in maggioranza donne", spiega Bonvenga. "Migliaia di giovani medici - sottolinea - senza prospettive di qualificazione professionale e accesso al Servizio sanitario nazionale". Altro problema segnalato dalla **Fnomceo** e' quello delle "cure odontoiatriche, non ricomprese nei Lea, dove le visite continuano a calare". (Sof/Zn/Adnkronos)08-LUG-13 17:43NNNN

Martedì 08 LUGLIO 2013

Commissioni Bilancio e Affari Sociali. Ordini medici e farmacisti (e tanti altri) in audizione

Trovare risposte adeguate alla sostenibilità del Ssn, senza passare attraverso tagli lineari che non si sposano con i principi di equità e universalità. Questo il filo conduttore delle audizioni in Commissioni Bilancio e Affari sociali che ha visto protagoniste Federazioni e Associazioni del mondo della salute.

Continuano le audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica sulla sostenibilità del Ssn. Protagonisti di questa giornata, le principali Federazioni e Associazioni di categoria e i rappresentanti dei sindacati medici che sono stati ascoltati dalle Commissioni riunite di Bilancio e Affari sociali della Camera: la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), la Federazione delle società medico-scientifiche italiane (Fism), la Federazione veterinari e medici (Fvm) e Federazione patologici clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (Fassid). E ancora la Federazione ordini farmacisti italiani (Fofi) e Federfarma; l'Associazione nazionale dentisti italiani (Andi) e Assobiomedica. Audit poi il Sindacato dei medici italiani (Smi), il Sindacato nazionale farmacisti dirigenti del Ssn (Si.na.f.o.) e il Segretariato italiano giovani medici (Sigm). Sul tappeto la sostenibilità del Ssn e la necessità di garantire i Lea. Ma anche proposte e soluzioni per uscire dall'impasse.

Gli interventi in sintesi per ordine di intervento (*per il testo integrale clicca sul nome quando sottolineato*).

Sergio Bovenga, Presidente Omceo Grosseto per la Fnomceo. "Il Ssn non può sopportare ulteriori politiche di definanziamento pubblico, salvo scontare inaccettabili cadute dell'universalismo e della equità. Nell'affannosa ricerca di ulteriori forme di finanziamento, la leva dei ticket è oggettivamente diventato uno strumento distorsivo dell'equità e della stessa efficacia, favorendo fenomeni di *opting out* dal sistema pubblico o in assoluto dal sistema delle cure. I ticket sui farmaci sono aumentati del 40%, le prestazioni sanitarie complessive sono diminuite del 20%. Non sorprende che in queste condizioni non si sono ancora realizzate le condizioni per stipulare il Patto della Salute. Sul piano organizzativo-gestionale va ripensato il modello aziendale dominante, provando ad invertire l'ordine dei fattori e cioè partendo dal rispetto delle finalità sanitarie per arrivare a quello dell'equilibrio dei conti. Il ridimensionamento e la riqualificazione strutturale e funzionale della rete ospedaliera ed il potenziamento e riorganizzazione delle cure primarie devono innanzitutto corrispondere in modo armonico alla transizione epidemiologica tra malattie acute e croniche e tra malattia e salute e tutto questo non necessariamente può comportare minore spesa ma probabilmente solo una migliore qualificazione della stessa. Con pari convinzione affermiamo che il nostro Ssn non è né un costo insopportabile né un carrozzone inefficiente ed inefficace ma una grande opera tecnico professionale, civile e sociale che garantisce ricerca e sviluppo, occupazione qualificata e soprattutto nei principi di universalismo ed equità, coesione sociale ed identità civile al nostro paese".

Francesco Macri, Segretario nazionale Fism. "Per non essere costretti ad ulteriori tagli lineari o a razionamenti ingiustificati va messa a punto una strategia utile ad evitare gli sprechi e le

disuguaglianze. In questa logica abbiamo già formalizzato alla Fnomceo e al Ministero della Salute una soluzione a costo zero, che consiste nel dare un ruolo propositivo alle Società Scientifiche accreditate presso le istituzioni alle quali affidare il compito di definire il profilo professionale aggiornato dei propri associati, che costituiscono l'organico operativo del Ssn. Il risultato sarà quello di fornire un comune denominatore professionale a livello nazionale, con l'obiettivo di uniformare e migliorare, in un tempo relativamente breve, le più diffuse procedure diagnostiche e rendere più appropriati i trattamenti terapeutici. In questo modo si possono ottenere due importanti risultati virtuosi sul risparmio: evitare la esecuzione di prestazioni o trattamenti terapeutici inutili e ridurre il ricorso alla medicina difensiva da parte dei sanitari, grazie ad una razionalizzazione a livello nazionale delle prestazioni erogate, basata su linee guida condivise per gli interventi professionali ed organizzativi. Questo consentirà anche di definire una corretta presa in carico del rischio in campo sanitario da parte del settore assicurativo, con ricadute favorevoli per le strutture assistenziali e per i medici che vi operano in modo corretto nell'interesse ultimo di pazienti".

Salvo Cali, Segretario nazionale Smi. "Se si hanno poche risorse, si spende male e senza una cornice nazionale, è impossibile razionalizzare e modernizzare il sistema e ricondurre la spesa in investimenti adeguati che possano rispondere correttamente alle mutate domande di salute (cronicità, invecchiamento della popolazione) con servizi efficaci su territorio e con un'aggiornata e rivista definizione dei Lea. Quindi il primo obiettivo è chiudere la stagione del 'malinteso federalismo', il secondo è prevedere adeguati stanziamenti, il terzo è ridurre il gap strutturale tra sud e nord, il quarto è creare una governance basata sui medici e il merito ed escludendo le invasive infiltrazioni della "malapolitica" (fenomeno sempre legato al malinteso federalismo). Quindi invece, di inseguire spot pubblicitari a uso e consumo dei mezzi di comunicazione, come la bufala dell'h24, si ritorni a dialogare con la categoria, si dia il giusto ruolo al Parlamento e si finisca con la pratica irrazionale dell'emergenzialismo. È giunto il momento di una seria programmazione, del potenziamento delle cure primarie, ma senza cedere allo smantellamento della guardia medica e alla de-medicalizzazione del 118, come si sta facendo in Toscana o in Lombardia. Infine bisogna cambiare radicalmente il quadro normativo: si vada verso il contratto unico della categoria, basta con le divisioni tra convenzionati e dipendenti. I medici devono stare al centro della riorganizzazione delle cure primarie, non le vittime di involuzioni calate dall'alto, come si sta facendo fino ad ora". (Nei prossimi giorni sarà inviato in Commissione un documento).

Pierluigi Ugolini dell'Fvm. "Non può esservi appropriatezza di spesa senza una efficace politica di prevenzione dei meccanismi che generano spese aggiuntive. I Lea devono, oramai da troppo tempo essere rivisitati per essere aggiornati ed attualizzati, ma se si vogliono mantenere gli attuali, è impensabile ridurre il finanziamento del Fsn. Nell'ottica di garantire i Lea è fondamentale che le funzioni ed i livelli organizzativi minimi siano definiti. Non sono né il finanziamento complessivo del sistema né tantomeno la riduzione dei livelli organizzativi professionali a determinare da soli un decremento della spesa, quanto piuttosto la capacità di intercettare i bisogni in modo organico. Procedere per ambiti di assistenza è allo stato assolutamente inadeguato, ma soprattutto appare inadeguato lo strumento dei "costi standard" senza che parallelamente siano indicate, a livello centrale "standard strutturali, strumentali e di personale" minimi a cui far riferimento, in modo che vi sia una uniformità erogativa di base in tutte le regioni. L'obiettivo di allocare il 5% della spesa sanitaria in politiche di prevenzione efficaci dovrebbe essere uno dei fattori che, se adeguatamente sfruttato, potrebbe essere in grado di mettere in piedi meccanismi di *spending review* avanzati e non basati su inutili politiche di tagli lineari".

Francesco Lucà, Coordinatore nazionale Fassid. "Non è la spesa sociale fuori controllo alla base della crisi economica, ma è il contesto economico che 'minaccia' lo stato sociale. Bisogna agire sul sistema partendo dalla performance. Migliorando la qualità delle prestazioni si raggiunge la sostenibilità economica e non viceversa. Per questo chiediamo una chiara ed univoca regolamentazione dell'offerta sia nel pubblico ma, non secondariamente, nel privato: la soluzione deve essere un accreditamento istituzionale. E ancora, occorre sviluppare l'Health Technology Assessment nel modo più completo trovando soluzioni adeguate nelle gare di appalto dove siano gli specialisti che dovranno usare la tecnologia a dire la loro. Infine deve essere difesa l'appropriatezza, nel senso più completo del termine, arrivando a punire, quelli sì, i medici che ricercassero nella medicina difensiva, che incrementa, come ampiamente dimostrato, la spese del 10%. Tutte proposte

a costo zero con la speranza di un contributo fattivo da parte di chi rappresenta quelli che sono tra i principali servizi che sono il motore indispensabile per il funzionamento del sistema sanitario del nostro Paese".

Gianfranco Prada, presidente Andi. "In Italia i maggiori problemi per l'odontoiatria riguardano certamente l'eccesso di offerta, fenomeno aggravato dal forte abusivismo. La configurazione del mercato è monopolizzata dal privato, dato che il pubblico rappresenta meno del 10% delle cure erogate. I cittadini propendono per il privato perché con esso hanno ormai costruito un rapporto fiduciario, mentre l'offerta pubblica è sempre più carente. Per il futuro chiediamo uno sforzo più convinto verso le campagne di sensibilizzazione, soprattutto quelle incentrate sull'importanza della prevenzione. Si tratta di un processo che si costruisce con un lavoro articolato e capillare che parta dalle scuole. Un'altra richiesta che rivolgiamo al governo riguarda la costruzione di un sistema di incentivi e sgravi fiscali. Un dispositivo di questo genere permetterebbe di combattere in maniera efficace l'abusivismo e l'evasione e di recuperare una cospicua porzione di risorse".

Walter Mazzucco, Presidente nazionale Sigm. "Per essere competitivi in un momento di crisi economico-finanziaria e per concorrere al bene dell'intero sistema salute, è necessario avere professionalità adeguatamente preparate e motivate. E uno dei pilastri di un Ssn solido e sostenibile è rappresentato dalla componente giovane della Professione Medica che, solo se adeguatamente supportata e valorizzata, potrà contribuire al rilancio della Sanità nel nostro Paese. Tuttavia, i tempi di accesso all'esercizio della professione ed al mondo del lavoro in Italia per un giovane medico sono i più elevati in assoluto nel panorama UE. Inoltre l'effetto combinato di una non ottimale gestione delle risorse umane, unitamente alla non adeguata programmazione del fabbisogno di professionalità mediche, ha incrementato nel tempo, in maniera esponenziale, il numero di giovani medici precari in attesa di legittima stabilizzazione. Manca inoltre un sistema di rilevazione del fabbisogno intellegibile e strutturato sia dal punto di vista metodologico che scientifico in adozione tanto a livello regionale quanto a livello centrale. Persiste una dicotomia tra le esigenze del Ssn e l'articolazione delle reti formative delle scuole di specializzazione. Nell'ambito del capitolo delle risorse umane la richiesta di riequilibrio tra le esigenze di chi entra e chi esce dal sistema non deve essere classificata come una generica azione di rivendicazione intergenerazionale, piuttosto deve essere considerata un'opportunità: soltanto le giovani generazioni, infatti, potranno farsi interpreti del processo di discontinuità culturale, non più orientato alla visione di parte bensì all'etica ed alla cultura di sistema, necessario a garantire l'evoluzione del sistema delle cure nel nostro Paese".

Maurizio Pace, segretario nazionale Fofi. "Oggi per invertire il trend negativo che caratterizza il settore è necessaria una stabilizzazione che consenta la ripresa della crescita e la sostenibilità del servizio farmaceutico. La spesa per i medicali continua a crollare e quindi bisogna impegnarsi affinché non vi siano ulteriori tagli e manovre finanziarie incidenti sul settore del farmaco. Una novità che garantirebbe ricadute positive su tutte il sistema risiede nell'inserimento della figura del farmacista nell'équipe sanitaria ospedaliera a livello dipartimentale e di reparto. Nel contempo mi auguro un'implementazione del modello della farmacia dei servizi che sarebbe anche una risposta alla necessità di mantenere elevati livelli occupazionali nella professione, di prevedere una progressione di carriera per i collaboratori in termini economici ma anche di sviluppo delle competenze di ruolo. Altro vettore per innescare una nuova fase di crescita è costituito dalla digitalizzazione che rappresenta un obiettivo di progresso da perseguire, che consentirà una gestione migliore del paziente e dei trattamenti terapeutici. In quest'ottica, oltre allo sviluppo del Fascicolo sanitario elettronico occorrerebbe servirebbe prevedere la creazione anche di un dossier farmaceutico del paziente, contenente tutte le informazioni relative alle terapie in uso e da aggiornare puntualmente ad opera del farmacista, al fine di consentire un virtuoso interscambio informativo".

Roberta Di Turi, Segretario generale Aggiunto Sinafo. "La spesa farmaceutica nel nostro Paese ha subito, negli ultimi anni, un sensibile incremento. Una spesa rilevante che deve essere attentamente monitorata per evitare lo spreco di risorse che potrebbe incidere pesantemente sulla sostenibilità stessa del principio solidaristico su cui si basa il nostro sistema sanitario. I servizi farmaceutici territoriali e ospedalieri svolgono una funzione essenziale sia a livello di monitoraggio della spesa farmaceutica, attraverso adeguati e costanti controlli sull'appropriatezza prescrittiva, sia

nella pratica gestione delle procedure relative alla dispensazione dei medicinali intra extra ospedalieri senza alcun aggravio della spesa e consentendo, anzi, la realizzazione di notevoli risparmi ed economie. Funzioni che potrebbero essere certamente più incidenti laddove si dovessero implementare gli organici dei farmacisti pubblici che rimangono (inspiegabilmente) sottostimati rispetto a quelli di tutti gli altri dirigenti sanitari. Eppure, nonostante le reiterate segnalazioni che su tale questione sono state fatte ai vari livelli istituzionali, nulla o poco è stato fatto. Per questo proponiamo che venga accolte le nostre richieste di incremento della dotazione organica per perseguire in modo compiuto alcuni degli obiettivi di importanza strategica”.

Stefano Raimondi, presidente Assobiomedica. "Occorre andare oltre la politica del rigore. La gestione del sistema della salute non può essere infatti basata su una logica emergenziale, con un'agenda dettata esclusivamente da esigenze di risparmio a breve termine. Per innescare una ripresa economica, preservando i principi fondamentali del nostro Ssn, bisognerebbe procedere sulla strada della razionalizzazione, modificando però l'approccio della spending review verso meccanismi in grado di allocare le risorse verso le strutture che mostrano livelli di efficienza più elevati. Altre priorità sono costituite da una valorizzazione dell'innovazione tecnologica appropriata e da una revisione del perimetro dei Lea, passando da una definizione di una lista negativa a una positiva. Per quanto riguarda più specificamente il settore dei dispositivi medici, occorre senza dubbio una sua maggiore conoscenza, anche se presso il ministero della Salute sono già presenti due banche dati: il Repertorio dei dispositivi medici e i dati provenienti dal monitoraggio dei flussi dei consumi e dei contratti. Bisogna utilizzare al meglio questi strumenti, senza ricorrere a nuovi, complicati e costosi meccanismi di raccolta. A livello normativo, è importante che l'Italia svolga a livello europeo un'azione forte per garantire che nella revisione delle direttive in vigore per l'immissione in commercio dei dispositivi medici, non prevalga la volontà di modificare sostanzialmente l'impianto legislativo attuale. Sono certamente necessarie delle modifiche, ma non va toccata l'impostazione di base, che è perfettamente adeguata al settore".

Annarosa Racca, presidente Federfarma. "Sono 3.000 le farmacie in difficoltà e 600 quelle vicine al fallimento. è l'unica voce di spesa che a differenza di tutte le altre ha fatto registrare negli anni un decremento perché la farmaceutica convenzionata è stata continuamente tagliata. Sono aumentate le trattenute delle farmacie inoltre è aumentata la distribuzione diretta con disagi dei cittadini. Il risultato è che non sono rispettati i Lea e assistiamo ad una differenziazione nel paese nella distribuzione del farmaco. Questa situazione che continua a peggiorare per questo dobbiamo portare questi farmaci di uso consolidato negli ospedali e nelle Asl ad una distribuzione più facile ed arrivare ad una nuova remunerazione delle farmacie italiane che dia centralità al medico di medicina generale e dia la completa tracciabilità dei farmaci che riporti il rapporto delle farmacie con il territorio. Le farmacie posso fare molto per la sostenibilità del sistema, devono infatti essere coinvolte nell'assistenza domiciliare, nei programmi di screening, e nella prenotazione di visite ed esame attraverso i cup. Le farmacie sono pronte e hanno dimostrato di portare risparmio".

Fnomceo, basta a modello aziendalista in sanità



No al modello aziendalista dominante in sanità e no a professionisti "ridotti" ad anonimi fattori produttivi all'interno del sistema sanitario. A sottolinearlo nel corso dell'audizione pomeridiana presso le Commissioni riunite Bilancio e Affari sociali, dal titolo "La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica", i rappresentanti di

Fnomceo, Giuseppe Augello e Sergio Bovenga. I problemi esposti da Bovenga nella relazione sono quelli noti da tempo alla categoria e partono da una domanda di fondo che da tempo caratterizza l'area sanitaria: Può il Paese reggere un Servizio sanitario nazionale finanziato in modo solidaristico? Difficile dare una risposta univoca, ma, osserva il rappresentante Fnomceo, gli interventi legislativi in materia, da anni, confermano come l'area sia un "work in progress" dalla notevole complessità. È certo, però, continuano, che i nodi presenti rischiano di condizionare al ribasso e ribilanciare i ruoli rispettivi tra ministeri dell'Economia e della Salute, a vantaggio del secondo, potrebbe risolvere l'annoso problema italiano di una spesa pubblica tra le più basse dell'Europa a 15. Poi la relazione di Fnomceo tocca in rassegna tutti i punti spinosi per la categoria, dalla precarietà allo sviluppo dell'e-health, dalle specializzazioni mediche al capitolo contenzioso. «Senza compliance dei protagonisti» osserva Bovenga «le organizzazioni si impoveriscono» e «davanti a trasformazioni di larga portata che stiamo affrontando in questi anni, centinaia di migliaia di professionisti vivono in un clima di incertezza economica e professionale, considerati anonimi fattori produttivi» da un sistema che «subordina le finalità sanitarie alla tenuta dei conti». Infine la mancanza di nuovi medici specializzati «il decreto del Miur che porta a 5 gli anni di specializzazione in medicina e a 6 quelli in chirurgia» a fronte di una «insufficienza di contratti di formazione che quest'anno sono 500 in meno rispetto alle esigenze» e che «a regole invariate il prossimo anno saranno 2mila in meno, confinando in questa specie di imbuto migliaia di giovani medici laureati ma senza prospettive di qualificazione professionale e di

accesso al Servizio sanitario nazionale» si conclude la relazione Fnomceo.

Marco Malagutti

Assobiomedica: poche Asl hanno pubblicato piano pagamenti

Mentre per alcune Regioni sono in arrivo altri fondi, Assobiomedica denuncia ulteriori ritardi nei tempi di pagamento da parte di ospedali e aziende sanitarie. Dopo l'assegnazione alla Sanità dei primi cinque miliardi per il pagamento dei debiti sanitari cumulati al 31 dicembre 2012, erano rimasti 280 milioni non richiesti. Ora ne è stata disposta la riassegnazione e, come previsto, la priorità è stata data a Piemonte e Puglia, Regioni in piano di rientro. Vanno così oltre 169 milioni al Piemonte e 39 alla Puglia; i quasi 70 milioni restanti sono destinati a Lazio ed Emilia Romagna, che ne avevano fatto richiesta entro fine giugno. In questo contesto, il presidente di Assobiomedica **Stefano Rimondi** ha segnalato che «sono davvero troppo poche le Asl e Ao che entro il 5 luglio hanno pubblicato on line il proprio piano di pagamenti, come previsto dalla legge sui debiti della pubblica amministrazione. Dobbiamo purtroppo constatare che la prima scadenza fissata dalla legge n.35/2013 è stata clamorosamente fallita». Assobiomedica aveva già accolto con scetticismo la legge sui pagamenti e ora rileva una mancanza considerata gravissima: «se la pubblica amministrazione si rifiuta, in modo così evidente, perfino di comunicare i propri debiti, ci chiediamo quale sarà il livello di disobbedienza quando sarà il momento di pagare quei debiti che non sono nemmeno in grado di notificare». Rimondi ha ricordato che i crediti pregressi delle aziende riunite sotto Assobiomedica superano i cinque miliardi e che i pagamenti subiscono un ritardo medio di nove mesi, a fronte di direttive che impongono un massimo di 60 giorni. «Si parla tanto di sviluppo, di rilancio dell'economia, di investimenti in innovazione, - ha lamentato Raimondi - ma finché i crediti delle imprese non verranno saldati sarà possibile solo distruggere un comparto che potrebbe contribuire alla crescita del Paese. Per ora purtroppo siamo stati costretti a fare il contrario: abbiamo smesso di assumere giovani neolaureati, di investire in ricerca e in innovazione tecnologica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Polizza obbligatoria per colpa grave a carico medici: coro di no

Dal prossimo 13 agosto, come noto, le aziende sanitarie avranno l'onere di garantire la copertura assicurativa solo per colpa lieve mentre per i camici bianchi diventerà obbligatorio stipulare una polizza assicurativa per colpa grave che, secondo il Sindacato dei medici italiani, potrà costare fino a 15.000 euro all'anno. Il presidente nazionale Smi **Giuseppe Del Barone** giudica la norma vergognosa: «vogliono che il rapporto medico-paziente si basi sulle stesse regole con cui si dirimono i contenziosi che nascono dai sinistri automobilistici. Come al solito si svilisce il ruolo del medico e come al solito su di loro si scarica il peso, anche economico, della cattiva organizzazione del sistema sanitario. Intanto a monte restano irrisolti problemi anche gravi; la medicina difensiva, per esempio, costa alle casse dello Stato 10 miliardi di euro, lo 0,75% del Pil, quanto l'Imu». Il presidente dell'Ordine napoletano, **Bruno Zuccarelli** conferma che il tema «interessa e crea preoccupazione ai circa 23mila iscritti» e ieri, a Napoli, se ne è discusso durante il convegno "La responsabilità del medico ospedaliero", in cui il Comitato unitario delle professioni (Cup) e l'Associazione nazionale avvocati di Napoli hanno ribadito la richiesta di rinviare l'entrata in vigore del provvedimento per consentire una riflessione più approfondita e sciogliere alcuni punti nodali. Secondo il presidente del Cup **Maurizio de Tilla** «l'assicurazione obbligatoria ha come conseguenza un incentivo al contenzioso e un innalzamento dei premi, che non può che ricadere sui cittadini. Nulla, infatti, è stato fatto per evitare i cartelli assicurativi e per scongiurare che i premi aumentino a dismisura come avvenuto in Francia». Anche questo tema rientrerà nelle rivendicazioni della protesta già proclamata per il 22 luglio e **Massimo Cozza** di FpCgil, nel denunciare l'insufficienza delle norme decise dal ex ministro della Salute Balduzzi, ha espresso la necessità di una legge.

Da ottobre via alla sanità europea cure all'estero, l'Asl paga il conto

►Gli italiani potranno scegliere di ricoverarsi in ogni ospedale Ue

ROMA Cure senza frontiere nell'Unione Europea. Dal prossimo 25 ottobre i pazienti della Ue potranno liberamente scegliere dove farsi visitare, curare o operare. Da quel giorno cioè un italiano avrà la possibilità di sottoporsi ad un intervento a Parigi, Londra e Stoccolma o un finlandese di venire da noi. La direttiva europea 2011/24 dà indicazioni e scadenze uguali per tutti gli Stati in modo che per l'autunno sarà possibile far viaggiare i pazienti con le stesse procedure amministrative, le stesse tariffe e un universale riconoscimento delle prescrizioni mediche.

Massi alle pag. 10 e 11

Curarsi in Europa da ottobre si potrà scegliere e pagherà la Asl

►Sanità senza frontiere
la nuova direttiva
coinvolge tutti i Paesi

**CONTO ALLA ROVESCIA
PER L'ORGANIZZAZIONE
LA PRESCRIZIONE
AVRÀ LO STESSO
VALORE A OSLO
COME A BUCAREST**

LA SCADENZA

ROMA Malati senza frontiere in Europa. Mancano poco più di tre mesi al 25 ottobre, giorno in cui i pazienti della Ue potranno liberamente scegliere dove farsi visitare, curare o operare. Da quel

giorno un italiano avrà la possibilità di sottoporsi ad un intervento a Parigi, Londra e Stoccolma o un finlandese di venire da noi. Da oltre due anni la Ue ha votato questa direttiva. Ora, tutti i Paesi, stanno con il fiato sul collo e hanno messo in moto la mac-



china organizzativa in gran fretta. Dal momento che, alcune pratiche burocratiche, dovrebbero essere pronte entro il 24 agosto. In piena estate.

LE SCADENZE

La direttiva europea 2011/24 dà indicazioni e scadenze uguali per tutti gli Stati in modo che per l'autunno sarà possibile far viaggiare i pazienti con le stesse procedure amministrative, le stesse tariffe e un universale riconoscimento delle prescrizioni mediche. Una mega rivoluzione che riguarda 600 milioni di cittadini, 2 milioni di medici e 20 milioni di infermieri.

In burocratese la rivoluzione si chiama "Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera", in pratica è un'apertura delle frontiere in corsia. Una sorta del Trattato di Schengen della salute. Regolato da norme identiche che, per alcuni dettagli, sono ora in costruzione. Il ministero della Salute ha appena istituito un gruppo operativo per affrontare il passaggio nella sanità europea. Che vuol dire omologare i prezzi, coinvolgere le Regioni in questa operazio-

ne, studiare nuove procedure amministrative e il sistema per far riconoscere a Londra, Bucarest e Oslo la stessa prescrizione medica. Che vuol dire partire ma anche accogliere pazienti che arrivano dalla Gran Bretagna, come dalla Romania.

I CONTACT POINT

«Abbiamo appena creato il cosiddetto "Contact point" come indica la direttiva - spiegano al ministero della Salute -. Un punto di contatto nazionale che coordinerà le attività che ruotano attorno a questo tipo di assistenza. A seguire nasceranno dei "Contact point" regionali per smistare la domanda che arriverà da fuori e quella interna per partire». Sul sito del ministero figureranno, per gli stranieri, tutte le strutture di eccellenza indicate per ospitare gli stranieri.

Ogni Paese avrà la sua lista. Ai singoli Stati resta l'autonomia di prevedere un sistema di autorizzazione preventiva. L'Italia sta correndo verso l'appuntamento del 24 agosto e poi del 25 ottobre ma anche gli altri non sembrano essere così pronti alla scadenza.

Hanno avuto quasi due anni di tempo per armonizzarsi ma tutto si sta decidendo ora. Le associazioni dei pazienti della Ue sono pronti a chiedere uno slittamento delle date.

IL MINISTRO

Beatrice Lorenzin, ministro della Salute, legge in positivo questo tsunami sanitario-amministrativo alle porte. «Sarà un'occasione per noi. Non nascondo che può preoccupare una simile organizzazione ma potrebbe essere un modo per metterci in mostra. Per far conoscere le nostre eccellenze. Stiamo lavorando sui finanziamenti dei nostri ospedali che saranno destinatari delle scelte dei pazienti stranieri. Oggi abbiamo malati che si spostano da una Regione ad un'altra, a tempi brevi avremo una circuitazione europea. Finalmente non si parlerà soltanto di malasanità. So che diversi Paesi si sono già fatti avanti per stipulare accordi con le nostre strutture».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il servizio sanitario europeo

