

RASSEGNA STAMPA mercoledì 23 luglio 2014

L'attività "intramoenia" resiste alla crisi

IL SOLE 24 ORE

Primi ricorsi al Tar contro il nuovo Codice: "Rende medico succube di leggi e manager"

DOCTORNEWS

Test medicina, Conte (Fnomceo): numero programmato e progress test

DOCTORNEWS

Medici senza l'assicurazione

ITALIA OGGI

Il rapporto. Medici e servizio pubblico L'attività «intramoenia» resiste alla crisi

TI FENOMENO

È di quasi 21 euro la spesa media pro-capite sostenuta dagli italiani, per un totale di 1.257 miliardi

Roberto Turno

ROBE
ROMA

■ Quasi 21 euro pro-capite l'anno in media di spesa per ogni italiano per un totale di 1.257 miliardi, fino a 17.100 euro a testa andata a ciascun medico che ha fatto la **libera professione** dentro le mura del Ssn (e nei propri studi). La crisi morde e gli italiani rinviano le cure, l'assistenza sotto il marchio Ssn si riduce soprattutto al Sud, ma (o proprio per questa ragione) l'attività libero professionale dei medici pubblici resta gettonatissima. Anche se in calo. Dove più, dove meno, è chiaro: in Lombardia ogni medico ha incassato in media oltre 24 mila euro (-5 mila euro in 12 mesi) contro i 6.154 di un dottore in Calabria. Mentre gli assistiti pagano di più in Toscana ed Emilia (32 e 31 euro l'anno), di meno a Bolzano e ancora in Calabria (3,41 e 5,35 euro). L'Italia delle 21 sanità, appunto.

Non è sicuramente una fotografia ingiallita dal tempo quella che ci consegna il rapporto appena depositato in Parlamento dal ministro Beatrice Lorenzin sull'attività libero professionale dei medici pubblici. È anzi - come si legge nel rapporto anticipato su www.24oresanita.com - un check fedele della crisi che attraversa l'Italia. Uno scatto nitido degli alti e bassi del Ssn e del suo non essere un sistema uguale a sé stesso da un capo all'altro del Paese. Tanto più che il rapporto

nulla dice - perché non in vigore all'epoca - della "rivoluzione intramoenia" anche per i sistemi di pagamento dei dottori d'Italia previsto dal "decreto Balduzzi" di due anni fa. E che due anni dopo è ancora lettera morta.

La spesa totale dell'intramoenia ha fatto segnare nel 2012 1,228 miliardi pagati dagli italiani, 29 milioni in meno del 2011 (e ancora - nel 2013). Un calo che ha inciso più sulle tasche dei medici, ma non sugli incassi del Ssn balzati a 218,2 milioni (+42 milioni sul 2011). Le prestazioni più gettonate sono state le visite specialistiche (il 65,5% del totale), mentre calano quelle in ospedale (dal 24 al 21%). Con la punta delle visite ginecologiche (17,8%), poi delle visite ortopediche (13% circa); in controtendenza tac e rmn, costose e dunque tra le prime spese a pagamento a essere evitate, quando (e se) possibile.

La media dei medici che svolgono l'intramoenia è del 52%, ma ancora una volta con le debite differenze. Superano il 60% tra Lazio, Liguria e Piemonte, scendono al 36% in Sardegna (e al 13% nella piccola Bolzano), con tutto il Sud attestato alle soglie minime. In calo (dal 26,2 al 24,3%) l'intramoenia negli studi, che però non a caso va al top al Sud dove il Ssn è più lacunoso: Campania (66%), Calabria (49%), Basilicata (41%), Lazio e Abruzzo (40%) sono le regioni dell'intramoenia negli studi privati. Mentre - segno che il Ssn è più presente - manca quasi completamente in Toscana, Emilia, Veneto e Friuli Venezia Giulia, ed è invece del tutto assente a Trento e a Bolzano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Primi ricorsi al Tar contro il nuovo Codice: «Rende medico succube di leggi e manager»

Gli ordini dei medici di Milano e Bologna fanno ricorso al Tar contro il nuovo codice deontologico, approvato dalla Federazione nazionale degli ordini a fine maggio a Torino con una decina di voti contrari. Altri due ordini seguiranno entro pochi giorni. Il ricorso era stato ipotizzato dal presidente dell'Ordine di Milano Roberto Carlo Rossi, «e a Milano mi risulta sia stato depositato nei giorni scorsi, mentre a Bologna vedremo di depositarlo oggi, 23 luglio», spiega il Presidente Omceo

Bologna**Giancarlo Pizza.** «Altri due ordini, Potenza e Ferrara, hanno annunciato una misura analoga in tempi rapidi», continua Pizza. «Il ricorso ai giudici amministrativi si è reso necessario, anche se in origine avevamo ipotizzato di disapplicare semplicemente il nuovo codice a livello locale. Il Comitato centrale Fnomceo, dopo l'approvazione in Consiglio nazionale a Torino, ha diramato una nota di indirizzo e coordinamento: un termine tecnico che sottende impositività, affinché i 106 ordini provinciali lo facciano proprio. Disapplicare una “nota di indirizzo” sarebbe problematico, e si è reso necessario impugnare l’atto al Tar». L’impugnazione «è stata chiesta su tutto il codice nuovo e non su specifici articoli: da una parte il testo contiene una disposizione finale che fa obbligo agli Omceo di adottare il codice in blocco, dall’altra l’intero documento ha contenuti farraginosi, con molteplici punti oscuri. Gravi dal nostro punto di vista soprattutto l’articolo 3, che rende il medico succube delle modifiche organizzative disposte dalle aziende sanitarie, e l’imposizione al medico dell’obbligo di legge di assicurarsi, con il risultato – sottolinea Pizza - che se un medico è disdettato da un’assicurazione può essere deferito e sospeso dal proprio ordine».

Mauro Miserendino

Test medicina, Conte (Fnomceo): numero programmato e progress test

Mantenere il numero programmato e introdurre un “progress test” con il quale valutare gli studenti lungo tutto il percorso accademico, dal primo al quinto e sesto anno. Potrebbe essere questo, secondo il segretario generale Fnomceo **Luigi Conte**, il giusto approccio alle attuali difficoltà nel meccanismo di selezione per l’Università. «Non c’è dubbio» premette Conte «così com’è strutturata attualmente, la prova a quiz va rivista. Il “progress test” cui sottoporre gli studenti al termine di ogni anno permetterebbe sia di valutare le conoscenze dello studente sia le capacità formative delle Facoltà di medicina». I test, precisa Conte, non avrebbero un criterio selettivo perché «il fine dell’Università non deve essere quello di bocciare ma di formare dei grandi professionisti». Che il numero programmato funzioni, del resto lo dicono i numeri elaborati dal Sole 24Ore sui dati del ministero dell’Istruzione, relativi agli esami di abilitazione per l’accesso all’Ordine professionale. I dati per i medici parlano di un calo del 34,6% tra i candidati, da 10.535 a 6.947, nel periodo compreso tra il 2003 e il 2012. A incidere pesantemente sulla stima, l’introduzione del numero programmato, entrato in vigore in Italia dal 1999. «I numeri» conferma il segretario Fnomceo «rispondono all’esigenza che negli anni ’90 si era manifestata per uscire dalla pletora medica, che ci aveva resi il primo paese al mondo per numero di medici. La programmazione ha dato, perciò, i risultati sperati e ha migliorato sia la qualità sia l’organizzazione didattica». Il fatto che si sia ristretta anche la via d’accesso, ossia che diminuiscano i candidati che superano gli esami di abilitazione è, invece, per Conte più preoccupante. «Il pass rating in diminuzione» spiega «è indice che anche le capacità mnemoniche degli studenti, ossia il principale bersaglio del sistema a quiz attualmente in uso, sono in calo». Ora, però, è urgente superare questa fase che il segretario Fnomceo definisce di «imperante irresponsabilità». Il riferimento è alla valanga di ricorsi da parte degli studenti che non avevano superato il test di aprile. «Una situazione intollerabile nella quale si dà spazio ai peggiori istinti invece di ragionare» conclude.

Marco Malagutti

Medici senza l'assicurazione

Il regolamento sulla responsabilità civile e professionale dei camici bianchi verso il rinvio. Le polizze sanitarie costano troppo. E il fondo rischi è senza copertura

Nei pantani il regolamento sulla responsabilità civile e professionale dei medici. Con il concreto rischio di un ennesimo rinvio dietro l'angolo. Non solo, infatti, del provvedimento in questione si sono perse le tracce, ma secondo indiscrezioni anche se fosse approvato nei termini previsti dalla

legge, cioè il 14 agosto, sarebbe mancato, visto che manca uno dei principi cardini: un fondo rischi sanitari a cui potranno attingere tutti i medici che non sono in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato.

Pacelli a pag. 32

Il regolamento, privo del fondo grandi rischi, resta nel pantano

Responsabilità civile, medici senza copertura

di BENEDETTA PACELLI

Resta nel pantano il regolamento sulla responsabilità civile e professionale dei medici. E con il concreto rischio di un ennesimo rinvio dietro l'angolo. Non solo, infatti, del provvedimento in questione si sono perse le tracce, ma secondo le indiscrezioni anche se fosse approvato nei termini previsti dalla legge, cioè il prossimo 14 agosto, sarebbe in ogni caso mancato. Visto che a mancare sarebbe uno dei principi cardini per cui è stato pensato: un fondo rischi sanitari a cui potranno attingere tutti i medici che non sono in grado di trovare una copertura sostenibile sul mercato.

L'obiettivo principale di questo regolamento, attuativo della legge Balduzzi (16/2012), era quello di disciplinare quei requisiti minimi cui dovranno ispirarsi i contratti assicurativi per garantire il rischio di esercizio dell'attività medica e sanitaria. Ma è soprattutto una la novità attorno alla quale ruota il regolamento: la creazione di un Fondo rischi sanitari, pensato per garantire idonee coperture assicurative per chi opera nelle cosiddette aree a rischio, non tanto per il numero di incidenti quanto per l'onerosità dei risarcimenti per singolo sinistro, (ginecologia, chirurgia, ortopedia e anestesia), più di altre sottoposte a premi elevatissimi da parte delle compagnie assicurative. La Balduzzi prevedeva che questo fondo fosse finanziato in parte dai professionisti che ne richiede l'intervento e in parte dalle imprese di assicurazione che esercitano il ruolo della responsabilità civile sanitaria nella misura massima del 4% della raccolta premi della Rc sanità dell'anno precedente. E qui arrivano i primi nodi.

«Il problema», conferma a *ItaliaOggi* Luigi Conte della Fnomeo (Federazione dei medici e degli odontoiatri), «è che per ora, calcoli alla mano, si è parlato di uno stanziamento pari a 20 milioni di euro, assaiutamente inadeguato a garantire la copertura assicurativa a quei medici che non la trovano sul mercato».

Non solo, perché è l'entrata in vigore stessa del fondo ad essere messa in discussione. Secondo alcune indiscrezioni, infatti, la Consap, che dice la Balduzzi, è chiamata alla gestione e all'amministrazione del Fondo sotto la vigilanza del Ministero dello sviluppo economico e della salute, non sarebbe pronta per la sua operatività concreta prima di nove mesi o un anno. «Ormai», aggiunge Conte, «i tempi sono così stretti che lo sperimentalismo di cui si parla anche se non ancora ufficialmente è l'unica soluzione, anche per aver quel tempo necessario affinché tutti i professionisti si possano adeguare».

C'è poi il tema della retroattività e della postura: al tavolo tecnico al ministero della salute (partecipato da rappresentanti dei professionisti, delle compagnie di assicurazione e delle Regioni) che ha predisposto la bozza di regolamento aveva prevalso in un primo momento la linea della federazione dei medici che ha chiesto una copertura pregressa e una postuma decennale. Le compagnie, rappresentate dall'Ania cercano invece di frenare su questo punto, proponendo polizze a retroattività zero. Tra le poche certezze invece l'ambito di applicazione modificato secondo i principi contenuti nel «Pacchetto salute» approvato dal consiglio dei ministri di metà giugno. Il regolamento, infatti, come prevedeva quel provvedimento, ha escluso dall'obbligo i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, prima ricompresi, che avranno scelto la facoltà e non l'obbligo di dotarsi di una polizza.