

DoctorNews**33**

SANITÀ 2013

I FATTI DELL'ANNO

Prefazione di
Amedeo Bianco

edra

Direttore editoriale: Nicola Miglino
Direttore responsabile: Giorgio Albonetti
Caposervizio: Marco Malagutti
Redazione: Elisabetta Lucchesini, Simona Zazzetta

Registrazione del Tribunale di Milano n° 341 del 17/5/2004

SANITÀ 2013 – I FATTI DELL'ANNO

Coordinamento redazionale: Nicola Miglino, Marco Malagutti
Progetto grafico: Giorgio Gandolfo

**EDIZIONE OMAGGIO
FUORI COMMERCIO**

© 2014 EDRA LSWR SpA - Tutti i diritti riservati

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEA-Redi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.



Sommario

PREFAZIONE

La Relazione di cura fulcro del Ssn	V
-------------------------------------	---

INTRODUZIONE

Il fascino della Medicina per le nuove generazioni	VII
--	-----

GENNAIO

Bianco: mi candido per il rilancio del Ssn, ma rimango presidente Fnomceo	1
Fiaso: mancati pagamenti danneggiano anche la Pubblica amministrazione	3
Ginecologi in sciopero: più garanzie su contenzioso medico-legale	4
Medici di famiglia, rischio estinzione al Nord	5
Istat, spesa Ssn tra le più basse in Europa. Marino: così il sistema non tiene	6

FEBBRAIO

Sentenza Cassazione, colpa lieve non ha più rilevanza penale	7
Commissione Ssn, cure disomogenee, ospedali vecchi e a rischio sisma	8
Appello alla nuova politica: si riveda il federalismo in Sanità	9
Bianco (Fnomceo) sul voto: emerge voglia di cambiamento	10

MARZO

Medici nei supermercati, Fimmg Toscana: una prospettiva assurda	11
Consulta: medici dipendenti possono lavorare fino a 70 anni	12
Inchiesta su borsisti in Mg, Mazzucco (Sigm): un paradosso, urge contratto	13

APRILE

Def 2013, riorganizzazione del sistema sanitario per consolidare il calo della spesa	15
Coletto: permesso per curarsi fuori Regione, modello che si può estendere	16
Decreto Stamina: sconcerto tra gli scienziati	17
Fimmg: calo sconcertante di specializzandi in medicina generale	18
Il fascino del camice bianco. Boom ai test di Medicina	19
Specializzandi in fuga, all'estero maggiori gratificazioni	20
Beatrice Lorenzin nuovo ministro della Salute	21
Osservasalute 2012, a rischio tenuta del sistema.	
Ricciardi: stop a conflitto Regioni	21

MAGGIO

Sospensione visite medico-fiscali: Fnomceo chiede revoca	23
Con digitalizzazione risparmio di 15 miliardi anno, ma Italia non investe	24
Iss-Airtum, in zone a rischio ambientale sale incidenza tumori	25
Stamina, si va verso la sperimentazione clinica	26
Deficit sanitari, il Cdm stanziava quasi due miliardi per 6 regioni	27
Costi e sicurezza degli ospedali, Cimo: si aggrava il gap tra nord e sud	28
Ue richiama Italia, non rispetta riposo medici. Anaao: in gioco sicurezza cure	29

GIUGNO

Censis, italiani in fuga verso la sanità privata	30
L'Inps taglia le visite fiscali. Fimmg: decisione inopportuna	31
Agenas, nel 2012 un milione di accessi in meno ai Pronto soccorso	32

LUGLIO

Oggi sciopero degli ortopedici, Saccomanno: dal ministero nessun tentativo di mediazione	33
Nature, accuse di plagio al Metodo Stamina	34
Vannoni risponde e contrattacca: garanzie dal ministero	35
Oggi lo sciopero di medici e veterinari, la sanità va a picco	36

SETTEMBRE

Elena Cattaneo senatore a vita: una premio alla ricerca	37
Test medicina, la prova senza bonus maturità. Anaao: ipocrita lotteria	37
In Europa cresce l'occupazione in sanità. Conte (Fnomceo): investire in formazione	39
Rifiuti pericolosi, il Governo equipara i medici alle imprese	40

OTTOBRE

Piano nazionale esiti, Moirano: dall'Agenas nessuna graduatoria degli ospedali	41
Nobel medicina va a tre biologi per il sistema postale delle cellule	42
Medici a Letta, sanità pubblica non sia agnello sacrificale.	
Ieri presidi in 30 ospedali	43
Metodo Stamina, stop definitivo dal ministero.	
Vannoni: il vero pericolo è il ministro	44
Conte (Fnomceo): coperti con i crediti quasi tutti i medici in esercizio	45

NOVEMBRE

Da nuove competenze infermieri rischi legali per i medici	46
Ecm, dal 2014 online status dell'aggiornamento di un milione di sanitari	47
Spending review: sanità e costi standard nel piano Cottarelli	48
Medicina generale, in Italia crisi di vocazioni irreversibile	49
Linee guida Aha, scoppia il Calculator-gate	50

DICEMBRE

Ecm, Conte (Fnomceo): verso il dossier formativo individuale per tutti	51
Censis su Ssn: spesa grava sempre più sui cittadini	52
Medici, precariato e fuga all'estero in attesa di una riorganizzazione	53
Turn over, specializzandi e innovativi in farmacia. La Finanziaria è legge	54
Stamina: ecco il nuovo Comitato scientifico	56

Prefazione

La Relazione di cura fulcro del Ssn

● ● ● **Sen. Amedeo Bianco**
Presidente Fnomceo



Nel 2013 il nostro Sistema sanitario ha festeggiato un compleanno importante: i suoi trentacinque anni, un'età in cui si conserva sufficiente energia per affrontare i propri compiti e si è maturata esperienza per comprendere punti di forza e limiti.

Secondo il quarantasettesimo rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese, gli italiani non sono soddisfatti del Servizio sanitario: il 40,9% lo ritiene "inadeguato", percentuale che sale al 50,3% al Centro e al 57,6% al Sud.

Il nostro Ssn è in effetti oggi stretto tra nuove esigenze emergenti e nuovi vincoli imposti dalla finanza pubblica e non può più sopportare ulteriori politiche di definanziamento, salvo scontare inaccettabili cadute dell'universalismo e della equità che ne rappresentano i principi fondanti.

In questo Sistema provato da tagli economici e di risorse, secondo il Censis, i professionisti della sanità "continuano a dare il massimo" tanto che *"oggi più che mai la sanità sembra camminare sulle gambe degli operatori, di un personale che continua a garantire il proprio impegno professionale con attenzione alla qualità delle prestazioni"*.

Un riconoscimento, questo, di ciò che, come Fnomceo, continuiamo a sottolineare da tempo, e cioè che i medici sono, per il nostro sistema sanitario, una risorsa e non un problema o una fonte di spesa.

I veri nodi da sciogliere attengono a profili istituzionali, economici, gestionali - organizzativi e tecnico professionali e stanno fortemente condizionando al ribasso l'equità e l'universalismo del nostro servizio sanitario pubblico, erodendo in alcune aree del paese anche delicati aspetti di qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni erogate.

Siamo di fronte a una situazione grave e minacciosa che mette in discussione non solo la sostenibilità dei Sistemi Sanitari, ma l'agibilità stessa dell'esercizio professionale, in equilibrio instabile sul piano inclinato di una forte demotivazione sulle responsabilità e di un calo dell'appropriatezza delle cure.

Come fronteggiarla?

Diverse le direttrici di azione della Fnomceo, che si sono esplicitate anche nel corso del 2013: diffondere una **Cultura della Sicurezza**, mediante una Legge organica sulla responsabilità professionale; garantire una **Qualità** delle prestazioni che parta dalla **Formazione** dei professionisti; avere **Ordini** sanitari adeguati ai tempi, promuovendone un processo di riforma; declinare i valori fondanti della nostra **Deontologia** con i continui e profondi cambiamenti della Scienza, della Medicina, dell'Etica tramite una revisione e un'integrazione del Codice.

Introduzione

Il fascino della Medicina per le nuove generazioni



Nicola Miglino
Direttore Editoriale
DoctorNews33, Doctor33



Un altro anno difficile per la Sanità italiana ha chiuso i battenti. In questi periodi di crisi, tagli, riforme e contro-riforme non è facile intravedere luci in fondo al tunnel. Ma è d'obbligo essere ottimisti e cercare di vedere sempre il bicchiere mezzo pieno. La notizia che sicuramente ci conforta di più è legata alle nuove generazioni. Si parla spesso di giovani in difficoltà, senza sbocchi, votati alla disoccupazione. Che ti accade, invece, nel 2013? Il boom ai test per l'accesso alla Facoltà di Medicina. Una professione che continua a esercitare, dunque, un grande fascino nonostante poi, tra gli specializzandi, cresca il numero di professionisti in fuga verso l'estero dove si trovano maggiori gratificazioni. La stessa Medicina generale è in grande crisi di vocazioni. Insomma, nel Paese della spending review, dei casi Stamina, della scarsa attenzione alla ricerca e allo sviluppo, i giovani continuano a credere nella Professione medica, nella scienza per eccellenza che si occupa della cura delle persone.

Una speranza per il futuro, dunque. E una certezza: solo investendo, e non tagliando indiscriminatamente, potremo rassicurare le nuove leve sulle loro scelte, confortandole su un percorso di studio e professionale degni di un Paese moderno, al passo con i tempi e in grado di garantire ai cittadini i livelli essenziali di assistenza.

Anche quest'anno abbiamo deciso di omaggiare i lettori con un riepilogo dei fatti salienti in Sanità avvenuti nel 2013, a partire, appunto, da quelli inerenti la corsa ai test di Medicina che hanno ispirato questa introduzione.

Sono circa 2.500 le notizie che DoctorNews e Doctor33 vi hanno raccontato in un anno, ricevendo un'attenzione sempre maggiore da parte dei lettori, considerando i quasi 35 mila medici che ogni giorno si informano sulla nostra newsletter e i 60 mila medici "visitatori unici" che ogni mese navigano il portale.

A tutti loro va il ringraziamento della redazione e l'impegno di continuare a "informarsi per informare" con tempestività, accuratezza e professionalità.

Gennaio



POLITICA

10 gennaio 2013

Bianco: mi candido per il rilancio del Ssn, ma rimango presidente Fnomceo

Difesa e rilancio del Servizio sanitario nazionale, rafforzamento del ministero della Salute, revisione del federalismo sanitario, riorganizzazione dei servizi e formazione dei professionisti della sanità. Sono questi i tasselli sui quali **Amedeo Bianco**, presidente di Fnomceo e neo candidato del Partito democratico al Senato impiegherà la sua attività politica nel caso di una elezione. Lo rivela in un'intervista a DoctorNews33, di seguito riportata, nella quale, oltre a declinare i suoi obiettivi politici, si dice per ora non intenzionato a lasciare la carica di presidente dell'ordine dei Medici.

L'INTERVISTA: LEA E FEDERALISMO SANITARIO LE PRIORITÀ

I Livelli essenziali di assistenza non possono essere decisi dal ministero dell'Economia e delle Finanze, ma il ministero della Salute deve recuperare la sua centralità. Così come Stato e Regioni devono trovare un nuovo equilibrio, con il primo a presidiare l'effettiva erogazione dei Lea. Così, tra l'altro, **Amedeo Bianco**, neo candidato alle prossime elezioni politiche.

Dottor Bianco quali sono i presupposti della sua candidatura?

Innanzitutto mi avvicino a questa scadenza nel solco con cui mi è arrivata la proposta, un grande partito nazionale che ha pensato a un esponente della professione medica in un ruolo di rappresentanza. Il chiaro segnale di attenzione verso un mondo in sofferenza. È questo che mi ha convinto ad accettare.

Che cosa si aspettano da lei i vertici del partito?

Credo si aspettino proposte di soluzione ai problemi della sanità nell'ambito di un progetto complessivo sul welfare. Il presupposto è che un buon Ssn è principio di unità, equità e coesione sociale del paese. Quando si ha bisogno di cure non c'è e non ci deve essere differenza tra ricco e povero. Il primo punto,

perciò, è la difesa e il rilancio del Ssn come presidio di valori civili. Un grande obiettivo che si articola in vari punti.

Quali?

Per cominciare riportare a un ruolo di centralità il ministero della Salute, con deleghe più forti e specifiche. Per intenderci i Lea non possono essere una variabile dipendente dal ministero dell'Economia e delle Finanze. Poi c'è l'aspetto del federalismo sanitario che va imbarberendosi sempre più. Il primo settore a risentire dei prelievi fiscali sulle Regioni è quello della salute, soprattutto per le Regioni con meno capacità di reddito. L'obiettivo è trovare un nuovo equilibrio tra Stato e Regione, con lo stato centrale a presidiare l'effettiva erogazione dei Lea. Quindi c'è il capitolo aziendalizzazione degli ospedali che va riorientato verso le finalità vere. Il pareggio di bilancio non si ottiene con il taglio dei servizi e i professionisti della sanità non sono da considerare un costo ma delle competenze da valorizzare. Si arriva così all'ultimo punto fondamentale che è quello della formazione, da migliorare per preparare medici pronti alle nuove sfide che li attendono.

Il tutto si può fare dagli scranni parlamentari o esiste il rischio che restino desideri incompiuti?

Sono fiducioso e lo sono sulla base delle candidature del Pd, le uniche peraltro ad ora disponibili. A me pare ci sia un grande sforzo di portare nelle aule parlamentari competenze che rappresentano mondi diversi e non solo politici. Mi sembra un buon segno ed è comunque uno sforzo evidente e trasparente. Poi è chiaro una volta in campo si dovrà giocare.

La scelta di Palermo come seggio per la sua candidatura la convince?

Mi va benissimo nello spirito che ci porta a stare laddove ci sono le condizioni più difficili. Le candidature della società civile, del resto, sono state investite nelle Regioni dove il confronto è più incerto. Ma essere candidato in un contesto in cui c'è più "sofferenza" è una scommessa che non mi spaventa. Anzi.

Quanto alla linea dettata dal ministro Balduzzi è necessaria continuità o ci sono interventi importanti da fare?

Si tratta di un lavoro incompiuto. In alcuni casi è necessario cambiare rotta, in altri casi si è rimasti a metà del guado, alcuni interventi sono rimasti al palo.

Per esempio tutti sappiamo che la spending review è nata da un'esigenza del ministero dell'Economia e non di quello della Salute. Ma in alcune situazioni il taglio lineare operato è insopportabile. In più la legislatura si è chiusa senza Patto per la salute e senza Lea, ma anche il Dl Balduzzi non è stato completato.

Lascerà la presidenza della Fnomceo?

Al momento la raccomandazione è di non lasciare la presidenza. D'altro canto è stato proprio il mio ruolo in Fnomceo il polo di attrazione per la scelta del Pd. Poi vedremo.



SCENARIO

14 gennaio 2013

Fiaso: mancati pagamenti danneggiano anche la Pubblica amministrazione

I mancati pagamenti dalle aziende rappresentano un problema enorme con danni sia per il sistema produttivo sia per la Pubblica amministrazione. Le due sentenze «fuori dagli schemi» che hanno assolto due fornitori del Servizio sanitario, accusati di mancato versamento delle imposte su fatture già emesse ma non ancora saldate, ne sono un'ulteriore conferma. Lo sottolinea **Valerio Fabio Alberti** presidente della Fiaso, la Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere, secondo il quale «se la Pa non risolve i suoi problemi, verranno fuori altre soluzioni, come in questi casi, in cui un giudice ha riconosciuto una giustificazione per trovarsi nella condizione di non poter pagare le tasse». Nei casi citati, un imprenditore che fornisce materiale operatorio e una comunità no profit che eroga servizi per le tossicodipendenze, creditori, rispettivamente, di 700mila euro e di due milioni e mezzo di euro, sono stati oggetto di procedimenti penali per mancato versamento delle imposte tradotti in multe tra i 3 e i 7.000 euro. Secondo Alberti «la sentenza evidenzia in modo clamoroso l'esistenza di una criticità ed è un monito ad affrontare il problema che ha costi altissimi». E aggiunge: «Non stupisce che si sia trovata in difficoltà una realtà no profit di tipo socio assistenziale. Sono le più esposte ai mancati pagamenti poiché perdono la copertura economica della loro risorsa principale che è il personale».

In casi di morosità verso il Fisco, chiarisce **Ennio Grassini**, direttore del

Centro studi di diritto sanitario e farmaceutico «si apre una procedura automatica avviata dall'Agenzia delle entrate per applicazione di un decreto del 2000 che disciplina i reati di mancato versamento delle imposte per importi considerevoli. Tali reati hanno una componente dolosa, dovuta alla mera consapevolezza di dover pagare, evidentemente, in questi casi i giudici hanno riconosciuto che per causa forza maggiore, è venuto meno il dolo, quindi, le imposte dovranno essere versate ma non le sanzioni». In sostanza è stata accolta la convinzione dell'imputato di avere un credito verso lo Stato quindi, aggiunge Grassini, «è stato costretto a non pagare perché non ha ricevuto ciò che gli era dovuto». In questo caso, inoltre, a pagarne le spese è anche il Fisco: «La sentenza» sottolinea Grassini «rappresenta un orientamento interessante sulla possibilità di evitare la condanna penale quando ci sono morosità verso la Pubblica amministrazione. Una sorta di correttivo per arginare il fenomeno dei mancati pagamenti e aprire le porte anche a chi è creditore di privati».

**FATTI****17 gennaio 2013**

Ginecologi in sciopero: più garanzie su contenzioso medico-legale

Rivisitazione del contenzioso medico-legale, obbligatorietà delle aziende ad assicurarsi e messa in sicurezza dei punti nascita. Sono questi, spiega **Vito Trojano**, presidente dell'Aogoi (Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani), i tre punti essenziali su cui i ginecologi e le ostetriche chiedono alle forze politiche in vista delle elezioni di intervenire, richiesta che, se non esaudita, si tradurrà in una giornata di sciopero nazionale cui aderiranno, tra gli altri, anche Sigo (Società italiana di ginecologia), Federazione sindacale medici dirigenti, Società italiana di ecografia ostetrico-ginecologica e metodologie biofisiche, prevista per il 12 febbraio. «Giornata in cui» sottolinea Trojano «saranno garantite solo le nascite d'urgenza, mentre verranno sospesi parti, cesarei e indotti, programmati, le visite e gli esami». Il problema di fondo, ribadisce Trojano è il contenzioso medico-legale: «Con l'aumento del numero di processi, sia penali che civili e dei costi delle assicurazioni, molte asl hanno disdetto le polizze e il medico è stato lasciato solo. E per i ginecologi questa

condizione non è sostenibile in quanto devono assumersi una responsabilità più complessa, poiché i pazienti in carico sono due, madre e il bambino e le figure professionali che operano in sala parto sono tante, ostetriche, infermieri, neonatologo e anestesista». Secondo **Nicola Surico**, presidente Sigo, «il problema nasce dal decreto Balduzzi, che ha complicato le cose in materia assicurativa». E chiarisce: «Si sono alleggeriti gli aspetti penali, ma resta il problema della responsabilità civile per la quale le assicurazioni non sono obbligate a coprirci e se accettano di farlo a fronte di premi annui altissimi, attorno a 15-20mila euro, improponibili a giovani medici che si affacciano alla carriera». Le sigle di categoria che aderiscono allo sciopero si dicono inoltre, contrarie anche alla clausola bonus-malus, un sistema che come spiega Surico, «aggrava ulteriormente la medicina difensiva e fa sì che i casi più a rischio vengano “dribblati”». Per risolvere queste criticità, conclude Trojano, «bisogna affrontarle nella loro complessità a cominciare dalla messa in sicurezza dei punti nascita, con linee guida che esistono già da due anni, e da assicurazioni ad ampio raggio che tutelino tutta l'equipe di professionisti e operatori che lavorano in un ospedale».



SCENARIO

22 gennaio 2013

Medici di famiglia, rischio estinzione al Nord

In un futuro prossimo, i medici di famiglia sono destinati a diventare una rarità, soprattutto nelle regioni del Nord dell'Italia. L'ipotesi, segnalata da Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale), emerge dai dati dell'Ente nazionale di previdenza dei medici (Enpam): in Lombardia, per esempio, si stima che nel 2013 andranno in pensione 71 medici lombardi, 141 nel 2015, 180 nel 2016 e ben 598 nel 2021. «A fronte di non più di 90 medici che escono ogni anno dalle scuole di formazione» sottolinea **Fiorenzo Corti**, segretario regionale della Fimmg Lombardia. «C'è una coda da smaltire» chiarisce «nella graduatoria dei medici che attendono di entrare nella convenzione, ma, una volta esaurita, siamo disponibili ad accogliere medici di famiglia del Sud, dove ci sono più medici sotto-occupati, oppure richiamare professionisti dall'estero». Il ruolo unico, previsto dal decreto Balduzzi, è una possibile risposta alla carenza che si prospetta. «Il ruolo unico identifica una professionalità a tutto

tondo» spiega Corti «che si occupa di cure primarie, in cui rientra il rapporto di fiducia con il paziente che sceglie il suo medico, ma che risponde anche alle necessità cliniche del territorio». L'istituzione del ruolo unico, dunque, unisce medici di continuità assistenziale e medici di famiglia: «Il medico di medicina generale e il medico di guardia» prosegue Corti «sono figure finora separate e con difficoltà a dialogare. Ora invece dovranno avere a livello normativo, un unico riferimento contrattuale». Tale figura, ricorda **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg, «dovrebbe diventare operativa con la nuova convenzione che dovrebbe essere sottoscritta entro 6 mesi dal decreto con le Regioni. Molto probabilmente i tempi saranno un po' più lunghi, perché ora con le Regioni è tutto fermo. Ma quanto meno, da parte loro, c'è la disponibilità a ragionare sull'atto di indirizzo».



SCENARIO

24 gennaio 2013

Istat, spesa Ssn tra le più basse in Europa. Marino: così il sistema non tiene

La spesa sanitaria pubblica in Italia è di parecchio inferiore a quella di Paesi come Germania, Francia e Gran Bretagna. Per non dire dei Paesi Bassi o del Lussemburgo, che guidano la classifica.

A certificarlo è l'Istat nel quinto rapporto "Noi Italia: 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo". Dopo di noi pochi Paesi in forte recessione come Spagna, Portogallo e Grecia. Secondo i dati relativi al 2011, la spesa sanitaria pubblica italiana è di circa 112 miliardi di euro, pari al 7,1 per cento del Pil e 1.842 euro annui per abitante.

«Trovano conferma le mie denunce in Senato quando vennero presentati i Decreti su Spending review e Balduzzi» dice **Ignazio Marino**, Senatore del Partito Democratico e Presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale. «Secondo i dati Ocse 2012, la spesa pubblica annuale pro-capite o, come amo definirla io, l'investimento sulla salute dei cittadini, è pari a 2.359 dollari, contro i 3.061 della Francia e i 3.331 della Germania. Di questo passo, con l'andamento del Pil attuale e i continui tagli, si prevedono, per il 2017, cifre pari a 2.409 dollari da noi, 3.410 in Francia e 3.687 in Germania,

con una forbice che andrà ad allargarsi sempre più. Oltretutto la nostra popolazione invecchierà più delle loro: nel 1921 avevamo 49 centenari, nel 2011 16.145. Con questi finanziamenti non è più sostenibile un modello pubblico di accesso alle cure».

Secondo l'Istat, le famiglie contribuiscono con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 19,5%, con un contributo che ammonta a 909 euro per famiglia nel Mezzogiorno e a 1.163 euro nel Centro-Nord.

Nel 2010 le regioni sono state interessate da circa 597 mila ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti. «Per questo sono contrario ai tagli lineari» prosegue Marino. «Ci sono Regioni ad alto indice di fuga, come la Calabria e altre ad alto indice di attrazione come l'Emilia Romagna. È un errore tagliare allo stesso modo, tenuto presente che ogni anno, dal Sud al Nord, si sposta oltre un milione di persone».

Febbraio



FATTI

1 febbraio 2013

Sentenza Cassazione, colpa lieve non ha più rilevanza penale

La condotta medica connotata da colpa lieve, che si collochi «all'interno dell'area segnata da linee guida o da virtuose pratiche mediche, purché accreditate dalla comunità scientifica» non ha più rilevanza penale. È quanto ha stabilito la IV sezione penale della Corte di Cassazione, presidente **Carlo Brusco**, con una sentenza depositata ieri e il cui principio è stato reso noto dall'avv. **Guido Magnisi**, legale bolognese che si occupa di svariati casi di colpe mediche. La sentenza prende l'avvio dall'articolo 3 della legge 189 dell'8 novembre 2012, dal titolo "responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie". La suprema corte è stata chiamata a decidere se l'articolo abbia determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose «commesse dagli esercenti le

professioni sanitarie». La risposta è stata affermativa. Così i giudici, in applicazione del principio, hanno annullato con rinvio la condanna per omicidio colposo di un chirurgo che nell'esecuzione di un intervento di ernia al disco, aveva leso dei vasi sanguigni provocando un'emorragia letale per il paziente. Al giudice di merito è stato chiesto di riesaminare il caso per determinare se esistano linee guida o pratiche mediche accreditate relative "all'atto chirurgico in questione", se l'intervento eseguito si sia mosso entro i confini segnati dalle direttive e, in caso affermativo, se nell'esecuzione dell'intervento vi sia stata colpa lieve o grave.



POLITICA

8 febbraio 2013

Commissione Ssn, cure disomogenee, ospedali vecchi e a rischio sisma

È un quadro a tinte fosche, quello tracciato dalla relazione della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale presentata ieri in Senato. La commissione istituita nel 2008, dopo il terremoto dell'Aquila e, sotto la presidenza del senatore del Partito Democratico, **Ignazio Marino**, ha effettuato 57 sopralluoghi sul territorio nazionale. Il lavoro della commissione ha toccato molti aspetti che caratterizzano i servizi sanitari nel nostro Paese: ha controllato efficienza, qualità e appropriatezza delle aziende sanitarie italiane; il funzionamento dei servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale; il ricorso a consulenze esterne nel settore sanitario; fenomeni di corruzione nell'ambito del Ssn; l'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi; l'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità; l'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore; le strutture socio-sanitarie per il ricovero; l'assistenza degli anziani e le condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico. Oltre alla mancanza di omogeneità nei livelli di assistenza e alla incompleta applicazione delle norme che tutelano la salute mentale, è la cattiva condizione delle strutture ospedaliere a emergere nel modo più negativo, soprattutto in riferimento al rischio sismico che nel nostro Paese è molto elevato. Delle 200 strutture controllate, tre su quattro presentano gravi carenze: «se si verificasse un terremoto

particolarmente violento - si legge nel documento - con magnitudo superiore a 6,2-6,3, il 75 per cento degli edifici che sono stati verificati crollerebbe». La relazione riporta una stima degli edifici ospedalieri che richiedono interventi e che, data la loro collocazione in zone ad alto rischio sismico, dovrebbero essere dei punti di riferimento per eventuali emergenze: sarebbero almeno 500. Si tratta di «strutture distribuite soprattutto lungo l'arco appenninico, nella zona dell'Italia centrale ma soprattutto meridionale, in particolare in Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia».



POLITICA

15 febbraio 2013

Appello alla nuova politica: si riveda il federalismo in Sanità

È un appello corale quello che giunge da Roma in occasione di un confronto politica-istituzioni sul tema sanità organizzato da Ppa-Public affairs association in vista delle prossime elezioni: stop alle difformità di un federalismo sanitario che compromette i diritti costituzionali e le più normali regole del mercato. A discuterne, politici uscenti ed entranti insieme a rappresentanti del mondo sanitario e delle istituzioni. «Siamo un paese del tutto in controtendenza con i nostri 21 modelli sanitari regionali» dice **Luca Pani**, direttore generale dell'Aifa. «Il mondo regolatorio del farmaco, per esempio, si sta organizzando per implementare un modello di agenzia globale, un po' come la Iata nel traffico aereo. In pratica, una sorta di autorità sovranazionale che detti le regole di fondo. In questo momento tutte le agenzie regolatorie dei diversi paesi stanno elaborando un documento che verrà discusso a Roma tra maggio e giugno. Già i confini dell'Europa sono stretti e, a maggior ragione, continuo a non capire un modello come quello italiano che prevede duplicazioni di funzioni e competenze». Sulla stessa lunghezza d'onda, **Giovanni Monchiero**, già presidente Fiaso e oggi candidato alle prossime elezioni: «Quando nacque la riforma del titolo V della Costituzione dissi che era mal scritta, ipotizzando effetti devastanti. Purtroppo la realtà ha dimostrato che le mie previsioni erano ottimiste. Abbiamo moltiplicato i centri di costo e discriminato nell'erogazione dei servizi, con un fallimento totale del modello organizzativo. Bisogna tornare

a una visione unitaria della corretta gestione della tutela della salute».

Infine, **Walter Ricciardi**, presidente dell'European public health association e anch'esso in competizione nella prossima tornata elettorale: «Il decentramento ha provocato forti divaricazioni tra regioni. Fatta eccezione per pochi esempi virtuosi, nella stragrande maggioranza dei casi si è verificata una catastrofe finanziaria con piani di rientro che hanno visto crescere la pressione fiscale sui cittadini a fronte di un peggioramento dei servizi erogati che li costringe poi ad andare fuori regione in caso di necessità. Bisogna sedersi intorno al tavolo e rinegoziare questa materia complessa in modo che si stabilisca una volta per tutte cosa è di competenza dello Stato e cosa delle Regioni, secondo criteri meritocratici che premino chi fa bene e sanzionino gli altri. In questo, però, deve tornare centrale il ruolo del ministero della Salute, che non può più essere condizionato dallo strapotere di quello dell'Economia che di fatto ha governato la Sanità in questi anni, delegando semplicemente alle Regioni il compito di erogare le prestazioni. Ministero della Salute, Aifa, Agenas, Iss vanno resi più forti e al passo con le sfide che ci attendono».



POLITICA

27 febbraio 2013

Bianco (Fnomceo) sul voto: emerge voglia di cambiamento

Soddisfatti e consapevoli della complessità della situazione. È questo il sentimento condiviso dai due neo-senatori del Partito democratico **Amedeo Bianco** presidente della Federazione dell'Ordine nazionale dei medici (Fnomceo), e **Annalisa Silvestro**, presidente della Federazione Ispasvi, il Collegio degli infermieri. «Il segnale arrivato dagli elettori è forte e chiaro» commenta Bianco «e invoca un cambiamento radicale della politica perché sia più vicina ai bisogni elementari delle persone. Ora il nostro compito» continua il presidente Fnomceo «è quello di provare a tessere una trama partendo dalle chiare indicazioni arrivate dal voto. L'importante è provare a costruire e a sfruttare l'occasione di riscatto che viene offerta alla politica». Su quali possano essere gli scenari il presidente della Fnomceo si dimostra aperto a ogni soluzione, anche se confessa di non conoscere a fondo il Movimento 5 stelle «non conosco molti esponenti

del Movimento ma una cosa è prendere consensi, un'altra governare e fare delle scelte». Non ci sono pregiudizi, comunque, per Bianco che sottolinea come non ci siano «geometrie precostituite. Si tratta di capire chi ci sta e chi no di fronte a un progetto comune e non per conservare le rendite di posizione». Quanto al capitolo spinoso della carica di presidente Fnomceo Bianco per il momento non ha intenzione di dimettersi «la carica è nelle mani di chi l'ha data» sottolinea «se perciò da un ragionamento condiviso coi colleghi emergesse un'incompatibilità mi troverei nelle condizioni di scegliere tra le mie due cariche, quella di senatore e quella di presidente Fnomceo. Ciò detto» aggiunge «non vedo un conflitto di interessi eclatante visto che rappresento interessi pubblici non privati come presidente Fnomceo. Ma non ho nessuna brama di potere» Simile la posizione del presidente Ipasvi Annalisa Silvestro che «soddisfatta per il suo risultato personale e per la possibilità di dare il suo contributo» attende le decisioni dei vertici del Partito sulle possibili alleanze. «Certo un risultato più favorevole mi avrebbe permesso insieme ai colleghi di entrare subito nel merito delle questioni che riguardano la sanità». Uguale anche la posizione rispetto all'abbandono della carica di presidente di Ordine. «Non è una decisione da prendere nell'immediato» spiega Silvestro «e comunque la valuterò insieme ai colleghi del comitato centrale quando si svolgerà il prossimo 9 marzo».

Marzo



INIZIATIVE

05 marzo 2013

Medici nei supermercati, Fimmg Toscana: una prospettiva assurda

Studi medici nei supermercati? A ventilare la possibilità un articolo uscito domenica su Repubblica, secondo il quale si starebbe diffondendo in particolare in realtà regionali come la Toscana o l'Emilia Romagna la presenza di studi negli ipermercati, anche se non sempre in convenzione con le mutue. «Gli studi negli

ipermercati stanno entrando un po' ovunque" recita l'articolo di Repubblica. "In Toscana" continua l'articolo "li hanno alcuni medici di famiglia, ci sono centri sanitari al Carrefour di Asiago o al Marco Polo di Modena. In alcuni casi le Asl hanno aperto centri prelievi accanto al supermarket". Una prospettiva «assurda» secondo il segretario di Fimmg Toscana Vittorio Boscherini che, peraltro ignora esista una realtà di questo tipo. «La medicina generale» spiega Boscherini «di tutto ha bisogno tranne che di diventare oggetto di consumo. Anzi» aggiunge «alla luce della crisi il suo compito sarà quello di discernere tra gli aspetti consumistici e la vera e propria tutela della salute. Escludo, comunque» continua il segretario di Fimmg Toscana «che iniziative di questo tipo possano riguardare i medici di medicina generale all'interno del Ssn. Se ci siano situazioni analoghe legate alla libera professione, benché difficilmente compatibile, lo ignoro». Sulla stessa lunghezza d'onda anche il presidente dell'Ordine milanese Roberto Carlo Rossi «non mi risultano iniziative del genere ma anche ci fossero le vedo con grande preoccupazione. È forte il rischio della mercificazione della professione e vedo con difficoltà» continua Rossi «definire la linea di confine tra l'aspetto commerciale e quello professionale. Ma sono convinto» conclude che i medici debbano fare i medici, anche se mi rendo conto è sempre più complicato».



SCENARIO

08 marzo 2013

Consulta: medici dipendenti possono lavorare fino a 70 anni

Per raggiungere i requisiti minimi che danno diritto a ricevere il trattamento pensionistico, i medici dipendenti possono restare in servizio fino a settant'anni. Lo ha stabilito la sentenza numero 33 del 6 febbraio della Corte Costituzionale, depositata il 6 marzo.

Si risolve così il problema sollevato circa tre anni fa da un medico ligure che, messo a riposo dall'azienda sanitaria locale presso cui prestava servizio, aveva chiesto di proseguire l'attività lavorativa fino a settant'anni, per maturare il diritto all'assegno di vecchiaia.

L'Asl si era opposta e ne era nata una controversia legale il cui iter era ap-

prodato alla Corte Costituzionale, che ha finalmente stabilito la possibilità di permanenza in servizio fino al settantesimo anno laddove, al compimento del sessantacinquesimo, non fosse stata ancora raggiunta l'anzianità contributiva necessaria per il minimo della pensione.

Interpellato da DoctorNews, il segretario nazionale Anaa **Costantino Troise**, commenta favorevolmente il pronunciamento ma ne sottolinea l'ambito ristretto: «I medici in genere raggiungono gli anni contributivi prima dei settant'anni, quindi il provvedimento riguarderà probabilmente solo una minima percentuale di professionisti che hanno iniziato a lavorare tardi e non hanno riscattato gli anni di laurea e specializzazione».

Ma il quadro deve essere ampliato perché, nel frattempo, la riforma pensionistica del governo Monti ha comportato la modifica della normativa sull'età pensionabile dei pubblici dipendenti e pone nuove questioni.

«Le giovani generazioni - ricorda Troise - stanti i requisiti della legge Fornero che richiede 40 anni di servizio, arriveranno facilmente ai settant'anni. Ma il problema è che non tutti i lavori sono uguali. I medici svolgono un'attività delicata, anche dal punto di vista della sicurezza, e sono spesso impegnati in turni notturni e festivi: prostrarla anche in età avanzata comporta disagi e rischi e questo dovrebbe essere una preoccupazione per il sistema sanitario. Bisognerebbe trovare un modo per rimodulare l'attività lavorativa almeno per quei lavoratori che sono sottoposti a una turnistica disagiata».



FATTI

18 marzo 2013

Inchiesta su borsisti in Mg, Mazzucco (Sigm): un paradosso, urge contratto

Ci sarebbero anche dei medici del Corso di formazione specifica in medicina generale tra le "vittime" dell'Operazione Galeno condotta dalla Guardia di Finanza. È quanto emerge dai dati della Gdf resi noti nel corso della settimana passata su un anno di attività di contrasto all'evasione, alle truffe e agli sprechi nel settore dell'amministrazione pubblica. Non una novità assoluta, visto che dell'iniziativa investigativa si era già parlato nel corso dell'anno passato e il presidente Fimmg **Giacomo Milillo** all'ultimo Congresso nazionale aveva

parlato di «persecuzione» diretta ai medici del Corso di formazione specifica in medicina generale che, spiegava Milillo «si sarebbero permessi di svolgere, dall'alto degli 800 euro lordi che ricevono come borsa di studio, qualche marginale attività libero professionale, in un contesto di normativa nazionale e regionale non chiaro e che continua a discriminare i colleghi che si formano alla medicina generale, consentendo tutto agli specializzandi e nulla a loro». Il bilancio della Guardia di finanza parla di 488 medici coinvolti «i quali pur beneficiando di borse di studio, quantificate in oltre 14 milioni di euro, hanno indebitamente esercitato attività professionali, vietate nel periodo di formazione». Con un sequestro di beni e valori per oltre 10 milioni. Giovani medici evasori perciò? È molto critico **Walter Mazzucco**, presidente del Segretariato italiano giovani medici (Sigm) che rappresenta sia i borsisti sia gli specializzandi. «Premesso che non conosco nel dettaglio i dati e che eventuali situazioni patologiche non vanno giustificate si tratta di un «effetto paradosso» spiega Mazzucco. «Il problema è quello dei mancati riconoscimenti al borsista di Medicina generale che con una borsa di studio da 800 euro sottoposta a tassazione deve sopravvivere e in molti casi dare da vivere anche a una famiglia. Noi da tempo» continua «chiediamo a gran voce un contratto regolare perché la borsa di studio di fatto vincola questi giovani medici al tempo pieno. Per questo sarebbe necessario il formale riconoscimento di un contratto di formazione analogo a quello in vigore per gli specializzandi. Il fenomeno» conclude il presidente Sigm «è allarmante, delle due l'una o si regolarizza un contratto o non ci sono alternative all'evasione». In conclusione Mazzucco rivolge una domanda provocatoria ai sindacati chiedendo «quale sia la loro reale posizione visto che sono chiamati a sovrintendere la situazione».

Aprile



POLITICA

11 aprile 2013

Def 2013, riorganizzazione del sistema sanitario per consolidare il calo della spesa

«Dopo la crisi del novembre 2011 il risanamento del bilancio è avvenuto. Così il presidente del Consiglio **Mario Monti** commenta nel comunicato di Palazzo Chigi i dati del Def, documento di economia e finanza approvato ieri mattina dal Consiglio dei ministri. «Il disavanzo è sotto il 3% ed è stato centrato l'obiettivo del bilancio in pareggio in termini strutturali. A maggio speriamo l'Italia esca dalla lista dei paesi con problemi di finanza pubblica» ha aggiunto Monti. Il Def contiene un focus sulla "Governance del sistema della spesa sanitaria che, stando alle anticipazioni del Sole 24Ore Sanità, fornisce un quadro tutto sommato positivo. La spesa sanitaria, infatti, continua a calare fino ad arrivare ai 110,842 miliardi dello scorso anno dai 111,593 miliardi del 2011, con un disavanzo rispetto al finanziamento di poco meno di 108 miliardi di circa 2,8 miliardi. Si conferma così il trend di rallentamento della dinamica della spesa che dovrebbe consolidarsi negli anni a venire anche per effetto delle manovre previste nel settore che prevedono una riorganizzazione del sistema sanitario anche per effetto della razionalizzazione della spesa ospedaliera, sottolinea il documento. Ulteriore elemento di fiducia arriverebbe dall'applicazione dei costi standard nella definizione dei fabbisogni sanitari. Metodologia utile a livello regionale sia in fase di riparto di risorse sia per l'analisi delle esistenti inefficienze e inadeguatezze.

**POLITICA****12 aprile 2013**

Coletto: permesso per curarsi fuori Regione, modello che si può estendere

Non c'è nessuna preclusione da parte delle Regioni ad estendere il provvedimento di autorizzazione preventiva per molti interventi chirurgici introdotto in Campania da una recente delibera, ma la strada è ancora lunga. Si può riassumere così la posizione di **Luca Coletto**, Assessore alla sanità della Regione Veneto e presidente della Commissione Salute, che riunisce gli assessori alla Sanità delle Regioni italiane. Coletto, interpellato da DoctorNews33 conferma che l'argomento è stato oggetto di dibattito nell'ultima riunione della Commissione. «La richiesta» spiega Coletto «viene soprattutto dalle Regioni del Sud che stanno vivendo una situazione di crisi più evidente. Da parte nostra non c'è nessuna opposizione in linea di principio ad allargare l'iniziativa. Ma si tratta comunque di una strada complicata sia per aspetti giuridici, visto che non è da escludere che qualcuno possa impugnare il veto regionale, sia perché è necessario l'accordo di tutte le Regioni». È significativo in questo senso che la Lombardia, che più di tutte le Regioni beneficia della migrazione di pazienti, abbia chiesto che il punto non venisse discusso in Conferenza Stato-Regioni. «Il discorso cambia se singole Regioni volessero prendere iniziative simili a quella campana con riferimento solo alle Regioni confinanti». Va ricordato, infatti che le Regioni a cui si applicherà il decreto campano sono solo quattro: Basilicata, Lazio, Molise e Puglia, cioè le Regioni confinanti. «Esiste, comunque» ribadisce Coletto «la volontà di dare una mano alle Regioni in difficoltà. Con la precisazione che simili provvedimenti non devono in alcun modo riguardare interventi di urgenza di fronte ai quali non c'è Regione di appartenenza che tenga» conclude l'assessore veneto.

**FATTI****15 aprile 2013**

Decreto Stamina: sconcerto tra gli scienziati

I commenti del mondo scientifico sul metodo Stamina sono univoci e del tutto negativi. Eppure in parlamento è stato discusso un decreto legge del ministro della Salute Renato Balduzzi, con cui si autorizza l'avvio di una sperimentazione di questa contestata metodica.

Abbiamo interpellato due tra le più autorevoli personalità della medicina italiana e i loro commenti sono improntati all'incredulità e alla tristezza.

Alberto Mantovani, direttore scientifico di Humanitas e ordinario di Patologia Generale presso l'Università di Milano, non interviene sugli aspetti legali che hanno motivato il provvedimento, nato anche in risposta a un'ingiunzione di tribunale. Entra invece nel merito del metodo e la sua opinione è molto netta: «Niente giustifica quello che è successo: non c'è una metodologia innovativa e trasparente, non c'è qualificazione scientifica né tecnica, non c'è nessuna evidenza di attività clinica, e soprattutto non c'è il rispetto che è dovuto ai pazienti e alle loro famiglie». Insomma, nulla a che fare con la vera ricerca medica che «è fatta di umiltà, trasparenza, competenza e disponibilità a essere valutati». In altri Paesi episodi analoghi hanno portato alla chiusura di questo tipo di attività se non addirittura all'incriminazione. «Che in questo paese - continua Mantovani - ci siano dinamiche diverse e non si senta la necessità di ascoltare la comunità scientifica è motivo di grande tristezza».

È altrettanto netto **Giuseppe Remuzzi**, primario dell'unità operativa di nefrologia e dialisi degli Ospedali Riuniti di Bergamo: «La procedura Stamina non è certamente una cura e il fatto di averla cominciata non è una buona ragione per continuarla».

Anche Remuzzi ritiene che i politici in Italia non ascoltino gli scienziati e che questo rappresenti un enorme problema: «Qualche volta la comunità scientifica può non essere univoca, ma in questo caso ha inevitabilmente mostrato una grande compattezza. Sono davvero impressionato e incredulo che non se ne tenga conto. Siamo di fronte a un metodo che non è assolutamente una terapia perché non ha dato alcuna dimostrazione di efficacia; invece conosciamo benissimo i pericoli di queste cellule e andiamo avanti come nulla fosse».



SCENARIO

19 aprile 2013

Fimmg: calo sconcertante di specializzandi in medicina generale

Calo del 5,8%, rispetto allo scorso anno, nel contingente di medici corsisti che accedono alla specialistica in medicina generale. A denunciare il dato è **Silvestro Scotti**, vice segretario nazionale della Fimmg, che lo definisce «una riduzione sconcertante e assolutamente in contrasto con la pianificazione delle esigenze della medicina territoriale che lamenta continuamente difficoltà alla copertura di ambiti di medicina generale per insufficienza dei medici». Dal monitoraggio dei bandi di concorso, condotto da Fimmg Formazione Emilia Romagna, e segnalato da un comunicato della Federazione, si apprende che il contingente di corsisti composto da 981 unità disponibili per il triennio 2012/2015 è sceso a 924 arruolabile per il triennio 2013/2016. Scorporando il dato per regione emerge che, per esempio, in Sicilia il taglio è del 50% dei corsisti, che passano da 100 a 50, in Friuli Venezia Giulia del 20% (da 25 a 20) e in Emilia Romagna del 17,64% (da 85 a 60). A fronte di questa riduzione, però, fa notare Scotti, non è cambiata la somma che il Fondo sanitario nazionale destina alle regioni per la formazione in medicina generale, «lasciando il sospetto» aggiunge «che la riduzione di spesa per le borse di studio, piuttosto che essere utilizzate per aumenti di numero dei partecipanti o per il miglioramento retributivo e fiscale della borsa di studio, verrebbero utilizzate per i costi gestionali e organizzativi del Corso stesso». E lancia un invito: «Forse qualcuno, piuttosto che ridurre, potrebbe pensare a investire, se non in numero, almeno in motivazione sui giovani medici. Si potrebbe utilizzare la riduzione di spesa per migliorare la condizione retributiva del corso». Un appello in linea con quello di Federspecializzandi Messina rivolto al presidente della Regione Sicilia, **Rosario Crocetta**, in cui si denuncia la sospensione, da diversi mesi, delle borse di studio regionali: «Investa sui giovani, sulla istruzione e sulla sanità. Non lasci morire la speranza» scrive Dario Buccheri, segretario generale dell'associazione, «le nostre borse di studio sono anticipate attingendo dai fondi, già esigui, delle nostre università. Oggi che le nostre università non possono più far fronte a questo onere ci vediamo sospeso il corretto accreditamento delle nostre mensilità».

**FATTI****23 aprile 2013**

Il fascino del camice bianco. Boom ai test di Medicina

Oltre 8.500 candidati (per 300 posti disponibili), tra Roma e Milano, hanno sostenuto ieri il test per l'ammissione ai corsi di laurea in Medicina e Odontoiatria della Cattolica.

Nella Capitale la pattuglia più numerosa: 7.381 aspiranti medici provenienti dal Lazio e dalle Regioni del Centro-Sud si sono cimentati con 120 quesiti a risposta multipla e test di lingua inglese. Per la prima volta, dopo i disagi del traffico registrati lo scorso anno nel quadrante nord della capitale perché i test si tenevano in un hotel, l'Ergife, sull'Aurelia, il concorso si è svolto stavolta fuori dal Raccordo Anulare, alla nuova Fiera di Roma. Ma nonostante il cambio di location non sono mancate le proteste dei genitori - in tanti hanno accompagnato i figli - per la "disorganizzazione" del concorso. Disagi fisiologici per il preside della facoltà di Medicina della Cattolica, **Rocco Bellantone**: «Penso che ci si debba mettere nei panni di chi organizza un concorso con 8 mila candidati. È una abitudine tutta italiana accompagnare i ragazzi in almeno uno-due genitori, e questo unito al maltempo e alla pioggia ha comportato qualche problema. Questa è la sede che Roma dà per concorsi così grandi, altre non ce ne sono. L'alternativa che avevamo sarebbe stata fare selezioni molto, molto più ristrette». Del resto «in un qualsiasi concorso con una cifra così alta di partecipanti qualche problema è inevitabile» ha tagliato corto Bellantone. Tutto è filato liscio a Milano dove i partecipanti alle prove erano 1.191. Provenienti dalle regioni del Nord hanno sostenuto la prova - cominciata intorno alle 11.30 - in due aule dell'università Cattolica. Anche nella città meneghina diversi genitori hanno accompagnato i figli. Il percorso di selezione degli aspiranti medici prevede un secondo step consistente in un colloquio orale cui potranno accedere per Medicina solo i primi 810 classificati della graduatoria di merito e per Odontoiatria i primi 75.



SCENARIO

26 aprile 2013

Specializzandi in fuga, all'estero maggiori gratificazioni

Cresce il numero dei medici che decidono di emigrare per specializzarsi. Destinazione preferita l'Inghilterra, dove il compenso di uno specializzando è circa il doppio rispetto all'Italia e dove da anni si registra una carenza di medici. Ma non è solo una questione economica, come spiega a DoctorNews il presidente della Federspecializzandi **Cristiano Alicino**: «le gratificazioni professionali in altri Paesi, sono molto superiori; il risultato è che spendiamo un sacco di soldi per preparare i medici e nel momento in cui potrebbero mettere le loro professionalità al servizio dei cittadini, scelgono di farlo in un altro sistema, che si trova medici già formati, a costo zero». Del resto, in Italia il numero delle borse di specializzazione è stato tagliato quest'anno del 10%, a cui si aggiungono i ritardi nell'emissione del bando. «Quello che ci preoccupa – ha dichiarato Alicino – è la situazione di incertezza che si ripropone ogni anno; oltre al pesante taglio che ha ridotto le borse da 5.000 a 4.500, c'è la possibilità che un ulteriore slittamento dei tempi consenta la partecipazione al concorso anche a chi si laurea in luglio: ci sarebbe quindi un ulteriore aumento dei partecipanti a fronte di una riduzione dei posti disponibili». Secondo Alicino, la situazione è il frutto di una mancanza di programmazione: «visto che i laureati sono in aumento – spiega - ci dovrebbe essere un maggior numero di borse, tanto più che i bisogni espressi dalle Regioni sono di oltre 8500 nuovi specialisti e invece ci troviamo di fronte a una riduzione dei posti assolutamente ingiustificata». Paradossalmente, c'è anche una carenza di opportunità. «È dovuta al blocco del turnover – continua Alicino - e di fatto in Italia le assunzioni sono in gran parte bloccate. Per cui ci sono i medici che si specializzano e restano disoccupati o tornano a fare i lavori che potrebbero essere svolti da un neolaureato». Questo dovrebbe giustificare la diminuzione delle borse? Secondo il presidente di Federspecializzandi non è così: «in realtà servirebbero molti più specialisti di quelli che vengono formati e nel giro di pochi anni ci sarà una gravissima carenza. Le responsabilità politiche sono gravi».

**POLITICA****28 aprile 2013**

Beatrice Lorenzin nuovo ministro della Salute

È **Beatrice Lorenzin**, deputata del Popolo della Libertà, il nuovo ministro della Salute. Nata a Roma il 14 ottobre 1971, ha il diploma di liceo classico e prima di entrare al Parlamento nella compagine Pdl, era libera professionista. Già deputato nella precedente legislatura, è stata eletta nella circoscrizione XV (Lazio 1). È stata co-firmataria di una proposta di legge per la promozione dell'equilibrio della rappresentanza dei sessi nell'elezione dei membri del Parlamento europeo spettanti all'Italia. Sulla fecondazione eterologa si è espressa più volte per "non cambiare la legge 40". La sua carriera politica ha preso il via a Roma, dove, secondo quanto riferisce l'Ansa, è entrata nel movimento giovanile di Forza Italia nel 1996 per diventare l'anno successivo consigliere del XIII Municipio. Ha scalato rapidamente gli incarichi nel partito: nel 1999 è coordinatore regionale del movimento giovanile, nel 2001 è l'unica donna eletta nelle fila di Forza Italia al consiglio comunale di Roma e nel 2004 è a capo della segreteria di Paolo Bonaiuti, portavoce della Presidenza del Consiglio. Nel 2005 è coordinatrice regionale di Forza Italia e l'anno successivo è promossa coordinatore nazionale dei giovani del partito.

Torna dunque una donna al timone del ministero della Salute dopo **Tina Anselmi**, **Maria Pia Garavaglia**, **Rosy Bindi** (quand'era ministero della Sanità) e **Livia Turco**.

**FATTI****30 aprile 2013**

Osservasalute 2012, a rischio tenuta del sistema. Ricciardi: stop a conflitto Regioni

I tagli continui e a pioggia che ha subito il Servizio sanitario nazionale rischiano di mettere «in pericolo» il sistema. Anche perché l'ulteriore stretta imposta con la spending review, «potrebbe generare un impatto negativo di medio periodo sulle condizioni di salute della popolazione, con gravi conseguenze negative

anche sul piano economico» se il contenimento dei costi viene perseguito riducendo i servizi. È questo il quadro che emerge dal Rapporto Osservasalute 2012 presentato ieri a Roma. Gli «ulteriori sacrifici richiesti alla sanità pubblica», si osserva nel Rapporto, si giustificano invece da un lato «con l'elevato livello del debito pubblico e della correlata spesa per interessi, dall'altro con l'incapacità del sistema economico di crescere adeguatamente». L'unico elemento di forte preoccupazione sull'andamento dei conti, si spiega, è la differenziazione interregionale, con risultati economici consolidati positivi in tutte le regioni del Centro-Nord (tranne Liguria) e negativi in tutte le regioni del Centro-Sud (tranne Abruzzo) e con 2 regioni (Lazio e Campania) che, anche nel 2011, hanno generato da sole il 63% dell'intero disavanzo nazionale.

Il rischio nel proseguire con i tagli, quindi, è che si aggravi «il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle attese, intaccando ulteriormente una copertura pubblica già incompleta». Per questo nel prossimo futuro «potrebbe diventare necessario chiarire in modo più esplicito i livelli di assistenza che il Ssn potrà continuare effettivamente a garantire su base universalistica».

E proprio sul fronte della sanità regionale arriva l'appello del direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane **Walter Ricciardi** al neoministro **Beatrice Lorenzin**: «La contrapposizione tra Stato e Regioni porta alla chiusura del servizio sanitario nazionale, come è già successo in Grecia, Spagna, Irlanda e per motivi diversi anche in Inghilterra. Viviamo un serio rischio di insostenibilità del Ssn e oggi il servizio è a rischio tangibile in tutte le regioni» ha spiegato Ricciardi, non solo quelle con i conti in disordine. «La crisi e i conflitti Stato-Regioni - ha ribadito - hanno messo in liquidazione i servizi sanitari pubblici, tanto che in Spagna si assiste al fenomeno della "marea blanca", gli operatori del servizio sanitario licenziati e espulsi dal sistema».

Maggio

**FATTI****7 maggio 2013**

Sospensione visite medico-fiscali: Fnomceo chiede revoca

La Fnomceo ha chiesto di poter incontrare la direzione generale dell'Inps per la revoca immediata del provvedimento che sospende le visite fiscali d'ufficio per le assenze per malattia dei lavoratori del settore privato. Secondo la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, la decisione presa dall'Inps «a fronte di un apparente risparmio, rischia di aumentare in modo inappropriato le spese, rinunciando all'apporto di professionisti la cui attività mantiene in equilibrio il sistema, con risultati tangibili sulla sua sostenibilità e sulla sua equità». E tramite una nota ha voluto, da una parte, raccomandare ai medici certificatori, «particolare impegno e attenzione nella situazione venutasi a creare, nella quale disagio sociale, problemi di salute e surrettizie distorsioni del rapporto di fiducia potrebbero indurre richieste tanto inappropriate quanto di difficile e faticosa gestione, rappresentando la certificazione un delicato atto professionale, con risvolti anche giuridici». Dall'altra ha voluto far sapere che c'è una presa d'atto della difficile condizione lavorativa dei medici fiscali «il cui rapporto di lavoro, già normato in modo atipico, viene ora messo in discussione, penalizzando soprattutto coloro che avevano scelto di dedicare all'attività Inps la totalità o la parte prevalente della propria attività professionale, viste anche le regole di incompatibilità». Anche Snam ha espresso forte criticità per il provvedimento, «avventato e figlio di una scarsa e frettolosa riflessione» come ha commentato **Edoardo De Pau**, responsabile nazionale del settore Medicina fiscale. «È vero che si eviterebbero i costi delle visite fiscali per un totale di circa cinquanta milioni annui» ha sottolineato De Pau «ma l'aumento dell'assenteismo creerebbe un aumento dei costi per l'ente che sarebbe molto superiore al risparmio prodotto». «Abbiamo chiesto un incontro urgente all'Inps per capire meglio le motivazioni della decisione» ha concluso **Angelo Testa**, presidente nazionale dello Snam «Un detto popolare recita che "solo gli stupidi non cambiano idea". Allora si

corregga questa stupidaggine e si evitino ulteriori danni per la comunità e per i professionisti che operano nel settore!».



SCENARIO

8 maggio 2013

Con digitalizzazione risparmio di 15 miliardi anno, ma Italia non investe

La digitalizzazione è la chiave della sostenibilità economica del sistema sanitario eppure il budget dedicato è in calo e mal distribuito: 1,23 miliardi di euro nel 2012, -5% rispetto al 2011 e appena 21 euro per abitante, la metà rispetto a Francia e Gran Bretagna. Sono questi alcuni dei dati messi in evidenza dalla Ricerca 2013 dell'Osservatorio Ict in sanità della School of management del Politecnico di Milano, che segnala anche che con la digitalizzazione si potrebbe ottenere «un risparmio di 6,8 miliardi di euro l'anno per le strutture sanitarie e 7,6 miliardi di euro l'anno per i cittadini», per un totale di 15 miliardi circa. Qualche esempio: grazie alle tecnologie a supporto della medicina sul territorio e dell'assistenza domiciliare si potrebbero risparmiare circa 3 miliardi con la de-ospedalizzazione di pazienti cronici, altri 860 milioni arriverebbero dalla riduzione di ricoveri dovuti a errori evitabili attraverso sistemi di gestione informatizzata dei farmaci; 1,37 miliardi si potrebbero risparmiare con la Cartella clinica elettronica, 370 milioni con la consegna dei referti via web e un miglior utilizzo degli operatori dello sportello e, infine, 160 milioni con la prenotazione online delle prestazioni. I vantaggi ci sarebbero anche per le tasche dei cittadini: 7,6 miliardi di euro risparmiati di cui 170 milioni di euro con la gestione informatizzata dei farmaci, 4,6 miliardi con i servizi di ritiro e download dei documenti clinico-sanitari via web; 2,2 miliardi da soluzioni di telemedicina e assistenza domiciliare; 640 milioni di euro con la prenotazione via web e telefonica delle prestazioni. Secondo **Mariano Corso**, responsabile scientifico dell'Osservatorio, i benefici potenziali che ne possono derivare «sono troppo importanti per non sviluppare immediatamente un piano di interventi» ma, aggiunge «occorre abbandonare il pregiudizio che in sanità le nuove tecnologie siano un lusso: l'innovazione digitale è la principale leva su cui lavorare per rendere la qualità dei servizi compatibile con la loro efficienza

e sostenibilità economica». Un piano del genere, prosegue Corso, «è oggi una priorità assoluta per il rilancio del Paese e un suo sviluppo sociale ed economico sostenibile. È importante creare tavoli di lavoro a livello aziendale, regionale e nazionale, a cui affiancare una maggiore capacità di governance complessiva a livello nazionale».

**FATTI****10 maggio 2013**

Iss-Airtum, in zone a rischio ambientale sale incidenza tumori

Sul territorio italiano, esistono zone considerate a rischio in cui l'incidenza dei tumori aumenta del 9% negli uomini e del 7% nelle donne. Si tratta di dati preliminari che emergono dalla prima fase dello studio sull'incidenza dei tumori nei Siti d'interesse nazionale (Sin) condotto dall'Istituto superiore di sanità con l'Airtum, presentati ieri a Siracusa alla 38ma riunione del Gruppo per la registrazione e l'epidemiologia del cancro nei paesi di lingua latina (Grell), dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) e dell'Oms. Lo studio è stato condotto su 23 siti Sin serviti da un Registro tumori accreditato dall'Airtum, su una popolazione complessiva di circa 2 milioni di persone. L'analisi è stata condotta sul periodo 1996-2005 per il totale dei tumori e per 35 sedi o gruppi di sedi tumorali specifiche. L'incidenza dei tumori rilevata in ogni Sin è stata confrontata con quella prevista in base all'incidenza del pool dei Registri italiani, distinguendo l'insieme dei Registri dell'Italia Centrosettentrionale e Centromeridionale. È stato notato che nell'insieme dei 23 Sin sono stati diagnosticati 57.391 casi di tumore negli uomini e 49.058 nelle donne, vale a dire, rispettivamente 9% e 7% in più rispetto a quanto previsto (700 i casi individuati complessivamente di tumori infantili e adolescenziali). In entrambi i generi, contribuiscono al dato i tumori maligni di esofago, colon-retto, fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, laringe, polmone, rene e vie urinarie, vescica, melanoma e linfoma non Hodgkin. Negli uomini, in particolare, si osservano eccessi di mesotelioma e tumori maligni di prostata, testicolo ed encefalo; fra le donne, tumori maligni della mammella, del sistema linfopoietico nel suo complesso e, in particolare, della leucemia mieloide cronica.

In una seconda fase, lo studio andrà a valutare il contributo dell'inquinamento ambientale all'incremento specifico osservato per alcune sedi tumorali: i dati epidemiologici saranno confrontati, spiega **Pietro Comba** del Dipartimento ambiente e connessa prevenzione primaria dell'Iss, «con altre due variabili, i dati di caratterizzazione ambientale, che indicano il livello di contaminazione delle diverse matrici (aria, acqua e suolo), e quelli cosiddetti di esposizione, che esprimono quanto la popolazione sia stata esposta a possibili fattori di rischio». Entro il 2013 è prevista la pubblicazione di un documento Iss-Airtum contenente le analisi definitive.



FATTI

16 maggio 2013

Stamina, si va verso la sperimentazione clinica

Voto unanime in commissione Affari sociali a un emendamento al decreto staminali che dà l'ok alla sperimentazione di terapie avanzate a base di cellule staminali mesenchimali, quelle usate con il metodo Stamina, promossa dal ministero della Salute avvalendosi di Aifa, Iss e Cnt e con l'unico paletto della sicurezza dei pazienti. Per la sperimentazione saranno stanziati tre milioni di euro e verrà istituito un osservatorio per il monitoraggio con esperti e associazioni dei pazienti. La sperimentazione è autorizzata a partire dal 1 luglio per 18 mesi e per garantire la ripetibilità delle terapie. Le modalità di preparazione dovranno essere rese disponibili ad Aifa e Iss.

Così, tra l'altro, recita l'emendamento: "Il ministero della Salute avvalendosi dell'Aifa e del Cnt, promuove lo svolgimento di una sperimentazione clinica, coordinata dall'Iss, condotta anche in deroga alla normativa vigente ma a condizione che i medicinali, per quanto attiene la sicurezza del paziente, siano preparati in conformità alle linee guida del regolamento europeo 1394 del 2007".

Pierpaolo Vargiu, presidente della Commissione Affari sociali della Camera e relatore del decreto staminali, al termine del voto degli emendamenti al testo già approvato dal Senato lo scorso 10 aprile e in scadenza il 25 maggio ha sottolineato come l'obiettivo sia di consentire la sperimentazione clinica con un unico paletto, ovvero la tutela della salute dei pazienti. «Dal mio punto di

vista è andata bene - dice Vargiu - perché avevamo di fronte un tema delicato, complesso, che colpisce tutte le sensibilità. Per noi non era facile, dovevamo tenere conto anche dell'intervento del Senato e dovevamo compendiare varie esigenze. Bisognava da un lato stare attenti a ciò che ci ha detto il mondo scientifico che da più parti ha manifestato perplessità sul metodo Stamina, e dall'altra avere un'attenzione ancora più alta per l'esigenza di fare sperimentazione. Non dimentichiamoci - conclude - che il nostro datore di lavoro sono i pazienti e le famiglie».



POLITICA

27 maggio 2013

Deficit sanitari, il Cdm stanZIA quasi due miliardi per 6 regioni

Quasi due miliardi. A tanto ammonta la somma stanziata dal ministero dell'Economia per 6 regioni in deficit sanitario (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise e Sicilia) su autorizzazione del Consiglio dei ministri di venerdì scorso. «Tenuto conto - si legge nel comunicato al termine del consiglio dei ministri - del completamento dell'istruttoria compiuta dai Tavoli di verifica degli adempimenti connessi ai Piani di rientro dai deficit sanitari, il Ministro dell'Economia e delle Finanze è stato autorizzato a erogare somme a titolo di anticipo sulle spettanze relative al finanziamento del Servizio sanitario nazionale in favore delle Regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise e Sicilia». L'istruttoria compiuta «dal Ministero dell'economia nel mese di aprile con il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ha verificato che sussistono i presupposti previsti dal decreto legge per erogare gli anticipi». Queste le anticipazioni deliberate in data odierna: -all'Abruzzo 118 milioni di euro -alla Calabria 411 milioni di euro -alla Campania 287 milioni di euro -al Lazio 540 milioni di euro -al Molise 63 milioni di euro -alla Sicilia 500 milioni di euro.



SCENARIO

30 maggio 2013

Costi e sicurezza degli ospedali. Cimo: si aggrava il gap tra nord e sud

Nelle zone a maggior sviluppo si spende di più, mentre le Regioni del centro-sud, soprattutto quelle soggette a piani di rientro, continuano ad aggravare il gap perché vanno a risparmiare in settori critici per la sicurezza». Lo sottolinea **Riccardo Cassi**, presidente Cimo-Asmd commentando l'indagine analitica su quanto sono sicure le aziende ospedaliere italiane, quanto spendono per la manutenzione, per la formazione dei loro dipendenti e quanto per le assicurazioni, presentata ieri a Roma. «È un esempio del solito stato delle cose in Italia» commenta Cassi, sottolineando come «certi risparmi producono alla lunga costi sociali ed economici ben maggiori». In primo luogo c'è la manutenzione delle strutture. «Si parla di attrezzature, ma anche degli ospedali stessi» precisa Cassi «è facile risparmiare nella manutenzione, ma poi gli apparecchi si rompono e le strutture non sono più adeguate alla normativa». La seconda grande area in cui si tenta di risparmiare è la formazione del personale: «Si tratta di lavoratori a elevata professionalità, non stare al passo crea un danno alla struttura stessa. Le conseguenze tendono a manifestarsi in modo più marcato con il passare del tempo; il personale non aggiornato commette più errori e le ricadute negative sono principalmente sui pazienti, ma ne conseguono anche costi economici, aumentano ad esempio le richieste di risarcimento e i premi da pagare alle assicurazioni». La stretta sulle spese ha peggiorato ulteriormente la situazione. «Esistono costi fissi su cui è difficile incidere, - spiega Cassi - mentre è più facile disinvestire in prevenzione del rischio, manutenzione e mancato aggiornamento, perché nell'immediato non succede nulla. Un altro elemento che peggiora la sicurezza e la qualità delle cure è l'eccessivo ricorso a medici precari: analisi europee dimostrano che il precariato è un'aggravante, perché in pochi mesi il medico non può inserirsi veramente in una struttura. Oltre alle peggiori condizioni di lavoro, l'esplosione delle cause e delle richieste di risarcimento, aumenta anche il fenomeno della medicina difensiva, a sua volta estremamente costoso».

**FATTI****31 maggio 2013**

Ue richiama Italia, non rispetta riposo medici. Anaa: in gioco sicurezza cure

Dobbiamo riconoscere che la sicurezza delle cure non è affidata alle assicurazioni, ma richiede investimenti nella formazione degli operatori e per garantire gli organici necessari. Ora è l'Europa a richiamarci a questi obblighi». È la reazione del presidente dell'Anaa **Costantino Troise** all'annuncio del "parere motivato" inviato all'Italia dalla Commissione europea: si tratta del secondo passo della procedura d'infrazione, per il mancato rispetto della direttiva che impone giusti tempi di riposo ai medici. «Eravamo stati noi dell'Anaa – continua Troise - a sollevare la questione dopo che il secondo governo Prodi aveva deciso di non applicare ai dirigenti, e quindi anche ai medici del Ssn, l'obbligo a un periodo di un riposo compensativo di almeno 11 ore fra un turno di lavoro e l'altro. Questo violava la normativa europea; i medici sono dirigenti in quanto dotati di autonomia professionale ma non sono in grado di decidere in maniera autonoma l'organizzazione del lavoro». La commissione aveva già inviato una lettera all'Italia diversi mesi fa e non è stata quindi soddisfatta della risposta ricevuta, ma la preoccupazione di Troise è volta alle conseguenze di questo mancato rispetto: «è un vulnus gravissimo che compromette la sicurezza delle cure, perché riposi sempre più brevi con carichi di lavoro aumentati per carenze di organico minano l'integrità psicofisica degli operatori e attenta al livello di sicurezza dei cittadini e dei medici stessi». La situazione è stata in realtà regolamentata dal contratto 2008-2009, affidando alla contrattazione aziendale la possibilità, caso per caso e per periodi brevi, di spostare i riposi compensativi. «Ma solo in caso di necessità e non in maniera strutturale. - precisa Troise - Al di là del fatto specifico, io credo che l'importanza di questo provvedimento risieda nel richiamare governo, parlamento e Regioni a un'attenzione alle carenze di organico e ai carichi di lavoro in quanto elementi strutturali della sicurezza delle cure per i cittadini. Non è possibile lamentarsi della crescita dei costi assicurativi e della medicina difensiva con la coscienza sporca di avere ospedali con organici insufficienti, sottoposti a turni stressanti e non in grado di assicurare il recupero delle energie psicofisiche».

Giugno



SCENARIO

5 giugno 2013

Censis, italiani in fuga verso la sanità privata

Da tempo segnalata con preoccupazione, la fuga degli italiani dalla sanità pubblica è ora certificata. Le cifre sono state messe nero su bianco dal rapporto di Rbm Salute-Censis presentato ieri in occasione del Welfare Day, secondo il quale sono 12,2 milioni gli italiani che hanno deciso di rivolgersi alla sanità privata, a fronte dei ticket elevati e delle lunghe liste di attesa. Proprio queste ultime costituiscono la principale ragione del fenomeno, secondo il 61,6% degli intervistati. Se l'odontoiatria si conferma la specialità in cui più spesso gli italiani si rivolgono a liberi professionisti (90%), il privato raccoglie anche il 57% delle visite ginecologiche e il 36% delle prestazioni di riabilitazione. Non è che il privato venga ritenuto conveniente, anzi: il 69% considera le parcelle elevate e anche l'intramoenia è cara per il 73% degli italiani. Tuttavia i ticket richiesti dal Ssn sono sempre meno competitivi e nel 27% dei casi allineano i prezzi alle prestazioni private; e nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, la percentuale sale al 37%. Solo 41 italiani su cento ritengono giusto il prezzo del ticket, che viene invece bocciato dal 56% dei cittadini; particolarmente elevati sono quelli richiesti per le visite ortopediche (53%), l'ecografia dell'addome (52%), le visite ginecologiche (49%) e la colonscopia (45%). Secondo il 41% degli italiani, la sanità pubblica copre solo le prestazioni essenziali; il 14% ritiene che la copertura pubblica sia insufficiente per sé e la propria famiglia, mentre il 45% la considera adeguata per le prestazioni di cui ha bisogno. Per garantirsi la copertura sanitaria, i fondi sanitari integrativi sono visti con sempre maggiore interesse. Sono già sei milioni le adesioni che, considerando i familiari, estendono l'offerta a undici milioni di assistiti. In media, un italiano su cinque sarebbe disposto a investire 600 euro al mese per un fondo sanitario integrativo che coprisse le spese per la salute. Il 52% dei cittadini è interessato soprattutto a una copertura per visite specialistiche e diagnostica ordinaria, mentre il maggior incentivo che potrebbe attrarli sarebbe un'assistenza medica per 24 ore 7 giorni alla settimana, citata dal 39% degli interpellati.

**FATTI****11 giugno 2013**

L'Inps taglia le visite fiscali. Fimmg: decisione inopportuna

Le visite disposte d'ufficio hanno portato alla riduzione della prognosi nel 9% dei casi»: l'affermazione con cui il direttore generale Inps **Mauro Nori** ha supportato la decisione dell'Istituto di previdenza di tagliare le visite fiscali è giudicata "totalmente non condivisibile" dal Coordinatore nazionale Fimmg medicina fiscale **Alfredo Petrone**. «Intanto, – ha spiegato Petrone – la percentuale delle riduzioni prognostiche è calcolata su tutte le visite mediche, quindi non scorporando neppure gli assenti o le visite non effettuate per indirizzo errato: è dunque un dato piuttosto superficiale». Petrone precisa poi il funzionamento della procedura data mining per la gestione delle visite: «Il data mining – ha spiegato Petrone – valuta l'idoneità al lavoro e non la riduzione prognostica. Ciò che intende fare la direzione generale Inps, riducendo le visite di controllo a sole 100.000 a fronte di circa due milioni di certificati, è statisticamente improponibile. Il sistema di data mining ha bisogno di autoimplementarsi, ossia di confrontare i certificati di malattia con gli esiti delle visite mediche di controllo e, con un numero così basso, tra poche settimane sarà inservibile». Secondo l'esponente della Fimmg, la realtà dei fatti è ben diversa: «l'Inps spende due miliardi all'anno per indennità di malattia e solo, al netto, circa 30 milioni per le visite di controllo. Basterebbe un leggero aumento del tasso di assenteismo per rendere la spesa ben superiore a quello che l'Inps vorrebbe risparmiare». C'è poi un altro problema di non poco conto, quello occupazionale: «facendo solo le visite mediche disposte dai datori di lavoro si produce un crollo di oltre il 90% con un effetto equiparabile al licenziamento di oltre mille medici». Ma sull'argomento l'Istituto di previdenza non appare compatto: infatti, il 4 giugno un suo organo istituzionale, il Consiglio di indirizzo e vigilanza, ha deliberato «di impegnare gli Organi di Gestione ad adottare, per le visite mediche di controllo disposte d'ufficio, tutte le iniziative necessarie che consentano – previa attenta analisi dei costi e dei benefici e tenuto conto anche dell'incidenza sui livelli occupazionali dei medici – di incrementare e uniformare la qualità e l'efficienza dell'azione amministrativa dell'Istituto su tutto il territorio nazionale, nonché di contrastare il fenomeno dell'assenteismo».

**FATTI****13 giugno 2013**

Agenas, nel 2012 un milione di accessi in meno ai Pronto soccorso

Sono calati di un milione in un anno gli accessi ai Pronto soccorso degli ospedali italiani. Stando ai dati trasmessi dalle Regioni al sistema informativo Emur del ministero della Salute per il 2012, infatti, si registra 1 mln di accessi in meno rispetto al 2011: si è passati da 14.479.595 a 13.433.427 del 2012. Lo evidenzia il presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), **Giovanni Bissoni**, nell'editoriale al nuovo Quaderno di Monitor, collana supplementi della rivista dell'Agenas. È importante che dopo anni di "sovrappollamento" si registri, per la prima volta, un calo degli accessi non urgenti ai Pronto soccorso, anche se è «troppo presto per dire che siamo di fronte a una vera inversione di tendenza» e «potrebbe piuttosto trattarsi di un effetto dell'attuale crisi economica». Così commenta i dati il presidente dell'Agenas, Giovanni Bissoni.

Il calo di un milione di accessi in un anno, rileva Bissoni, «può infatti, avere due possibili spiegazioni. La prima, la più ottimistica, è che sono migliorati e sono stati rafforzati i servizi territoriali, aspetto sul quale sono in atto dei monitoraggi nelle regioni». La seconda spiegazione è invece legata, appunto, alla crisi economica: «In passato i Pronto soccorso hanno spesso rappresentato, ovviamente nei casi non urgenti, una "porta di accesso" per le visite specialistiche che altrimenti il cittadino avrebbe dovuto effettuare a pagamento.

Ora, tranne che per le emergenze - afferma Bissoni - è comunque chiesta al cittadino una compartecipazione, e questo potrebbe avere spinto molti a rinunciare a tale "canale di accesso" alla specialistica». Insomma, a causa della crisi anche il ticket previsto per i codici bianchi al Pronto soccorso diventa, per molti, una spesa comunque da evitare, e questa potrebbe essere una ragione alla base dei diminuiti accessi registrati nel 2012. Più in generale, rileva l'Agenas, il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza è ampiamente diffuso sia nel contesto internazionale sia in quello italiano.

Luglio

**FATTI****1 luglio 2013**

Oggi sciopero degli ortopedici, Saccomanno: dal ministero nessun tentativo di mediazione

È attesa un'adesione pressoché totale per lo sciopero nazionale degli ortopedici di oggi. Uno degli eventi di maggiore risonanza in questa ondata di proteste che giungono dal mondo della sanità, legato soprattutto alle tematiche della responsabilità professionale e del contenzioso medico-legale. Il presidente dell'associazione Nuova Ascoti, **Michele Saccomanno**, lamenta in modo particolare l'assenza di risposte da parte del governo: «il ministro non si è nemmeno degnato di sentirci al telefono e mostra una strana indifferenza rispetto a un problema tanto grave. Hanno prima scioperato i ginecologi e oggi noi... è drammatico che non vi sia stato il minimo gesto di mediazione». Proprio Saccomanno, che nella scorsa legislatura sedeva sui banchi del Senato, era stato il relatore di un piano di legge sulla responsabilità professionale e aveva ottenuto un accordo politico di base: «lo stesso ministro Balduzzi era pronto a introdurre e completare il suo decreto con otto punti, che includevano il riconoscimento dell'atto medico, l'organizzazione del rischio clinico, l'assicurazione su case di cura e ospedali; il nuovo governo dichiara il proprio interesse, ma servono atti concreti». Secondo una notizia recente dell'Ania, per la prima volta il contenzioso è diminuito ma, secondo Saccomanno, «non è un motivo di tranquillità, perché una delle ragioni è l'aumento della medicina difensiva: si fanno esami inutili, si evitano gli interventi rischiosi e i ragazzi non si iscrivono più nelle nostre specializzazioni». È essenziale che si riconosca almeno l'atto medico, come avviene in quasi tutti i Paesi del mondo: «si deve sapere che l'atto chirurgico è fatto per migliorare la qualità della vita di una persona o per tentare di salvarla e questo gesto deve avere un minimo di tutela e riconoscimento da parte dello Stato».

**FATTI****3 luglio 2013**

Nature, accuse di plagio al Metodo Stamina

Ennesima denuncia di Nature contro il metodo Stamina: le immagini utilizzate nella domanda di brevetto nel 2010, «su cui Vannoni dice che il suo metodo si basa» sarebbero «duplicate da precedenti e non correlati studi». Una microfotografia chiave presente in questa domanda di brevetto, raffigurante due cellule nervose che sembrano apparentemente differenziate dalle cellule stromali del midollo osseo, non è originale, è identica a quella di un documento di ricerca pubblicato nel 2003 da un team russo e ucraino. «**Elena Schegelskaya**, biologo molecolare della Kharkov National Medical University e co-autore del documento del 2003 ha confermato a Nature che la fotografia» in questione «è stata prodotta dalla sua squadra». La rivista, che rileva come la vicenda Stamina potrebbe diventare «dinamite politica», definisce Vannoni «uno psicologo trasformato in imprenditore medico» che ha avuto un grande seguito nella società italiana, al punto da arrivare a ottenere l'ok ad una sperimentazione clinica autorizzata dal ministero della Salute e del costo di 3 milioni di euro. Almeno un centinaio di persone, metà delle quali bambini, si sono messe in lista per partecipare, «a dispetto del fatto - rileva la rivista - che non ci sia alcuna evidenza che la terapia sia efficace. Nature rileva inoltre che se, da un lato, il Metodo Stamina ha trovato un grande sostegno in molte famiglie di malati, dall'altro ha trovato una forte opposizione da parte di molti ricercatori, i quali sostengono che si tratta di un approccio privo di una base scientifica. È noto che le cellule immature del midollo osseo possano essere trasformate solo in cellule di ossa, pelle e cartilagine, mentre il Metodo Vannoni sostiene la possibilità di trasformarle in cellule nervose. «Nessuno finora è stato in grado di dimostrare in modo convincente che sia possibile trasformare una cellula del midollo osseo in una cellula nervosa», ha osservato su Nature **Elena Cattaneo**, direttrice del Laboratorio di cellule staminali dell'università di Milano. Non ci sono dimostrazioni di efficacia nemmeno per il direttore dell'Istituto per le cellule staminali e la medicina rigenerativa dell'università di Stanford, **Irving Weissman**. La rivista cita inoltre il direttore generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), **Luca Pani**, che ha affermato: «Vediamo un tale caos, so che non esiste un metodo. Lo stesso Ufficio brevetti degli Stati Uniti

aveva respinto la richiesta di Vannoni per gli insufficienti dettagli metodologici e perché le cellule in coltura sembravano riflettere cambiamenti citotossici».



FATTI

3 luglio 2013

Vannoni risponde e contrattacca: garanzie dal ministero

«Patetica». Così in modo sprezzante **Davide Vannoni**, l'inventore del metodo Stamina definisce la rivista Nature in una sua risposta all'accusa di plagio postata sulla pagina Facebook. Non c'è da stupirsi secondo Vannoni, se le immagini sono identiche a quelle dei ricercatori russi perché «hanno collaborato con noi» dice e da loro «nasce la radice della metodica Stamina». La ricercatrice russa Elena Shegelskaya è definita dall'inventore di Stamina come «una nostra collaboratrice...altro che plagio». E continua «si stupisce la giornalista che alla fine le modalità di differenziazione cellulare siano diverse nelle percentuali di sostanze utilizzate, ma non ha proprio capito che la radice del metodo è la stessa e confonde una domanda di brevetto volutamente ritirata con un articolo scientifico. Inoltre» continua Vannoni «la giornalista/scienziata non ha neanche capito che differenza ci sia tra le concentrazioni della soluzione madre e quelle della soluzione di differenziazione, sbagliando i calcoli» Quanto alla richiesta di delucidazioni inviata dalla giornalista autrice del pezzo Vannoni dichiara di non aver avuto tempo di rispondere. Infine ce n'è anche per il direttore dell'Aifa Pani accusato di «pensiero dissociato» per aver messo insieme il presunto disordine di laboratorio con l'assenza di metodica. La risposta al vetriolo si chiude con un appello al ministro Lorenzin, se «vuole dare seguito a quanto deciso dalla Camere dovrà fornire a Stamina garanzie maggiori di obiettività della sperimentazione» altrimenti il ricercatore toscano non è più disposto a «perdere tempo» viste le «centinaia di persone che a Brescia attendono di essere trattate con la metodica Stamina». La palla ora passa al ministro mentre le ombre sul metodo Stamina aumentano.

**FATTI****22 luglio 2013**

Oggi lo sciopero di medici e veterinari, la sanità va a picco

In difesa della sanità pubblica, per lo sblocco del contratto di lavoro, per contrastare il precariato, per regolamentare il contenzioso medico-legale. Sono questi alcuni dei punti per i quali oggi medici, veterinari e operatori della sanità pubblica hanno proclamato 4 ore di sciopero all'inizio di ogni turno. Un'iniziativa, che l'incontro di giovedì sera col ministro Lorenzin, non è riuscito a scongiurare, che mette a rischio 500mila visite specialistiche e 30mila interventi programmati. In mattinata è previsto anche un sit-in al ministero dell'Economia, contro la mancanza di risorse e il blocco del contratto, fermo dal 2009. «Lunedì mattina saremo davanti al ministero dell'Economia - conferma **Massimo Cozza** della Cgil medici - perché uno dei punti centrali della protesta è la carenza di risorse e l'assenza del contratto che non garantiscono più il diritto alle cure e il diritto a curare». E tra i motivi dello sciopero, ha aggiunto **Costantino Troise**, segretario dell'Anaa, principale sigla degli ospedalieri, ci sono anche «i precari di lungo corso», circa diecimila secondo Cozza: «Per capire la situazione della sanità italiana - dice Troise - basta farsi un giro per i pronto soccorso, ormai reparto di degenza con posti barella, scrivania o in piedi. O per i reparti con il personale ridotto al lumicino. O nelle aule dei tribunali «per cause che nella maggior parte dei casi si risolvono con l'archiviazione». Bisogna «fermare queste manovre scellerate, come la proroga ulteriore del blocco del contratto, che rischiano di avvelenare ancora di più il clima». E dopo l'estate, avvertono i sindacati, la protesta potrebbe inasprirsi se non ci saranno novità. (M.M.)

Settembre



POLITICA

2 settembre 2013

Elena Cattaneo senatore a vita: un premio alla ricerca

“Ha illustrato la Patria per altissimi meriti nel campo scientifico, artistico e sociale”. Questa la motivazione della nomina a senatore a vita di **Elena Cattaneo**, ricercatrice di fama mondiale nell’ambito dell’utilizzo delle cellule staminali che lo scorso venerdì ha ricevuto l’attestazione dal Capo dello Stato. Nata nel 1962, Elena Cattaneo si laurea in farmacia all’Università di Milano dove successivamente consegue il dottorato e dal 2003 insegna come professore ordinario. Ha operato come ricercatrice per tre anni al Mit di Boston nel laboratorio del Prof. **Ron McKay**, dove ha avviato studi su cellule staminali cerebrali. Rientrata in Italia, ha fondato e dirige il Laboratorio di Biologia delle cellule staminali e Farmacologia delle malattie neurodegenerative del Dipartimento di bioscienze dell’Università di Milano, dedicandosi allo studio della Corea di Huntington. È stata Rappresentante nazionale presso l’Unione europea per la ricerca Genomica e Biotecnologica. Ha coordinato il progetto europeo NeuroStemcell e, da ottobre 2013, coordinerà il progetto NeuroStemcellrepair nell’ambito del 7° Programma Quadro della Ricerca Europa.



POLITICA

10 settembre 2013

Test medicina, la prova senza bonus maturità. Anaao: ipocrita lotteria

Niente più bonus maturità. È questa la principale novità per i quasi 80mila aspiranti medici iscritti ai test di medicina di ieri per contendersi i 10.771 posti disponibili per l’anno accademico 2013-2014 (inclusi i posti riservati

agli studenti stranieri). Una novità arrivata in corso d'opera visto che la decisione è stata presa dal Consiglio dei ministri di ieri, ancora prima di essere sperimentato, perché, come sottolineato dallo stesso presidente del Consiglio **Enrico Letta**, «crea disparità». Ma non è solo il bonus maturità a far discutere. Anaa-Assomed, per esempio, parla di «ipocrita lotteria». Il problema, sottolinea una nota stampa del sindacato è che «solo 10.157 potranno accedere al corso di studi con una sproporzione cresciuta nel tempo fra domande di ammissione e offerta di posti, malgrado il loro aumento degli ultimi anni. Aumento che, tra l'altro, sganciato da una programmazione attenta dei fabbisogni e da una riforma della formazione post-laurea, crea le premesse per una nuova fabbrica di disoccupati». Resta dunque il problema, rileva il segretario nazionale **Costantino Troise**, di una «formula di selezione assolutamente inadeguata: il nostro giudizio negativo - spiega - nasce non solo dalla perdurante assenza di una graduatoria nazionale, il che consente una estrema variabilità del punteggio richiesto per la ammissione da una sede all'altra, ma anche dai contenuti di test tanto astrusi quanto lontani da una misurazione di capacità e vocazioni. Sorvolando sulla pioggia di errori che aprono la strada ad infiniti contenziosi legali».

I Giovani medici del Sigm dal canto loro pur ritenendo che «l'attuale sistema di selezione a quiz e di accesso programmato a medicina presenta delle criticità», lo considerano «al momento l'unica strada percorribile». Ciò premesso il Sigm ritiene opportuno avviare «una seria riflessione su una modalità di selezione degli aspiranti medici che avvenga sul campo, tale da differire alla fine del della frequenza del primo anno di corso o del primo biennio l'applicazione del numero programmato. In altri Paesi» continua la nota Sigm «ad esempio, sono già in adozione dei modelli che consentono l'accesso libero al primo anno di corso preservando quindi il diritto allo studio, per procedere ad una successiva rigorosa selezione sui contenuti delle materie studiate e in base all'esito degli esami sostenuti, coniugando quindi la restrizione ad imbuto del numero programmato con una valutazione di merito. Inoltre, per quanti non superano lo scoglio della selezione, è prevista la possibilità di spendere i Cfu acquisiti in altri corsi di laurea nei quali insistono insegnamenti congruenti. Ma tale sistema richiederebbe uno sforzo organizzativo che al momento non tutte le Università Italiane potrebbero permettersi».

**SCENARIO****12 settembre 2013**

In Europa cresce l'occupazione in sanità. Conte (Fnomceo): investire in formazione

Negli ultimi 4 anni in Europa l'occupazione nel settore sanitario è cresciuta di quasi il 2% l'anno e nel 2012 è stato sfiorato il milione di nuove assunzioni. Il dato emerge dallo European Vacancy Monitor, appena pubblicato dalla Commissione europea e vede l'Italia tra i primi paesi per domanda di lavoro in questo settore. Dati incoraggianti che vengono confermati da Luigi Conte, segretario generale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici. «Siamo il primo Paese al mondo per numero di medici, un dato che richiede un monitoraggio continuo del fabbisogno per evitare i rischi del passato, quando molti professionisti rimanevano disoccupati. Oggi, comunque» sottolinea Conte «possiamo dire che per i medici non c'è problema di impiego. D'altro canto» osserva il rappresentante di Fnomceo «negli ultimi due anni è in costante aumento il numero di medici che vanno all'estero, con il raddoppio, per esempio, di quelli andati in Inghilterra. Un segnale di una certa contrazione della richiesta nonché del problema emergente della precarietà che induce molti ad affacciarsi all'estero». L'analisi europea evidenzia anche come nel prossimo futuro si preveda una richiesta ancora più forte di infermieri e ostetrici, anche a causa di un'età media degli addetti ai lavori elevata. Ecco perché il commissario Ue all'occupazione Laszlo Andor sottolinea come la sanità sia «uno dei settori con le maggiori potenzialità per la creazione di posti di lavoro in Europa» e come siano «più che mai urgenti nuovi investimenti nella formazione». «Per le professioni sanitarie esiste un problema di carenza» conferma il segretario Fnomceo «per infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia, per esempio. Per questo è necessario un investimento in formazione, in particolare per queste aree» continua Conte «tenendo conto che non bastano insegnanti e aule. Si tratta di discipline che hanno bisogno di esperienza pratica e quindi di strutture e spazi idonei. In più» conclude «bisogna disporre di calcoli attendibili delle esigenze del futuro. Il calcolo effettuato solo sulla base dei pensionamenti non può più bastare».



POLITICA

19 settembre 2013

Rifiuti pericolosi, il Governo equipara i medici alle imprese

Per sapere se sono assoggettati al registro informatico Sistri come produttori di rifiuti pericolosi, medici e dentisti potrebbero attendere oltre il 1° ottobre, data in cui in teoria sono tenuti a iscriversi. Il Decreto legge sulla Pubblica amministrazione del 31 agosto che rilancia l'obbligo per tutti i produttori di rifiuti pericolosi (infettivi etc) va convertito entro ottobre. Il Ministero dell'Ambiente ha detto alla Fnomceo che potrebbe lasciare gli oneri burocratici alle imprese di smaltimento, ma il cambio di indirizzo appare irreversibile, come spiega **Bernardino Albertazzi**, giurista ambientale docente alle Arpa emiliana e ligure e alle università di Brescia e Bocconi. «L'adesione era fin qui bloccata per tutti, grandi imprese incluse, in quanto il sistema Sistri non funzionava. La precedente norma (decreto 152/2006) obbligava a iscriversi imprese ed enti produttori di rifiuti pericolosi, ma esentava i liberi professionisti. Il decreto sulla Pa invece rende obbligatorio il Sistri per tutti i produttori di rifiuti pericolosi (il 10% di tutti i rifiuti) e così include dentisti e medici in gruppo e single. È da vedere se in parlamento prevarrà l'assimilazione dei professionisti a imprese». Chi aderisce al Sistri deve «iscriversi alla camera di commercio che invia una chiavetta con cui autenticarsi al sistema e accedere a una scheda on line da aggiornare quando si conferisce un quantitativo allo smaltitore. Quest'ultimo consegna una copia del formulario da tenere 5 anni in un registro cartaceo». Incombenze affidabili allo smaltitore se il produttore è persona fisica, «ma gli oneri economici- ammette Albertazzi - restano».

Ottobre

**FATTI****4 ottobre 2013**

Piano nazionale esiti, Moirano: dall'Agenas nessuna graduatoria degli ospedali

Non una classifica degli ospedali italiani, ma un quadro che descrive lo stato dell'arte delle prestazioni ospedaliere. A sottolinearlo, a margine della Conferenza stampa sul Programma nazionale esiti 2012 dell'Agenas, dopo che alcuni organi di stampa avevano anticipato i risultati fornendo una graduatoria delle Regioni e delle strutture ospedaliere, il Direttore generale **Fulvio Moirano**. «Noi» sottolinea «non facciamo confronti ma registriamo annualmente le valutazioni degli ospedali italiani in base a una serie di indicatori difficilmente comparabili. Da questo punto di vista» continua Moirano «si evidenzia un generale miglioramento». Per il 2013 su dati 2012 sono stati utilizzati 114 indicatori contro la cinquantina dell'anno prima e altrettante tabelle, dove le strutture sono classificate per indici ed esiti dal top al peggio. In assoluto, tendono a ridursi mortalità e tempi d'attesa (specie in traumatologia) e di ricovero post-intervento grazie a una migliorata performance del Sud. «Il divario Nord-Sud esiste sempre» riprende Moirano «ma effettivamente si evidenzia un forte miglioramento a Sud». Alcuni indicatori segnano una miglior qualità al Centro-Nord è il caso della frattura al collo del femore, molto comune tra gli anziani: più di otto pazienti su dieci entrano in camera operatoria nei tempi previsti per evitare complicazioni, percentuale residuale, invece, al Sud. Sul piano generale la Toscana sembrerebbe la Regione più omogenea nel bene e punte di eccellenza più frequenti si riscontrano in Lombardia. Toscana prima perciò come anticipato dalla stampa? «Non si può dire» ribadisce il Direttore generale dell'Agenas «ci sono dei buoni dati e che sta lavorando bene. Dopodiché le elaborazioni sono soggettive ognuno può fare le sue». Quanto alla Lombardia da segnalare la mortalità post resezione di tumore gastrico a 30 giorni (media 5,76% di eventi infausti) con il record di nessun morto in due strutture lombarde, Istituto Tumori e San Gerardo Monza, pur con tanti interventi (150-160); la mortalità post sostituzione di valvole cardiache è 0,05% al San Raffaele

di Milano contro una media nazionale del 3%; e sempre in Lombardia svetta l'istituto Monzino per bassa mortalità a 30 giorni post-by pass (zero eventi infausti contro media italiana del 2,5%). In questa categoria gli esiti peggiori sono al Sud e talora al Nord (by-pass cliniche Gavazzeni). Infine il dato della disomogeneità degli esiti all'interno di una stessa Regione: ad esempio, per mortalità da Ima a 30 giorni le strutture pugliesi sono le migliori e peggiori così come il ricorso al parto cesareo (media italiana 26%) è al top in Campania con 9 strutture tra le 10 peggiori (ricorso al chirurgo dal 70 al 98%) ma quasi in ogni regione ci sono strutture che rispettano l'Ebm. «È un dato realistico» sottolinea Moirano «e probabilmente dipende dai comportamenti di singoli professionisti o di aziende sanitarie». Nessun Tripadvisor, perciò, conclude il Direttore dell'Agenzia. «Ministero e Regioni hanno messo in cantiere un portale della trasparenza, che prevede anche una valutazione di qualità da parte di operatori e cittadini. Da qui a parlare di Tripadvisor ce ne corre perché non è prevista nessuna graduatoria ma un sistema di valutazione complessivo che ha come modello di riferimento quello dell'Nhs britannico» conclude l'esperto.



FATTI

8 ottobre 2013

Nobel medicina va a tre biologi per il sistema postale delle cellule

La scoperta del traffico vescicolare, ovvero il sistema di trasporto delle nostre cellule, che aiuta gli scienziati a capire come un carico viene recapitato nel posto giusto al momento giusto all'interno delle cellule. Un cattivo funzionamento di questo sistema può portare a malattie neurologiche, diabete o disturbi immunologici. È questa la ragione che ha portato all'assegnazione del Nobel per la Medicina 2013 a **James Rothman**, **Randy Schekman** e **Thomas Sudhof**. Una ricerca di base, che pur non avendo portato a cure mediche vere e proprie, è stata fondamentale per svelare i fondamenti del funzionamento del nostro organismo. Rothman, 62 anni e insegna alla Yale University, Schekman, 64 anni e insegna all'università della California a Berkeley e Sudhof, 58 anni e insegna all'università di Stanford.

Studi importantissimi che rappresentano le fondamenta per chiarire i meccani-

smi cruciali nel funzionamento delle cellule e per contrastare un gran numero di patologie, come la fibrosi cistica, commenta il genetista Edoardo Boncinelli. «Credevo avessero già ottenuto il Nobel anni fa!», ha aggiunto Boncinelli. «Sono studi importanti per la comprensione di un grande numero di patologie dovute a un difetto del meccanismo di trasporto, come ad esempio la fibrosi cistica e molte malattie del sistema nervoso», ha osservato il genetista dell'università Vita e Salute di Milano. «Congiuntamente, ma lavorando in maniera indipendente e autonoma, questi tre ricercatori - prosegue - hanno chiarito uno dei meccanismi cruciali del funzionamento delle cellule, ossia come funziona il traffico delle molecole che devono essere portate all'interno e di quelle che devono essere portate fuori»



POLITICA

10 ottobre 2013

Medici a Letta, sanità pubblica non sia agnello sacrificale. Ieri presidi in 30 ospedali

Tagliare la sanità pubblica è criminale". Con questo slogan ieri i lavoratori della sanità sparsi sul territorio, dal Niguarda di Milano al Gaslini di Genova, passando per l'Ospedale Pertini e il San Giovanni Addolorata di Roma fino al Cardarelli di Napoli, hanno manifestato contro i tagli alla sanità pubblica. Centinaia di medici, infermieri, portantini ma anche lavoratori di servizi esternalizzati delle mense e delle imprese di pulizie, uniti per sensibilizzare i cittadini e gli utenti del Servizio sanitario nazionale sulle politiche dei tagli che stanno investendo il settore. E sempre ieri l'intersindacale medica ha scritto al presidente del Consiglio Enrico Letta per chiedere che il servizio sanitario non sia «ancora una volta l'agnello sacrificale, il salvadanaio da depauperare per arginare temporaneamente le necessità di cassa. Sono impensabili» spiegano i medici «ulteriori manovre nella prossima legge di stabilità che sottraggano nuovi pezzi a un edificio già pericolante». Nella nota intersindacale, i medici dipendenti e convenzionati, insieme a veterinari, dirigenti, tecnici e amministrativi ma anche precari e medici in formazione chiedono di fermare «le politiche di definanziamento e i tagli lineari» oltre a denunciare le criticità del settore, come le conseguenze del blocco del contratto di lavoro fino al 2014

e l'assenza di iniziative legislative in materia di responsabilità professionale. Tra i nodi, anche il precariato «che priva i lavoratori di diritti e di futuro» e la formazione professionale oggi basata su uno «scollamento tra sistema universitario e servizio sanitario» che diventa «terreno di coltura di nepotismi e corruzione». Se non ascoltati prefigurano una «radicalizzazione del conflitto» con «iniziative di dura protesta».



POLITICA

11 ottobre 2013

Metodo Stamina, stop definitivo dal ministero. Vannoni: il vero pericolo è il ministro

Potenziali rischi”, “inadeguata descrizione” e “insufficiente definizione del prodotto”. Sono queste le ragioni in base alle quali il ministero della Salute ha ufficializzato ieri lo stop alla sperimentazione del metodo Stamina. La decisione di blocco della sperimentazione, si legge nel documento del ministero è stata presa considerando il parere del Comitato scientifico e quello successivo dell'avvocatura dello Stato. Le scelte, ha commentato il ministro **Beatrice Lorenzin** nella conferenza stampa convocata ieri «vanno prese sulla base dei fatti e non delle emozioni. Ci siamo fatti guidare dalle emozioni derogando alle norme sulla sperimentazione in Parlamento e stanziando 3 milioni». Tuttavia, ha proseguito il ministro, «arriva poi il momento in cui ci sono le evidenze scientifiche, e di fronte a ciò non esiste la politica poiché la politica deve fare un passo indietro». Pronta la replica del presidente di Stamina Foundation, **Davide Vannoni**. «Non è il metodo Stamina a essere pericoloso per i malati, bensì il ministro Lorenzin e chi sta gestendo così male questa situazione, a fronte di una legge votata dal Parlamento che stabilisce l'avvio della sperimentazione. Ora «l'obiettivo - ha detto Vannoni - è attuare la sperimentazione all'estero, possibilmente in Usa». A questo punto, ha sottolineato «attenderemo gli esiti del ricorso al Tar del Lazio contro il comitato scientifico e la pronuncia del Tar della Lombardia sulle cartelle cliniche dei pazienti in trattamento agli Spedali Civili di Brescia». Quello di oggi, ha aggiunto Vannoni, «è uno stop fatto solo sulla carta, poiché nessuno ha valutato gli effetti delle cure sui pazienti in trattamento a Brescia e l'assenza di effetti collaterali». Si tratta di una

decisione di blocco «fatta in modo scorretto; infatti - rileva Vannoni - non era compito del comitato scientifico nominato dal ministro valutare il via libera alla sperimentazione, deciso dal Parlamento. Il comitato, al contrario, doveva solo “disegnare” la sperimentazione; si sono sentiti degli esaminatori, ma in realtà dovevano essere gli esecutori di una decisione del Parlamento». Inoltre, aggiunge, «le motivazioni del parere del comitato non ci sono ancora note». «Per il ministro noi siamo morti che camminano, ormai non mi sorprende più nulla. Visto che non abbiamo avuto risposte neppure dal Papa, ci rivolgeremo alla Corte Europea dei Diritti umani di Strasburgo», è il commento di Sandro Biviano, portavoce dei malati che dal 23 luglio scorso presidiano notte e giorno piazza Montecitorio. «Noi stiamo facendo democrazia, loro dittatura. Stanno giocando con le nostre vite», conclude Biviano malato di distrofia muscolare come gli altri suoi tre fratelli.



SCENARIO

25 ottobre 2013

Conte (Fnomceo): coperti con i crediti quasi tutti i medici in esercizio

Settanta sanitari su cento si aggiornano con i crediti Ecm. Ma i medici stanno meglio rispetto agli altri. Il dato, alla vigilia della V Conferenza sulla formazione continua (Roma, 4/11) lo offre **Luigi Conte** componente Fnomceo in Commissione nazionale Ecm. «Stando ai nostri dati, prende i crediti l'82% dei medici. Ma del campione fanno parte anche pensionati e 25 mila specializzandi, esonerati dal sistema. Dunque raggiungiamo il 90% degli obbligati. A differenza di altri sanitari, i medici hanno oggi più opportunità di aggiornarsi».

Dal 2014 peraltro chi non si aggiorna dovrebbe essere punito, a norma di manovra bis 2011 e del decreto Balduzzi che indica come illecito disciplinare la mancata frequenza ai corsi. Ma la legge non dà agli ordini strumenti per punire chi non si aggiorna. «All'articolo 19 e in altri passi del nuovo codice diciamo che aggiornarsi è obbligatorio – anticipa Conte – ma abbiamo fatto valere la regola che quando l'offerta formativa è bassa non si può sanzionare. Si punirà più avanti, quando l'offerta sarà completa e di fronte a chiari rifiuti. Peraltro nelle aziende si impone la consuetudine, da noi condivisa, di far inse-

rire ai medici nelle selezioni di carriera anche gli attestati di frequenza ai corsi: il non-premio qui pesa di più della sanzione».

L'Ordine rivendica un potere di valutazione o di provider? «Abbiamo sposato il ruolo di certificatori dei crediti degli iscritti a tutela della qualità del servizio del medico al cittadino, ma non rinunciamo a verificare la qualità dei corsi erogati, essendo questo un sistema dove i provider sono pubblici e privati, eterogenei, e dove qualcuno potrebbe vincolare a parametri commerciali la propria offerta. Ci siamo accollati anche di fare da provider sia su temi etici, deontologici, di legislazione, sia per l'inglese scientifico, sia in temi tecnici professionali. Nel terzo caso l'intento è calmierare il mercato: i nostri corsi sono gratuiti e la formazione a distanza erogata con Ministero della Salute e Ispasvi ha attratto 383 mila partecipanti in 5 anni e coperto 6 milioni di crediti. Abbiamo istituito poi un meccanismo di accreditamento centralizzato per eventi di ordini provinciali ("Omceoinrete") per dare più chance di formazione ai medici in "periferia". Sono tutti obiettivi strategici degli Ordini».

Novembre



SCENARIO

5 novembre 2013

Da nuove competenze infermieri rischi legali per i medici

Nuove competenze per infermiere e infermiere pediatrico: le detteranno le regioni che con i sindacati infermieristici daranno indicazioni alle università sui contenuti formativi degli insegnamenti per figure che si ritaglieranno sempre più competenze. A spese dei medici? È il punto che contesta CimoAsmd. Scrive **Guido Quici** vicepresidente del sindacato: «La bozza tende a legittimare alcune iniziative regionali in tema di competenze acquisite con corsi non universitari (vedi see and treat)». Inoltre, apre alla revisione dei modelli organizzativi, tutto senza il medico, già «fortemente penalizzato in tema di responsabilità».

«Comprendiamo – dettaglia a Doctornews il presidente CimoAsmd **Riccardo Cassi** – che in prospettiva turn over un infermiere nell'auto medica costi il 60% di un medico e in altri stati gli infermieri svolgono funzioni qui attribuite ai medici, ma ora si rischia che ogni regione adotti il modello di un diverso stato, e invece noi diciamo che le responsabilità vanno ridefinite con legge nazionale, anche perché la questione investe il contesto legale: nel see and treat il paziente in ps codice bianco è trattato dall'infermiere, il medico non lo vede ma in qualità di responsabile della struttura controfirma il referto, in quanto la nuova funzione infermieristica non è codificata. E poi, un infermiere con formazione ad hoc può rimpiazzare un medico in certe attività, ma i corsi di studio e di abilitazione non possono far riferimento a venti “riti”, ci vuole un punto d'unità. E i compiti del medico non possono essere residuali ma vanno riaffermati». In merito, nel comunicato con cui chiede di dare voce pure ai sindacati medici, Quici cita il principio per cui “il medico è il responsabile unico della strategia diagnostica, e/o terapeutica, e/o riabilitativa e, conseguentemente, della scelta del miglior percorso clinico a favore del paziente”.



INIZIATIVE

6 novembre 2013

Ecm, dal 2014 online status dell'aggiornamento di un milione di sanitari

È pronto il software per attestare i crediti dell'aggiornamento di 1.093.000 sanitari italiani: un compito, quello di registrare i “punti”, che spetta ai consigli provinciali per i professionisti iscritti a ordine e alla Commissione nazionale per le altre professioni. Dal 2 dicembre ogni sanitario potrà autenticarsi al Cogeaps, il consorzio anagrafe professioni sanitarie, verificare i crediti fin qui acquisiti e quantificare il proprio fabbisogno formativo. Lo ha detto alla V Conferenza nazionale Ecm a Roma **Sergio Bovenga**, presidente dell'Ordine dei medici di Grosseto, che guida il Cogeaps. «Nelle prime settimane del 2014 –ha aggiunto Bovenga - il professionista della sanità potrà chiedere al proprio ordine provinciale di registrare i crediti formativi individuali conseguiti, nonché gli esoneri, per le categorie dispensate dall'Ecm come i medici in formazione post-laurea, o in missione all'estero, e le esenzioni per congedi o aspettative».

La registrazione dei crediti Ecm avrà due modalità: certificazione effettiva dei crediti per chi soddisfa l'obbligo formativo –tra 101 e 150 crediti da conseguire nel triennio – e attestazione per chi frequenta i corsi ma non in misura da adempiere all'obbligo. Nel quadriennio 2008-2011 il 29% dei professionisti ha acquisito i crediti per la certificazione, il 26% ha preso tra 50 e 100 crediti. Preoccupa il 30% che ha fatto meno di 30 crediti, ma per chi non si aggiorna il meccanismo sanzionatorio slitta di un anno. Altra novità: riprendono i corsi ordinistici per formare gli osservatori, deputati a verificare “a valle” la qualità degli eventi Ecm, dal 2012 accreditati dagli stessi provider che li realizzano.



POLITICA

14 novembre 2013

Spending review: sanità e costi standard nel piano Cottarelli

Costi standard, razionalizzazione degli acquisti attraverso la Consip, consulenze. Potrebbero essere queste alcune delle voci che riguardano la sanità - uno dei settori oggetto di tagli di spesa - su cui si dovrebbe indirizzare l'azione di spending review del commissario straordinario **Carlo Cottarelli**, che a metà settimana ha trasmesso al comitato interministeriale per la revisione della spesa il programma di lavoro contenente obiettivi e indirizzi metodologici dell'attività di spending review. Base di lavoro, da quanto emerge dalle prime indiscrezioni, l'analisi che **Piero Giarda** aveva messo a punto durante il governo Monti. Ancora non è stato definito l'ammontare dei tagli, che comunque, almeno nelle intenzioni, dovranno essere selettivi e non lineari e possibilmente, come suggerito dal presidente emerito della Corte dei Conti, **Luigi Giampalino**, assegnati alle amministrazioni che sono maggiormente consapevoli di «esigenze e disponibilità». Ma nella legge di Stabilità, ora in commissione Bilancio, si è considerato come valore dalla spending review una stima cauta di 600 milioni di euro nel 2015 e 1,31 miliardi di euro dal 2016, anche se si attendono risultati già nel 2014. L'impressione che si ricava è che i tagli potrebbero arrivare a circa 10 miliardi di euro in tre anni. Intanto, a proposito della legge di Stabilità, è in corso l'esame della commissione Bilancio del Senato degli oltre tremila emendamenti nonché degli ordini del giorno delle varie commissioni

di impegno al Governo in sede di approvazione della legge. Tra gli odg proposti dalla commissione Igiene e sanità del senato – ieri ne sono stati approvati dieci – uno riguarda i ticket e ha l'obiettivo di richiedere l'impegno a «ripristinare in modo esplicito il livello di finanziamento cui concorre lo Stato per il Servizio sanitario nazionale in modo da garantire la copertura del mancato introito derivante dall'applicazione della citata sentenza della Corte costituzionale». Per quanto concerne invece gli emendamenti, quasi un centinaio riguardano la sanità e tra le tematiche affrontate c'è un alleggerimento dei tagli alla Pa, in particolare per quanto riguarda le misure sui dipendenti (indennità di vacanza contrattuale e blocco della parte economica dei contratti) e la possibilità per le amministrazioni di assumere a tempo indeterminato. Un altro gruppo di emendamenti riguarda la soppressione o comunque la modifica dell'ipotesi di ridurre la durata delle scuole di specializzazione di area sanitaria a quattro anni nonché il finanziamento della formazione medico specialistica. Tra le proposte di modifica anche l'introduzione della possibilità per «i medici ammessi alle scuole di specializzazione universitarie in medicina dall'anno accademico 1982-1983 all'anno 1990-1991 che, alla data di entrata in vigore della presente legge, abbiano presentato domanda giudiziale per il riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione o di risarcimento del danno per la mancata o ritardata attuazione delle direttive europee, il ministero dell'Istruzione corrisponde per tutta la durata del corso, a titolo forfettario, una borsa di studio dell'importo omnicomprensivo di 13.000 euro per ogni anno di corso da riconoscere anche attraverso il credito d'imposta in un arco temporale non superiore ai 3 anni».

**SCENARIO****15 novembre 2013**

Medicina generale, in Italia crisi di vocazioni irreversibile

Se mancheranno 10 mila medici di famiglia tra qualche anno non credo saranno sostituiti anzi si rischia di fare la fine evitata dalla Lettonia dove si volevano reclutare medici ospedalieri per il territorio previo corso di formazione di sei giorni». **Francesco Carelli** responsabile di Euract, federazione europea dei

tutor del triennio di medicina generale, condivide le preoccupazioni dei giovani di Fimmg formazione che chiedono uno stipendio pari agli specializzandi e di scegliersi i tutor. «La medicina di famiglia è sottopagata in tutto il Sud Europa, ma in Italia sta morendo perché le regioni chiedono meno medici di quanti ne servano, perché sminuita rispetto ad altre specialità, e perché sta perdendo i contenuti di lavoro autonomo: diventa una dipendenza di secondo piano. I 2500 che si sono trasferiti in Gran Bretagna in questi anni non sono andati via solo per aggirare i test assurdi del numero programmato – estranei agli specializzandi – né solo per prendere l'equivalente di 1700 euro dell'aspirante ospedaliero contro gli 850 netti della borsa di studio da futuri mmg, ma lo hanno fatto perché in Gran Bretagna i Drg del territorio dal 1° di aprile prossimo, start-day della riforma Cameron, li disegna la professione e non la regione o il distretto». Il Trentino ha esteso il contratto di specializzazione con relativi emolumenti ai tirocinanti, «ma poche regioni dispongono di fondi propri. Mi amareggia – dice – sapere che il governatore lombardo Maroni afferma di voler tenere per i lombardi più risorse ma nessun sindacato abbia pensato di chiedergli di mantenere un numero di mmg adeguato».



FATTI

21 novembre 2013

Linee guida Aha, scoppia il Calculator-gate

Subito dopo la pubblicazione delle nuove linee-guida dell'American Heart Association e dell'American College of Cardiology, numerose voci si sono levate dalla comunità scientifica per contestare la validità del calcolatore del rischio cardiocerebrovascolare basato sui livelli di colesterolo, che rischierebbe di raccomandare la somministrazione preventiva delle statine anche a persone prive di reali fattori di rischio.

Della questione – da alcuni ribattezzata addirittura Calculator-gate – si è occupato persino il New York Times, che in un articolo di prima pagina ha riferito le perplessità di numerosi autorevoli clinici, tra cui **Paul Ridker** e **Nancy Cook** della Harvard Medical School di Boston, che già un anno fa avevano segnalato nel corso di una revisione preliminare un errore che portava sistematicamente a ingigantire i rischi. Il loro dato si basava su un'analisi della

sorte dei pazienti - fumatori e non – partecipanti a tre grandi studi in cui erano stati raccolti all'avvio età, livelli di colesterolo e pressione: tra questi pazienti, gli eventi cardiocerebrovascolari nei dieci anni successivi sono risultati assai meno frequenti rispetto a quanto previsto sulla base del calcolatore. Di fatto il calcolatore sopravvaluterebbe il rischio da un minimo del 75% a un massimo del 150%, secondo le popolazioni, col risultato che l'applicazione delle linee-guida finisce per raccomandare la prescrizione di statine anche a molte persone che hanno più da perdere che da guadagnare. «Un'errata calibrazione di queste proporzioni dovrebbe essere affrontata e risolta prima che questi nuovi modelli predittivi abbiano un'ampia diffusione» hanno scritto i due esperti in un commento apparso sulla rivista Lancet. «Se è vera, questa sovrastima sistematica del rischio porterà a un considerevole eccesso di prescrizioni».

La critica di Ridker e Cook è stata condivisa da altri esperti, tanto che le due associazioni specialistiche che hanno promosso le linee-guida hanno sentito il bisogno di diffondere un comunicato-stampa in cui - pur difendendo il lavoro fatto- si sottolinea che il punteggio del calcolatore del rischio deve in ogni caso essere parte di una valutazione più ampia, individualizzata per ciascun paziente, e non implica nessun automatismo in tema di prescrizione.

Dicembre



SCENARIO

5 dicembre 2013

Ecm, Conte (Fnomceo): verso il dossier formativo individuale per tutti

Da questa settimana, sul sito del Cogenaps, il Consorzio gestione anagrafica professioni sanitarie, è possibile visualizzare tutti i crediti Ecm già acquisiti e programmare la propria formazione per il triennio 2014 - 2016 tramite la costruzione del dossier formativo individuale. «Avevamo già fatto una sperimentazione, - spiega il segretario generale Fnomceo **Luigi Conte**, che è il

coordinatore della quarta sezione della Commissione nazionale per la formazione continua – coinvolgendo le aziende del Veneto, l'ordine dei medici di Reggio Emilia e il collegio Ipasvi di Napoli, da cui abbiamo ottenuto i primi riscontri. Adesso abbiamo voluto aprire a tutti per vedere se emergono delle criticità: lo abbiamo impostato nel modo più semplice possibile, ma abbiamo comunque istituito un call center per aiutare chi dovesse incontrare delle difficoltà nel creare il proprio dossier informativo». Quali saranno i prossimi passi? «Fra due o tre mesi trarremo le conclusioni e daremo il via alla costruzione del dossier formativo per tutti i professionisti della sanità, in modo da avere una programmazione nel tempo dell'attività formativa di ciascuno; ricordo che siamo alla vigilia di un nuovo triennio dell'Ecm che partirà dal prossimo anno». Lo strumento ha anche l'intento di indirizzare l'attività formativa dei provider; «finora l'offerta era molto variegata e la scelta dei temi di aggiornamento dipendeva soprattutto dagli organizzatori, ma noi vorremmo invertire il processo: attraverso il dossier si possono rilevare i bisogni formativi più diffusi e mettere i provider nelle condizioni di fornire un'offerta formativa più mirata alle esigenze dei professionisti». Conte confida che il dossier rappresenti un salto di qualità dell'Ecm: «finora prevalevano gli aspetti quantitativi rispetto alla qualità, ora vogliamo vedere la rispondenza dell'attività di aggiornamento e formazione in rapporto alla disciplina esercitata».



FATTI

9 dicembre 2013

Censis su Ssn: spesa grava sempre più sui cittadini

Il report annuale stilato dal Censis sulla situazione sociale dell'Italia dà una consistenza statistica a molti dei problemi che affliggono la sanità nel nostro Paese. Pubblicato nei giorni scorsi, il documento fotografa innanzitutto una profonda differenza tra le diverse aree geografiche; se i cittadini del Nord ritengono che il Servizio sanitario nazionale sia adeguato (il 49,6% nel Nord-Ovest e il 54,5% nel Nord-Est), nel Centro e soprattutto nel Sud l'insoddisfazione si estende alla maggior parte della popolazione. Dall'indagine emerge una conferma dell'aumento della compartecipazione della spesa sanitaria (quella per

i ticket sui farmaci è cresciuta del 117,3% dal 2008 al 2012) e del numero di italiani che si rivolgono direttamente alle strutture private. Si tratta, secondo il Censis, di «un importante segnale di una progressiva contrazione di fatto della copertura pubblica che, per le zone del Paese con situazioni di offerta più precaria e per le fasce più deboli, può tradursi anche in un rischio di uscita dal servizio pubblico». Eppure, la sanità integrativa resta sconosciuta a molti degli italiani. Se 11 milioni hanno sottoscritto un'assicurazione sanitaria, il 33,6% degli intervistati non ha mai sentito parlare di fondi sanitari integrativi e polizze malattia e un ulteriore 34,9%, pur avendone sentito parlare, non sa esattamente cosa siano. Supera la metà la percentuale della popolazione che dichiara di non conoscere le differenze tra un fondo sanitario integrativo e una polizza malattia e sono oltre il 57% i cittadini che non sanno di poter ottenere, con i fondi sanitari integrativi, un vantaggio fiscale rispetto alle polizze malattia. Anche i fenomeni demografici hanno un impatto sulla sanità. Laddove le famiglie hanno tradizionalmente ricoperto un ruolo essenziale di assistenza e cura, il progressivo aumento delle persone che vivono da sole costituisce un ulteriore rischio di tenuta del sistema di welfare: superano ormai i 7,5 milioni e sono aumentati di quasi 2 milioni nell'ultimo decennio.

**SCENARIO****16 dicembre 2013**

Medici, precariato e fuga all'estero in attesa di una riorganizzazione

Aumento del precariato e maggiore tendenza a cercare lavoro all'estero da parte dei medici italiani. Sono due tra i fenomeni emergenti per la professione evidenziati da **Maurizio Benato**, vicepresidente Fnomceo, nel corso di un convegno sulle politiche di austerità in sanità e sul loro impatto sulle carenze del personale sanitario, svoltosi a Roma e organizzato dall'organizzazione no profit Amref Italia in collaborazione con i medici della Fnomceo e gli infermieri dell'Ipasvi. La situazione del personale sanitario in Italia e nel mondo presenta dinamiche molto differenti. A livello globale, c'è una grave carenza: secondo l'Oms mancano 7,2 di professionisti qualificati, mentre un miliardo di persone non vedrà mai un operatore sanitario in tutta la sua vita. E in Italia?

Benato, vice presidente Fnomceo, cita uno studio dell'Università Tor Vergata di Roma, da cui si evidenzerebbe un eccesso di personale: «La normativa legata alla spending review porta i posti letto a 3,7 per mille abitanti; su questa base, anche il personale dovrebbe essere tagliato. Considerando gli standard delle regioni più virtuose riguardo al rapporto tra posti letto e infermieri e tra medici e infermieri, noi dovremmo tagliare quasi 18.000 medici e più di 20.000 infermieri. In realtà il ragionamento non tiene, perché occorre riorganizzare il servizio di integrazione tra ospedale e territorio, verso cui andrebbe indirizzato parte del personale, soprattutto infermieristico». È dunque difficile fare previsioni, prima che la riorganizzazione dell'assistenza abbia luogo, ma la situazione sembra comunque favorire due fenomeni, l'aumento del precariato e una maggiore tendenza a cercare lavoro all'estero da parte dei medici italiani. «Il precariato c'è già, - evidenzia Benato - ci sono circa 8000 medici con contratti atipici; quanto alla mobilità verso l'estero, non ci sono dati precisi ma è forte la sensazione che sempre più giovani si rivolgano all'estero, specie in Gran Bretagna e Germania». Le maggiori carenze sono però nei Paesi meno sviluppati, specie in Africa. «Questo alimenta un forte movimento di solidarietà internazionale. - spiega Benato - La Fnomceo si è posta l'obiettivo di coordinare il fenomeno e si fa promotrice di un riconoscimento dei distacchi dalle aziende e dei periodi di lavoro all'estero ai fini previdenziali».



FATTI

23 dicembre 2013

Turn over, specializzandi e innovativi in farmacia. La Finanziaria è legge

Con la terza e ultima votazione di fiducia al Senato è arrivato il via libero definitivo al travagliato iter della legge di stabilità. Sono stati 167 i voti favorevoli e 110 contrari, non hanno votato a favore della fiducia Movimento 5 Stelle, Forza Italia, Sinistra Ecologia e Libertà e Lega.

Il testo è quello uscito settimana scorsa con la fiducia alla Camera così come approvato dalla Commissione Bilancio. Conferma del turn over e limatura dei fondi per gli straordinari nel servizio sanitario, stanziamento dimezzato per un

migliaio di contratti specializzandi, medicinali innovativi nelle farmacie convenzionate, pochi fondi a pioggia per istituti scientifici e ancora visite medico legali delle Asl, individuazione di bacini di utenza ottimale per la neonatologia e pay back mitigato, sono i contenuti principali inerenti la sanità.

Il Comma 136 prevede un finanziamento di 1 milione di euro per il 2014 all'Istituto nazionale di genetica molecolare e uno di 2 mln di euro spalmato sul triennio 2014-2016 per l'Istituto Gaslini di Genova. Sul fronte pay back per le aziende farmaceutiche i commi 140 e 141 prevedono che si applicherà dal 1 gennaio 2014 su richiesta delle imprese interessate anche sui farmaci in commercio dopo il 31 dicembre 2006.

Il testo emendato prevede una compensazione del pay back tra Aziende farmaceutiche che costituiscono società controllate e la società controllante nonché disposizioni sui farmaci orfani.

Il comma 142 stanziava 5 milioni di euro per il 2014 per l'avvio sperimentale nelle Regioni dello screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie per la cui terapia farmacologica e dietetica esistano evidenze scientifiche di efficacia ma anche l'integrazione dei bacini di utenza ottimali proporzionati all'indice di natalità.

I Commi 144 e 145 confermano l'istituzione dell'Anagrafe nazionale assistiti al fine di rafforzare il monitoraggio della spesa sanitaria e accelerare e migliorare i servizi per la pubblica amministrazione.

Il Comma 216 prevede che un decreto dell'Economia decida il riparto delle somme finalizzate ai controlli da parte delle Asl sulle assenze di malattia e che l'Inps per l'effettuazione delle visite si avvalga in via prioritaria dei medici inseriti nelle liste speciali. Sul fronte dei costi standard il Comma 282 stanziava 4 milioni di euro nel 2014 e 2015 per completare l'attività di monitoraggio e revisione dei fabbisogni e dei costi standard delle funzioni e dei servizi di Regioni ed Enti locali e un'ulteriore spesa di 30 milioni di euro per l'anno 2014 e di 50 milioni di euro a decorrere dal 2015.

Degno di nota per le farmacie il comma 284 che prevede l'aggiornamento annuale del Prontuario ospedale-territorio (Pht) da parte dell'Aifa che dovrà individuare ogni anno un elenco di medicinali che potranno essere dispensati attraverso le farmacie convenzionate. Infine sul fronte del Pubblico impiego i Commi dal 300 al 304 prorogano il blocco della parte economica dei contratti al 31 dicembre 2014 e che a decorrere dal 1 gennaio 2015 le risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio siano decurtate di un importo pari alle riduzioni operate per effetto del precedente periodo.

**FATTI****30 dicembre 2013**

Stamina: ecco il nuovo Comitato scientifico

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha individuato i componenti del nuovo Comitato scientifico che valuterà il caso Stamina e la collegata sperimentazione, in esecuzione dell'ordinanza del Tar del Lazio. Il presidente del Comitato sarà **Mauro Ferrari**, presidente e Ceo dello Houston methodist research institute; vice presidente esecutivo dello Houston methodist hospital; professore presso il Weill Cornell medical college, New York; presidente della Alliance for NanoHealth.

Insieme a lui, **Sally Temple**, direttore scientifico del Neural stem cell institute, Ny; **Curt R. Freed**, Capo divisione e professore presso l'University of Colorado (School of Medicine); **Vania Broccoli**, capo unità della divisione di Neuroscienze stem cell research institute, Ospedale San Raffaele, Milano; **Francesco Frassoni**, direttore centro cellule staminali e terapia cellulare Ospedale Giannina Gaslini, Genova; **Carlo Dionisi Vici**, Malattie metaboliche, dipartimento di Pediatria, Ospedale pediatrico Bambino Gesù, Roma; **Antonio Uccelli**, centro per la sclerosi multipla dell'Università di Genova. Intanto, dalle 36 schede di sintesi delle cartelle cliniche elaborate dagli Spedali Riuniti di Brescia e consegnate agli esperti del primo Comitato istituito dal ministero della Salute si apprende che "non c'è alcuna prova documentata di miglioramenti reali nei pazienti sottoposti al trattamento Stamina". Nelle "analisi dei singoli pazienti" sono riportate il numero di infusioni effettuate da ciascun malato e la patologia, seguite da una valutazione generale delle condizioni cliniche, in cui si rilevano situazioni stazionarie, peggioramenti o, in qualche caso, miglioramenti ma riferiti a livello soggettivo da parte del malato o dei suoi familiari. In molti casi la casella "valutazione terapia" non risulta compilata. Nella maggior parte delle schede non vengono riportati effetti collaterali alle infusioni alle quali sono stati sottoposti i malati, ma negli aggiornamenti più recenti, fermi al 25 novembre, non si registrano miglioramenti. La Procura di Torino si avvia a chiudere l'inchiesta a inizio 2014, sentiti i pareri di consulenti farmacisti. Dal canto suo Davide Vannoni annuncia: «Continueremo la sperimentazione all'estero, non ho truffato nessuno e mai preso un soldo».