

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
14 MAGGIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Investe cane e sputa in faccia alla padrona Protagonista della sfuriata il conducente di una Jaguar con lo stemma dell'Ordine dei medici

Prima ha arrotato un cane, un “vecchietto” colpevole di attraversare troppo lentamente la strada sotto il peso dei suoi 18 anni, poi ha insultato la padrona dell'animale e le ha sputato in faccia. La donna è stata vittima di un'aggressione inqualificabile solo perché aveva osato protestare contro chi aveva fatto del male al suo animale. È successo sabato mattina all'incrocio tra viale Umberto e via Bellieni e l'autore della sfuriata, il conducente di una fiammante Jaguar con lo stemma dell'Ordine dei medici bene in vista sul parabrezza, sarebbe forse passato alle vie di fatto se non fosse stato fermato da un giovane che si è frapposto fisicamente tra lui e la proprietaria del cane. È solo per ringraziare lo sconosciuto “salvatore” che la vittima dell'aggressione ha accettato di commentare la disavventura che le è capitata, alle 9.30 di sabato, mentre portava il suo vecchio cane a spasso nel centro. «Se non fosse stato per quel ragazzo che è intervenuto mentre quell'uomo si stava avvicinando – dice – me la sarei vista ancora più brutta. Mi sconcerta pensare che a parte quel ragazzo e alcune signore, che hanno protestato ad alta voce per quanto stava accadendo sotto i loro occhi, nessuno degli uomini che ha assistito ha fatto niente per aiutarmi». Chi ha assistito alla scena racconta che la signora, mentre attraversava via Bellieni, è stata sollecitata dal conducente della Jaguar a sbrigarsi. Ma la donna ha continuato a regolare il suo passo con i tempi lenti del cane, un pointer diciottenne, che portava al guinzaglio. È stato allora che l'automobilista, nel tentativo di svoltare, ha toccato il cane con la ruota. L'animale ha guaito per il dolore e la sua padrona ha protestato a gran voce. Il conducente della Jaguar è sceso dall'auto, si è qualificato come «un medico in visita» e alla fine ha sputato in faccia alla donna. Dopo l'intervento del ragazzo, l'uomo si è rimesso alla guida ed è ripartito sgommando. Il cane è stato visitato da un veterinario: a parte lo choc non pare abbia riportato danni fisici. L'affetto della sua padrona sarà la medicina per un vecchio animale che ha scoperto, al tramonto della sua esistenza, quanto possono essere rabbiose le bestie a due zampe.

SASSARI Arriva la cartella clinica “umana”

Si terrà oggi alle 15 al 7° piano dell'ospedale Santissima Annunziata la presentazione di “Il disegno sul cuore”, il progetto nato dall'esperienza maturata all'ospedale San Filippo Neri di Roma dalla scrittrice e attrice Rosalba Panzieri che nel 2012 ha ideato la cosiddetta “cartella clinica umana ©”, la procedura rivoluzionaria nel panorama sanitario che vede il teatro e la letteratura interagire con l'operatività ospedaliera, dentro le corsie, per affiancare alla scienza medica la conoscenza dell'uomo-paziente. L'azienda sanitaria locale sta

valutando la possibilità di introdurre il progetto di sperimentazione biennale in alcuni reparti del presidio. All'evento, fortemente voluto dal direttore generale Marcello Giannico e dal direttore della Struttura di Psicologia Ospedaliera Fabrizio Demaria, saranno presenti tutti i direttori dei reparti ospedalieri dell'ospedale civile. Nel corso dello spettacolo teatrale la scrittrice e attrice, Rosalba Panzieri illustrerà il cosiddetto "modello narrativo alfa©", la procedura, che per la prima volta nella storia della moderna letteratura medica, consente ai pazienti ospedalizzati di raccontare liberamente, scrivendolo in cartella clinica, chi sono, come percepiscono il loro futuro, le loro gioie e le loro paure. Caratteristiche dell'identità che, affiancate ai dati clinici, aiutano il medico a interpretare la patologia che deve curare. «Le implicazioni del progetto, con la percezione e il sostegno dell'ammalato che diventa co-protagonista della sua storia medica, apporterebbero enormi potenzialità anche nei nostri reparti ospedalieri» aggiunge lo psicologo Fabrizio Demaria.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Lorenzin: "Contro la corruzione in sanità faremo un Albo nazionale dei manager Asl"

Lo ha annunciato ieri il ministro della Salute in riferimento all'inchiesta sull'Expo. "Servono criteri di selezioni ancora più forti di quelli previsti dal decreto Balduzzi". I manager si dovranno scegliere attraverso parametri e obiettivi di performance valutati da Regioni e ministero.

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, anche in riferimento a quanto finora emerso nell'inchiesta su Expo 2015, torna a parlare di nuovi sistemi di controllo nelle nomine dei vertici delle Asl. Ritorna quindi il tema dell'albo nazionale per scegliere i manager della sanità.

"Per quanto riguarda la nomina dei direttori generali, - afferma Lorenzin - credo debba avvenire su criteri più forti ancora di quelli del decreto **Balduzzi**, penso a un albo dei manager con criteri molto molto alti" e da cui scegliere attraverso "parametri e obiettivi di performance, che vengono giudicati non solo dalle Regioni ma anche dal Ministero della Salute".

Il riferimento è un albo nazionale che renda conto anche dei risultati ottenuti.

Riforma PA. La Fimmg propone un "Polo unico" per gli accertamenti medico-legali

Qualità dei controlli, visite mediche più appropriate, uniformità tra controlli nel pubblico e nel privato, razionalizzazione della spesa e maggiore efficacia nella lotta agli abusi. Questi i vantaggi elencati dalla Fimmg, in una lettera inviata al Governo, che deriverebbero dalla semplificazione degli accertamenti medico-legali sulle assenze per malattia dei dipendenti pubblici. LA LETTERA

Nell'ultimo Consiglio dei Ministri il premier **Matteo Renzi**, affiancato dal ministro per la semplificazione e Pubblica Amministrazione, **Marianna Madia**, aveva annunciato quelle che saranno le linee guida della riforma della PA che il Governo si è impegnato ad approvare il prossimo 13 giugno. "Il cambiamento comincia dalle persone; tagli agli sprechi e riorganizzazione dell'Amministrazione; gli Open data come strumento di trasparenza".

Queste le tre direttrici di una riforma che è stata posticipata a giugno per toglierla dal calderone delle polemiche delle prossime elezioni europee. Renzi non si era però limitato ad elencare queste linee guida, ma aveva anche abbiato una consultazione pubblica per raccogliere proposte, suggerimenti e considerazioni utili alla stesura della riforma. La Fimmg, accogliendo questa proposta del Governo, ha oggi inviato una lettera con una proposta di razionalizzazione e semplificazione degli accertamenti medico-legali sulle assenze per malattia dei pubblici dipendenti, un progetto noto come Polo unico della medicina di controllo.

Il Polo unico, accentrando in un'unica gestione sotto l'egida dell'Inps, "razionalizza e rende efficiente la funzione del controllo dello stato di salute dei lavoratori in malattia, anche mediante l'impiego di medici che, iscritti nelle liste speciali ivi costituitesi, fin dagli anni ottanta hanno operato con ottimi risultati in tema di contrasto all'assenteismo, la cui lotta non appare assolutamente di secondo profilo rispetto ad altri filoni di moralizzazione da perseguire se consideriamo che si perdono oltre 150mila anni lavoro\anno e che solo nel settore privato il business malattia genera circa 5 miliardi di euro/anno in contributi pagati, indennità erogate e integrazioni contrattuali", si legge nella lettera.

Questi i benefici che secondo la Federazione dei medici di famiglia potrebbero derivare dall'istituzione del Polo unico:

- **qualità dei controlli.** A partire da una univoca regia manageriale a cura dell'Inps – che si giova di atti regolamentari a valenza nazionale (circolari e modus operandi) – la maggior qualità dei controlli si sostanzia in uno standard operativo consolidato, i cui capisaldi sono:
a. certezza dell'esecuzione degli incarichi affidati (le Asl fanno fronte solo a circa 1/3 dei controlli datoriali richiesti a fronte dell'oltre 90% dei controlli datoriali effettuati da Inps qualora richiesti);

- b. livelli di provvedimenti idoneativi oscillanti dal 20 per cento al 50 per cento in alcune aree geografiche a fronte del 4 per cento mediamente fornito dalle Asl;

- c. completezza e rigore dell'atto medico puntualmente annotato nel verbale telematico, codificato mediante ICD9-CM, controllato dalla supervisione degli uffici medici Inps;

- **scelta appropriata delle visite mediche di controllo domiciliare nel pubblico.** La possibilità per il Centro medico legale Inps di vedere la diagnosi – oggi oscurata – e l'uso del data mining per la scelta delle visite mediche di controllo da espletare sui lavoratori pubblici consentirebbe di usare metodi di scelta rapportati non solo ai comportamenti dei lavoratori ma anche all'effettiva tipologia della malattia;

- **uniformità dei controlli e di giudizio per tutti i lavoratori.** Attraverso l'applicazione sia nel privato che nel pubblico di una stessa metodologia, maturata in un'esperienza oramai ultra ventennale, si può garantire un'omogeneità applicativa territoriale altrimenti impensabile;

- **razionalizzazione della spesa:** l'impatto economico del costo della riorganizzazione

sarebbe sicuramente inferiore alla somma di quanto lo Stato ha stanziato fino ad oggi , attraverso i vari organi preposti ai controlli, con possibilità anche, mediante una rimodulazione e ottimizzazione del compenso per i medici, di un consistente risparmio e univocità di costo della singola visita su tutto il territorio (senza la disparità di tariffari oggi vigente), predeterminandolo e semplificando le procedure di fatturazione e riscossione delle stesse da parte dell'Inps con ulteriore risparmio del personale a tale funzione dedicato;

- **maggiore efficacia nella lotta agli abusi**, all'assenteismo e alle truffe con rigore metodologico, con una regia univoca informaticamente supportata e con immediatezza di risposta e di output.

La Fimmg, infine, ha ricordato che Il Polo unico della medicina di controllo, è già stato condiviso e auspicato dalla stessa Inps, presentato da vari gruppi parlamentari in molte proposte emendative di decreti legge, accolto come ordine del giorno nell'ultima legge di stabilità, ed è una ipotesi recentemente esaminata dalla XII commissione Affari sociali della Camera nell'ambito della Indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia con sostanziale unanimità di consensi tra i soggetti auditi (ministeri; Inps; sindacati).

Stress lavoro correlato. Aaroi Emac avvia indagine tra gli anestesisti rianimatori

In Europa l'incidenza dello stress lavorativo dei medici è circa del 28% e sale al 50% tra gli anestesisti rianimatori. I principali fattori sono mancanza di controllo sulla propria giornata lavorativa (83%) e difficoltà nella conciliazione lavoro/famiglia (75%). Ogni anno persi circa 20 miliardi di euro a causa dello stress lavorativo.

Un'indagine a tappeto sugli Anestesisti Rianimatori per individuare le loro principali criticità in ambito lavorativo e promuovere il benessere. E' quanto si propone l'AAROI-EMAC – l'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica che oggi, nell'ambito del 10° Congresso SIARED – Società Italiana Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (emanazione scientifica dell'AAROI-EMAC) ha presentato l'indagine che sarà lanciata tra i proprio iscritti per valutare il loro benessere lavorativo.

Il progetto prenderà il via con un questionario realizzato sulla base del modello ANAC (Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche) - "Indagini sul personale dipendente", adattato alla categoria. Il questionario sarà compilabile sul sito www.aaroiemac.it.

“Nelle strutture sanitarie, i rischi psico-sociali stanno assumendo una dimensione complessa”; ha spiegato **Teresa Matarazzo**, Vice Presidente Area Nord AAROI-EMAC, referente per il “wellbeing” dell'Associazione. “Il personale – ha proseguito - è esposto a pericoli per la salute che comprendono non solo agenti chimici, fisici e biologici, ma anche la tensione legata alla natura del lavoro stesso e alla sua organizzazione. Uno dei rischi psicosociali più frequenti appare proprio quello legato allo stress lavoro correlato e al burnout. Gli Anestesisti Rianimatori, nel percorso di cura, sono a contatto con i pazienti

critici, molto sofferenti, spesso in situazioni di emergenza, e di conseguenza il problema si amplifica. La promozione del benessere di questa categoria è quindi fondamentale in tutti i contesti lavorativi, ma una volta individuate e analizzate le criticità, bisogna mirarla”.

Secondo i dati presentati oggi dall’AAROI-EMAC e riferiti a diversi studi internazionali, l’incidenza dello stress lavorativo sui medici d’Europa si aggirerebbe intorno al 28%. Tra gli Anestesisti Rianimatori la percentuale raggiungerebbe il 50%.

Tra i principali fattori di stress sono stati individuati: mancanza di controllo sulla propria giornata lavorativa (83%), difficoltà nella conciliazione lavoro/famiglia (75%), aspetti legati al contenzioso medico legale (66%), problemi di comunicazione (63%) e infine problemi clinici (61%).

Altri studi rivelano che altri fattori di stress possono essere ricondotti a standard di lavoro (58%), alla gestione di pazienti critici (28%), alle responsabilità amministrative (41%), ai conflitti personali (35%), alle ostilità in relazioni professionali (25%) e infine alle difficoltà che s’incontrano al di fuori dell’ambiente di lavoro (23%).

“Il questionario – spiega l’AAROI EMAC - sarà compilabile online in maniera anonima e presenta tre diverse tipologie di rilevazione: benessere organizzativo, grado di condivisione del sistema di valutazione e valutazione del proprio superiore gerarchico. Prevede 73 domande sui principali argomenti legati al luogo di lavoro e all’attività svolta: la sicurezza, il ritmo lavorativo, la percezione di benessere o malessere durante le ore di lavoro, la presenza o meno di discriminazioni, il rapporto con il collega e il superiore, il senso di appartenenza al gruppo, l’equità dell’amministrazione di riferimento, la validità dell’organizzazione e del sistema”.

Sarà possibile rispondere alle domande, per 3 mesi, al termine dei quali i dati saranno elaborati e di seguito analizzati, con la collaborazione della Commissione interna Organizzazione e Immagine, allo scopo di individuare politiche adeguate al miglioramento della condizione lavorativa degli Anestesisti Rianimatori. A completamento del progetto, l’analisi del burnout e dello stress lavoro correlato, due ulteriori diversi strumenti di analisi, sempre compilabili on line.

“Come sindacato non possiamo ignorare i dati che emergono dalle indagini internazionali – ha affermato **Alessandro Vergallo**, Presidente Nazionale AAROI-EMAC -: i medici, e ancora di più i medici Anestesisti Rianimatori, sono spesso vittime dello stress lavoro correlato con un conseguente peggioramento della qualità della vita. E’ quindi nostro preciso dovere riuscire ad avere un quadro quanto più possibile definito di quale sia la situazione attuale in modo da calibrare al meglio l’attività sindacale e portare in sede di contrattazione nazionale e decentrata dati certi su cui ragionare. Non bisogna inoltre dimenticare – ha concluso Vergallo - che il miglioramento delle condizioni lavorative produce anche un risparmio economico notevole per la pubblica amministrazione. I dati dell’European agency for safety and health at work parlano di un costo annuale stimato di 20 miliardi di euro per stress lavorativo, oggi al secondo posto come problema di salute legato al lavoro. I risultati di questa indagine saranno quindi importanti anche per una valutazione da parte dei decisori politici”.

Medici nei centri commerciali? Conte (Fnomceo): idea buona ma troppo costosa

I medici nei grandi centri commerciali per fornire un primo soccorso se qualcuno dovesse stare male e per dare lavoro ai tanti medici disoccupati? Ad auspicarne la presenza **Carlo Rienzi**, presidente del Codacons, dopo la morte di un commesso di Eataly a Roma, ultimo di una serie di casi, fra cui il bimbo che ha perso la vita per soffocamento dopo aver mangiato un hot dog all'Ikea di Roma. Una proposta fondata, secondo **Luigi Conte**, segretario generale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici, ma difficilmente praticabile. «La proposta» spiega Conte «ha un certo fondamento se si vuole garantire maggiore sicurezza nei luoghi di grande affollamento, come i centri commerciali ma anche gli stadi ma, considerata la carenza di fondi, non può essere il Servizio sanitario nazionale a farsene carico». Anche il presidente di Codacons, peraltro sottolinea come il costo sarebbe alto e quindi potrebbe essere un'iniziativa a carico dei privati. «È così» conferma Conte «c'è un problema di scarsità di risorse ma anche della loro allocazione corretta. Eventuali risorse, infatti» spiega Conte «potrebbero andare a discapito di altre più cruciali». Il segretario Fnomceo poi pone anche la questione della frequenza dei casi. «Bisogna valutare il profilo costo/beneficio. Quanti sono» si domanda «i casi di questo tipo? Vale la pena di predisporre un presidio continuo?» Domande cui solo un'analisi più dettagliata può dare risposte. La soluzione più a portata di mano potrebbe essere quella di una maggiore disponibilità di defibrillatori automatici. «Si tratta» conclude il segretario Fnomceo «di potenziare il sistema e di istruire il personale dei centri commerciali al loro utilizzo. Un costo sicuramente più contenuto e un impatto decisamente più soft per le casse della sanità».

Congresso Cipomo, Oliani: focus su appropriatezza e personalizzazione delle cure

«Appropriatezza e personalizzazione delle cure». Saranno questi, secondo **Cristina Oliani**, direttrice del reparto di Oncologia medica dell'ospedale di Montecchio Maggiore (Vicenza), i concetti chiave del XVIII congresso del Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri (Cipomo) che si aprirà domani a Lazise (Verona), da lei presieduto insieme a **Giorgio Bonciarelli**. In Italia sono oltre 2,5 milioni i pazienti affetti da tumore; la prevenzione e le nuove terapie stanno rivoluzionando il panorama terapeutico oncologico, ma pongono nuove sfide. «Grazie ai progressi ottenuti, - spiega Oliani - negli ultimi anni è emerso un nuovo gruppo di pazienti oncologici: i cronici. Sono aumentati moltissimo i lungo-sopravvissuti, le persone guarite da tumore, che però hanno bisogno di un supporto specialistico per affrontare le loro problematiche specifiche, spesso di tipo psicologico, endocrinologico o sessuale».

I nuovi farmaci hanno un costo che oscilla tra 50 e 100 mila euro per anno di trattamento e i primari oncologi temono che le restrizioni finanziarie non consentano di garantire tutte le cure. Anche per questa ragione, Oliani ritiene che sia necessario puntare sull'appropriatezza: «Grazie alle nuove scoperte molecolari e agli approfondimenti clinici che gli specialisti possono fare sulla persona malata, siamo sempre più in grado di

individuare chi può rispondere in modo ottimale ai farmaci ad alto costo. È sbagliato dare tutto a tutti; se una persona non risponde a una data terapia è inutile insistere cedendo per esempio alle pressioni dei familiari. Non sarebbe solo uno spreco di risorse ma anche un errore clinico, perché ovviamente evitando di dare i farmaci sbagliati a chi non ne trae beneficio risparmiamo al paziente tante tossicità inutili. La scienza oncologica» conclude «ci dice che dobbiamo personalizzare la terapia in modo che ogni individuo possa avere ciò che è meglio per lui, e questo è cost-effective».

Choosing wisely, troppi esami inutili: intervenire sulle richieste dei pazienti

Negli Usa, quasi tre quarti dei medici ammette che test non necessari e procedure inappropriate rappresentano un grave problema per il sistema sanitario americano. Lo rivelano i risultati di un sondaggio telefonico condotto dalla Abim foundation, promotrice dell'iniziativa "Choosing wisely". A tale proposito, circa 1 medico su 5 (21%) ha affermato di essere a conoscenza della campagna - varata 2 anni fa - volta a stimolare nelle varie società scientifiche la stesura di "Top 5 list" relative a procedure da evitare perché inutili, costose e spesso dannose. «Choosing wisely ha ormai raggiunto quasi ogni sottospecialità medica» commenta **Richard Baron**, presidente della Abim Foundation. «Il sondaggio ha evidenziato come i medici che conoscono l'iniziativa hanno minori probabilità di prescrivere test e procedure inutili (44% vs 37% di chi non ha mai sentito parlare della campagna)». Dalla survey è emerso anche che circa 3 medici su 4 (73%) sostengono che la frequenza dei test e delle procedure inutili sia un problema "molto" o "piuttosto" grave, due terzi (66%) ritiene di avere una grande responsabilità nel far sì che i pazienti evitino i test inutili; oltre la metà (58%) afferma però di trovarsi nella migliore posizione per affrontare il problema. L'impressione è comunque che resti ancora molto lavoro da fare: per gli intervistati spesso sono i pazienti ad avanzare con insistenza richieste di esami inappropriati e molti medici continuerebbero ad accontentarli. In particolare, quasi la metà dei camici bianchi (47%) afferma che i pazienti richiedono un test inutile almeno 1 volta alla settimana, quasi 3 su 4 intervistati dicono che un medico prescrive un esame non necessario almeno 1 volta alla settimana e, infine, più della metà dei clinici (53%) dice che anche quando sa che un test non è necessario lo prescrive ugualmente in caso di insistenza del paziente. È evidente così che il problema della prescrizione di test inappropriati riguarda non solo i medici ma anche i pazienti. "Thinking differently" è la nuova iniziativa della Abim Foundation per insegnare ai pazienti a "pensare diversamente" e a chiedere chiarimenti quando il medico afferma che un esame richiesto è inutile. Scopo: risolvere il problema dei pazienti insistenti nella richiesta di test inutili.

SOLE24ORE/SANITA'

Giornata di protesta dei medici Ue, Lorenzin: «Sciogliere il nodo della responsabilità professionale»

Incremento dell'appropriatezza, integrazione ospedale-territorio, la riduzione degli sprechi, il coinvolgimento di tutti gli attori in uno sforzo comune di concertazione, partecipazione e

attuazione. Sono queste le più importanti sfide che i sistemi sanitari devono affrontare per ridurre il carico di malattia e i costi dell'assistenza. E su questi fronti l'Italia può migliorare. «Le novità introdotte dalla recente normativa non risolvono completamente le criticità ancora emergenti, come quella tuttora dibattuta della responsabilità professionale, tuttavia attuarle rapidamente significa dare risposte concrete, propedeutiche per possibili ulteriori interventi in grado di offrire ai cittadini prestazioni sempre più qualificate e in condizioni di massima sicurezza».

Lo ha affermato la ministra della salute Beatrice Lorenzin in una lettera inviata in occasione della giornata di protesta dei medici europei dal titolo "Difendiamo il diritto alla salute", incontro-dibattito promosso dalla Federazione europea dei medici dipendenti Fems, cui aderiscono per l'Italia Anaa, Aaroi-Emac, Anpo-Fials-Nuova Ascoti, Fassid-Snr, che si è svolto ieri mattina a Roma.

La ministra ha chiuso la sua lettera auspicando una «fattiva collaborazione per affrontare insieme tutte le problematiche che attendono ancora una concreta risposta».

La manifestazione, si legge in una nota, ha avuto «lo scopo di stigmatizzare l'azione dei Governi dei Paesi Europei che con le loro politiche stanno distruggendo la sanità pubblica costringendola ad un impoverimento progressivo. L'assistenza sanitaria pubblica, improntata ad equità ed universalismo, e la valorizzazione del lavoro degli operatori pubblici deve diventare una priorità per i governi europei, rilanciando il ruolo insostituibile dei servizi sanitari per garantire il diritto alla salute e la coesione sociale».

Sono 4 le richieste comuni che i medici europei rivolgono ai loro Governi:

- 1) fermare l'impoverimento dei servizi sanitari e garantire adeguate risorse economiche per assicurare un'assistenza di qualità per tutti i cittadini europei;
- 2) fermare la corruzione;
- 3) fermare la repressione sui medici;
- 4) fermare la mortificazione dei professionisti assicurando adeguate condizioni di lavoro e retribuzioni dignitose per tutti i medici europei.

L'evento è stato celebrato in ogni Paese con diverse iniziative (volantinaggi, conferenze stampa, incontri pubblici).

Medici di controllo Inps: Fimmg propone al Governo il Polo unico

In occasione del Consiglio dei ministri del 30 aprile scorso, il Governo ha lanciato una consultazione pubblica per raccogliere proposte, suggerimenti e considerazioni utili alla stesura della riforma della Pubblica amministrazione che il Consiglio dei ministri approverà il prossimo 13 giugno.

Tre le linee guida da cui partirà l'azione del Governo:

- il cambiamento comincia dalle persone;
- tagli agli sprechi e riorganizzazione dell'Amministrazione;
- gli Open data come strumento di trasparenza. Semplificazione e digitalizzazione dei servizi.

La Fimmg ha inviato oggi il proprio contributo con la «Proposta di razionalizzazione e semplificazione degli accertamenti medico-legali sulle assenze per malattia dei pubblici dipendenti», progetto noto come Polo unico della medicina di controllo, già condiviso da diversi soggetti ed Istituzioni.

Il «Polo unico della medicina di controllo», accentrando in un'unica gestione sotto l'egida dell'Inps - spiega la Fimmg - razionalizza e rende efficiente la funzione del controllo dello stato di salute dei lavoratori in malattia, anche mediante l'impiego di medici che, iscritti nelle liste speciali ivi costituitesi, fin dagli anni ottanta hanno operato con ottimi risultati in tema di contrasto all'assenteismo, la cui lotta non appare assolutamente di secondo profilo rispetto ad altri filoni di moralizzazione da perseguire se consideriamo che si perdono oltre 150mila anni lavoro\anno e che solo nel settore privato il business malattia genera circa 5 miliardi di euro/anno in contributi pagati, indennità erogate e integrazioni contrattuali.

I vantaggi del Polo unico secondo la Fimmg sono almeno cinque:

1. qualità dei controlli. A partire da una univoca regia manageriale a cura dell'Inps – che si giova di atti regolamentari a valenza nazionale (circolari e modus operandi) – la maggior qualità dei controlli si sostanzia in uno standard operativo consolidato, i cui capisaldi sono:
a. certezza dell'esecuzione degli incarichi affidati (le Asl fanno fronte solo a circa 1/3 dei controlli datoriali richiesti a fronte dell'oltre 90% dei controlli datoriali effettuati da Inps qualora richiesti);

b. livelli di provvedimenti idoneativi oscillanti dal 20 per cento al 50 per cento in alcune aree geografiche a fronte del 4 per cento mediamente fornito dalle Asl;

c. completezza e rigore dell'atto medico puntualmente annotato nel verbale telematico, codificato mediante ICD9-CM, controllato dalla supervisione degli uffici medici INPS;

2. scelta appropriata delle visite mediche di controllo domiciliare nel pubblico. La possibilità per il Centro medico legale Inps di vedere la diagnosi – oggi oscurata – e l'uso del data mining per la scelta delle visite mediche di controllo da espletare sui lavoratori pubblici consentirebbe di usare metodi di scelta rapportati non solo ai comportamenti dei lavoratori ma anche all'effettiva tipologia della malattia;

3. uniformità dei controlli e di giudizio per tutti i lavoratori. Attraverso l'applicazione sia nel privato che nel pubblico di una stessa metodologia, maturata in un'esperienza oramai ultra ventennale, si può garantire un'omogeneità applicativa territoriale altrimenti impensabile;

4. razionalizzazione della spesa: l'impatto economico del costo della riorganizzazione sarebbe sicuramente inferiore alla somma di quanto lo Stato ha stanziato fino ad oggi , attraverso i vari organi preposti ai controlli, con possibilità anche, mediante una rimodulazione e ottimizzazione del compenso per i medici, di un consistente risparmio e univocità di costo della singola visita su tutto il territorio (senza la disparità di tariffari oggi vigente), predeterminandolo e semplificando le procedure di fatturazione e riscossione delle stesse da parte dell'Inps con ulteriore risparmio del personale a tale funzione dedicato;

5. maggiore efficacia nella lotta agli abusi, all'assenteismo e alle truffe con rigore metodologico, con una regia univoca informaticamente supportata e con immediatezza di risposta e di output.

La Fimmg ricorda anche che Il Polo unico della medicina di controllo, è già stato «condiviso e auspicato dalla stessa Inps», presentato da vari gruppi parlamentari in molte proposte emendative di decreti legge , accolto come ordine del giorno nell'ultima legge di

stabilità , ed è una ipotesi recentemente esaminata dalla XII commissione Affari sociali della Camera nell'ambito della «Indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia» con «sostanziale unanimità di consensi tra i soggetti auditi (ministeri; Inps; sindacati).

Neurochirurghi in estinzione *Docenti calati del 26,8% in cinque anni - Formazione universitaria a rischio*

Il Collegio dei professori ordinari di neurochirurgia ha tenuto a Roma il 28 marzo scorso un incontro nazionale che ha visto la partecipazione largamente maggioritaria di ordinari, associati e ricercatori di neurochirurgia delle diverse sedi universitarie italiane.

Nell'incontro, grazie a una analisi rigorosa della situazione degli atenei, è stata evidenziata la drastica e a dir poco allarmante riduzione dei ruoli universitari della disciplina, cui si aggiungono le criticità della formazione specialistica, che rischiano di ipotecare il futuro della Sanità italiana.

L'appello dell'Associazione italiana dei giovani medici, (Sigm), relativo all'attuale esiguità dei contratti di specializzazione per i giovani laureati ha trovato nel Collegio larghissima adesione.

È la prima volta nella storia della neurochirurgia accademica italiana che si tiene una riunione aperta a tutti i docenti della disciplina. L'eccezionalità dell'evento è legata alla drammaticità di un processo di progressivo depauperamento della docenza universitaria in neurochirurgia. L'organico, infatti, è passato in cinque anni da 153 docenti agli attuali 112 e, per quanto attiene ai professori ordinari, da 35 a 24 di oggi, alcuni dei quali prossimi alla pensione. La riduzione è stata del 31,4%, più della già preoccupante media nazionale dei professori ordinari di tutte le discipline, pari al 27,8 per cento.

Nove Regioni italiane - Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Liguria, Umbria, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria - sono senza scuole di specializzazione per formare neurochirurghi e alcuni prestigiosi atenei come quello di Bologna non hanno neanche un docente di neurochirurgia.

L'allarmante situazione rischia di mettere in crisi anche la formazione specialistica, specie nel clima di competitività internazionale e in particolare nel contesto europeo, in una fase nella quale si procede speditamente a processi di accreditamento comunitario dei curricula formativi e si liberalizza l'accesso dei pazienti alle cure transfrontaliere.

Occorre dunque dare maggiori opportunità di accesso, anche a livello territoriale; offrire maggiori opportunità di formazione pratica chirurgica sul campo; far seguire i giovani da più docenti, rispetto a quelli attuali, nel loro percorso. La rete formativa universitaria-ospedaliera, così come è organizzata ora, non garantisce il conseguimento di questo obiettivo.

Nel corso della riunione non è stato, infatti, trascurato il fatto che vada ripensata la rete formativa universitario-ospedaliera, nella quale il contributo di esperienza clinica e operatoria dei centri ospedalieri va meglio valorizzato e integrato con il sistema universitario, in definitiva l'unico responsabile del rilascio del titolo di studio.

Bisogna cogliere le opportunità offerte da una collaborazione fra Collegio e Società italiana di neurochirurgia (Sinch), da sempre espressione unitaria e coesa del mondo universitario e ospedaliero. La Sinch sta lodevolmente incrementando le sue attività formative destinate ai giovani con corpi docenti costituiti da suoi soci universitari e ospedalieri. Collegio e Sinch possono collaborare al fine di offrire maggiori opportunità anche nella formazione pratica nel campo operatorio e nei corsi di dissezione anatomica. Questi ultimi sono purtroppo ancora limitati nel nostro territorio ma, come la Sinch sta facendo con nuove iniziative, l'Italia si dovrà allineare quanto meno agli standard europei. Mancano i preparati anatomici su cui lavorare e il nostro maggior approvvigionamento viene dall'estero. I giovani neurochirurghi troppo spesso sono costretti ad andare in Europa o negli Stati Uniti per frequentare i corsi sui preparati. L'Italia è dunque fanalino di coda in Europa nell'approvvigionamento di preparati anatomici e laboratori e molto lontano dall'Olanda dove, dopo una comunicazione capillare sulla carenza di materiali anatomici, ne hanno un numero in eccesso.

È stata accolta con interesse la proposta di Pietro Mortini dell'Università San Raffaele di Milano che ha sollecitato il Collegio a farsi promotore di eventi formativi anche post-specializzazione al fine di rafforzare la missione universitaria. La sua dichiarazione nel merito è stata molto chiara: «L'università per definizione si occupa della trasmissione del sapere e dell'aggiornamento delle conoscenze alla luce dell'evoluzione culturale, sociale, filosofica e scientifica dell'uomo nella sua totalità. L'orgoglio e la responsabilità di ricoprire il ruolo di professore universitario risiede nella consapevolezza di essere depositari di un sapere che ci è stato affidato e che deve essere tramandato in maniera metodologicamente corretta».

Bisogna considerare che la formazione di un neurochirurgo è un investimento di lunga durata che va ben oltre gli anni del corso di specializzazione.

Proprio per riaffermare il ruolo non vicariabile della neurochirurgia universitaria, in qualità di presidente del Collegio, ho inviato una nota ai rettori delle 39 Università italiane sedi di studi di Medicina e chirurgia con un appello: «Il Collegio chiede di voler considerare, pur nell'attuale ristrettezza delle risorse finanziarie destinate al reclutamento, le esigenze ormai improcrastinabili della neurochirurgia, pena la potenziale estinzione del settore scientifico-disciplinare».

Francesco Tomasello presidente del Collegio dei professori ordinari di Neurochirurgia