

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
18 MARZO 2014

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### Test medicina, i candidati calano. Anticipo ad aprile in discussione

«L'anticipo del test di ammissione alle facoltà a numero programmato è una battaglia vinta su obiettivi concreti. Con la prova a settembre, le lezioni a medicina e negli altri corsi partivano a febbraio dell'anno dopo, con 6 mesi di ritardo; con i quiz ad aprile, gli studenti universitari si potranno sedere tutti per la prima lezione già a ottobre». **Andrea Lenzi** presidente del Consiglio Universitario Nazionale, sottolinea come aver sollecitato gli studenti a cimentarsi prima della maturità (l'8 aprile per le facoltà mediche in italiano, il 29 per i corsi di medicina in inglese) sia stata una scelta condivisa da atenei e ministeri. Ma le polemiche non mancano. **Gianluca Scuccimarra** del sindacato studentesco Udu sottolinea come l'imposizione di «una scelta tra il percorso universitario nei corsi a numero chiuso e la conclusione dell'ultimo e fondamentale anno di scuola» abbia contribuito al crollo di un 20% dei candidati all'iscrizione a Medicina, Odontoiatria, Veterinaria ed Architettura rispetto al 2013. Dai 114 mila aspiranti a professioni “a numero chiuso” per circa 19 mila posti complessivi dell'anno scorso, si scende quest'anno a 90 mila. A Medicina però i 72 mila registrati a luglio dell'anno scorso (data iniziale, poi vi fu il posticipo a settembre e i pretendenti salirono a 84 mila) non erano molti di più dei 69 mila attuali. Alla fine, entrerà in media un candidato su sette anziché uno su otto. Il calo comunque c'è. Nel triennio 2011-2013 si sono registrati 30 mila immatricolati in meno tra tutte le facoltà. «Il fenomeno si può imputare a tre fattori», spiega Lenzi. «Primo la crisi economica ha spinto le famiglie a pensarci bene prima di iscrivere il figlio a un percorso universitario e post-universitario che dura 11 anni (nel caso di Medicina) e non comprende solo la retta, invero contenuta nelle facoltà statali, ma anche gli spostamenti ed altro. Secondo, la selezione all'ingresso al corso e la riduzione dei posti nelle specialità, unita alla durata del percorso, scoraggia sempre più studenti che zoppicano già al liceo. In terzo luogo, manca nelle scuole secondarie un percorso di orientamento vocazionale che parta già dal terzo anno. Ho cercato di sensibilizzare i ministri, iniziai con Mariastella Gelmini: urge un programma per far entrare lo studente delle superiori nei meccanismi di questa formazione».

#### Anaa: boom di esodi entro il 2023, Ssn dovrà assumere specializzandi

Contro l'esodo di medici ospedalieri verso la pensione, assumere giovani camici prima ancora che si specializzino è meglio che allargare gli ingressi alla Facoltà di Medicina. Lo afferma il sindacato ospedalieri Anaa Assomed, che in uno studio evidenzia come entro 10 anni il Ssn avrà 3 mila pediatri in meno, e il personale si sarà ridotto di 1800 internisti, 900 chirurghi, oltre 400 cardiologi 340 anestesisti, 500 ginecologi e radiologi, 800 psichiatri. Da qui al 2023, incrociati i dati Fnomceo, Enpam, Università e Ragioneria Generale, si pensioneranno più di 58.000 tra medici dipendenti Ssn (116 mila), universitari (11 mila) e

specialisti ambulatoriali (15 mila). Per contro, con l'attuale trend dei contratti di formazione, arriveranno soli 42 mila specialisti. Lo studio firmato da Carlo Palermo, coordinatore dei segretari regionali, e Domenico Montemurro e Fabio Ragazzo (Aio Giovani), parte dal 2012, anno in cui tra i medici specialisti la fascia più rappresentata - oltre 33 mila - è 55-59 anni (28%) ma ci sono pure 14 mila over 60 (12%). Dal 2019, si dovrebbe balzare dalle attuali 3 mila uscite annue a 7700 fino al 2023. Evitarle? Arduo: gli stimoli sono pochi, solo il 9% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa. Aprire le porte? Sì, ma non aumentando gli iscritti al corso di laurea in Medicina, perché i primi risultati si vedrebbero dopo 10 anni. «Inoltre - aggiunge il segretario nazionale Anaao Costantino Troise - per non creare sottoccupati eliminando il numero programmato si dovrebbe prevedere tra sei anni un numero di specializzandi, circa 8500, difficile da sostenere». Per Anaao, il rimedio è rimodellare i corsi di specialità anticipando l'incontro con il lavoro: metà corso andrebbe coperta da un contratto di formazione universitario e l'altra metà da un contratto a tempo determinato, a carico della Regione, che lo studente firmerebbe prima di aver conseguito il titolo da specialista. «Il Ssn ha di fronte tre sfide contestuali: la stabilizzazione dei precari, la formazione del personale e l'anticipo dell'età di ingresso nel lavoro», spiega Troise. «Il decreto per stabilizzare i 2000 contratti a tempo determinato, su cui c'era stata un'intesa con il Governo, non arriva: sembra essersi perso per strada in coincidenza con la crisi. Lo solleciteremo, credo e spero non si voglia consacrare alla Spending Review uno dei motivi di consolidamento del Ssn. In compenso, il nuovo governo sta affrontando l'estensione della formazione degli specializzandi alla rete extrauniversitaria, secondo il percorso di studi a complessità crescente delineato nel ddl omnibus in arrivo in Parlamento. Con la nostra ricerca poniamo un terzo problema: l'esigenza di anticipare l'età d'ingresso nel Ssn, oggi sui 36 anni, con una programmazione corretta». L'assunzione "precoce" proposta da Anaao non creerà conflitto con 5000 specialisti tra co.co.co e atipici? «Nel Ssn si è assunti per concorso, vedo difficile per le partite Iva l'inserimento in percorsi concorsuali; fra l'altro stiamo parlando di una formazione di là da venire. Ciò detto, Anaao lotta sia per lo sblocco del turn-over sia per un Ssn che garantisca i livelli essenziali di assistenza: lavoriamo per evitare "guerre tra poveri"».

## **Tirocinanti e secondo lavoro, sentenza Corte conti apre a chi ha già titolo**

«La sentenza della Corte dei Conti lombarda che apre alla chance per i tirocinanti in medicina generale di svolgere altri lavori mentre frequentano il corso deve sollecitare le istituzioni a trasformare la borsa da 800 euro degli aspiranti medici di famiglia in un contratto di formazione specialistica: i soldi possono essere trovati anche attingendo ai fondi europei». Lo dice Walter Mazzucco portavoce dell'Associazione italiana giovani medici-Sigm, che chiede pure la trasformazione del triennio regionale in scuola cogestita da atenei e regioni attraverso Dipartimenti integrati di Medicina Generale e Cure primarie. Per i giudici contabili, che hanno assolto quattro neo-mmg, la borsa può non essere l'unica fonte di reddito. Fin qui per i tirocinanti era valso il "principio di incompatibilità". Oggi, pur potendo fare sostituzioni in assistenza primaria e continuità assistenziale, nelle regioni ove non c'è richiesta di sostituti ogni attività extra resta preclusa ed è difficile mantenersi agli studi. «La sentenza però non vuol dire automatica "compatibilità" con altri lavori - spiega Mazzucco - ma si riferisce a medici che hanno già conseguito il titolo di formazione specifica; resta il potenziale rischio di risoluzione della borsa per chi è ancora iscritto al

corso, nel caso di accertata incompatibilità, come da decreto ministeriale 7 Marzo 2006. Per noi, la via è l'equiparazione tra borsa e contratto specializzandi. La copertura verrebbe razionalizzando l'offerta formativa delle 53 scuole di specialità esistenti, e valorizzando le risorse oggi usate per i corsi regionali. La Campania ha reperito 10 milioni per gli specializzandi dal Fondo Sociale Europeo, contro gli appena 30 milioni che erano stati recuperati dalla legge di stabilità a livello nazionale. Possono fare lo stesso Sicilia, Puglia, Calabria, ammesse all'Obiettivo Convergenza delle politiche di coesione dell'Unione Europea, mentre altre regioni possono aiutarsi con i fondi dell'Obiettivo Competitività». In prospettiva occorre programmare diversamente gli ingressi a Medicina. «Il territorio “che invecchia” chiede nuovi ingressi: in Francia si mettono a bando per medici del territorio metà dei posti di specialità, da noi no. Enpam, Fnomceo, Ragioneria dello Stato, regioni, Miur devono elaborare indicatori univoci come avviene in Inghilterra e Oltralpe». Anche Federspecializzandi, altra associazione di giovani medici, invoca una programmazione «di lungo corso che tenga conto dell'invecchiamento della popolazione italiana».

## **DIRITTO SANITARIO** **Laurea in medicina, no iscrizione per saltum al II anno odontoiatria**

### **Il fatto**

Due laureati in medicina e chirurgia hanno presentato domanda per ottenere l'iscrizione diretta al secondo anno di corso presso una facoltà di odontoiatria. A seguito dei provvedimenti di diniego hanno proposto ricorso che il Tar Lombardia ha accolto essenzialmente per il carattere insufficiente della motivazione posta a fondamento del provvedimento.

### **Profili giuridici**

Il Consiglio di Stato chiamato a decidere in appello, ha ribaltato la pronuncia. Se per un verso è vero che il pregresso sistema di cui al d.P.R. 135 del 1980 consentiva tale particolare forma di iscrizione 'per saltum' alla sola condizione della sussistenza di posti vacanti rispetto alla programmazione annuale, è pur vero che il sistema stesso di cui al medesimo d.P.R. 135 è stato profondamente inciso dalla riforma in tema di accesso programmato al corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria di cui alla l. 2 agosto 1999, n. 264 (recante 'Norme in materia di accessi ai corsi universitari'). Tale nuovo sistema, nell'introdurre in modo generalizzato un regime di 'numero chiuso' volto all'ottimizzazione dei posti disponibili per l'accesso alla Facoltà di Odontoiatria, ha determinato il superamento dei pregressi regimi di vantaggio, fra cui quello di cui al d.P.R. 135, citato, espressamente richiamato dagli odierni appellati.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**QUOTIDIANOSANITA'.IT**

**Intervista a Vincenzo D'Anna (Federlab): “Misuratori di efficienza e qualità per cambiare volto al Ssn”**

*Per il presidente del coordinamento nazionale dei lavoratori di analisi, nonché senatore Gal, occorre anche lasciare il criterio del finanziamento per quota capitaria a favore del pagamento a Drg. E pagare ciascun professionista sanitario "per quello che fa, per quanto ne fa e per come lo fa".*

Sì ai costi standard - a patto che tutte le prestazioni del servizio sanitario nazionale siano remunerate in base a tariffe predeterminate (Drg) - e regole certe per dare pari dignità al pubblico e privato nella gestione dei servizi per la salute. **Vincenzo D'Anna** - che oltre ad essere il presidente di Federlab, siede anche in Senato nel gruppo Gal di cui è vicepresidente - traccia il bilancio di un anno di legislatura e auspica il superamento dei principi introdotti nel 1992 dalla riforma Bindi e il recupero dello spirito originario della riforma targata De Lorenzo.

**Un anno di legislatura passato tutto di un fiato prima con Monti poi con Letta e adesso con Renzi. Luci e ombre di ognuno secondo lei?**

Parliamoci chiaro: Monti e Letta sono due facce della stessa medaglia. Renzi, invece, vuole impostare la sua azione di governo con l'attuazione di riforme di sistema. Ma a mio parere potrà distinguersi dai suoi predecessori solo se affronterà il nodo della riorganizzazione dello Stato nel suo complesso inserendo all'interno di ogni comparto misuratori di efficienza, di produttività, di economicità e di qualità

**Il premier Matteo Renzi annuncia tagli per la spesa pubblica di 34 miliardi entro il 2016. E' prevista una sfortita anche per la Sanità sul fronte dei costi standard e in appropriatezze: cosa ne pensa?**

Sulla rielaborazione dei costi standard posso anche essere d'accordo ma a patto che essi siano correttamente calcolati e non si trasformino, invece, in un espediente per determinare tagli iniqui e scriteriati alla spesa sanitaria. Per intenderci: occorre individuare, con l'utilizzo di parametri scientifici (faccio l'esempio delle tabelle di produttività del Nord America), criteri attraverso i quali si possano definire tutti i fattori di costo di una singola prestazione sanitaria. Ma anche questo potrebbe non bastare. Occorre, a mio parere, introdurre il pagamento a prestazione, a Drg, al posto del finanziamento per quota capitaria. Infatti solo attraverso questo tipo di finanziamento si assicurano le risorse necessarie al funzionamento di strutture grazie a qualità ed efficienza sono scelte dai pazienti. Strutture già in possesso di alti standard qualitativi e che erogano prestazioni ad alta complessità. Introdurre i costi standard senza avviare il pagamento a prestazioni è del tutto inutile in quanto resterebbero immutati tutti gli elementi di spreco e di sperpero delle risorse assegnate per quota capitaria.

**Il Sud e le cosiddette "Regioni canaglia": oggi sono tutti in difficoltà ma la sua regione, la Campania, sconta ancora un riparto penalizzante basato sull'anzianità della popolazione. I costi standard sono l'ennesima beffa o l'opportunità per il riscatto del Mezzogiorno?**

Le Regioni canaglia sono tali sia per la sottostima del fondo, basato essenzialmente su indici di peso che 'favoriscono' le Regioni del Sud, sia per l'uso politico-clientelare che in queste Regioni si è portato avanti nella gestione della sanità statale. Se il riparto del fondo sanitario alle Regioni tenesse conto della spesa complessiva sostenuta dai cittadini, ci accorgeremmo che un cittadino della Lombardia spende, in aggiunta a quello che garantisce lo Stato come quota capitaria, circa 600 euro all'anno. Un cittadino della Campania, invece, circa 300. Ora, dovendo lo Stato coprire anche queste disarmonie dovute alle diverse possibilità economiche delle Regioni, scopriremmo che le Regioni canaglia sono al Nord e non al Sud.

## **Senatore, c'è la riforma del Senato in vista. Ovvero la sua abolizione. Un colpo alla democrazia, alla spesa pubblica ovvero la spinta che serve per sburocratizzare il Paese?**

L'abolizione del Senato è perfettamente inutile sotto il profilo del risparmio della spesa. Il debito pubblico ammonta a 2mila e 100 miliardi di euro e non sarà eliminato con tagli alle istituzioni democratiche. Il vero nodo da cancellare è il bicameralismo perfetto assegnando a Camera e Senato funzioni diverse, ovvero la possibilità che un ramo del Parlamento affronti e decida su determinati argomenti in tempi brevi e certi ed il Senato sciolga i nodi legislativi di altri settori della vita pubblica con la stessa velocità della prima Camera. Occorre, insomma, eliminare i doppioni, non gli istituti legislativi previsti dalla Costituzione.

### **Legge elettorale: cosa pensa dell'italicum?**

In Senato mi farò promotore di un emendamento con il quale chiederò che si inseriscano le preferenze nell'impianto legislativo approvato dalla Camera. Se il cittadino non tornerà a scegliere i suoi rappresentanti, la classe politica che verrà selezionata attraverso il sistema elettorale sarà costituita più da elementi fedeli, obbedienti, allineati ai partiti e non ai desiderata degli elettori. Ci sarà una selezione contraria alle persone responsabili ed autonome che hanno ottenuto il mandato popolare pur nel rispetto delle posizioni politiche rappresentate.

### **Cosa serve alla sanità italiana?**

Quello che serve alla Scuola, al Pubblico impiego, ai Trasporti.

### **Ci spieghi...**

L'eliminazione del concetto che lo Stato possa retribuire i suoi dipendenti (circa 5 milioni di persone) attraverso la sola giornata di presenza al lavoro. Occorre invece, a mio giudizio, introdurre in ogni comparto gestito dallo Stato criteri privatistici di gestione basati sul fatto che ciascuno debba effettivamente essere retribuito sulla base di quello che fa, di quanto ne fa e di come lo fa.

### **Tre riforme da fare subito.**

Giustizia, abolizione delle Partecipazioni statali, Riforma della Sanità e ci aggiungo anche quella del Pubblico impiego.

## **Sono maturi i tempi per una nuova riforma quadro della sanità a distanza di oltre venti anni dalla 502 del 1992?**

Credo che la vera riforma consista nel recuperare lo spirito originario della legge De Lorenzo in gran parte stravolto dalla controriforma Bindi del 1999. E che occorra parificare, una volta e per tutte, la gestione statale con quella privata, inserendo elementi di concorrenza e competizione e pagando a tariffa, ovvero a prestazione, sia nel pubblico che nel privato.

### **Piani di rientro: sono serviti o è ora di tornare all'ordinario?**

Certamente è ora di tornare all'ordinario, soprattutto in Campania dove l'opera di risanamento portata avanti dalla giunta Caldoro e dai sub commissari ad acta, è stata incisiva per recuperare circa 8 miliardi di euro di debito. Ovviamente questo ha comportato tagli lineari che hanno colpito anche funzioni sanitarie che non erano causa dello spreco e del debito. Sarebbe ora di nominare un assessore alla Sanità per mettere in cantiere una nuova politica sanitaria.

### **Medici e professionisti della salute: il mercato della salute diventerà globale.**

Lo è già. Da pochi mesi, infatti è entrata in vigore la norma che consente a ogni cittadino di utilizzare strutture sanitarie nei paesi della Ue. Ovviamente nei limiti delle tariffe

determinate dall'Italia, ciò comporta l'ampliamento della gamma dell'offerta per i malati ed inserisce elementi di competizione tra strutture di diverse nazioni.

### **Siamo attrezzati al salto di qualità?**

Alcune regioni sì altre meno. Lo sforzo della Campania è teso alla modernità inserendo elementi di efficienza ed economicità nella gestione dei servizi assicurati in accreditamento.

### **Il riordino della rete dei laboratori ha generato una guerra fratricida**

Si tratta di resistenze residuali di chi nella zona grigia disegnata dall'incertezza delle regole ha costruito la propria fortuna. Se tutto rimanesse com'è ci penserebbero i tagli delle tariffe di rimborso e gli stringenti requisiti strutturali, organizzativi e di personale per conseguire il titolo di accreditati sarebbero insostenibili per le piccole strutture. La norma della Regione Campania che delinea la possibilità di consorziarsi è semmai una opportunità di qualificazione e la ciambella di salvataggio dei piccoli laboratori che altrimenti sarebbero destinati alla definitiva chiusura. Queste sì foriere di perdite di migliaia di posti di lavoro.

---

## **Donazioni e trapianti. Stabili i dati del 2013. Diminuiscono i decessi in lista d'attesa. E per l'anno in corso trend in crescita del 5%. *Intervista al direttore del Cnt Nanni Costa***

*Per il direttore del Centro nazionale trapianti i dati dell'anno appena concluso confermano che il "sistema tiene positivamente". "I dati del 2014 fanno ben sperare. Restiamo un modello per l'Europa". Toscana al top per donatori in rapporto agli abitanti. Mentre in totale sono stati 2.408 i trapianti effettuati in Italia. LE TABELLE SU DONAZIONI E TRAPIANTI 2013*

“Il sistema tiene positivamente”. È questo, in sintesi, il commento del direttore del Centro Nazionale Trapianti, **Alessandro Nanni Costa**, sui dati definitivi dell'attività di donazione/trapianto nel 2013. “E i dati dei primi mesi del 2014 fanno ben sperare, basti pensare gli il numero di accertamenti nelle rianimazioni segnano un trend in crescita del 5%, sottolinea Nanni Costa.

Per conoscere come evolverà l'attività dei trapianti nel 2014 bisognerà aspettare i dati definitivi dell'anno. Per quanto riguarda il 2013, il trend conferma quanto già annunciato ad ottobre con i dati preliminari e mostra un quadro pressoché stabile rispetto al 2012. I decessi con accertamento neurologico sono stati 2.270, praticamente uguali all'anno precedente (2.271). Anche il numero di donatori utilizzati resta sostanzialmente stabile rispetto a quelli del 2012 (1.102 rispetto ai precedenti 1.123). A livello territoriale, la Regione con il maggior numero di donatori è la Lombardia (245), anche se alla Toscana va il record di donatori per milioni di abitanti (45,7), seguita dal Friuli Venezia Giulia (34,5) e dalle Valle d'Aosta (31). Ma restano in lista d'attesa 8.828 persone.

Ma anche su questo fronte non mancano notizie positive. “Non solo il dato non è in aumento, ma registriamo una forte riduzione della mortalità in lista e questo è estremamente positivo”, spiega Nanni Costa. Infatti “da una parte sono alte le probabilità di un paziente di ottenere un organo entro 2-3 anni dall'ingresso in lista d'attesa, dall'altra sono molto migliorate le terapie a cui vengono sottoposti i pazienti prima del trapianto e che permettono la sopravvivenza dei pazienti durante l'attesa”, prosegue il direttore del Cnt.

Meno soddisfacente è il risultato sulle opposizioni, che sono cresciute dal 29,2 del 2012 al 29,6. “Un dato pressoché stabile e tra i più bassi d'Europa, ma sul quale è certamente

necessario lavorare di più”, commenta Nanni Costa, secondo il quale, ad influire sull’atteggiamento delle persone è probabilmente anche il clima di sfiducia generato dalla crisi anche nei confronti del sistema sanitario.

“Ma il sistema trapianti in Italia è ottimo e rappresenta un modello in Europa”, ribadisce Nanni Costa che sottolinea come il leggero calo del numero di donatori utilizzati sia legato a elementi positivi: “la sicurezza e l’anzianità dei donatori”. Quest’ultimo dato, in particolare, perché indica che nel nostro Paese c’è un numero minore di traumi con esito fatale. Certo, dal punto di vista dei trapianti vuole dire anche meno organi a disposizione. A risentirne di più sono i trapianti di cuore e rene. Tuttavia per il rene “aumentano i trapianti da vivente, così che il dato definitivo riesce ad essere fondamentalmente stabile”. Nel caso del cuore, invece, la diminuzione dei donatori utilizzabili viene compensata dall’utilizzo di soluzioni alternative. “I ventricula assistance device permettono di raggiungere risultati paragonabili a quelli del trapianto, tanto che la sostituzione dell’organo sta diventando sempre più un intervento d’emergenza e non più la prima scelta”, spiega Nanni Costa.

A non risentire dell’aumento dell’età dei donatori è invece il trapianto di fegato, che infatti appare in crescita rispetto allo scorso anno. Aumentano anche gli interventi di trapianto di polmone, dove si sono fatti passi avanti anche nel trattamento post trapianto.

---

## **Allarme dell'Anaa: "Tra 10 anni negli ospedali mancheranno 15 mila medici specialisti"**

*In questo arco di tempo andranno infatti in pensione circa 58 mila camici bianchi, mentre saranno solo 42 mila i nuovi specialisti arruolati per sostituirli. E intanto i tagli mordono e il blocco del turnover, come la piaga del precariato, invadono più di metà della Regioni. E il sindacato chiede una nuova programmazione del fabbisogno in tutte le Regioni. LO STUDIO*

Nei prossimi 10 anni mancheranno all’appello oltre 15.000 medici specialisti che operano nel Servizio sanitario nazionale. A fronte del pensionamento di più di 58.000 tra medici dipendenti del Ssn, universitari e specialisti ambulatoriali, il numero dei contratti di formazione specialistica previsti dall’attuale programmazione sarà di 42 mila unità, ben al di sotto della soglia necessaria. L’allarme arriva da un’indagine condotta dall’Anaa Assomed (firmata da **Carlo Palermo**, coordinatore dei Segretari Regionali, **Domenico Montemurro** e **Fabio Ragazzo** del Settore Anaa Giovani) che, sulla scorta dei dati forniti dalla Fnomceo, Enpam (annuario 2012 su dati 2010), Miur e Ragioneria Generale dello Stato (Conto annuale 2012) su curve di pensionamento, fabbisogni specialistici (richieste delle Regioni) e numero chiuso per l’accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, ha evidenziato le criticità chiave del sistema formativo italiano.

Ma come uscire da questo tunnel? La via indicata dall’indagine è **mettere mano ad una nuova programmazione sanitaria** passando per la soluzione di due urgenze: l’imbuto formativo, risultato dal gap tra numero chiuso per l’accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia e l’offerta formativa post-laurea e il precariato medico, generato sia dal blocco del turnover che da riforme pensionistiche sempre in itinere che procrastinano l’uscita dal sistema.

**Stop ai tagli sul futuro dei medici.** “L’imbuto – si legge nello studio - che si è creato tra

numero annuo di laureati in medicina, crescente grazie a miopia delle politiche di accesso ed invasioni del TAR, e posti nelle scuole di specializzazione, in progressiva riduzione a causa della esiguità delle risorse economiche rese disponibili dalla legge di stabilità, ha già creato ampie e preoccupanti sacche di disoccupazione e sottoccupazione medica e blocco formativo. E' evidente che "togliendo" e "tagliando" il futuro alle nuove generazioni di medici, impedendo loro un accesso al SSN, di fatto si vuole costringerle a cambiare Paese minando lo stesso Sistema Sanitario. A nostro parere, oltre a denunciare l'imbuto formativo, per onestà intellettuale, si dovrebbe pensare criticamente ai decreti del MIUR che hanno aumentato la durata dei percorsi formativi, introdotto il bonus per chi partecipava al concorso per l'ammissione alle scuole di Medicina e Chirurgia, per poi toglierlo e reintrodurlo, modificando, di fatto, le graduatorie e spingendo chi non era entrato nelle Scuole di Medicina a ricorrere alle vie legali".

**No a formazione lasciata solo alle università.** Se il precariato medico è diventato un'emergenza sociale, si deve anche rivedere la formazione, oggi affidata solo alle Università, ripensando gli Ospedali Italiani come occasione professionalizzante per i medici neo-laureati e di sviluppo di expertise per i medici a fine specialità. Occorre quindi mettere in discussione le caratteristiche di un sistema autoreferenziale che si interpreta e si comporta come privo di limiti e di obblighi sociali, rendendo sempre più evidente come l'attuale sistema formativo medico post-laurea, che esclude le competenze e le prerogative del Servizio Sanitario, necessiti di un profondo ripensamento e di un vero e proprio cambio di paradigma. Va in questa direzione la discussione in merito all'istituzione o meno di una graduatoria nazionale non solo per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia ma anche per le Scuole di Specialità, e l'incontro facilitato di formazione universitaria e mondo del lavoro.

#### **Queste le soluzioni che l'Anaa Assomed propone per superare le criticità:**

-50% della durata della specialità con contratto di formazione specialistica in ambito universitario

-50% in ambiente extra-universitario senza l'obbligo di aver già conseguito il titolo di specialista. Questo permetterebbe anche di liberare risorse per colmare il gap fabbisogni/contratti MIUR.

-frequenza finale di 6 mesi nella sede ospedaliera di preferenza, tra le massimo 3 frequentate (praticantato valutato ai fini di una possibile assunzione post specialità), oppure facoltà di svolgere il praticantato presso la stessa sede universitaria, qualora lo specializzando decidesse di concorrere per una borsa di dottorato di ricerca;

-abolizione dei dottorati di ricerca senza borsa.

L'Anaa Assomed ritiene questo il punto di partenza per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il SSN può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina non risolva il problema della prossima mancanza di Medici specialisti perché i



primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pletora medica.

**La strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al sistema.** Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli Ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

Infine l'analisi-studio dell'Anaa Assomed propone una **ridefinizione razionale dei fabbisogni specialistici** (richieste delle Regioni) per i prossimi 10 anni e del numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia secondo il trend di cessati attesi nei prossimi 3 quinquenni e il numero di medici neo-laureati previsti a partire dal 2014:

-7750 posti annuali complessivi nazionali (numero chiuso) per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, calcolati per il 1° quinquennio accademico 2013/14 ÷ 2017/18

-7710 fabbisogni specialistici annuali complessivi nazionali, calcolati per il 1° quinquennio accademico 2013/14 ÷ 2017/18

-6200 fabbisogni specialistici annuali complessivi nazionali, calcolati per il 2° quinquennio accademico 2018/19 ÷ 2022/23.

---

## **I tre presidenti “multitasking”. Capisco motivi e ragioni. Ma forse sarebbe meglio se facessero solo i senatori a tempo pieno *di Ivan Cavicchi***

*Non ero tra quelli scandalizzati per il doppio incarico di presidenti di Ordine e di parlamentari. Ma oggi, a un anno dalla loro entrata in Senato, fossi in loro, sceglierei di fare il senatore a tempo pieno restituendo agli Ordini, ai Collegi, ai sindacati, alle nostre categorie maggiore autonomia di movimento e di progettualità facendo con loro una alleanza di ferro*

Ho letto con curiosità e simpatia le interviste che Quotidiano Sanità ha fatto ai “tre presidenti senatori” ([Mandelli](#), [Silvestro](#) e [Bianco](#)) ad un anno dalla loro elezione in Parlamento, elezione che, per alcuni di loro fu oggetto di forti polemiche interne. Allora pensai che pur condividendo le ragioni di coloro che proponevano di distinguere le rappresentanze per evitare sovrapposizioni e promiscuità dei ruoli, (logica di Montesquieu non diversa da quella per la quale oggi propongo un ripensamento del titolo V), l'ambiguità di fondo dei presidenti multitasking restava irriducibile: sono le corporazioni che estendono lucidamente la loro rappresentanza entrando nelle istituzioni parlamentari o sono i presidenti che estendono lucidamente il loro potere personale nelle istituzioni parlamentari attraverso le corporazioni.

**Oggi a distanza di un anno mi sento di dire la mia.** Pur avendo delle idee ho rispettato le scelte secondo me personali dei presidenti multitasking ed ho soprattutto osservato i loro comportamenti istituzionali, le loro grida e i loro silenzi, ma anche le loro difficoltà a muoversi in contesti istituzionali in cui la sanità resta sostanzialmente deparlamentarizzata.

Il titolo V non riguarda solo il rapporto ministero/regioni.

La cosa comune a tutte e tre le interviste è il ruolo della conoscenza e dell'esperienza professionale nei confronti della politica. Che uso ha fatto la politica di tale conoscenza? E quali effetti essa ha avuto sulle scelte della politica? Il primo segnale negativo è venuto quando si è trattato di nominare le presidenze delle Commissioni di merito, la conoscenza professionale non è stata sufficiente a convincere la politica ad affidare delle presidenze ai nostri presidenti (forse escludendo il caso di Mandelli che ha scelto di stare in Commissione Bilancio, a differenza di Bianco e Silvestro entrambi nella Commissione Sanità).

La ragione secondo me, non è solo legata agli equilibrismi dei partiti ma da come sono percepiti coloro che hanno una estrazione comunque corporativa, vissuti probabilmente come rappresentanti di interessi di parte. In questo caso gli stereotipi e i pregiudizi, ammesso che siano esistiti, non sono stati sconfitti. Quanto agli effetti sulle scelte di politica sanitaria il discorso è più complesso. Nei confronti delle politiche sanitarie il Parlamento, alla fine, rispetto a Governo e Regioni ha un ruolo di secondo piano per cui i parlamentari, per quanto multitasking, al massimo possono testimoniare delle opinioni che però non sono mai vincolanti.

**Ciò nonostante mi sarei aspettato dai nostri presidenti che le loro conoscenze ed esperienze**, a parte essere “in qualche modo” espresse in Commissione e in qualche dichiarazione, guidassero e arricchissero il dibattito politico. Ma questo non mi sembra sia avvenuto. Al volo alto si è preferito il volo radente. In occasione della nota sulla sanità al Def che controriformava il sistema pubblico i nostri presidenti si sono trovati incastrati tra i doveri delle loro appartenenze politiche verso le larghe intese e gli interessi e i diritti che il provvedimento metteva in gioco dei loro elettori. Il risultato è che intere categorie non hanno avuto da loro nessuna autonoma dritta strategica dimostrando con il silenzio il rischio più grande che il multitasking comporta, quello di ridurre l'autonomia delle organizzazioni di riferimento, di ingessare la dialettica politica, di controllare il dissenso sociale concentrando tutto su “il nostro agente all'Avana” per citare Graham Greene. Situazioni analoghe a queste si sono riscontrate in altre occasioni legate ad esempio al dibattito su grandi questioni quali i costi standard, la sostenibilità che non può essere ridotta alla pur importante questione del reintegro dei 2 miliardi di ticket, il blocco dei contratti, le condizioni gravi della diseguaglianza, il decadimento del servizio pubblico, il titolo V su cui incombe un inquietante silenzio ecc. Ma l'aspetto che mi ha colpito di più delle tre interviste, secondo dato comune, e che è la conseguenza del volo radente, è il ridursi di fatto dei nostri presidenti senatori, e non per colpa della politica, a dei semplici lobbisti.

**Alla domanda “quali sono i provvedimenti più importanti ...approvati nel corso dell'anno?”** O a quella “quale tappe per il futuro” tutti i tre rispondono restando tutto sommato nel loro orticello, senza comprendere che quella è una logica corporativa che non giova in primo luogo all'orticello stesso finendo oltretutto per apparire come assurde priorità. Con tutta la simpatia, a contesto dato, mi si deve spiegare quale priorità riveste la riforma dell'Ordine e dei Collegi? Mi si deve spiegare come mai non si punta il dito sulle vere priorità, per esempio quelle del mercato del lavoro per gli infermieri che come dice il Nursind ormai sono meno delle badanti in Italia? Come mai la grande questione della responsabilità professionale è ancora nonostante tutto in alto mare? Per quale ragione non si è fatto un lavoro politico per ricomporre il conflitto che sta diffondendosi ovunque tra

medici e infermieri?

Lo dico in modo amichevole e a margine, ma quando, anche in contesti difficili, dei presidenti avanzano proposte che riguardano le istituzioni che essi presiedono, è difficile per la gente non pensare a “proesidatus pro domo sua”. Anche io penso che Ordini e Collegi debbano essere riformati, ma penso anche che siamo nel tempo in cui il presidente del Consiglio, vuole abolire il Senato, contenere i costi della politica e della pubblica amministrazione, abolire il Cnel, dismettere le caserme, per cui temo che gli “organi sussidiari”, se non chiariti e fortemente giustificati nelle loro funzioni, potrebbero essere percepiti come un modo per finanziare delle lobby con i soldi pubblici (anche se non è vero, visto che si autofinanziano).

Che dire in conclusione ai nostri presidenti senatori? Dalle vostre interviste il bilancio che voi fate francamente non mi pare esaltante. Se fossi in voi non mi limiterei a vendere aspiratori come l'agente all'Avana, volerei più alto e perché no ...sceglierei di fare il senatore a tempo pieno restituendo agli Ordini, ai Collegi, ai sindacati, alle nostre categorie maggiore autonomia di movimento e di progettualità facendo con loro una alleanza di ferro. Ma so che per voi non è facile e vi capisco. Come ho già avuto modo di dire, se si hanno santi in Paradiso ci si aspetta da loro dei miracoli e se i miracoli non vengono alla fine si finisce per cambiare santo.

*Ivan Cavicchi*

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Farmaci: decalogo Nas-Sifo contro i furti in ospedale costati secondo Trasncrime 18,7 milioni in 7 anni**

Telecamere a circuito chiuso, magazzini off limits, polizze ad hoc: sono alcuni degli strumenti suggeriti dal decalogo per la prevenzione dei furti di farmaci in ospedale messo a punto dalla Sifo (Società Italiana di Farmacia ospedaliera) e dai Nas anche alla luce dello studio pubblicato il 3 marzo da Transcrime, Centro di ricerca sulla criminalità transnazionale della Cattolica di Milano e dell'Università di Trento.

Secondo lo studio «The theft of medicines from italian hospitals» curato da Michele Riccardi, Marco Dugato e Marcello Polizzotti, nel 2013 i furti di farmaci negli ospedali italiani sono stati almeno 51, con un'incidenza maggiore nelle Regioni con alti livelli di criminalità organizzata (Sud Italia) e in quelle di confine, geograficamente prossime all'Europa dell'Est e alla Grecia, «probabili destinazioni dei medicinali rubati». In particolare, Campania e Puglia rappresentano il 45% dei casi totali, seguite dal Molise, mentre all'Centro e al Nord le regioni più colpite sono Lazio, Lombardia e Friuli Venezia Giulia.

Lo studio ha analizzato il fenomeno attraverso una rassegna delle notizie riportate dai giornali italiani tra il 2006 e il 2013: un ospedale italiano su dieci ha subito un furto di farmaci con una perdita, per ogni episodio, pari a circa 330 mila euro; negli ultimi 7 anni il danno complessivo è stimabile intorno ai 18,7 milioni di euro. Ad essere maggiormente colpite sono state le strutture più grandi in termini di dimensioni e attività (con un maggior

numero di discipline/reparti), strutture - sottolineano gli esperti - più vulnerabili e difficilmente sorvegliabili per via del maggior turnover del personale tutto e della propria estensione: tra gli esempi, il Federico II di Napoli e il Cardarelli di Campobasso. Ad essere più trafugati sono stati ovviamente i farmaci più costosi: antitumorali ( 32 casi), immunosoppressori (13), antireumatici (12) e i farmaci biologici (10), ma anche medicinali usati per fini illeciti e quelli correlati agli stili di vita, come quelli per il trattamento delle disfunzioni erettili. Nella maggior parte dei casi si tratta di farmaci di classe H o A, la cui spesa è interamente a carico del Ssn.

Tra le azioni di contrasto a questi fenomeni - sottolinea una nota pubblicata in materia dall'Aifa - «l'avvio da parte dell'Agenzia, in collaborazione con Farindustria, Asso-Ram e Comando Carabinieri Ts-Nas, di un progetto pilota che, attraverso la condivisione dei dati relativi ai furti, aggiornati costantemente sulla piattaforma messa a disposizione dall'Aifa, ha l'obiettivo di delineare adeguate strategie in termini di prevenzione e contrasto".

## **Oncologi alla Lorenzin: modificare la legge sugli studi clinici non sponsorizzati**

Modificare la legge sugli studi clinici non sponsorizzati prevedendo che i loro risultati possano essere utilizzati a fini regolativi. Questa la proposta degli oncologi italiani, contenuta in una lettera inviata oggi al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e dal Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri (Cipomo) «preoccupati» dalla vicenda Roche-Novartis.

«L'origine del problema - affermano nella lettera Stefano Cascinu, (presidente Aiom) e Gianpiero Fasola (presidente Cipomo) - va, a nostro avviso, ricondotta alle norme che regolano l'approvazione e la rimborsabilità dei farmaci. Deve infatti essere considerato quanto stabilisce la legge n.648 del 1996, che caratterizza il sistema italiano di dispensazione dei farmaci off label, cioè al di fuori delle indicazioni autorizzate. Questa norma -di fatto costituisce un ostacolo all'utilizzo di bevacizumab, cioè il farmaco (con il prezzo più basso) prodotto da Roche, per il trattamento della degenerazione maculare senile, essendo già disponibile un'alternativa terapeutica valida e autorizzata, rappresentata da ranibizumab, il farmaco prodotto da Novartis. Ben tre studi, che pur hanno dimostrato un'equivalenza dei due farmaci, non hanno potuto essere valutati né per la registrazione né per l'estensione dell'indicazione del bevacizumab, in quanto frutto della ricerca spontanea. Questo purtroppo è un grave handicap, che deve essere assolutamente superato con un nuovo dispositivo di legge».

«La vicenda Roche-Novartis - proseguono Cascinu e Fasola - grave nella forma e nella sostanza e che danneggia sia i pazienti che il Ssn, non può però oscurare i nodi normativi da risolvere. Uno dei passi fondamentali potrebbe essere la modifica della norma sulla sperimentazione clinica spontanea, che attualmente vieta l'utilizzo dei risultati per fini regolativi e che può essere cambiata in tempi brevi».

«Abbiamo letto con interesse le dichiarazioni di Guido Rasi, direttore esecutivo dell'Ema, che sono in linea con le nostre proposte» - concludono i due esperti. «L'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) può divenire soggetto promotore di sperimentazioni cliniche che abbiano queste finalità e le società scientifiche possono essere partner attivi nell'identificare le aree terapeutiche dove queste sperimentazioni possono avere maggiore rilevanza nell'interesse sia dei pazienti che del sistema. Questo modello porrebbe il nostro Paese

all'avanguardia in Europa nell'elaborare nuove strategie di valutazione dei farmaci, non solo in termini di efficacia ma anche di sostenibilità economica».



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584