

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

LUNEDI' 24 NOVEMBRE 2014

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Il costo del personale Ssn. Forti disparità tra Regioni con differenze di migliaia di euro procapite. A Bolzano "stipendi d'oro". Ecco tutti i numeri del rapporto della Stem

A parte le Province di Bolzano e Trento e la Valle d'Aosta che hanno costi molto più elevati e costituiscono quasi un "caso a sé", l'analisi evidenzia comunque forti disomogeneità regionali sia per le medie di tutto il personale che per medici e infermieri. I trattamenti più elevati in Campania con una media di 62.722 euro procapite. In coda il Veneto con 51.753. Per i medici costi più elevati in Molise con 120.550 euro, contro i 107mila della Toscana. IL RAPPORTO STEM

La Stem - Struttura tecnica di monitoraggio sulla sanità, presieduta da Laura Pellegrini e che opera presso il Dipartimento degli Affari regionali della Conferenza Stato-Regioni, ha appena pubblicato il [Rapporto sul triennio 2010-2012](#), che analizza i dati riguardanti la spesa per il personale del Ssn.

Il rapporto, si legge nella premessa, si è prefisso l'obiettivo di rendere i dati il più possibile confrontabili tra di loro; infatti la necessità delle Regioni di avere dati confrontabili è irrinunciabile, in quanto consente di autovalutare le prestazioni del proprio sistema sanitario, riconoscendo i punti di debolezza e i punti di forza e, quindi, di migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dei servizi resi ai cittadini, anche attraverso l'esportazione in altre realtà di modelli organizzativi innovativi che possano consentire un miglioramento della qualità dei servizi prestati. I dati esposti, oltre a ribadire la diminuzione generalizzata, anche se non del tutto omogenea, tra le Regioni, soprattutto quelle in Piano di Rientro, sia del costo complessivo che della numerosità del personale del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziano una marcata differenza del **costo medio del personale**, sia in generale sia per singoli ruoli, tra le Regioni e tra ASL all'interno di una stessa Regione.

In proposito però, sottolinea il rapporto Stem, vanno escluse dal confronto le Province autonome e la Valle d'Aosta che hanno valori così elevati di costi, a

fronte di numeri sostanzialmente esigui di unità di personale, da distorcere qualsiasi benchmark. Ad esempio Bolzano ha un costo medio per medico di 227.133 euro e Trento di 143.043 euro, contro i 120.550 euro del Molise che, al netto dei tre casi anomali, è la regione con il trattamento più elevato.

Tornando all'esame dei dati a livello generale, per l'anno 2012, sempre escludendo le strutture private accreditate ed equiparate, la differenza tra le Regioni del costo medio di tutto il personale dipendente – 658.331 unità di personale FTE - varia dai 62.772 € della Campania ai 51.753 € del Veneto, con una differenza di circa € 11.000 annue (circa il 20%), mentre le Regioni di riferimento 2013 si attestano a € 52.900.

In particolare, per quanto riguarda il **Comparto sanitario**, la differenza tra la Regione Campania e la Regione Sardegna è di quasi € 6.000 annui (circa il 15%), su una platea, a livello nazionale, di 331.859 unità di personale FTE.

La stessa considerazione può essere svolta per la **Dirigenza sanitaria medica** (sempre escludendo le Province Autonome e la Valle D'Aosta), per la quale la differenza tra la Regione Molise e la Regione Sardegna è di circa € 15.000 (circa il 15%), su un totale, a livello nazionale, di 120.180 unità di personale FTE; e ancora per il Comparto del ruolo tecnico (escludendo la P.A. di Bolzano) la differenza tra la Campania e l'Umbria è di circa € 8.000 annui (circa il 28%), su una platea, a livello nazionale, di 116.649 unità di personale FTE. La differenza, in quest'ultimo caso, è influenzata dalla eterogeneità delle figure professionali comprese in questo ruolo che variano dall'Assistente sociale all'Ausiliario specializzato, con retribuzioni assai diverse tra di loro.

Quanto al **personale dirigente non medico**, che include tra gli altri i **farmacisti**, troviamo differenze che vanno da un massimo di 106.038 euro registrato in Piemonte, ad un livello minimo di 78.289 euro in Puglia.

Va, inoltre, sottolineato, che le Regioni di riferimento per l'anno 2013 - Umbria, Emilia Romagna e Veneto - hanno valori che sono sempre più prossimi al minimo che al massimo. Alcuni altri ruoli professionali (Dirigenza tecnica, Dirigenza professionale, Dirigenza amministrativa) hanno differenze ancora più marcate, ma la numerosità di questo personale è tale da non influenzare il costo medio nel suo insieme.

Poiché il contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) stabilisce l'ammontare di alcune voci stipendiali uguali in tutte le Regioni, ma lascia alla contrattazione integrativa aziendale la determinazione di altre voci retributive (ad es.: Fondo di posizione, Fondo per il disagio, Fondo di risultato) è evidente che le differenze sono dovute alla consistenza dei fondi integrativi aziendali. Del resto, ciò è dimostrato dall'incidenza delle indennità accessorie sul totale delle retribuzioni che variano in modo consistente tra le diverse Regioni. Si cita, ad esempio, la differenza tra l'incidenza delle indennità accessorie sul totale delle retribuzioni del personale dipendente a tempo indeterminato della Campania (23,27%) e della Sardegna (17,7%).

La notevole variabilità dei costi medi dei singoli ruoli è certamente influenzata anche dalla diversa composizione del personale nel suo insieme: nelle aziende con

personale con anzianità di servizio elevata o con un numero maggiore di strutture complesse il costo medio è più alto rispetto alle aziende con personale "lavorativamente" più giovane e con un numero inferiore di strutture complesse. **Sembra altrettanto evidente che i costi medi elevati di alcune Regioni, soprattutto in Piano di rientro,** sono influenzati dal permanere, nel triennio considerato, del blocco del turn over, il quale ha prodotto, in alcune situazioni, l'effetto di far aumentare il costo medio del personale, in quanto richiede il pagamento di prestazioni aggiuntive (ad es. straordinari, anche festivi e notturni), retribuite in base agli accordi integrativi aziendali, ad un numero inferiore di unità di personale. In quest'ottica va rilevato anche il dato relativo al costo del personale in rapporto alla popolazione residente, che vede tre Regioni in Piano di Rientro (Campania, Lazio e Puglia) con i valori più bassi. In conclusione - sottolinea il Rapporto - è possibile rilevare che alcune differenze di costi potrebbero essere comunque contenute agendo sulla omogeneizzazione dei fondi integrativi, a disposizione delle aziende, e sulla razionalizzazione dell'organizzazione dei singoli servizi.

Cassazione. Ruolo e responsabilità del Direttore di Struttura Complessa

Una recente sentenza, nell'indicare le responsabilità, non fa che richiamare indirettamente l'attenzione sulla indispensabile necessità di una regia complessiva, sulla insostituibile presenza di una figura che diriga l'organizzazione della struttura e ne disponga l'assetto complessivo.

La recente sentenza della Cassazione (n. 22338 del 22 ottobre 2014) riporta ancora una volta all'attenzione generale la problematica inerente la questione delle responsabilità in ambito ospedaliero. Soprattutto quelle in capo al Direttore di Struttura Complessa (ex Primario) le cui attribuzioni, funzioni e specifiche responsabilità sono peraltro ampiamente sancite dalla normativa.

Il problema della ripartizione delle responsabilità all'interno delle équipe sanitarie, divenute ormai multi-professionali, è certamente all'ordine del giorno. Ed è innegabile che riorganizzazioni aziendali, regolamenti interni alle strutture, trascuratezza o misconoscimento delle regole legislative ed istituzionali hanno determinato e stanno determinando una situazione a dir poco confusa.

Da una parte i medici che rivendicano la centralità nel ruolo di garanti della diagnosi e terapia, dall'altra le professioni sanitarie che rivendicano l'autonomia nella gestione di un'assistenza sempre più complessa. E in mezzo l'utente-paziente che in questa suddivisione forzata rischia una pericolosa dicotomia oltre a un personale disorientamento. Inutile ribadire ancora una volta che il paziente è unico, indivisibile, come pure la sua malattia e che la complessità delle indagini diagnostiche, dei trattamenti terapeutici, degli interventi assistenziali, di tutto il processo di riabilitazione e di sostegno necessitano di specifiche professionalità e competenze capaci di rispondere ai nuovi bisogni. Le fragilità aumentano e così l'età media. Si

affrontano patologie prima impossibili, ma vi è insieme un aumento di difficoltà, di molteplicità di problemi la cui soluzione non può più essere affidata alla medicina del Dr. Andrew Manson de “La Cittadella”. Anche se a quell’esempio bisognerebbe guardare con rinnovata ispirazione per l’approccio umano e di affetto nei confronti del malato e dei suoi familiari.

Dunque la complessità è ormai la parola d’ordine. Ed in questa complessità vi sono tante professioni, tante competenze, tanti problemi, tante implicazioni burocratico-amministrative, ma un’unica persona di cui prendersi cura: il malato, in uno scenario sempre più articolato.

E la “sentenza” in questione nell’indicare le responsabilità non fa che richiamare indirettamente l’attenzione sulla indispensabile necessità di una “regia” complessiva, sulla insostituibile presenza di una figura che diriga l’organizzazione della struttura, ne disponga l’assetto complessivo, sia responsabile della diagnosi definitiva, del ricovero, della dimissione, della vigilanza sul personale sanitario, tecnico e di supporto.

Questa figura è l’ex Primario, secondo il DPR 128 del 1969 citato dalla sentenza. A cui successivamente si sono aggiunte ulteriori attribuzioni quali l’efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite (DPR 502 e DLgs 229). E ancora di sovrintendere al corretto espletamento dell’attività del personale assegnato (CCNL 17/10/2008), dei procedimenti disciplinari (D.Lgs. 150/2009) della responsabilità nella valutazione, gestione ed attuazione delle misure di controllo dei rischi (L. 81/2008).

In sintesi una serie di attribuzioni e funzioni che le esigenze di restyling delle Unità Operative e Servizi stanno più o meno volutamente tralasciando facendo forzature sulla normativa in vigore e attuando talora spregiudicate scorciatoie, spesso con l’alibi delle limitate risorse a disposizione.

Il risultato è una pericolosa frammentazione del processo organizzativo (e della gestione del paziente), in relazione fra l’altro alla continua diminuzione del numero di Direttori di Struttura Complessa, passati nell’arco degli ultimi dieci anni da 10.172 nel 2003 a 8.674 nell’agosto 2014 (fonte Min.Salute), quasi fosse una figura inutile dal punto di vista organizzativo, di appesantimento dei costi dal punto di vista del bilancio, ingombrante nella applicazione di procedimenti innovativi.

La novità contenuta nella sentenza è quella di riportare alla realtà un dimenticato dettato normativo che, pur non costituendo giurisprudenza per la nostra giustizia, tuttavia è indubbio possa fare tendenza orientando in qualche modo i giudizi successivi e indicando o aprendo percorsi fin qui trascurati, inesplorati o dimenticati. La sentenza infatti richiama i “compiti della figura apicale, all’epoca definita dalla legge Primario, compiti stabiliti dall’art. 7 comma 3, DPR 27-3-1969 (Ordinamento interno dei servizi ospedalieri), norma la cui permanenza in vigore è stata qualificata indispensabile dall’art. 1 comma 1 D.Lgs. 1° dicembre 2009 n.179” (Disposizioni legislative statali anteriori al 1° gennaio 1970 di cui si ritiene indispensabile la permanenza in vigore, a norma dell’art. 14 della legge 28 novembre 2005 n. 246, in combinato disposto con l’Allegato 1, parte 4.

In altre e più semplici parole, il Primario o ex Primario risponde sia dal punto di vista

tecnico-professionale, sia dei “deficit organizzativi del reparto a lui affidato”. Queste sono le responsabilità della figura che “dirige” il reparto e ne rende indispensabile la presenza. Come del resto avviene in qualsiasi campo professionale, in qualsiasi organizzazione del lavoro, dalla più semplice alla più complessa, si chiami Direttore, Coordinatore, Dirigente Apicale o Regista.

Certamente in qualità di Direttori di Struttura, ex Primari, non c'è da stare allegri per il contenuto della sentenza che, tuttavia, ha il merito di portare un po' di chiarezza in un panorama nebuloso dominato dalla confusione organizzativa e dagli obblighi di bilancio. Ed è pur vero che richiama le responsabilità di chi dirige, ma nel farlo ne sottolinea l'insostituibile presenza.

E che tale presenza sia insostituibile è affermato anche da Regione Lombardia quando, in epoca non sospetta, decise circa la “Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie” (D.G.R. Lombardia n. 38133 del 6 agosto 1998): il requisito dei presidi di ricovero è di articolarsi in Unità Operative. Ogni Unità Operativa deve essere diretta da un medico avente specifiche competenze professionali. L'indicatore è che ogni Unità Operativa deve essere diretta da un medico in possesso dei requisiti richiesti dal Servizio Sanitario Nazionale per l'accesso al ruolo di dirigente di II livello.

Norma che da parte di molti si vorrebbe dimenticare.

Fabio Florianello (Presidente Consiglio Nazionale Anaao Assomed)

Pillola anti calvizie. Gli esperti lanciano l'allarme: “Massima prudenza. Soprattutto non compratela su internet”

Il farmaco, un antitumorale di ultima generazione per tumori rari del midollo osseo non va usato da un soggetto a “cuor leggero”. Il presidente della Società italiana di medicina estetica, invita quindi alla prudenza. Inoltre funziona solo per alopecia areata, non per la calvizie vera e propria.

È stato fatto di tutto negli anni per cercare di prevenire e curare la calvizie. Ma ancora ad oggi non esistono rimedi sicuramente efficaci per questo tipo di inestetismo, che colpisce circa l'80% della popolazione maschile. Intanto sta facendo discutere l'uso di una pillola anti-calvizie (approvata dall'agenzia statunitense Fda) che si annuncia miracolosa sarebbe in grado di far ricrescere i capelli nel giro di 4-5 mesi. Ma secondo gli esperti: “È un farmaco antitumorale di ultima generazione per tumori rari del midollo osseo e non consiglieremmo mai ad un soggetto sano di prenderlo a cuor leggero”.

“Esistono altri tipi di terapie sufficientemente efficaci ma meno invasive – ha detto **Fulvio Tomaselli**, presidente Società italiana di medicina estetica (Sime) – quindi la mia risposta è di estrema prudenza. Tra l'altro in questi mesi si è fatta una grande confusione, relativamente a questo farmaco, attorno alla caduta dei capelli: c'è calvizie e calvizie e il ‘Ruxolitinib’, funziona soltanto in alcuni casi. È efficace

soltanto per l'alopecia areata, non per la calvizie vera e propria, ovvero l'alopecia androgenetica. Quest'ultima è la più diffusa, colpisce circa l'80% degli uomini, ed è anche la più difficile da curare: se un calvo androgenetico si sottopone a un trapianto di capelli nella 'piazza', infatti, spesso sopravvivono negli anni solo i capelli trapiantati. Dunque è difficile che la situazione si risolva completamente”.

L'alopecia areata è un tipo di calvizie meno grave rispetto all'androgenetica ed è caratterizzata dalla perdita di capelli parziale o totale. L'alopecia areata è legata a condizioni di stress cronico, così molto spesso può guarire anche da sola: in alcuni casi, per esempio, è sufficiente cambiare stile di vita. Può colpire episodicamente anche persone con folte capigliature, e se le aree sono molte, estese e confluiscono, può avere l'aspetto di una calvizie anche se non lo è.

“Diciamo che curarla con un antitumorale è come sparare alle mosche con un cannone – ha aggiunto – è per questo che credo che la situazione debba essere tenuta sotto controllo prima che il mondo dei calvi cominci ad andare alla caccia di questo farmaco, che è alla portata di chiunque abbia una carta di credito: si acquista infatti facilmente su internet e non c'è neppure bisogno di prescrizione. Francamente mi sembra un azzardo. È importante che passi un messaggio di prudenza: vada pure come terapia, ma non come autocura. Prima di comprare il farmaco in rete, insomma, quanto meno è bene rivolgersi prima ad un tricologo per una diagnosi certa”.

“L'alopecia areata può essere curata per esempio con le iniezioni locali di plasma, arricchito di piastrine, ricavato dal sangue dei pazienti stessi – ha concluso - questa cura è molto meno aggressiva e invasiva di un farmaco e fa ricrescere i capelli in tempi analoghi, in tre o quattro mesi. Il plasma arricchito può essere usato anche nella calvizie androgenetica, ma con risultati un po' meno brillanti: i capelli che cadono con l'androgenetica sono comunque destinati a cadere. Lo stesso trapianto, come detto, non può eliminare il processo inesorabile della calvizie, ma può solamente colmare gli spazi vuoti lasciati dal diradamento progressivo. Il problema, insomma, non è affatto di facile risoluzione: basti pensare che molti dei studiosi di questo ambito non ostentano folte chiome!”.

SOLE 24ORE SANITA'

Specializzazioni mediche, ecco il riordino: addio a 1 scuola su 4, dai risparmi mille «borse» in più

Le scuole saranno ridotte da 56 a poco più di 40. I corsi dureranno un anno in meno e i risparmi saranno destinati a finanziare nuovi contratti (secondo le prime stime 700-800 in più). È pronta la riforma delle specializzazioni mediche finite ultimamente nella bufera anche per il contestato concorso nazionale. La bozza di riordino è sul

tavolo del ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca, Stefania Giannini che ora la dovrà trasformare in un decreto ministeriale da approvare - sentito anche il ministero della Salute - entro il prossimo 31 dicembre.

La proposta di riordino. In duecento pagine e in un mese di lavoro il tavolo tecnico - guidato da Andrea Lenzi - intorno al quale si sono seduti Consiglio universitario nazionale (Cun), Conferenza dei rettori (Cru) e Consiglio studentesco nazionale (Cnsu) ha prodotto la sua proposta per il riordino delle 56 Scuole di specializzazione. Questi i punti cardine della proposta: riduzione delle scuole a poco più di 40 visto che oltre una decina saranno accorpate; accorciamento della durata dei corsi in media a 4 anni dagli attuali cinque per circa una trentina di scuole in modo da riallinearle agli standard europei; riformulazione degli ordinamenti didattici, che sono poi la parte centrale del progetto formativo di ogni specializzando, con un maggiore spazio garantito anche alla didattica nelle strutture sanitarie e comprendendo una revisione delle attività professionalizzanti da riconoscere nella pratica medica svolta dagli specializzandi. L'obiettivo finale del decreto ministeriale - come ribadito dal Dl 90/2014 che ha fissato la scadenza del riordino a fine anno - è quello appunto di accorciare la durata dei corsi di specializzazione che attualmente in Italia, come prevede il Dm del 1 agosto del 2005, sono in media più lunghi rispetto agli standard europei stabiliti dalla direttiva Ue 36 del 2005. Come detto l'indicazione dovrebbe essere quella di arrivare a una durata media di 3-4 anni dei corsi di specializzazione, con alcune eccezioni - molto probabilmente le branche di chirurgia - che potrebbero rimanere in alcuni casi anche a 5 anni. Insomma chi sogna di diventare chirurgo, gastroenterologo o psichiatra potrà aspettare un anno in meno per esercitare la professione.

Le polemiche sul doppio canale formativo. Il riordino delle scuole produrrà dei risparmi che - come prevede la riforma - potranno essere spesi per incrementare il numero di contratti di specializzazione medica (oggi circa 5mila a cui se ne aggiungono altri 500 delle Regioni). Le prime stime parlano di circa 700-800 contratti in più. Un balzo in avanti significativo per i giovani medici che da anni si battono per avere più borse e che chiedono di mantenere alta la qualità della formazione specialistica senza scorciatoie per altri.

Nel mirino è finito il Ddl delega allo studio del ministero della Salute - ex articolo 22 del Patto della salute - che prevede l'inserimento all'interno dell'ospedale di medici ancora privi di specializzazione. Il testo prevede infatti l'introduzione del cosiddetto teaching hospital, ossia un doppio binario Ospedale-Università, consentendo l'ingresso nel Ssn dei laureati in Medicina (e abilitati) con inquadramento in una categoria non dirigenziale (e con lo stipendio della caposala).

Un doppio canale di formazione che per i giovani medici rischia di creare dottori di serie A e di serie B. «Queste proposte - avverte il Segretariato italiano giovani medici - mettono a rischio l'intero percorso formativo medico. Infatti, l'accesso al Ssn per medici neoabilitati senza garanzia di alcun percorso formativo, seppure fornisce forza lavoro a costo minore, pone gli stessi giovani medici in una condizione professionale non adeguata e non in linea con quella dei loro coetanei europei che

dopo la laurea svolgono percorsi lavorativi tutelati e ben iscritti in contesti formativi adeguati». Intanto ieri a è slittato il tavolo politico proprio sul fronte formazione medica con l'incontro tra il ministro Giannini e quello della Salute, Beatrice Lorenzin.

La settimana parlamentare/ Manovra e Jobs act, sanità ancora in stand by

Restano ancora in stand by i Ddl in materia sanitaria all'esame del Parlamento. E con ogni probabilità sarà così fino all'anno prossimo. A dominare la scena saranno anche la prossima settimana Jobs act e manovra 2015, entrambi al voto della Camera. E poi destinati al voto del Senato.

Sotto il Jobs act e la legge di Stabilità 2015, niente. Almeno in materia sanitaria. Dopo il debutto di oggi in aula a Montecitorio, per la riforma del mercato del lavoro da lunedì inizia il rush che dovrà portare al voto entro mercoledì 26. Con la fiducia, se necessario. Il testo passerà poi in terza lettura al Senato per il varo definitivo, in attesa dei decreti delegati ormai in via di predisposizione al ministero del Welfare. Proprio al Senato, a quanto pare, dovrebbero arrivare le modifiche sui tagli alle regioni.

Il giorno dopo l'ok al Jobs act, giovedì 27, arriverà poi in aula la manovra, che nei giorni precedenti concluderà l'iter in commissione Bilancio. Anche la Stabilità dovrà essere trasmessa al Senato, che certamente la cambierà di nuovo. Col risultato di obbligare la manovra a una terza navetta verso Montecitorio, proprio sotto Natale, in un via vai di provvedimenti da ingorgo parlamentare classico.

Ddl Lorenzin al palo. Poco o quasi nulla in arrivo invece dalle due commissioni Sanità di Camera e Senato. A Montecitorio la XII commissione prosegue in sede referente l'esame della riforma del Terzo settore e in comitato ristretto della responsabilità professionale degli operatori sanitari. La commissione Igiene del Senato invece continua a occuparsi degli atti sulla legislazione comunitaria (Ema e medicinali veterinari) e dell'indagine conoscitiva sull'inquinamento ambientale. Il Ddl omnibus della ministra Lorenzin, non è neppure in calendario.

DOCTOR 33.IT

Ospedale condannato perché i Ps non dialogano, il rimedio sono standard di servizio

Impossibile rimediare al degrado delle strutture ospedaliere? In Italia il sospetto affiora leggendo alcune sentenze, spesso relative a ospedali grandi, indispensabili a una città o a una regione, condannati per inefficienze. Il punto più vulnerabile è spesso il Pronto Soccorso. Ma «nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza l'adozione di

requisiti minimi per ridurre il margine d'errore a volte può essere a costo zero e ridurre di molto il rischio», avverte Maria Pia Ruggeri, Segretario della Società italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza- Simeu, commentando la sentenza della IV Sezione della Corte di Cassazione numero 46336 del 12 novembre scorso - relativa a un paziente morto per emorragia dopo essersi recato in Ps ortopedico per una frattura (iniziale “codice verde”) e aver accusato dolori addominali solo successivamente. Inviato al Ps generale, l'utente non aveva trovato subito aiuto, ed era morto ma in sede di contenzioso la Suprema Corte, confermando la sentenza d'appello e ribaltando il 1° grado (dov'erano stati condannati anche i medici) ha affermato che il torto è solo della struttura e della sua scelta irrazionale di tenere distanti i Ps ortopedico e generale. Per Ruggeri «il fenomeno più legato a carenze assistenziali in emergenza è il sovraffollamento dei ps – spiega Ruggeri – in parte arginabile con un'organizzazione territoriale ben coordinata, e con standard strutturali ed organizzativi, linee guida utili a collocare attrezzature e personale (spesso già presenti in ospedale) là dove più servono. Questi standard già ci sono. Per i Pronti Soccorso Simeu e Federazione di medicina d'Emergenza Urgenza-Fimeuc li hanno emanati nel 2011, facendo riferimento al concetto di rete regionale, e rapportando i servizi –ad esempio - al fabbisogno di prestazioni, al bacino d'utenza, alla disponibilità di letti attrezzati; altri Simeu ne ha emanati nel 2010 per l'Osservazione breve intensiva. E sulla base di un altro nostro lavoro condotto con i cardiologi Anmco, a Roma è stata ridisegnata la rete delle Unità di terapia intensiva con un modello hub-spoke (servizio hi-tech come riferimento dei servizi di I livello, ndr). Non partiamo da zero». Per Bruno Andreoni, Direttore fino al 2008 della scuola di specializzazione in chirurgia d'urgenza dell'Università di Milano, e attuale responsabile Unità cure palliative Istituto Europeo di Oncologia, «la distanza tra pronti soccorso generale e specialistico è sicuramente un problema reale, tanto che per evitare problemi molti Pronti soccorso "generali" scelgono di trattare anche i pazienti ortopedici. Però, al di là delle responsabilità dei medici e della struttura, è la Regione ad accreditare i servizi, e nel caso in esame a non aver definito correttamente i requisiti minimi, individuando un lasso di tempo entro il quale la struttura sanitaria dovesse mettersi in regola. Rafforzando il ragionamento dei giudici, a rispondere dovrebbe essere il livello di controllo regionale, più che l'azienda».

Donne medico. Su allattamento e maternità gap tra dipendenti e convenzionate

Le donne medico convenzionate alzano la testa: il trattamento per la gravidanza e soprattutto per il dopo nascita discrimina chi è libera professionista. Pediatre e “generaliste”, come dottoresse di guardia e 118, non fruiscono dell'indennità di allattamento delle dipendenti e il Sindacato Medici Italiani ha ottenuto dall'Enpam una riunione, per valutare come porre la questione al tavolo della convenzione con sindacati e Sisac. Problemi analoghi per le più giovani: le aspiranti Mmg possono fruire dell'indennità messa a disposizione dall'Enpam per le “veterane”, ma il trattamento è molto distante da quello più “europeo” delle specializzande. Fimmg

Formazione pubblica ora un vademecum per tenere a bada almeno il mostro-burocrazia.

Maternità - «La titolare di convenzione oggi ha diritto a cinque mensilità, retribuite con un'indennità pari all'80% della media del reddito percepito negli ultimi due anni, per due mesi prima del parto più tre dopo, oppure un mese più quattro. Lo stesso trattamento spetta alle tirocinanti del triennio post-laurea, per una media di 800 euro circa al mese, in tutto 4700 euro lordi in cinque mesi. Ma per noi del triennio c'è anche una giungla burocratica da attraversare, dobbiamo sapere a chi consegnare i certificati di gravidanza e quando presentare quelli di riammissione al corso, nonché come suddividere i periodi di sospensione obbligatoria dal lavoro», spiega Christine Rolladin co autrice con Giulia Zonno dell'opuscolo “come organizzare una gravidanza durante il corso di formazione specifica in medicina generale (http://www.fimmgformazione.org/images/pdf/documenti/FIMMG_Formazione-Libretto_Gravidanza.pdf). «Diverso il trattamento della specializzanda: ha diritto alla paga da contratto di formazione per intero per un anno, sulla scia della dipendente». Allattamento – Per il periodo successivo, «la dottoressa convenzionata o tirocinante può chiedere l'astensione facoltativa dal lavoro fino a 6 mesi, non retribuita – dice Rolladin – invece possiamo recuperare il tempo di corso perduto e sono previste sessioni straordinarie per gli esami finali». Proprio sulle indennità d'allattamento Fabiola Fini, leader Smi per il 118, ha lanciato un appello, ripreso dal segretario del sindacato Pina Onotri in una lettera aperta all'Enpam, foriera a quanto pare di effetti immediati. Spiega Fini: «La legge 151/01 ben disciplina la maternità della dipendente, che ha la possibilità di una riduzione di orario di 2 ore al giorno, cumulabili nella giornata lavorativa, coperte dal Ssn (un'ora se il lavoro è part-time). Le due ore sono considerate permessi, per un arco di sei mesi e fino a 14 ore a settimana. In cinque anni si può godere massimo di tre permessi per complessivi 18 mesi. Le convenzioni di mmg e pediatri, cui pure la legge 151 fa riferimento, concedono in questo caso periodi di sospensione dal lavoro fino a un massimo di 6 mesi (articolo 18 comma 7) ma non sono considerati attività di servizio e le ore non sono retribuite dall'Asl». Fini avrebbe individuato dove agire per cambiare la situazione. «Ci vorrebbe una legge ma i tempi sono lunghi. All'articolo 99 dell'Accordo nazionale mmg si destina lo 0,72% (prima era lo 0,36%) in busta paga a titolo di contribuzione previdenziale ed assicurativa per rischi vari. La voce si potrebbe incrementare ancora, con una somma minima, per garantire alla collega d'assistenza primaria il pagamento del sostituto, e alle dottoresse pagate ad ore la riduzione d'orario». Un'ora in guardia medica è 40 euro lordi, le donne medico convenzionate in età fertile sono 15 mila, «ma solo una ben piccola percentuale sarebbe interessata ogni anno. Confidiamo che l'Enpam e tutta la medicina convenzionata si uniscano in questa battaglia di civiltà».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584