

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
30 APRILE 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **SASSARI** **Pazienti avvisati col recall** **Iniziativa dell'Aou per snellire il servizio delle liste d'attesa**

Le liste d'attesa rappresentano un tema caldo per la Sanità: la crescente domanda di prestazioni sanitarie fatica a trovare risposta in un'offerta a oggi condizionata dalle limitate risorse disponibili. Ma le liste d'attesa sono un fenomeno con caratteristiche di elevata complessità che deriva dall'interazione di fattori diversi, perciò un intervento volto al contenimento dei tempi di attesa, per essere efficace, deve tenere conto di tutte le variabili coinvolte. Il Servizio Cup dell'Azienda ospedaliero-universitaria sta lavorando su più fronti per ridurre i tempi di accesso alle prestazioni erogate dai propri ambulatori. Come primo step è stato recentemente attivato il Servizio di "recall" tramite il quale gli utenti prenotati vengono contattati un paio di giorni prima della visita come promemoria per l'appuntamento, un'iniziativa che inizialmente è stata riservata alla maggior parte delle prestazioni ambulatoriali ma che ora è attivo per tutte. Questo intervento nasce su richiesta di alcune strutture per il contenimento del fenomeno del Drop Out, ossia tutte le prenotazioni regolarmente raccolte dal Cup ma che non vengono eseguite per l'assenza di chi ha prenotato. Nella rilevazione che svolta dal 17 febbraio al 17 marzo è emerso che a fronte di 3.130 prenotazioni, si sono registrate 327 assenze, pari al 10,44% del totale.

### L'UNIONE SARDA

#### **SASSARI** **Asl, svolta nell'inchiesta sui viaggi con le auto blu** **Il pm chiude le indagini: nel mirino il manager Giannico**

Chiusa l'indagine sul presunto uso improprio dell'auto blu dell'Asl n.1 da parte del direttore generale Marcello Giannico. Il pubblico ministero ne ha dato avviso all'interessato che è quindi indagato per peculato. Il manager ha ora venti giorni di tempo per chiedere di essere sentito dal pm o per presentare elementi documentali a sua discolpa. Soltanto dopo questa fase l'inchiesta entrerà nella fase conclusiva che prevede il rinvio a giudizio o l'archiviazione delle accuse nei suoi confronti.

**LA VICENDA** L'inchiesta ha preso il via nel 2012. In un documento sul funzionamento della Asl i sindacati avevano attaccato Giannico segnalando anche il frequente utilizzo dell'auto blu per fini personali, non solo per motivi di servizio. Le indagini scattarono rapidamente. Il pubblico ministero diede incarico alla Guardia di Finanza di verificare la fondatezza della denuncia sindacale acquisendo il libretto di marcia dell'auto e altri documenti. Un membro del collegio dei revisori chiese a sua volta copia del libretto che gli venne consegnata con, a suo dire, segni di alterazione. Motivo che lo indusse a presentare una segnalazione alla Procura con allegato il documento. La notizia arrivò anche in consiglio regionale grazie a due interrogazioni presentate dal gruppo del Pd e da Francesca

Barracciu ma non venne mai discussa in aula.

Quasi paradossalmente nei giorni scorsi la Asl ha deciso di agire contro i "furbetti" - così sono stati definiti in conferenza stampa da Giannico e dal funzionario responsabile del servizio - che utilizzano l'auto aziendale al di fuori dell'orario di lavoro per fini personali. Ogni vettura sarà dotata di un dispositivo satellitare che registrerà la posizione, i chilometri, il percorso e i consumi. È una delle novità messe in campo dall'azienda sanitaria sassarese per tagliare costi inutili e ridurre le spese a carico dell'amministrazione.

**RIVOLUZIONE** Una vera e propria rivoluzione che vede anche il rinnovo completo del parco auto di servizio, con la riduzione del numero delle macchine di proprietà a vantaggio di quelle a noleggio. Numeri alla mano significa un notevole risparmio di quasi 100 mila euro l'anno. Nel 2012 la spesa ammontava infatti a circa 1 milione 83 mila euro.

## **SARDEGNA Regione, quanto ci costi? Più di 3700 euro a testa** **Notevole la spesa per la sanità, che incide per il 65,4 per cento**

Quanto costa l'Autonomia? Quanto pagano i sardi per tenere accesa la macchina regionale e oliare i meccanismi che muovono gli ingranaggi spesso arrugginiti di aziende pubbliche, Enti, Agenzie e Organismi regionali?

La regione Sardegna nel 2012 è costata (spesa corrente) 3.728 euro per abitante, neonati compresi. Più della Sicilia e del Friuli Venezia Giulia, meno di Trento e Bolzano e della Valle d'Aosta. Ma sui sardi pesa come un macigno la sanità, interamente a carico.

Se, spiega l'Unione Province d'Italia in un dossier dedicato, la media di costi delle Regioni a Statuto Ordinario è di 426 euro a cittadino, le Regioni a Statuto Speciale pesano per oltre 4.960 euro. E nel rapporto di gestione del bilancio 2012 della Regione Sardegna si capisce a cosa sia dovuta tanta differenza. I trasferimenti correnti sono la voce più pesante, oltre 5 miliardi nel 2012, ma va detto subito che la cifra comprende le spese effettuate in ambito sanitario: la sanità pesa infatti sul bilancio regionale per il 65,40%. Ci sono poi i trasferimenti in conto capitale, cioè gli investimenti (oltre 499 milioni) e i costi di funzionamento della macchina regionale.

**PROVINCE E COMUNI** Per capire a cosa corrispondano gli oltre 3700 euro pagati da ogni sardo per la spesa corrente (gestione dell'anno) della regione Sardegna, è necessario radiografare ogni voce in uscita. Come detto, la parte del leone la fa la sanità, interamente a carico dei sardi. Oltre 3 miliardi dei 5 circa di trasferimenti correnti riguardano appunto le risorse erogate a vario titolo ad aziende sanitarie e ospedali per il loro normale funzionamento. E Alessandro Spano, docente di economia aziendale e public management all'università di Cagliari ed esperto del funzionamento della Pubblica Amministrazione, lo precisa subito: «La sanità assorbe una notevole quantità di risorse ma parlare di peso eccessivo della sanità può essere sbagliato perché i costi si calcolano in base ai servizi erogati. Nel caso della Sardegna però, andando a vedere, per esempio, i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie si scopre che la sanità ha un costo che non sempre è controbilanciato con servizi di qualità». Ai Comuni, alle Unioni dei Comuni e alle Comunità montane sono andati quasi 820 milioni mentre le Province, oggetto di referendum ma sempre terreno di scontro, sono costate oltre 121 milioni.

**ENTI E AGENZIE** La giungla di Enti, agenzie e via dicendo è fitta. Sono oltre 30, è noto. Sapere però che l'Ente Foreste è costato (si parla sempre di spesa corrente, non di investimenti) quasi 155 milioni fa un certo effetto. Ad Agris e Laore sono andati rispettivamente 30 e 28 milioni, all'Argea, agenzia per la gestione e l'erogazione degli aiuti in agricoltura oltre 13 e all'Istituto Zooprofilattico circa 24. I sardi hanno fatto i conti con

l'Arpas: 23 milioni e mezzo. Mentre l'Ente acque della Sardegna è costato quasi 15 milioni. Sappiano, gli studenti universitari di Cagliari, che nel 2012 hanno contribuito al funzionamento dell'Ente regionale per il diritto allo studio, l'Ersu, con quasi 14 milioni. Meno spese al Nord, se per sfamare l'Ersu di Sassari (ma gli studenti universitari sono molti di meno) sono serviti 7 milioni e mezzo. Tra i nove consorzi di bonifica, quello della Sardegna meridionale ha ricevuto oltre 6 milioni e mezzo.

**IMPRESE PUBBLICHE** Complessivamente, a Enti, agenzie e organismi regionali, sono andati oltre 440 milioni. I trasferimenti alle imprese pubbliche si sono invece assestati a 154 milioni circa. La Sfirs, la finanziaria regionale, ha avuto 50 milioni, l'Arst 17, la Saremar è costata 10 milioni. Sono solo tre delle oltre 25 imprese pubbliche sovvenzionate.

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

#### **Università. La proposta del Ministro Giannini: “Abolire il test d'ingresso di medicina”**

*E passare al “modello francese”. Ovvero un primo anno aperto a tutti con sbarramento finale, se lo studente passa gli esami si iscrive al secondo anno, altrimenti è fuori. A dirlo la ministra Giannini oggi in audizione in Senato, ribadendo l'intenzione del governo di mettere mano, in tempi rapidi, ai test per l'accesso a Medicina.*

“Il modello che stiamo valutando è quello adottato in Francia, ma non solo, che implica l'immissione al primo anno (quando ci sono esami teorici) di tutti i possibili iscritti e una successiva selezione molto rigorosa”. Così la ministra dell'Istruzione, **Stefania Giannini**, oggi in Commissione nella sua replica in commissione Istruzione pubblica a Beni culturali del Senato ribadendo l'intenzione del Governo di mettere mano ai test per l'accesso a Medicina assicurando tempi rapidi.

Giannini al Senato ha sostanzialmente ripetuto quanto già sostenuto oggi sul Corriere della Sera quando ha riconosciuto che “il bilanciamento tra fabbisogno di camici bianchi e numero di laureati è sacrosanto. Ma non è detto che il sistema dei test a risposta multipla sia il migliore”. La Ministra ha poi spiegato che “non è che così passare diventa più facile. Semplicemente si spalma la valutazione della prova di un singolo giorno, ai risultati di un anno intero di studio”.

Dunque l'esecutivo, “sta valutando – ha aggiunto Giannini in Senato – i punti deboli dell'attuale meccanismo selettivo”. Tuttavia per la ministra la programmazione e il bilanciamento tra i posti disponibili del sistema sanitario e l'immissione di potenziali medici è un fattore che ha migliorato enormemente la situazione in Italia. Resta però la necessità di correggere il meccanismo di selezione. Infatti: “Da questo a dire che il destino si debba giocare su 60 domande di un test a risposta multipla, ecco non sono del tutto convinta che sia questo lo strumento migliore”. Giannini ha infine ammesso che trovare una soluzione richiede un grande impegno. “Si deve garantire – ha concluso – che ci siano strumenti che non facciano sì che come accade ora ci si iscrive a Biologia per passare a Medicina e che non aprano la porta a possibili ricorsi. Stiamo lavorando per trovare un equilibrio corretto tra le diverse esigenze”.

## **Dirigenza Ssn. Anche per gli amministrativi servono aree specifiche**

*Fedir Sanità, Direr e Unadis condividono la richiesta dei sindacati medici, veterinari e sanitari. "Bisogna distinguere il ruolo sanitario da quello amministrativo e gestionale". Inviata una lettera a Lorenzin e Montaldo per chiedere la modifica del dec. Leg.vo 150/2009. LA LETTERA.*

Fedir Sanità, Direr e Unadis sono “perfettamente d’accordo” con medici e sanitari e condividono la lettera di ANAAO ASSOMED - CIMO - ASMD AAROI - EMAC - FVM - FASSID - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI, rispetto alla “necessità che nell’ambito della riforma della dirigenza pubblica si tenga conto dell’assoluta peculiarità che contraddistingue la dirigenza sanitaria del Ssn dalla dirigenza tecnico amministrativa delle regioni, del Ssn e dello Stato”, rappresentata appunto da Fedir Sanità, Direr e Unadis.

“I sindacati – spiegano in una nota congiunta - da tempo sono convinti che bisogna distinguere il ruolo sanitario da quello amministrativo e gestionale e, per questo motivo, dopo avere già scritto al premier Renzi, oggi hanno inviato una specifica lettera sul tema al ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** e al presidente del comitato di settore **Claudio Montaldo**”.

“La dirigenza sanitaria, quindi professionale (cioè la massima parte dei 120.000 dirigenti medici, veterinari, biologi, chimici, psicologi e farmacisti) - affermano il segretario di Fedir, **Antonio Travia**, di Direr, **Silvana De Paolis**, e di Unadis, **Barbara Casagrande** - dedita alle attività di cura, assistenza e prevenzione, ha problematiche tutte inerenti orari di lavoro, straordinario, turnazione, libera professione. Le funzioni di tale dirigenza sono rigorosamente previste da norme e protocolli. La dirigenza tecnico/amministrativa, tutta gestionale, ha invece il compito specifico del corretto ed efficace utilizzo di risorse e procedimenti, non ha né orari di lavoro né libera professione e per il suo status sono fondamentali l’incarico dirigenziale e le funzioni che ne fanno parte. Anche requisiti e modalità di accesso al profilo sono nettamente distinti per le due dirigenze così come il trattamento fondamentale ed accessorio di stipendio”.

Per i due sindacati della dirigenza amministrativa “non è possibile tenere le due dirigenze in un’unica area contrattuale, obbligandole a confrontarsi in un unico tavolo di discussione che vede insieme professionalità che hanno poco in comune tra di loro ed esigenze diverse”.

Anche secondo Fedir, Direr e Unadis è dunque necessario “creare aree autonome di contrattazione per la dirigenza professionale e per la dirigenza gestionale”.

## **Codice Deontologico. Aaroi Emac: “Il testo va modificato. Nessuna fuga in avanti sulle vigenti disposizioni di legge e Ccnl”**

*“È essenziale quindi che le disposizioni del nuovo Codice deontologico mantengano al centro dei loro obiettivi gli aspetti etici”. Parte da qui l’elenco delle richieste di modifica al testo, che sarà presentato a maggio, inviate dal sindacato degli anestesisti alla Fnomceo.*

È essenziale che le disposizioni del nuovo Codice deontologico mantengano al centro dei

loro obiettivi gli aspetti etici e non prefigurino alcuna fuga in avanti rispetto alle vigenti disposizioni di legge e ai contratti collettivi nazionali di lavoro, soprattutto in tema di responsabilità professionale.

Le prescrizioni diagnostico-terapeutiche devono essere di esclusiva competenza del medico non pertanto opportuno che il Codice deontologico si sostituisca a regole di sistema, e/o a norme di legge e nel contempo lasci ricadere sul singolo medico eccessive prerogative e responsabilità.

No all'obbligo assicurativo, irrazionale e non previsto dalla legge, con un vincolo a fornire gli estremi di polizza assicurativa ai pazienti. Sulle dichiarazioni anticipate di trattamento ci si deve limitare a vincolare il medico unicamente negli ambiti di quanto previsto dalle vigenti leggi.

Sono queste alcune delle osservazioni al nuovo codice deontologico messe nero su bianco dall'Aaroi-Emac che [in un documento](#) inviato alla Fnomceo chiede alcune modifiche [al testo in via definizione](#).

“Come è noto – ha affermato **Alessandro Vergallo**, Presidente dell'Aaroi-Emac – il Codice, al quale i medici devono uniformare il proprio comportamento professionale, è un corpo di regole ‘ordinamentali’, che anche se non rappresentano una fonte primaria di diritto, una volta approvate possono essere un’arma a doppio taglio, anche in tribunale. Per reciproche interazioni e influenze tra norme di legge, deontologia, e profili di responsabilità – sostiene il Presidente Aaroi-Emac – esse possiedono inevitabilmente valenze concrete e plurime sull’esercizio dell’attività professionale, non solo nell’ambito medico-legale, ma, a monte, anche nell’organizzazione del lavoro.

Tutto ciò viene ancor più amplificato qualora e laddove la professione degli iscritti ad un Ordine viene esercitata nel contesto sanitario, e soprattutto negli ospedali, dove si svolge in equipe multi-professionali: a questo proposito – ha aggiunto Vergallo – come in altre occasioni, pare che gli estensori del nuovo Codice di deontologia medica, in alcuni passaggi, ne abbiano tenuto conto unicamente nella prospettiva di non ostacolare le aspirazioni professionali di altre categorie”.

**Tra le principali osservazioni**, l'Aaroi-Emac interviene sulle Prescrizioni diagnostico-terapeutiche (art. 13), rivendicando l'esclusiva competenza del medico, così come la sua autonomia e la sua responsabilità nel rispetto delle normative in materia, non ritenendo opportuno che il Codice deontologico si sostituisca a regole di sistema, e/o a norme di legge, ma nel contempo lasci ricadere sul singolo medico eccessive prerogative e responsabilità.

**Rispetto alle Medicine non convenzionali** (Art. 15) la posizione dell'Associazione è di rendere più esplicito, anche in questo settore, il divieto di favorire soggetti diversi dai medici nelle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Sul successivo articolo 16, dedicato ai **Trattamenti diagnostico-terapeutici**, l'Aaroi-Emac richiede che le risorse umane necessarie alle cure sanitarie non siano ricondotte forzatamente alla “disponibilità” e allo “spirito di sacrificio” del singolo medico, e che favoriscano un’individuazione condivisa, da parte dei medici e dei pazienti, delle rispettive autonomie di scelta e di responsabilità.

**E proprio sul rapporto medico/paziente** (art. 20 - Relazione di cura), viene richiamata la necessità di una reciproca fiducia, basata sul mutuo rispetto dei valori di entrambi, e su un’informazione bilateralmente comprensibile e completa, da una parte sullo stato e sulle aspettative di salute, dall’altra sulle possibilità di cura.

**Relativamente alla Competenza professionale** (art. 21), a garanzia della sicurezza delle

cure, si sottolinea la necessità che il medico non debba assumersi compiti che non sia legittimato a svolgere in base alle proprie competenze specialistiche, oltre che professionali in senso più lato.

Sugli articoli che richiamano, rispettivamente, obblighi vari di segnalazione, esercizio dell'obiezione di coscienza nelle sue varie forme, tutela dei soggetti fragili e dei minori, nonché in relazione all'art. 38 (Dichiarazioni anticipate di trattamento), l'Aaroi-Emac richiede, per opportuna prudenza, che il Codice deontologico si limiti a vincolare il medico unicamente negli ambiti di quanto previsto dalle vigenti leggi.

Rispetto agli articoli che richiamano **il consenso informato**, viene sottolineata la necessità di chiarire meglio le modalità obbligatorie di consenso, dato che se ne parla in modo frammentario e diversificato (consenso, consenso scritto, consenso scritto e sottoscritto), con ciò rischiando di generare una pericolosa confusione.

**L'Associazione contesta inoltre l'art. 54**, che vorrebbe introdurre anche per i medici dipendenti, equiparandoli ai liberi professionisti, un obbligo assicurativo, irrazionale e non previsto dalla legge, con un vincolo a fornire gli estremi di polizza assicurativa ai pazienti che per tramite delle Strutture Sanitarie pubbliche e private convenzionate si affidano alle loro cure.

Le ultime due osservazioni riguardano i **Rapporti con il medico curante** (art. 59), laddove, per evidenti motivi di continuità e di sicurezza delle cure, viene richiesto un vincolo reciproco di informazione sanitaria tra medici ospedalieri e colleghi del territorio, e i **Rapporti con le Strutture Sanitarie pubbliche e private** (art. 68), con la richiesta di estendere anche ai medici dipendenti di Cliniche Private convenzionate il divieto di comportamenti che possano favorire la libera professione a pagamento, qualora tali comportamenti fossero finalizzati indebitamente e scorrettamente a scoraggiare i pazienti dall'affidarsi a prestazioni analoghe, ma garantite dal Ssn pubblico.

## DOCTORNEWS33

### Abolizione del test medicina: la proposta del ministro accende il dibattito

Abolizione del test di medicina con introduzione del modello francese, ossia primo anno aperto a tutti con sbarramento finale e accesso al secondo anno solo dopo aver passato gli esami. Ad annunciare per la prima volta una possibilità di questo tipo il ministro dell'Istruzione Stefania Giannini che pur riconoscendo la necessità di bilanciare tra fabbisogno di camici bianchi e numero di laureati, sottolinea come non sia detto che «il sistema dei test a risposta multipla sia il migliore». L'idea sarebbe quella di spalmare la valutazione della prova di un singolo giorno, ai risultati di un intero anno di studio. Un'idea che preoccupa non poco il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco che si domanda «Chi si fa carico di tutti gli studenti che dovrebbero “saltare” dopo il primo anno?». Ma le criticità non finiscono qui per Bianco che sottolinea come non esista lo strumento perfetto. «Tutto è perfetibile» spiega «ma bisogna evitare di optare per un rimedio peggiore del male. Un fatto è certo» continua «il numero programmato è indispensabile, e lo stesso ministro lo riconosce, ciò premesso, come può l'Università accogliere un simile bacino di utenza e comunque su che base si effettuerebbe la selezione?». Il presidente della Fnomceo,

peraltro, non nega la necessità di avvicinare la selezione a principi di trasparenza e affidabilità maggiori. Ma come? «Un'ipotesi potrebbe essere quella di introdurre negli ultimi due anni di scuola superiore materie e attività di orientamento per rivelare attitudini degli studenti. Un accumulo di crediti che costituiscono patrimonio di punteggio per chi si sottopone alla selezione. Ma il punto resta lo stesso» conclude Bianco «lo strumento perfetto non esiste e non bisogna dimenticare che oltre al diritto allo studio esiste il diritto al lavoro». Di diverso avviso Giuseppe Remuzzi, coordinatore delle ricerche dell'Istituto Mario Negri, che aveva già auspicato nel settembre scorso intervistato da DoctorNews un modello francese. «L'idea è molto buona» ribadisce Remuzzi «anche se ammettere tutti è effettivamente difficile. Si potrebbe pensare a una prima selezione sulla base del voto al liceo, che, va da sé» aggiunge l'esperto «non dovrebbe essere troppo disomogeneo sul territorio. Peraltro ci sono indagini che hanno evidenziato come il voto di maturità sia legato al voto degli esami universitari». Per fare una preselezione Remuzzi propone, al posto dei quiz anche una pagina scritta dai candidati. «Una sorta di autopresentazione» sottolinea «in cui spiegano chi sono e perché si vogliono iscrivere a medicina. In più potrebbe essere utile anche un colloquio personale, perché è importante anche “vedere” il candidato. Dopodiché al termine del primo anno la selezione sarà fatta sulla base dei risultati degli esami. Una evidente semplificazione burocratica» conclude «ma anche un minor rischio di perdere potenziali medici sulla base delle risposte a un quiz».

## **Decreto Irpef, aliquota del 26% penalizza Enpam**

Assegni pensionistici per i professionisti ridotti di circa il 12%. È questa, secondo la denuncia di Andrea Camporese, presidente Adepp, l'associazione che riunisce gli enti previdenziali privati, la conseguenza dell'aumento dell'aliquota sulle rendite finanziarie contenuto nel cosiddetto decreto Irpef (66/2014), licenziato dal Governo, per coprire il taglio alla tassazione per le imprese. Una aliquota che era già stata alzata dal 12,5 al 20% con l'ultima manovra Tremonti e che aveva già determinato una riduzione sulle prestazioni stimata intorno all'8%. E che ora, con i nuovi provvedimenti, arriva al 26%, con un impatto per le casse, tra cui l'Enpam e l'Enpaf, e di conseguenza per i professionisti, pesante: già «l'attuale tassazione delle rendite del 20%» denuncia Camporese «costa alla previdenza privata circa 450 milioni. Ma con l'aliquota al 26% si sale a una riduzione delle prestazioni attese di circa il 12%» e un maggiore contributo stimato da alcuni quotidiani economici in circa 100 milioni. Con per di più una beffa: Enpam e Enpaf, insieme alle altre casse dei professionisti, a seguito della riforma Fornero, hanno dovuto rivedere la governance e assicurare la sostenibilità dei conti a 50 anni. «Le Casse previdenziali» continua Camporese «vengono trattate alla stregua di fondi speculativi, quando invece il nostro compito è quello di creare e far rendere la pensione di due milioni di professionisti». Con le nuove misure «anche per le Casse, si mette in atto una gravissima lesione del diritto, per gli iscritti, a essere considerati uguali agli altri cittadini italiani ed europei, dato che chi versa all'Inps (istituto in passivo strutturale che quindi non paga imposte sulle plusvalenze) non è soggetto ad alcuna tassazione». Una situazione per altro tutta italiana, visto che «in Europa chi è iscritto alle Casse private ha una tassazione compresa tra lo zero e il tre per cento». Così l'Enpam, che con 355mila iscritti attivi e 90mila pensionati è il più grande istituto, ha un patrimonio del valore di 15 miliardi di euro e, stima il suo presidente Alberto Oliveti, secondo quanto riportato da un articolo di Affari e finanza, il costo delle nuove aliquote sarà compreso tra 20 e i 30 milioni l'anno. E se è vero che si tratta di casse private, ricorda ancora Oliveti, sono pur sempre istituti di interesse pubblico che offrono anche una serie di

servizi di welfare non garantiti dallo Stato, come per esempio il credito per i giovani o la copertura dei rischi da responsabilità civile. Per questo la richiesta partita anche dagli ordini è che il decreto venga modificato durante l'iter di conversione in Parlamento, anche se non sarà facile trovare una copertura alternativa per l'entrata garantita dalla nuova aliquota.

## **Informatizzazione, medici italiani ok malgrado siano i più vecchi d'Europa**

Il 97% dei medici di famiglia europei usa il pc e il 93% archivia le schede assistito in rete. Ma il commissario europeo all'agenda digitale **Neelie Kroes**, guardando i dati dello studio Benchmarking Deployment of eHealth among GP II su 9 mila mmg di 31 paesi, sprona a fare di più. Tra i motivi di disappunto del politico, che viene da un'Olanda dove l'83% di tutti i medici condivide online le cartelle cliniche, il fatto che solo il 48% dei medici ospedalieri co-gestisca i documenti clinici su web con mmg e che solo il 10% visiti online. Inoltre, forme di protezione dati più avanzate come la firma elettronica riguardano il 30% circa del campione e solo il 65% dei medici ha Adsl o banda larga. Tra i motivi per cui non si decolla, per l'indagine, la mancanza di incentivi al medico che si informatizza lamentata dall'80% del campione e l'insufficiente preparazione informatica (72%), e i gestionali dei medici che non si interfacciano tra loro (70%). I dati Ue confermano in parte quelli dell'inchiesta di Fimmg (marzo 2013) su 1047 medici che spediscono online i certificati di malattia nel 97% dei casi, e tengono schede assistito informatizzate nel 95%, più della media europea; l'italiano nel report di Francisco Lupianez Villanueva e Cristiano Codagnone, usa routinariamente i dati contenuti nelle schede del gestionale e invece non ha nel 30-50% dei casi i referti dai laboratori. «In Italia sta già avvenendo un miracolo. I mmg sono i più vecchi d'Europa: sopra i 55 anni per il 68%, realizzano performance tra le migliori del continente», sottolinea **Paolo Misericordia** responsabile Fimmg per l'informatica. «La nostra indagine – prosegue Misericordia- sfata il mito secondo cui il medico italiano non si informatizzi come si deve perché vuole incentivi; noi siamo molto interessati a situazioni che ci facciano crescere e semplifichino il lavoro (84%) con applicazioni affidabili e sicure (92%)». «Ad allontanarci dalla telemedicina – continua Misericordia - sono la complessità d'uso (26% delle risposte) e il poco tempo (30%), molto meno motivi economici. Servono iniziative di sistema. Con Federsanità Anci, Fimmg ha creato Netmedica rete sicura di gestione dei dati sanitari, leggibile a tutti i gestionali e rivolta a tutti i medici di famiglia, non relegata al territorio di singole regioni, con un programma capace di estrarre dati epidemiologici ed elaborarli in automatico senza che lo debba attivare di volta in volta il medico. Netmedica sta coinvolgendo i 4 mila medici campani reclutati nell'ambito del progetto Diabete, ma per farla partire a livello nazionale aspettiamo che la firma dell'accordo nazionale apra alle aggregazioni funzionali, gruppi di 10-20 medici che avvieranno le reti per lo sviluppo del network. Ma attendiamo anche più banda larga e norme per rendere sicura anche legalmente la navigazione. Le recenti linee guida ministeriali di telemedicina ci stanno dando una mano. Solo 5 anni fa, quando il ministro Brunetta promosse la radiazione per il medico che non visiti il paziente nel redigere il certificato di malattia, di visitare online non era semplice parlare».

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Università, più posti alle specializzazioni mediche: il ministro Giannini al Cun**

Aumento dei posti per le specializzazioni mediche, riprogrammazione del fondo di finanziamento delle università, semplificazione per quanto riguarda l'abilitazione scientifica nazionale. Il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, si è impegnata a lavorare in queste direzioni durante l'incontro avuto ieri con i componenti del Consiglio universitario nazionale. Lo riferisce lo stesso Cun che ha sottoposto al ministro le proposte di revisione di diversi temi che riguardano le università italiane.

Durante la riunione - riferisce una nota del Consiglio - sono state accolte dal Ministro diverse proposte.

#### **Abilitazione scientifica nazionale**

Non ci sarà una riapertura della seconda tornata 2013-2014 ma nella fase successiva. Il Ministro - rileva la nota - appoggia le semplificazioni proposte dal Cun, in particolare l'instaurarsi di un meccanismo più semplice e continuo di valutazione dei curricula, la formazione di commissioni con membri che vengono sostituiti a varie scadenze e la rivisitazione dello strumento delle mediane perchè sono poco rispondenti alla realtà di produzione scientifica dei diversi settori. Si sta lavorando per mettere in sicurezza le abilitazioni già effettuate. Sono quasi 1.000 i ricorsi sulle procedure già espletate e molti sono stati accolti dal Tar.

#### **Reclutamento professori e progressioni di carriera**

Il ministro Giannini ha anticipato - prosegue la nota - che dopo la prima settimana di maggio è previsto un incontro con il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan, per la riprogrammazione del fondo di finanziamento ordinario (Ffo) e per cercare di sbloccare il blocco del turnover dei docenti che mette a rischio il sistema di insegnamento e di ricerca delle nostre università. Il Ministro si è detto pronto anche a modificare la misura dei punti organico per calcolare le nuove assunzioni e i passaggi di fascia dei docenti in un'ottica di programmazione e responsabilità finanziaria degli atenei.

#### **Scuole di specializzazione area medica**

Il ministro Giannini si è detta pronta, secondo quanto riferisce il Cun, a ripensare l'assetto delle scuole di specializzazione. Il dicastero di viale Trastevere si sta impegnando per trovare le risorse necessarie: con 40 milioni di euro in più si può tornare ai livelli dei 5.000 contratti esistenti negli anni precedenti.

#### **Rapporto tra medicina universitaria e Ssn**

L'area di medicina del Cun proporrà linee guida al Ministro sul rapporto fra Medicina universitaria e il Sistema sanitario nazionale al fine di rendere omogenei su scala nazionale gli accordi fra università e aziende ospedaliere di riferimento, superando i particolarismi locali.

### **Medicina: dal 2015 possibile addio al test di ingresso. Il ministro Giannini lavora alla riforma**

I 5mila aspiranti "camici bianchi" che sosterranno oggi la prova d'accesso ai 232 posti di Medicina in lingua inglese potrebbero essere i penultimi studenti italiani a fronteggiarsi con i tanto criticati test d'ingresso. Il 3 settembre toccherà ai loro colleghi delle Professioni sanitarie e poi si cambierà.

Dal 2015/2016 il quiz a risposta multipla potrebbe essere sostituito da una selezione sul modello francese: primo anno aperto a tutti e scrematura a partire dal secondo sulla base del curriculum. A confermarlo è stata ieri da Foggia la ministra Stefania Giannini.

Intervenendo in un'iniziativa dell'ateneo locale la responsabile dell'Istruzione ha commentato così le polemiche (e i ricorsi) che hanno accompagnato gli ultimi quiz a Medicina: «Non sono del tutto convinta che le 60 domande di un test a risposta multipla debbano e possano essere il migliore strumento per misurare questa selezione». Rivelando di aver già incaricato il capo dipartimento Università di «condurre una relazione attenta sulla cosiddetta modalità francese».

In particolare, il sistema transalpino prevede che il primo anno sia comune agli studi di Medicina, Farmacia, Odontoiatria ed Ostetricia. E soprattutto non contempla una prova di pre-iscrizione, come da noi, ma un concorso con numero chiuso - superato in media dal 15-20% degli studenti - da svolgersi nel corso del primo anno suddiviso in due parti: la prima alla fine del primo semestre (verso dicembre/gennaio); la seconda alla fine del secondo semestre (verso maggio). Ovviamente su materie che hanno costituito fin lì l'oggetto del corso di studi.

Nel trasferire quel modello in Italia il ministero - che sta approfondendo il dossier proprio in questi giorni - potrebbe però imboccare un'altra strada. Fondata cioè su una selezione in base al curriculum del primo anno e quindi in base all'esito e alla regolarità con cui sono stati svolti gli esami. I criteri saranno approfonditi nelle prossime settimane; al momento di sicura c'è solo l'intenzione di voler cambiare pagina sul numero a chiuso. Partendo da Medicina e magari estendendo l'esperimento agli altri corsi di laurea e laurea magistrale a ciclo unico ad accesso programmato a livello nazionale come Architettura, Veterinaria e Professioni sanitarie.

Sul fronte università non è questo l'unico fronte aperto dal Miur: sempre per medicina - dove un recente decreto ha rivisto le modalità di accesso alle specializzazioni con il passaggio dalle prove locali al concorso nazionale - presto dovrebbe arrivare un altro provvedimento che punterà a riorganizzare classi, tipologie e durata dei corsi, riducendone in alcuni casi la durata per allinearsi al resto dell'Europa. Senza dimenticare il dossier più importante e delicato: quello dell'ennesima revisione dell'accesso alle cattedre universitarie con una riforma dell'abilitazione nazionale prevista dalla legge Gelmini. Per ora il ministero sta monitorando quanto accaduto con la prima tornata di abilitazioni su cui sono piovuti già centinaia di ricorsi con prime sentenze del Tar e ordinanze del Consiglio di Stato. L'idea è di far concludere prima la seconda tornata appena iniziata e poi intervenire prendendo spunto questa volta dal modello spagnolo, come anticipato dallo stesso ministro in un'intervista al Sole 24 Ore dell'11 aprile scorso.

**Medicina. Secondo i risultati dei test restano 1.400 posti "scoperti" al Sud**

Per il "verdetto finale" bisognerà attendere le graduatorie ufficiali che arriveranno a settembre, ma il Nord ha registrato i risultati migliori nel test di ingresso di Medicina, soprattutto a Padova, che si aggiudica la palma dell'Ateneo ospite del miglior quiz svolto. Al Centro-Sud, invece, gli scarsi risultati ottenuti dai partecipanti ai test hanno lasciato scoperti ben 1400 posti, che saranno occupati probabilmente dagli studenti "prenotati" particolarmente brillanti che non sono però riusciti a guadagnarsi il posto della prima sede scelta.

È quanto emerge da una ricognizione fatta da Skuola.net, resa nota dall'Ansa, sito dedicato agli studenti. Dati i migliori punteggi dei ragazzi che hanno scelto il Nord come prima base, è probabile che saranno proprio molti di loro a rubare il posto agli iscritti al test delle regioni del Sud.

### **Medicina: 1.400 posti liberi al Sud**

Dopo le polemiche sul numero chiuso e sulle difficoltà di entrare a medicina per l'enorme numero di iscritti al test rispetto ai posti disponibili, ecco la sorpresa: i risultati al Sud e al Centro-Sud sono stati talmente scarsi che saranno ben 1400 i posti in esubero assegnati ai ragazzi "prenotati" di altre sedi, cioè quelli che, non essendo riusciti a iscriversi alla prima sede scelta, sono comunque entrati in graduatoria per una seconda preferenza grazie all'alto punteggio in scala nazionale.

Sempre ammesso che tra le seconde preferenze abbiano scelto una delle sedi "scoperte". In parole povere, il numero degli iscritti che hanno passato il test di alcune Università del Mezzogiorno è minore rispetto al numero dei posti disponibili, che verranno prontamente "scippati" dai ragazzi di altre sedi. Per sapere con certezza dove sia possibile iscriversi, comunque, si dovrà aspettare la graduatoria nazionale ufficiale che verrà pubblicata il prossimo 30 settembre.

### **I casi di Napoli, Bari, Parma e Siena**

Anche alcuni celebri atenei del Meridione hanno attratto le "eccellenti" aspiranti matricole italiane: alla Federico II di Napoli e all'Università di Bari, tutti i posti sono occupati dai ragazzi che hanno scelto le due sedi come prima scelta, e anzi alcuni di essi dovranno spostarsi per esaurimento di posti. Allo stesso modo, alcuni atenei molto rinomati del Centro-Nord, come quello di Parma e di Siena, hanno registrato un bel flop e gli iscritti al test hanno lasciato scoperti ben 98 posti nel primo caso e addirittura 150 nel secondo, magari proprio a vantaggio di alcuni studenti "prenotati" di Napoli e Bari, invertendo la rotta.

### **Fuga dal mezzogiorno**

Gli studenti che hanno svolto il test negli atenei dai risultati più brillanti, concentrati soprattutto al Nord Italia, non sono tutti residenti nella stessa regione: il dato che da tempo è una realtà, è quello della tendenza dei ragazzi del Mezzogiorno a spostarsi nelle regioni del Settentrione per studiare: è verosimile quindi che molti di essi abbiano svolto il test nelle regioni risultate "eccellenti".

### **Le "migrazioni" secondo Alamalaurea**

Il recente rapporto AlmaLaurea sui fuori sede nella penisola rende noto che nel 77,7% degli studenti Lucani, il 62,4% dei Molisani, il 43,7% dei Calabresi, per dirne alcuni, ha scelto lo scorso anno di fare il proprio percorso di studi in una città diversa dalla propria, mentre pochissimi sono i ragazzi dell'Emilia Romagna (14%), Toscana (12,4%), Lazio (10,4%) e Lombardia, minor esportatrice di studenti con solo il 9%, che si trasferiscono.

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584