

# RASSEGNA STAMPA

## DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

### DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

VENERDI' 3 APRILE 2015

#### SOMMARIO

##### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Ecco la manovra sulla sanità.** Ormai definiti i tagli per il 2015. **Colpiti beni e servizi, dispositivi medici, specialistica, riabilitazione, cliniche private, personale e farmaceutica.** Ok definitivo dopo Pasqua
- ❖ **Pubblicità sanitaria. Tar Lazio conferma linea Agcom: via i limiti previsti dal Codice deontologico.** Dimezzata la multa alla Fnomceo

##### SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Università. Il test di medicina si svolgerà l'8 settembre.** Il 4 quello sulle professioni sanitarie

##### DOCTOR 33. IT

- ❖ **Trattativa Fimmg-Sisac: Milillo non fa passi indietro sullo sciopero**
- ❖ **DIRITTO SANITARIO Irap e medicina di gruppo.** Dubbi interpretativi al vaglio delle Sezioni Unite

## QUOTIDIANO SANITA'.IT

**Ecco la manovra sulla sanità. Ormai definiti i tagli per il 2015. Colpiti beni e servizi, dispositivi medici, specialistica, riabilitazione, cliniche private, personale e farmaceutica. Ok definitivo dopo Pasqua**

*Lavori febbrili alla vigilia di Pasqua per l'intesa definitiva sui tagli alla sanità per il 2015. Tra beni e servizi e dispositivi medici risparmi per quasi 1,5 miliardi. Poi altri 195 da tagli alle prestazioni specialistiche e di riabilitazione inappropriate. Altri 10 milioni dal taglio dei ricoveri nelle cliniche con meno di 40 letti e 68 milioni in meno dalla riduzione dei "primariati" nelle strutture semplici e complesse. E infine 545 milioni per la farmaceutica tra prezzi di riferimento, scadenza brevetti e diminuzione del fondo per territoriale e ospedaliera (ma i tetti non saranno toccati).*

Appare ormai vicina l'intesa tra Governo e Regioni su come e dove ridurre di 2,352 miliardi il Fondo sanitario 2015 (2 miliardi in meno per le Regioni ordinarie e 352 milioni per quelle a statuto speciale), cui si aggiungono i 285 milioni di finanziamenti

in meno per l'edilizia ospedaliera. I lavori sono ancora in corso e l'intesa potrebbe arrivare subito Pasqua.

Siamo comunque in grado di anticipare alcuni dettagli della manovra i cui interventi sono stati al momento quantificati e definiti nel merito per un ammontare complessivo di 2,315 miliardi, a un passo quindi dal traguardo dei 2,352 miliardi dell'intesa del [26 febbraio scorso](#). Ma andiamo con ordine.

### **Beni e servizi**

Un taglio a questa voce di spesa appare scontato. Le misure da adottare dovrebbero essere basate sulla rinegoziazione dei contratti di acquisto. L'ammontare dei contratti rinegoziabili per il 2014 è stimato di circa 16,3 miliardi e il risparmio associabile all'abbattimento del 4% medio dei prezzi unitari di fornitura (esclusi farmaci e dispositivi medici), derivante dall'applicazione del dl 35/2013 e del dl 66/2014, è **stimato in un valore pari a 652,5 milioni di euro**.

Per i dispositivi medici si stima ugualmente una riduzione della spesa, derivante anch'essa dalla rinegoziazione dei contratti di acquisto. **L'ammontare del risparmio associabile a tale misura si stima in 845 milioni di euro** quale differenziale tra l'attuale valore di spesa e il valore del tetto che resta fissato comunque al 4,4%.

Sempre in tema di dispositivi medici si valuta anche il possibile impatto (senza però quantificarlo) che potrebbe derivare dall'obbligatorietà per gli enti della P.A. di fatturazione elettronica in vigore dal 31 marzo 2015. Le fatture elettroniche consentiranno di rilevare il codice di repertorio, la quantità ed il prezzo dei dispositivi medici venduti agli enti del SSN.

E proprio per monitorare il flusso della fatturazione dovrebbe diventare operativo presso il Ministero della Salute l'osservatorio prezzi dei dispositivi medici per il supporto ed il monitoraggio delle stazioni appaltanti, con il compito di controllare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti da ANAC o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Sistema informativo e statistico del Ssn.

### **Appropriatezza**

Governo e Regioni stanno poi definendo quali misure adottare per la riduzione delle **prestazioni inappropriate erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero di riabilitazione**.

In particolare si sta ipotizzando un decreto ministeriale che individui le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di **assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriatezza**. Al di fuori delle condizioni di erogabilità le prestazioni verrebbero poste a totale carico dell'assistito, per farlo, all'atto della prescrizione, il medico dovrà riportare al lato della prestazione prescritta l'indicazione della condizione di erogabilità o indicazione prioritaria.

Saranno anche attivati controlli ad hoc e qualora risulti che un medico abbia prescritto una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate,

l'azienda sanitaria locale o l'azienda ospedaliera, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, adotterà i provvedimenti di competenza applicando una riduzione del trattamento economico accessorio per il personale medico dipendente del SSN o degli incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza per il personale medico convenzionato.

**L'ammontare del risparmio per questa misura si stima in circa 106 mln di euro**, di cui 69 mln di euro quale effetto derivante dalla riduzione dei consumi nel settore privato accreditato e di 37 mln di euro dall'efficientamento del settore pubblico attraverso la conseguente riduzione dei costi variabili.

### ***Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza***

Si prevede un altro decreto ministeriale che individui i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata.

Per i ricoveri clinicamente inappropriati ordinari e diurni, verrebbe applicata una riduzione pari al 50% della tariffa fissata dalla Regione ovvero sarebbe applicata la tariffa media fissata dalla stessa Regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. Per tutti i ricoveri oltre soglia clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria per i ricoveri ordinari e diurni, è ridotta del 60% per le giornate oltre-soglia.

**L'ammontare del risparmio stimato per questa misura è di 89 mln di euro**, quale effetto derivante dalla riduzione dei ricoveri e della relativa valorizzazione tariffaria nel settore privato accreditato.

### ***Applicazione dei nuovi standard ospedalieri***

**Si stima un risparmio di 10 milioni di euro dall'azzeramento dei ricoveri in strutture convenzionate con meno di 40 posti letto** (destinate alla chiusura in base ai nuovi standard fatta eccezione per le cliniche monospecialistiche).

**Altri risparmi sono previsti sulla spesa per il personale**, a seguito della riduzione di strutture complesse e di strutture semplici conseguente al riordino della rete ospedaliera con la conseguente riduzione degli incarichi di struttura semplice e complessa, a cui, fanno notare i tecnici ministeriali e regionali, sono associate specifiche voci retributive che a normativa vigente confluirebbero nei fondi della contrattazione integrativa. Le risorse relative al trattamento accessorio liberate a seguito delle riorganizzazioni correlate al rispetto degli standard ospedalieri, non concorrerebbero inoltre all'ammontare complessivo dei fondi destinati annualmente al trattamento accessorio. **L'ammontare del risparmio si stima in 68 mln di euro**, quale effetto derivante dalla riduzione di 2.069 strutture complesse ospedaliere (le sole condizionate dal parametro dei posti letto previsto dal regolamento ospedaliero) e di 8.718 strutture semplici (condizionate dal numero di strutture complesse) nelle regioni tenute a ridurre il numero di strutture semplici e complesse rispetto allo standard calcolato sulla base dell'applicazione del regolamento.

Si prevede anche la riduzione progressiva del numero delle Centrali operative 118,

sempre in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera. M il risparmio derivante da tale riduzione non è stato ancora quantificato.

### **Farmaceutica territoriale ed ospedaliera**

Si prevede l'**introduzione dell'elenco dei prezzi di riferimento** relativi al rimborso massimo da parte del SSN di medicinali terapeuticamente assimilabili. In proposito è previsto che entro il 30 giugno 2015 AIFA provveda a: definire le modalità di individuazione e valutazione di medicinali terapeuticamente assimilabili; individuare i raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili; individuare, nell'ambito di ogni raggruppamento, i sottogruppi di confezioni che consentono la medesima intensità di trattamento (intesa come numero totale di giornate di terapia di ogni confezione), fissando il prezzo massimo di rimborso da parte del SSN in corrispondenza della confezione con il prezzo al pubblico più basso.

**L'ammontare del risparmio si stima in 400 milioni di euro su base annua e, pertanto, per il 2015 in circa 200 milioni di euro.**

Riforma della disciplina di definizione del **prezzo dei medicinali biotecnologici dopo la scadenza brevettuale**. All'Aifa verrebbe dato il potere di rinegoziare con le aziende farmaceutiche, in riduzione di almeno il 20%, il prezzo di un medicinale biotecnologico all'indomani della sua scadenza brevettuale o del certificato di protezione complementare, in assenza di una concomitante negoziazione del prezzo per un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile.

**L'ammontare del risparmio si stima in 35 milioni di euro nel 2015 e 105 milioni di euro nel 2016.**

Introduzione di disciplina della revisione dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata (**payment-by-result, risk- cost-sharing, success fee**). Sempre all'Aifa il potere di rinegoziare con le aziende farmaceutiche in riduzione il prezzo di un medicinale soggetto a rimborsabilità condizionata dopo almeno due anni di commercializzazione, quando i benefici rilevati nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA siano inferiori rispetto a quelli attesi e certificati. Al momento non è stato però quantificato l'ammontare del possibile risparmio di tale misura.

Tra le altre ipotesi allo studio anche quella delle **categorie omogenee** attraverso l'istituzione dell'elenco delle categorie per cui in tutte le Regioni sia possibile effettuare le procedure di acquisto tramite gare in concorrenza fra principi attivi diversi. Ma da quanto si apprende tale misura, proposta dalle Regioni, non troverebbe il consenso dell'Aifa e non è stata comunque ancora quantificata in termini di risparmio.

**Riduzione del livello di finanziamento e impatto sui livelli di spesa farmaceutica programmati**. In conseguenza dell'abbassamento del fondo sanitario 2015 di 2,352 miliardi è stato infine calcolato l'impatto di tale riduzione sull'ammontare delle risorse destinate alla farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Fermi restando i vigenti tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera (pari rispettivamente all'11,35% e al 3,5%), i livelli di spesa programmati diminuiranno di circa 310 milioni di euro. In caso di sfondamento, come è noto, esso sarà a carico della filiera farmaceutica (per la spesa territoriale) e della filiera farmaceutica e delle regioni (per la spesa farmaceutica ospedaliera) ciascuna nella misura del 50%.

## **Nuove misure per la governance del sistema sanitario**

In aggiunta a queste misure, Governo e Regioni stanno discutendo sulla necessità di introdurre anche nuove misure di governance per garantire maggiore efficienza al sistema sanitario. In particolare:

- 1) riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici);
- 2) individuazione e utilizzo di indicatori standard relativi alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche;
- 3) valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche;
- 4) valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi:

### **Medicina difensiva**

Governo e Regioni sembrerebbero infine decise a dare una spinta decisiva all'introduzione di modifiche normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute, in modo da favorire l'appropriatezza prescrittiva e limitare gli effetti della medicina difensiva. Come si sa al momento sul tema esistono già diversi ddl all'esame della Camera ma si è ancora in attesa della definizione di un testo unico.

## **Publicità sanitaria. Tar Lazio conferma linea Agcom: via i limiti previsti dal Codice deontologico. Dimezzata la multa alla Fnomceo**

*"Sia la pubblicità promozionale che quella comparativa sono lecite, e non possono essere vietate, laddove prive di profili di ingannevolezza, equivocità e denigratorietà". Così i giudici amministrativi hanno 'condannato' i vincoli contenuti nel Codice di deontologia medica, confermando l'impianto giuridico con il quale lo scorso settembre l'Agcom aveva multato la Fnomceo. Multa ora dimezzata a 415mila euro. [LA SENTENZA](#)*

Il Tar Lazio, con la sentenza n. 4943, ha condannato i limiti sulla pubblicità sanitaria contenuti nel Codice di deontologia medica. I giudici amministrativi confermano dunque l'impianto giuridico che, lo scorso settembre 2014, aveva portato [l'Antitrust a sanzionare con una multa da 831mila euro la Federazione degli ordini dei medici \(Fnomceo\)](#) proprio per i divieti sulla pubblicità in materia sanitaria stabiliti dal codice deontologico.

Nel provvedimento sono state richiamate le diverse discipline intervenute in materia (Ln. 248/2006, In. 148/2011, Dpr 137/2012) che hanno 'liberalizzato' la pubblicità sanitaria stabilendo che la stessa deve solo rispondere ai criteri di correttezza, non

ingannevolezza e trasparenza. "Sulla base delle norme primarie applicabili e dei principi comunitari vigenti in materia, sia la pubblicità promozionale che la pubblicità comparativa sono lecite, e non possono essere vietate, laddove prive di profili di ingannevolezza, equivocità e denigratorietà", si legge nella sentenza.

I giudici hanno inoltre sancito che il nuovo codice di deontologia medica "pur abbandonando il criterio del 'decoro' quale parametro di valutazione dei messaggi pubblicitari, continua a utilizzare, al secondo comma dell'art. 54, una serie di parametri, alcuni dei quali molto generici e comunque non previsti dalla vigente normativa, potenzialmente idonei a produrre il medesimo effetto di una applicazione restrittiva della concorrenza, in precedenza riconducibile al richiamo al concetto di 'decoro professionale'".

"La nozione di 'impresa', alla quale occorre fare riferimento per l'applicazione della l. n. 287/90, è quella risultante dal diritto comunitario e si riferisce a tutti i soggetti che svolgono un'attività economica e, quindi, siano 'attivi' in uno specifico mercato; per questo sono ormai considerate 'imprese', ai fini specifici della tutela della libera concorrenza, anche gli esercenti le professioni intellettuali che offrono sul mercato, dietro corrispettivo, prestazioni suscettibili di valutazione economica - si legge nella sentenza - Gli ordini professionali vanno, di conseguenza, qualificati quali associazioni di imprese degli ordini professionali. Le restrizioni alla concorrenza poste da codici deontologici non possono essere considerate necessarie al conseguimento dell'obiettivo legittimo collegato a garanzie accordate ai consumatori, a tutela dei quali esiste un ampio ventaglio di rimedi privatistici".

Infine, il Tar Lazio, rispetto al sopracitato provvedimento dell'Agcom, ha dimezzato la multa da 831mila euro inflitta alla Fnomceo, che ora passa a 415.908 euro, poiché viene ridotto il periodo utilmente valutabile ai fini sanzionatori (3 settembre 2013 - 4 settembre 2014).

■ [Sentenza Tar Lazio n. 4943](#)

■ [Chersevani \(Fnomceo\): "Faremo ricorso al Consiglio di Stato. In ballo il profilo giuridico del nostro Codice deontologico"](#)

## **Al di là del 566. Ma cosa vogliono realmente i medici, gli infermieri...e i malati? Di Ivan Cavicchi**

*Ognuno dei tre ha le sue ragioni e le sue esigenze. Tutti e tre hanno problemi. Vediamo se è possibile trovare soluzioni che mettano d'accordo tutti. A beneficio di tutti*

Nel [precedente articolo](#) ho sostenuto che i problemi della campana (comma 566) sono

accresciuti da quelli dei campanari, al punto da diventare quasi irresolubili. La campana è quella che è ma essa si può suonare in tanti modi diversi, cioè non è detto che si debba tirare la corda a strattoni rischiando di far crollare il campanile. A me piacerebbe, nel gaudio generale, suonare la campana come si deve, ed evitare che crolli il campanile.

Ma se è vero che prima della campana c'è il problema del campanaro, allora per sbloccare il comma 566 bisogna partire da lui e dalle sue difficoltà.

Il comma 566, a parte le sue innegabili aporie giuridiche ([Benci](#), [Rodriguez](#)), si è impantanato perché alla fine stringi stringi si è capito che il campanaro ci ha proposto fin dall'inizio in maniera un po' subdola un gioco non "*politically correct*". Un gioco truccato spacciato come una grande rivoluzione senza esserlo a somma negativa dove qualcuno vince e qualcuno perde, dove qualcuno deve mollare qualcosa a qualcun altro, dove chi decide lo fa escludendo chi deve condividere le sue decisioni. Quindi un gioco sotto sotto pensato come una prova di forza... mettiamo insieme la fanteria pesante del PD e diamo una bella spallata a quei mascalzoni medico centrici che fanno il bello e il cattivo tempo in sanità.

Questa tribale quanto ingenua visione dei rapporti di forza ma soprattutto questa stupida idea della spallata ha avuto l'effetto di bloccare tutto, la malafede è venuta allo scoperto e i presunti mascalzoni medico centrici hanno cominciato a puntare i piedi (atto medico, ecc.).

Ma due sono stati fondamentalmente gli errori commessi dal campanaro e che piano piano sono stati sgamati:

- le spiegazioni speciose
- la non terzietà dell'istituzione

Le prime puntano ancora adesso a persuaderci che le competenze avanzate sono chissà che cosa, una grande svolta per tutti, ricorrendo ad ogni sorta di argomenti ma che gratta gratta, alla fine si rivelano come la solita storia delle rivoluzioni di carta che sulla carta restano e che non cambiano in realtà un bel niente perché oltre ad essere di carta non sono neanche rivoluzioni.

La non terzietà delle istituzioni riguarda il governo della sanità da parte del ministero della Salute e delle Regioni, che si sono poste nei confronti delle competenze avanzate in modo tutt'altro che imparziale. Il ministero fin dall'inizio si è schierato in modo davvero maldestro dalla parte di qualcuno contro qualcun altro, le regioni si sono sempre e unicamente preoccupate di rendere flessibile il lavoro per risolvere i loro problemi di bilancio.

Il problema è che l'imparzialità delle istituzioni è fondamentale per garantire il bene comune cioè per rendere possibili le rivendicazioni peculiari delle professioni con l'interesse generale. Se in sanità l'istituzione non garantisce la terzietà è un bel guaio. La terzietà sino ad ora, per tante ragioni che non esplicito per amore della mediazione, non è stata garantita o quanto meno è stata gestita con i piedi, soprattutto quelli del PD.

Come ne veniamo fuori? Chiederei intanto alla politica (Lorenzin/De Filippo) di ristabilire prima di tutto la titolarità delle istituzioni. Il PD sotto forma di tanti

personaggi poliformi sino ad ora è stato il vero casinaro, e quindi non è il PD, come propone qualcuno, che deve discutere sulle competenze avanzate ma il ministero competente. Quindi chiederei la terzietà del ministero, anche nei confronti delle regioni, in modo che si garantisca prima di ogni altra cosa l'interesse del cittadino.

Cioè chiedo che si rispetti il principio *“ne figli e ne figliastri”*, cioè *imparzialità* nei confronti delle professioni in lizza e *compossibilità* nei confronti delle regioni. Nel senso che qualsiasi cosa si intenda come flessibilità chi ci deve guadagnare prima di tutti gli altri deve essere il malato. Ristabilita la terzietà del ministero ridefinirei gli scopi del 566 facendo una operazione di verità sui problemi delle professioni. Cioè toglierei di mezzo le spiegazioni speciose che non convincono nessuno rendendo però tutti diffidenti e ripartirei dall'inizio chiarendo bene quale operazione intendo fare. In pratica suggerisco all'istituzione terza di preparare un documento che azzeri i malintesi, che dica alla luce del sole quali sono i problemi reali delle professioni che si vogliono affrontare e come si intende risolverli. Quindi manderei il documento a tutte le professioni, nessuna esclusa, le convocherei in una riunione con il fine di arrivare intanto ad una condivisione sottoscritta di intenti.

Al solito approccio *“da quali problemi partire”* preferirei quello *“chi ha dei problemi si faccia avanti”*.

### **Cominciamo con il malato...egli ci dice:**

- ho bisogno di un altro genere di operatore di cura e di assistenza ..perché non sono più il paziente che ancora credete di avere davanti
- ho bisogno di essere riunificato perché per ragioni vostre mi avete ridotto come uno spezzatino per cui vi chiedo quanto meno una organizzazione sanitaria riunificante
- ho bisogno di relazioni perché voglio far parte di tutte le decisioni che mi riguardano e perché non sono riducibile ad un sintomo, non sono più solo un sintomo
- ho bisogno di riavere fiducia nella medicina e nei suoi operatori perché ogni giorno leggo un sacco di schifezze di tutti i tipi, cioè non voglio essere curato in tribunale
- ho bisogno di una medicina ad personam perché sono un essere, un individuo ed una persona...quindi piano con la medicina super protocollare, ecc
- io sono il malato...quindi sto male...non scordatevelo mai...per cui alla fine ho bisogno di essere curato e assistito e, quando possibile, guarito dai miei malanni.

### **Passiamo agli infermieri...essi ci dicono:**

- abbiamo un paio di leggi (L.42/L.43) che riformano la nostra professione ma che sono rimaste inapplicate...perché non siamo riusciti prima di tutto noi infermieri a creare nei servizi le condizioni per il cambiamento. Tuttavia noi abbiamo diritto che le nostre leggi siano applicate, quindi chiediamo di creare le condizioni sufficienti per applicarle e chiediamo e rivendichiamo cambiamento
- siamo per la maggior parte demansionati in due modi: rispetto alla norma che ci descrive come professionalità cioè siamo rimasti nostro malgrado dei vecchi infermieri (post ausiliarità) e rispetto all'organizzazione sanitaria nella quale lavoriamo e nella quale facciamo i tappabuchi



- abbiamo una formazione del tutto difforme a quello che ci tocca fare, nella realtà studiamo tanto per fare spesso il lavoro che non ci compete
- siamo sempre più precari e disoccupati e sempre più sfruttati
- insomma chiediamo di fare il nostro mestiere ma nel nostro tempo come Dio comanda...nulla di più

### **Passiamo ai medici. Essi ci dicono:**

- la nostra potestà professionale in termini di ruolo, funzioni e competenze, sino ad ora non è mai stata definita come si deve, semplicemente perché sino ad ora non si è mai posto il problema di definirla. Ora per tanti motivi, anche per rispondere alle giuste richieste dei malati e degli infermieri, desideriamo definire la nostra professione, stabilire dei confini e chiarire le relazioni tra ruoli
- quello che noi chiediamo è che si riconosca in modo inequivocabile la nostra potestà clinica sul malato che non ha nulla a che fare con quelle sciocchezze sulla truppa e sui comandanti. Il servizio non è una caserma ma un setting, cioè un contesto organizzato per processi che vanno governati agiti dalle diverse prassi professionali. Il setting di un servizio medico sanitario ha una natura clinica e assistenziale quindi ha bisogno di un governo clinico di cui chiediamo la titolarità incondizionata a partire dalla quale, e “non” a prescindere dalla quale, definire l’organizzazione dell’assistenza, cioè le titolarità e le autonomie necessarie per svolgerla
- anche noi, come gli infermieri, abbiamo problemi di demansionamento. Il più vistoso è la burocratizzazione della professione. Anche molti di noi pur di lavorare accettano di svolgere mansioni poco appropriate alla nostra qualifica, anche noi abbiamo problemi di precariato e di disoccupazione ma il demansionamento più importante è legato alla nostra autonomia di giudizio su ciò che è necessario per il malato, quindi alla sfera del governo clinico, nel senso che la tendenza nelle aziende è considerarci poco più che pezze da piedi, eterodirette da standard, procedure, algoritmi, ecc. Ecco perché rivendichiamo titolarità incondizionata, che non vuol dire indisponibilità a risolvere le questioni economiche ma vuol dire titolarità della scelta e della decisione in autonomia e responsabilità (autore)
- anche noi abbiamo problemi di formazione, sicuramente lavoriamo in organizzazioni obsolete che rispetto a quello che dice il malato hanno sicuramente un forte grado di regressività
- anche noi chiediamo il diritto di fare il nostro mestiere al meglio delle nostre possibilità. Non abbiamo leggi particolari da applicare come gli infermieri ma abbiamo una mission da sovra intendere, che a questo punto intendiamo chiarire e rispetto alla quale tutto è oggettivamente successivo. Basta con la storia del medico centrismo: davanti ad un malato da curare ci sono atti cognitivi che vengono prima di altri e avviano dei processi. In questi processi i centri sono tanti e tutti eccentrici ma in un setting ci vuole che qualcuno li governi. Come? Siamo disposti a discuterne.

### **Se questi sono i problemi, a quali condizioni si può aprire una discussione:**

- assumere come punto di partenza i tre punti di vista prima riportati
- ammettere che vi è un problema di ridefinizione e di redistribuzione di ruoli, contenuti ,funzioni, modi e le loro relazioni

- garantire a un tempo autonomia specificità e cooperazione ridefinendo senza ambiguità i confini tra professioni
  - dichiarare comunque la propria adesione ad una filosofia di “*engagement*” (coinvolgimento, impegno, relazione) quindi qualsiasi forma di autonomia non può essere interpretata come autarchia
  - rifiutare gli approcci di vicarianza, di fungibilità, di demansionamento a catena che mettono le professioni in conflitto le professioni sono diverse e una volta chiariti i ruoli non sono né vicariabili né fungibili
  - sviluppare in massimo grado tutte le potenzialità specifiche di ogni professione perché dopo aver ridefinito i domini delle prassi ogni professione in quanto tale ha filo da tessere più di quello che si crede
  - rifiutare tutte le soluzioni che hanno un esito di decapitalizzazione del lavoro o siano orientate a meri obiettivi di risparmio cioè non siano compatibili con le esigenze primarie del malato
  - interpretare il costo zero non come un limite invalicabile ma come un tetto di spesa transitorio all'interno del quale a condizioni di riqualificazione della spesa complessiva a scala di servizio, si possano fare operazioni di redistribuzione del reddito tra operatori sulla base dei risultati e degli esiti.
- Dopo di che il secondo step. Come definire confini? Come organizzare delle autonomie ad engagement obbligato? Come ridefinire le relazioni tra professioni? Come ripensare le organizzazioni?

*Ivan Cavicchi*

**SOLE 24 ORE SANITA'.IT**

**Università. Il test di medicina si svolgerà l'8 settembre. Il 4 quello sulle professioni sanitarie**

Chi sogna di fare il medico può cominciare ad appuntarsi questa data: l'8 settembre. È il giorno in cui si svolgerà l'attesissimo test per entrare alla facoltà di medicina. A confermarlo è il ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca in una nota appena pubblicata con le date per l'accesso alle facoltà a numero chiuso. Oltre a medicina ci saranno anche i test per architettura e scienze della formazione che si svolgeranno il 10 e l'11 settembre.

Il calendario. Il ministro Giannini aveva già anticipato che il prossimo test di medicina si sarebbe svolto nella prima decade di settembre. E così sarà. Questo il calendario con tutte le date: si comincerà il 4 settembre con le prove per le professioni sanitarie. Si continua l'8 settembre con il test per entrare nella facoltà di medicina e chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria in lingua italiana (per quelle in

inglese bisognerà aspettare il 16 settembre). Il 9 settembre si svolgeranno invece le prove per Veterinaria. Infine sempre per i corsi di laurea e di laurea magistrale a ciclo unico, il 10 settembre ci saranno i test per architettura e l'11 settembre quelli per scienze della formazione primaria.

Per Medicina cambiano i quiz. L'attenzione è come sempre puntata sul test di medicina che nelle intenzioni del ministro Giannini doveva essere eliminato per dare vita a un nuovo modello (alla francese) con accesso libero a tutti e uno sbarramento alla fine del primo anno. Ma il progetto è poi finito nei cassetti e così anche quest'anno si ripeterà il rito delle prove che comunque dovrebbero essere modificate rispetto a quelle dell'anno scorso che si sono svolte l'8 aprile con la partecipazione di oltre 60mila aspiranti medici per poco più di 10mila posti disponibili. La Giannini nelle settimane scorse ha infatti annunciato di voler diminuire le domande di cultura generale dei quiz. Un tavolo con i rettori dovrebbe lavorare per modificare questo punto. È indubbio comunque che anche quest'anno si ripeteranno le polemiche e forse anche la valanga di ricorsi che l'anno scorso hanno fatto rientrare in sovrannumero ben 5mila iscritti in più. Certo la data dell'8 settembre, data tragica Nella memoria degli italiani, non promette bene.

## DOCTOR 33. IT

### Trattativa Fimmg-Sisac: Milillo non fa passi indietro sullo sciopero

«Se nelle prossime settimane la trattativa con Sisac non arriverà al dunque, la Fimmg è pronta ad avviare dal 4 maggio una lotta sindacale e a proclamare uno sciopero nazionale per il 12 maggio, con chiusura degli studi dei medici di Assistenza Primaria con effettuazione delle sole prestazioni indispensabili. È né più, né meno quanto era stato stabilito dal Consiglio nazionale della Federazione riunitosi a Roma. Ci limiteremo ad un'applicazione rigorosa della normativa contrattuale». Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fimmg, non fa passi indietro e conferma le intenzioni di sciopero se non si arrivasse, in tempi brevi, ad una stretta. Intanto, è ormai certo che si unirà alla protesta anche la Federazione italiana dei medici pediatri (Fimp).

*Segretario, come sta la situazione ad oggi?*

Si sarebbe dovuto riunire il Comitato di settore sanità delle Regioni, per approvare una modifica di Atto d'indirizzo che dovrebbe recepire totalmente i contenuti dell'accordo del 4 marzo fra le organizzazioni sindacali e il comitato stesso, ma è stato rinviato tutto a mercoledì 8 aprile. Conseguentemente a questo, dovrebbe esserci poi la convocazione della Sisac per riprendere le trattative sulle nuove basi. Se questo iter non si concluderà entro il 13 aprile, oppure se avviene la convocazione entro questi tempi ma procrastinata di due settimane, diventando una cosa a perder tempo, noi dal 4 maggio cominceremo un'azione di protesta per 15 giorni.

*Come si esplicherà la protesta nello specifico?*

Le azioni di lotta e lo sciopero della medicina generale (assistenza Primaria, continuità assistenziale, medicina dei Servizi, emergenza convenzionata) si svolgeranno su tutto il territorio nazionale. La protesta consisterà nell'applicazione pedissequa della normativa contrattuale. Nell'accordo c'è scritto che i medici massimalisti devono fare tre ore di studio, in realtà tutti i medici ne fanno 4, 6, 8 a seconda delle situazioni. Poi si interromperà la collaborazione, anche telematica, con tutte le aziende sanitarie. Metteremo manifesti in tutte le principali città italiane per denunciare questa situazione e il 12 maggio ci sarà una giornata di sciopero con la chiusura di tutti gli studi. Contemporaneamente, partirà una campagna di divulgazione e di informazione sulle motivazioni delle iniziative sindacali e sulle conseguenze dell'ulteriore subordinazione del medico di medicina generale, come richiesta dalle Regioni, con manifesti, tweet-mob e messaggi sui social network.

*Qual è la questione più importante al centro delle vostre istanze?*

Proprio per essere estremamente sintetici, il conflitto che c'è tra la Fimmg e la Sisac nasce dal fatto che quest'ultima intende trasformare il medico in un operatore dell'azienda sanitaria, quando invece il medico vuole rimanere a fianco del cittadino come rappresentante del cittadino. Quello in questione è un rinnovo normativo, vincolato a nessun aumento economico dalle finanziarie, quindi non esiste una questione economica.

## **DIRITTO SANITARIO Irap e medicina di gruppo. Dubbi interpretativi al vaglio delle Sezioni Unite**

In tema di Irap, la Corte di cassazione aveva recentemente escluso la ricorrenza del presupposto impositivo dell'autonoma organizzazione in capo ad un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale che si avvale, in comune con altri professionisti, di "sedi attrezzature e personale amministrativo"; e ciò in coerenza con un orientamento consolidato, in base al quale: la disponibilità, da parte dei medici di base, di strumenti di diagnosi, per quanto complessi e costosi, non è idonea a configurare la sussistenza dei presupposti impositivi, poichè detti strumenti, quali che siano il loro valore o le loro caratteristiche, rientrano nelle attrezzature usuali, o che dovrebbero essere usuali, per i precisati professionisti, in quanto agli stessi si chiede di svolgere una funzione di "primo impatto" a difesa della salute pubblica. Tuttavia la problematica è stata sottoposta al Primo presidente per valutare l'opportunità di voler investire le sezioni unite della questione volta a verificare anzitutto la rilevanza, ai fini dell'Irap, dello svolgimento in forma associata di un'attività libero-professionale e, poi, a scrutinare se ed in quale misura incidano le peculiarità insite nello svolgimento dell'attività medica in regime convenzionato col servizio sanitario nazionale in generale ed in quello di medicina di gruppo in particolare.

[avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**