

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MARTEDI' 3 FEBBRAIO 2015

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI “Assolto” il test di Medicina del 2012

Documenti di identità bene in vista: non ci fu violazione del principio di segretezza della prova e dell'anonimato

Qualcuno ha affrontato i test una seconda volta, li ha superati ed è entrato all'Università dalla porta principale. Qualcun altro, dopo la sospensiva della immatricolazione, ha cambiato corso di studi e ha rinunciato per sempre al sogno di indossare il camice bianco. Tutti gli altri, decine di studenti che avevano sperato di avere vinto la guerra contro il numero chiuso, il 26 gennaio hanno capito di avere perso la guerra dopo avere vinto una battaglia. Con due distinte sentenze che coinvolgono una sessantina di studenti, la sesta sezione del Consiglio di Stato, in sede giurisdizionale, ha accolto l'appello dell'Università degli studi di Sassari e del ministero dell'Istruzione e ha respinto il ricorso dei candidati che il 4 settembre del 2012 parteciparono senza superarlo alla prova preselettiva per l'ammissione ai corsi di laurea in Medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria per l'anno accademico 2012/2013. Gli studenti lamentavano la violazione del principio di segretezza della prova e della regola di anonimato nei pubblici concorsi. E questo perché prima della prova erano stati invitati dalla commissione a mettere bene in vista sul banco il proprio documento di identità. Con la sentenza 233/2013, la prima sezione del Tribunale amministrativo regionale aveva dato loro ragione. Secondo i giudici di Cagliari, i commissari si erano messi nelle condizioni di ricostruire l'abbinamento tra il nominativo del candidato (ricavabile dal documento di identità) e il suo codice segreto (leggibile sui fogli della prova di concorso su cui i candidati dovevano lavorare). Grazie a un complicato sudoku, in altre parole, era ipotizzabile che qualcuno potesse risalire ai candidati raccomandati e favorirne l'accesso alla facoltà aggirando il numero chiuso. Nel 2013 la sentenza del Tar fece scalpore ma Università e ministero, dopo avere incassato da parte del Consiglio di Stato la sospensiva della esecutività della sentenza, non si sono dati per vinti e hanno proposto appello. Ottenendo una piena vittoria. Il Consiglio di Stato aveva esaminato due ricorsi il 2 dicembre, ma le motivazioni delle sentenze sono state depositate il 26 gennaio a disposizione delle parti. In entrambi i casi, i giudici hanno “assolto” la

disposizione data dalla commissione agli aspiranti medici di lasciare in evidenza sul banco il documento di identità («in modo – scrivono i giudici – da poter essere consultato dai membri della commissione in ogni momento, all'evidente fine di impedire possibili sostituzioni di persona tra candidati o scambi di elaborati»). Il Consiglio di Stato ritiene che la condotta della commissione «non poteva ritenersi lesiva dei principi di segretezza e anonimato». Neppure volendo, spiegano i giudici, i commissari avrebbero potuto abbinare il nome sul documento al codice alfanumerico abbinato al candidato. «Le complesse caratteristiche grafiche del codice segreto assegnato a ciascun candidato – si legge nelle due sentenze – rendevano del tutto remota la possibilità di una relativa memorizzazione in funzione del successivo abbinamento con il nominativo del candidato, anche tenuto conto dell'elevato numero di candidati e della circostanza che la sorveglianza in aula non era eseguita solo dai commissari, ma anche dai componenti del comitato di vigilanza». Ancora, scrivono i giudici, «non c'era possibilità alcuna per i commissari né di influire sulla predisposizione dei quesiti oggetto di prova, predisposti direttamente dal ministero, né di influire sulla correzione degli elaborati, affidata esclusivamente al consorzio interuniversitario Cineca con modalità elettroniche». «La disposizione della commissione – è la conclusione – era non solo in concreto, ma anche in astratto, oggettivamente inidonea a influire sulle valutazioni e sull'esito delle prove preselettive e a intaccare le regole dell'anonimato e della segretezza delle operazioni concorsuali nella fase delle correzioni». Oltre a respingere il ricorso originario degli studenti, il Consiglio di Stato li ha condannati in solido a rifondere all'Università di Sassari e al ministero le spese del doppio grado di giudizio.

SASSARI Guardia medica, niente certificati online **Situazione critica da giorni dopo il furto dell'hard disk,** **difficoltà per le richieste di lavoratori malati**

I ladri hanno portato via l'hard disk dall'ambulatorio della Guardia medica di via Sardegna e da circa 15 giorni i medici non sono in grado di svolgere operazioni telematiche, in particolare il rilascio dei certificati online (previsti, per esempio, in favore dei lavoratori dipendenti che hanno l'obbligo di trasmettere in tempo reale la giustificazione dell'assenza in caso di malattia). Si tratta di un problema serio che sta causando non pochi disagi agli utenti della Guardia medica e che sta complicando il lavoro dei medici, i quali si trovano al centro di contestazioni per una situazione nella quale non hanno alcuna responsabilità. Il problema può essere risolto solo con la sostituzione dell'hard disk rubato e con la disponibilità del programma che consente l'emissione dei certificati medici in via telematica. Tra l'altro, con l'influenza che in questi giorni sta raggiungendo i livelli di massima criticità, sono aumentate le richieste di intervento per la Guardia medica, specie nei fine settimana, quando scatta la "sostituzione" del medico di famiglia. In molti casi, però, il medico di turno non è in condizione di fare fronte alle numerose richieste a domicilio. Si crea, così, una situazione che rasenta l'assurdo: dovrebbero essere i pazienti, infatti, a raggiungere l'ambulatorio della Guardia medica. Una impresa praticamente impossibile per

pazienti bloccati a letto e con la febbre alta, i quali rischierebbero di peggiorare notevolmente le loro condizioni uscendo di casa e sottoponendosi a situazioni di rischio (viste anche le rigide temperature esterne e il maltempo). Proprio negli ultimi sette giorni c'è stata una impennata dell'influenza e il picco è previsto per la prossima settimana. Non sono mancati casi di ricovero in ospedale (soprattutto anziani e bambini), e in molti casi gli ambulatori della Guardia medica sono diventati riferimento per centinaia di chiamate effettuate da pazienti preoccupati per il peggiorare delle condizioni a causa dell'epidemia influenzale che quest'anno sta facendo registrare situazioni particolarmente critiche. Quella con cui si fanno i conti in questi giorni è la seconda ondata influenzale e la parte più alta della curva è prevista per la metà di febbraio.

OLBIA Radiologia, impennata di prestazioni Oltre 90mila esami a Olbia, 37mila circa a Tempio e più di 11mila al Paolo Merlo. *Vincenzo Bifulco: "La nostra azienda sanitaria ha rinnovato le attrezzature e ora siamo allineati con ciò che offre lo scenario nazionale"* Ma resta la carenza di personale

Un anno di prestazioni record, per la radiologia della Asl di Olbia. Nei tre ospedali galluresi, sono stati sfiorati i 140mila esami con un'impennata pari al 4,77% rispetto al 2013. «Numeri che sono stati raggiunti grazie agli investimenti tecnologici e di formazione e grazie all'impegno e alla professionalità dei nostri operatori», dice subito Vincenzo Bifulco, capo del Dipartimento ospedaliero aziendale dei servizi diagnostici e direttore della Radiologia del Giovanni Paolo Secondo e del Paolo Merlo della Maddalena. Dello stesso parere anche Ottaviano Contu che invece guida la Radiologia del "Dettori". E proprio all'ospedale di Tempio, nell'anno appena trascorso, sono stati eseguiti 36.959 esami, mentre 11.534 sono state le prestazioni garantite alla Maddalena. A Olbia il salto più netto: oltre 90mila prestazioni (3.062 in più rispetto al 2013). Spiccano l'aumento delle tac (16.510 contro le 15.321 del 2013) e degli esami tradizionali che dai 40.536 sono passati a 43.300. Gli stessi numeri sono in crescita anche nelle altre realtà: a Tempio gli esami convenzionali sono stati 15.386 contro i 13.568 del 2013 mentre le tac sono state 6.100; al Paolo Merlo, invece, gli esami convenzionali sono stati 5.094 (4.462 l'anno prima) e le tac 2.095. I pazienti. Contestualmente alle prestazioni, sono aumentati anche i pazienti transitati nelle radiologie della Asl: dai 100.781 del 2013 ai 101.290 del 2014. Gli investimenti. «Nell'ultimo decennio - aggiunge Bifulco - la nostra azienda sanitaria ha rinnovato le attrezzature radiologiche arrivando ora ad allinearsi alle più innovative apparecchiature presenti sullo scenario nazionale. In Gallura, dove si convive col disagio della viabilità, è fondamentale che le immagini possano viaggiare on line, consentendo di trasferire le stesse dalla radiologia ai vari reparti in tempo reale e rendendole visibili immediatamente all'interno dei tre presidi oltre che alla

Neurochirurgia e alla Chirurgia maxillo facciale di Sassari». Per il 2015, tra l'altro, sono in arrivo nuove apparecchiature di ultima generazione. Al Giovanni Paolo II verranno installati una Tac a 128 strati in sostituzione di quella a 8, e un densitometro per lo studio della densitometria ossea (viene utilizzato per lo studio dell'osteoporosi). Tempio invece potrà contare su una Tac a 32 strati. «Siamo molto soddisfatti - precisa Ottaviano Contu -, in quanto il nuovo strumento ci consentirà di migliorare ulteriormente il servizio sino a oggi garantito». Liste d'attesa. Il progressivo aumento dell'offerta purtroppo non riesce a compensare la domanda - ecco il perché delle liste d'attesa, comunque ben al di sotto della media nazionale - che cresce principalmente per due ragioni. La prima: da una parte la gente ha meno soldi e si rivolge sempre meno a studi privati. All'ospedale pubblico paga solo il ticket e ha a disposizione apparecchiature diagnostiche all'avanguardia. La seconda ragione riguarda l'appropriatezza prescrittiva per la quale non si è raggiunto ancora l'optimum nonostante si lavori in sinergia con i medici di medicina generale. «Si deve insomma cercare di prescrivere l'indagine più mirata e più idonea per la ricerca di una determinata patologia - dice Bifulco -. Inoltre, è cresciuta anche l'esigenza di eseguire prestazioni da parte dei pazienti anche per patologie che non richiederebbero la diagnostica per immagini». Il personale. La carenza di personale, anche in radiologia, è cronica. La vecchia giunta regionale aveva bloccato il concorso per l'assunzione di radiologi per cui nel 2014 sono mancati in media 7 specialisti rispetto all'anno prima. Nonostante questo, gli operatori rimasti hanno lavorato duramente e incrementato il numero degli esami. «La nuova direzione, però, - precisa Bifulco - sta cercando di ottenere dall'attuale giunta regionale l'attivazione dei concorsi per avere una pianta organica adeguata al numero degli abitanti della Gallura ed eliminare il fenomeno della precarietà».

La formazione

Il Dipartimento di radiologia crede molto nella formazione soprattutto per ridurre il gap culturale con i grossi centri diagnostici. Per questo, ogni anno, organizza una serie di corsi interni per i suoi operatori. «E' il modo migliore - spiega Vincenzo Bifulco - per far acquisire le competenze e le esperienze degli operatori che prestano servizio in ospedali con grande casistica». L'appuntamento più vicino è per il 15 e 16 febbraio prossimo: è in programma un corso per 16 tecnici e radiologi che ha lo scopo di perfezionare l'indagine coronario TC: lo studio delle coronarie non invasivo che viene effettuato in casi selezionati e che è alternativo all'emodinamica solo in casi strettamente necessari. Qualche giorno dopo (24 febbraio), prende avvio un altro percorso formativo per 6 radiologi: si tratta di 100 ore di pratica di ecografia. Tra gli appuntamenti di maggio, invece, c'è un corso sulla patologia dell'orbita.

**SASSARI Al microscopio il miracolo della nascita
Un film documentario spiega come il parto condizioni la
salute: ne parleranno esperti ginecologi**

Il prossimo venerdì, alle 17.30 presso l'auditorium ex Carmelo, verrà proiettato il film documentario Microbirth, che svela, attraverso il microscopio, come il modo in cui nasciamo può influenzare la nostra salute. L'evento è organizzato dalla Consulente per l'allattamento materno IBCLC Filomena Cau che con la sua associazione, il Centro Nascita Serena, da anni sostiene, promuove e protegge l'allattamento al seno. L'iniziativa è stata possibile grazie al sostegno dell'associazione Il Giardino Segreto e della Fondazione del banco di Sardegna. Alla proiezione del film, preceduta dai saluti della presidente della Provincia Alessandra Giudici, seguirà una tavola rotonda alla quale parteciperanno numerosi specialisti e ginecologi: i medici Dessole, Flumene, Leoni, Moroso, Sanna, Solinas, Tedde, Viridis, Uzzau, Urru. Moderatrice Filomena Cau. I partecipanti alla tavola rotonda saranno a disposizione per rispondere alle domande dei partecipanti alla proiezione. La premessa dell'incontro è questa: il modo in cui veniamo al mondo è cambiato in modo drammatico negli ultimi 30 anni. Alcuni ricercatori all'avanguardia danno il segnale d'allarme: tutto ciò potrebbe avere serie ripercussioni sulla nostra salute. Il film documentario "Microbirth", il cui lancio mondiale è stato sabato 20 settembre 2014, esplora proprio questa prospettiva. Il 6-7 febbraio 2015 verrà proiettato in tutta Italia per richiamare l'attenzione di tutti su questi temi. Dando la parola a ricercatori di punta del mondo anglosassone, "Microbirth" esplora l'ipotesi secondo cui le attuali pratiche ostetriche potrebbero interferire con processi biologici fondamentali, rendendoci più inclini a sviluppare determinate malattie più tardi nella vita. Secondo recenti studi, nascere con il taglio cesareo aumenta approssimativamente del 20% il rischio di asma, diabete di tipo 1, obesità e disturbi dell'apparato digerente come il morbo di Crohn e l'intolleranza al glutine. Tutti questi quadri patologici hanno a che vedere con un funzionamento anomalo del sistema immunitario. In "Microbirth" vengono presentate alcune possibili spiegazioni di questo fenomeno. Una di esse è che nascere con il cesareo impedisca, o quantomeno disturbi, la formazione del microbioma, ovvero la colonizzazione da parte dei batteri 'amici' presenti sul corpo della madre al momento stesso della nascita. Gli esperti sostengono che ciò potrebbe portare a uno sviluppo del sistema immunitario incompleto, al di sotto del suo effettivo potenziale.

SASSARI Boom di donazioni di midollo osseo per salvare Giovanni Ha 6 anni, è malato di leucemia e ha bisogno del trapianto Centodieci persone hanno già risposto all'appello dell'Admo

La leucemia, purtroppo, è una sfida contro la statistica. I numeri dicono questo: una possibilità su 100mila. E' la percentuale infinitesima che ha un paziente di trovare un donatore di midollo osseo compatibile. Forse le chance di fare un terno all'otto sono maggiori. Quindi la sopravvivenza è una terribile corsa contro il tempo, è sicuramente affidata alla fortuna, ma dipende anche dalla sensibilità della gente. Più aumenta il numero dei donatori, e più si rosicchia quella statistica perversa. A Sassari, nelle ultime settimane, il centro prelievi ha fatto il pieno. Due giorni fa, nei

locali dell'Avis in via Pavese 1 si sono presentati 41 potenziali donatori. Tra i 18 e i 45 anni, tutti in buona salute, con un peso superiore ai 50 chili. Sulla carta è un numero irrilevante, ma concentrato in una sola giornata è quasi da record. Chi si è fatto avanti, ha disteso il braccio per il primo prelievo di sangue, il campione verrà spedito a Cagliari dove è possibile effettuare la tipizzazione e verificare le compatibilità. Se il risultato è positivo, il possessore di quella combinazione vincente verrà ricontattato per ulteriori esami. Questo boom di adesioni non è casuale. Occorrono delle forti motivazioni per far vibrare la sensibilità della gente. Il tete a tete con una siringa, purtroppo, non è mai piacevole. Ma in questo caso i donatori sono arrivati e andati via col sorriso. Infatti erano lì per provare a salvare la vita di Giovanni Andrea, un bambino sassarese di sei anni. Da tre anni si sottopone a sistematici cicli di chemioterapia perché affetto da leucemia. E' per lui che la enorme roulette con 100mila caselle ha cominciato a girare, e i sassaresi si stanno mobilitando. Sui social network è partito un tam tam, e anche le prossime giornate di raccolta al centro prelievi sono già colme di adesioni. Il 15 e il 22 febbraio si sono prenotati altri 70 donatori. Naturalmente il loro midollo potrebbe salvare non solo la vita di Giovanni Andrea, ma quella di altri potenziali 70 pazienti compatibili. A organizzare le raccolte è l'Admo di Sassari con i suoi volontari: 3388695295 (Nicolò Spano) .

L'UNIONE SARDA

REGIONE/SANITA' Prenotazioni via web: il chiarimento di Arru

Aspettare l'invio di una prima password e di una seconda attraverso l'uso della pec n caso di accesso al Cup Web senza tessera sanitaria per prenotare una visita specialistica? «Sono le procedure di sicurezza previste nella pubblica amministrazione, le stesse che vengono adottate da Inps e Agenzia Entrate per fare solo due esempi, sono obbligatorie per legge». L'assessore alla Sanità Luigi Arru si stupisce che ci si sorprenda per il fatto che l'amministrazione regionale segua esattamente le regole previste».

«In questo modo evitiamo che qualcuno possa sostituirsi a qualcun altro e possa accedere alla sua cartella clinica. In ogni caso è una procedura che va fatta soltanto una volta, per le successive l'accesso dura pochi secondi, ma colgo l'occasione per rinnovare l'invito a tutti i sardi ad attivare la tessera sanitaria elettronica».

«L'assessorato, comunque, è aperto e disponibile ad accogliere ogni suggerimento utile a migliorare il servizio».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Ecco perché abbiamo bisogno di una Fnomceo di

“governo” di Luigi Arru- Assessore Igiene e Sanità della Sardegna ed ex presidente dell'Omceo di Nuoro

Gentile Direttore,

mi permetto di partecipare al dibattito nato dopo la lettera di [Ivan Cavicchi](#). Le scrivo con non poco imbarazzo. Infatti pur volendo partecipare per cercare di argomentare la mia posizione, frutto di circa 10 anni di esperienza come Presidente OMCEO di Nuoro e soprattutto come Coordinatore del Centro Studi della Fnomceo, sento molto forte il disagio che deriva dal fatto che da 10 mesi sono Assessore dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna. Mi dispiace contraddire il [Dottor Righetti](#): noi abbiamo bisogno di una FNOMCeO di governo.

Cosa voglio dire? Il codice civile con l'articolo 2229 parli dell'obbligo dei professionisti all'iscrizione ad ordini e collegi, esprimendo quindi la volontà del legislatore di governare la professione medica e le professioni sanitarie, in sostanza delegando gli ordini e collegi a governare le professioni. Perché? Perché i professionisti iscritti hanno il compito di partecipare al governo di un diritto, il diritto alla salute, diritto di rango costituzionale. Perché questo interesse dello Stato? Perché i professionisti hanno il compito di garantire il rapporto di agenzia (devono agire per conto del cittadino) consapevoli della asimmetria informativa.

Per agire devono quindi garantire qualità professionale tecnica ed etica. Per garantire la qualità non è sufficiente autocertificarsi ma è necessario passare al vaglio dei colleghi, cioè al controllo dei pari, come era previsto dopo la nascita degli ordini e collegi, sia a livello nazionale che internazionale. Certo quando gli ordini e i collegi nacquero, la maggior parte dei professionisti erano liberi professionisti e non dipendenti come allo stato attuale. Il cambiamento del rapporto contrattuale modifica la ragione della nascita degli ordini?

No, anzi ora più che mai abbiamo necessità di un organismo di governo della professione/i nazionale, e alla luce dei cambiamenti del titolo V della Costituzione, regionale, che documenta la qualità professionale ed deontologica del professionista. Il presidente Fnomceo non può essere un Presidente di lotta, perché è componente del Comitato Nazionale di Bioetica, della Commissione Nazionale ECM, dell'Istituto Superiore della Sanità, quindi partecipa al governo di aspetti fondamentali della Sanità e della Professione.

Quindi il Presidente FNOMCeO non può affiancarsi ai sindacati perché verrebbe meno al suo ruolo di garante della terzietà degli ordini. Proprio alla luce della mia breve esperienza come Assessore alla Sanità della Regione Sardegna mi permetto di affermare che abbiamo bisogno di organismi che verifichino la qualità tecnica e la certifichino periodicamente. Ricordo che dal 2012 in Gran Bretagna si parla di “revalidation” cioè tutti i medici iscritti al General Medical Council dovranno dimostrare il mantenimento delle competenze, cioè non sarà più sufficiente il possesso della laurea e della specialità. Per poter fare ciò in Italia è necessaria una riforma degli Ordini e dei collegi, così come è necessario modificare il ruolo delle società scientifiche. Infine la querelle del rapporto della professione medica con le altre professioni.

A mio parere è necessario sedersi in unico tavolo per capire ruoli, funzioni, tenendo conto dei cambiamenti avvenuti negli ultimi anni nella sanità (nel socio sanitario). Il monitoraggio degli eventi sentinella effettuato dalla Joint Commission documenta che le cause radici vanno ricercate nel mancato addestramento e formazione delle cosiddette Softskills (abilità non tecniche) e la soluzione come richiesto dalla WHO si potrebbe trovare nel “being effective team players”!! Il che non si raggiungerà con un generico punto di sintesi dettato dal "vogliamooci bene" ma con una “rivoluzione” nella formazione dei professionisti, e con la valutazione del mantenimento delle competenze, In ragione delle affermazioni precedenti non trovavo scandaloso né inopportuno (mi dispiace contraddire in questo caso il mio amico Ivan Cavicchi) che il Presidente della FnoMceo potesse essere membro del Parlamento!

Devo confessare un mio conflitto di interesse: ho sempre stimato **Amedeo Bianco** per le competenze e l’equilibrio dimostrato nel governo della FNOMCeO e ritengo che il suo ritiro rappresenti una perdita per la professione medica. La ringrazio per l’attenzione e chiedo scusa ai medici se per un attimo mi son dimenticato che non svolgo più la professione .

Luigi Arru

Assessore Igiene e Sanità della Sardegna ed ex presidente dell’Omceo di Nuoro

Convenzioni. Fimmg: “Siamo pronti allo sciopero nazionale dei medici di famiglia”

“No a cancellazione libertà di scelta del medico. Il territorio non sia organizzato come l’ospedale”. Il sindacato denuncia “l’atteggiamento di boicottaggio della Sisac del tavolo del rinnovo dell’Acn” e minaccia lo sciopero. Ogni segreteria regionale chiederà incontro urgente ai singoli Governatori. Il 28 marzo verrà presa la decisione finale. [LA MOZIONE FIMMG](#).

I medici di famiglia della **Fimmg** minacciano lo sciopero nazionale per il rinnovo della convenzione. Le ragioni lamentate dal Sindacato (che già da un mese è in stato d’agitazione) sono plurime sono riportate nero su bianco nell’ultima mozione del Consiglio nazionale. In primis “il perdurare dell’atteggiamento della Sisac di boicottaggio, nei fatti, del tavolo del rinnovo dell’Acn attraverso la strutturazione e la proposizione sul territorio di modelli gestionali, già falliti nell’organizzazione della assistenza ospedaliera”.

La Fimmg sostiene che con il modello proposto si “identifica la struttura come unica interfaccia assistenziale per il cittadino” e vi sarà una “perdita della capillarità dell’assistenza”. Inoltre, per il Sindacato il “finanziamento della struttura avverrà attraverso la depauperazione del monte retributivo professionale, senza alcun investimento regionale ai fini dell’efficientizzazione della medesima”. Ma i medici di famiglia criticano anche una visione che porta al “superamento del rapporto personale con l’assistito” e alla “cancellazione conseguente della libertà di scelta del proprio

medico di fiducia”.

Il Consiglio Nazionale Fimmg propone invece un modello fondato su “una rimodulazione del finanziamento orientato a dare risposte immediate ai bisogni dei cittadini; una prossimità delle cure; salvaguardia della libertà di scelta; potenziamento dei supporti organizzativi, diagnostici e terapeutici del territorio”.

Per queste ragioni il Consiglio nazionale ha dato mandato ai “Segretari Regionali di richiedere un incontro urgente col Presidente Regionale per conoscere la posizione della rispettiva Regione sullo stallo del rinnovo dell’ACN e per sapere quali iniziative intenda prendere a livello degli organi delegati nazionali, preannunciando anche le inevitabili azioni di lotta sindacale che si instaureranno, a breve, nel caso si verifichi il perdurare di tale situazione”. Il 28 marzo è stato fissato un nuovo Consiglio nazionale dove il Sindacato deciderà quale forma di lotta sindacale intraprendere compreso “lo sciopero”.

■ [Mozione Cons naz Fimmg](#)

Convenzione Mmg. Sisac contrattacca: “Ma quale stallo, è la Fimmg che non vuole aprire le trattative”. Intervista a Franco Rossi

Dopo la minaccia dello sciopero della [Fimmg](#) interviene il presidente della struttura delegata dalle Regioni al rinnovo delle convenzioni. “Le accuse della Fimmg sono strumentali. Nessuno vuole limitare libertà di scelta del medico”. E “nessuno pensa al modello ospedaliero”. Il problema “è che si mettono in discussione i principi della legge Balduzzi. Senza novità politiche, da Comitato settore non possiamo convocare nessuno”

La trattativa per il rinnovo delle convenzioni di medici di famiglia, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali è al palo. I medici della Fimmg minacciano lo sciopero e criticano fortemente la controparte pubblica, la Sisac, rea di “boicottare la trattativa”. Ma **Franco Rossi**, presidente della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC) che svolge il ruolo di rappresentante negoziale delle Regioni per i rinnovi degli accordi collettivi nazionali (ACN) della Medicina Generale, della Medicina Specialistica Ambulatoriale, Veterinaria ed altre Professionalità, della Pediatria di Libera Scelta e delle Farmacie Pubbliche e Private, non ci sta e replica alle accuse del Sindacato e chiarisce alcuni punti.

A partire dalla libertà di ogni cittadino di scegliere il proprio medico. “Nessuno ha mai pensato di limitare al cittadino la scelta del proprio medico”. Il problema per Rossi è che in questo momento si stanno “mettendo in discussione la ratio e i principi della Legge Balduzzi e del Patto per la Salute”. E sulle risorse avvisa: “Impossibile per Regioni garantire a tutti gli studi medici tutti i fattori produttivi e poi è la legge che prevede l’invarianza delle risorse per costruire nuove forme organizzative territoriali”. Replica infine alla Fimmg: “Sono loro che non vogliono aprire trattativa”.

Presidente Rossi, la Fimmg minaccia lo sciopero sul rinnovo delle convenzioni e vi accusa di boicottaggio nella trattativa. Cosa si sente di rispondere?

Quella di boicottare la trattativa mi sembra un'accusa strumentale. Anzi, da parte nostra abbiamo cercato di favorire il dialogo tra i sindacati e la controparte politica. Sul punto ho convocato un incontro prima di Natale con Fimmg per mettere nero su bianco tutte le differenze che si erano manifestate nelle precedenti riunioni.

Quali sono i nodi irrisolti che non permettono alla trattativa di andare avanti?

I nodi sono politici e sono in particolare due: il primo è legato alle risorse per finanziare i fattori produttivi delle nuove forme organizzative della sanità territoriale (AFT e UCCP) e l'altro riguarda il lavoro in gruppo.

Mi spieghi meglio.

Sul tema della riallocazione delle risorse la legge Balduzzi specifica che le nuove AFT e UCCP sono a carico della finanza pubblica ma devono essere organizzate ad iso risorse. E nell'Atto d'indirizzo si specifica proprio come per creare queste forme organizzative occorre riallocare le risorse. Qualche professionista perderà qualcosa ma a beneficio di tutti. I Sindacati però fanno finta di non capire che c'è questo vincolo dell'invarianza delle risorse e che va indicata la fonte di finanziamento quantomeno per le AFT. A me sembra che sia la Fimmg che non vuole aprire il tavolo di trattativa, la stessa Fimmg che ha sollecitato la riforma Balduzzi, salvo poi pentirsi perché non sono state stanziare risorse aggiuntive. E poi voglio ricordare che con i problemi economici che ci sono è impossibile per le Regioni garantire a tutti gli studi medici tutti i fattori produttivi.

Cosa serve allora per rimuovere lo stallo?

Come Sisac noi operiamo secondo la legge e secondo l'atto d'indirizzo politico. Il termine "ad invarianza di risorse" non l'abbiamo imposto noi ma lo prescrive la legge. Per risolvere lo stallo non vedo altra strada che una modifica all'attuale normativa in tema di finanziamento delle nuove forme organizzative. Ma questa è una scelta che spetta alla politica non a Sisac.

Altro punto critico lamentato da Fimmg è che si vuole privare il cittadino della libertà di scegliersi il proprio medico.

Nessuno ha mai pensato d'infrangere questo collegamento tra il cittadino e il proprio medico.

E allora qual è il punto?

La visione che la Fimmg porta avanti è quella di un gruppo di nuovi medici di medicina generale sempre più autosufficienti e individualmente valorizzati. Il tutto a scapito del lavoro di gruppo. Ma quest'aspetto si scontra con lo spirito della legge Balduzzi e del Patto per la Salute e con l'intento politico delle Regioni che invece vogliono potenziare proprio il lavoro di gruppo in un'ottica di servizio pubblico.

Mi faccia un esempio, come dovrebbe essere strutturata per esempio una AFT?

L'obiettivo della legge Balduzzi è, tra l'altro, quello di garantire un'assistenza h24. È chiaro che il cittadino non potrà sempre trovare il suo medico di fiducia presente nella AFT ma in sua assenza potrà trovare un altro collega che conosce il suo profilo sanitario ed è in grado di garantire la continuità delle cure. Insomma, se non è presente il proprio medico di fiducia il cittadino avrà un'altra possibilità senza per forza dover ricorrere per esempio all'ospedale.

Ma lo studio del medico di famiglia scomparirà?

No, gli studi rimarranno ma non possiamo più pensare ad un sistema in cui ognuno va

per conto suo. Con la riallocazione delle risorse daremo consistenza organizzativa alle AFT e al loro collegamento con le UCCP. L'idea è quella d'immaginare una sede unica dove l'azienda potrà collocare dei fattori produttivi (per esempio un'agenda appuntamenti centralizzata, raccolta dati, segreteria, supporto informatico). I medici continueranno a lavorare anche nei loro studi ma in modo più integrato con le aziende sanitarie e con gli altri professionisti.

Altra critica è che si vuole organizzare l'assistenza territoriale in base al modello ospedaliero.

Nessuno pensa al modello ospedaliero. Qui il problema è che si sta mettendo in discussione la 'ratio' stessa della legge Balduzzi. L'atto d'indirizzo tenta uno sviluppo del servizio sanitario pubblico per fornire una reale continuità delle cure ai cittadini. Dobbiamo impiegare meglio le risorse e da ciò ne deriverà una produttività maggiore. Ma è evidente che questo progetto si appoggia su di una logica di lavoro di gruppo e credo che invertire la rotta rispetto a quest'intento sarebbe assurdo o comunque dettato da una visione del futuro del SSN diversa rispetto a quella che il legislatore ha espresso nella Balduzzi e che le Regioni hanno sviluppato condiviso nel Patto per la Salute.

A questo punto come intendete procedere?

Allo stato attuale siamo fermi con i medici di famiglia e un recente incontro ha confermato che anche i pediatri si sono allineati alle posizioni dei primi. Ora incontreremo anche gli specialisti ambulatoriali per valutare la loro disponibilità a far partire la trattativa. È chiaro che per quanto riguarda i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta se non ci saranno novità da parte del Comitato di settore noi non potremo convocare nessuno.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

ESCLUSIVA/ Amedeo Bianco (Fnomceo): «Ecco perché lascio, la mia eredità e cosa c'è da fare per i medici»

Il voto del 22 marzo prossimo scriverà la parola fine su una presidenza di lungo corso. Nove anni e tre mandati hanno convinto Amedeo Bianco a non ricandidarsi al vertice della Fmoceo. «Perché – spiega - come ho ricordato in una lettera a tutti i presidenti dei 106 Ordini provinciali, credo nell'innovazione. Nel senso che sono convinto che ognuno di noi rappresenti un'opportunità in più di portare nuove culture e nuove intelligenze, nuove passioni e nuovi interessi. Serve una Federazione che voglia mantenere vivida la sua immagine e le sue funzioni e il mio è un gesto di fiducia verso il prossimo presidente».

Quanto hanno pesato sulla scelta di non ricandidarsi le polemiche sulla doppia giacchetta di senatore e presidente di Ordine?

Non ho mai sottovalutato le ambiguità sulle linee di confine. Ciò che posso dire oggi è che il Parlamento e la cosiddetta politica hanno sempre profondamente rispettato questo mio ruolo. Quella di non ricandidarmi è una decisione che ho assunto da tempo, anche al di là di alcune polemiche. Non che non fossero degne di considerazione: non ho mai sottovalutato il disagio e l'imbarazzo, anche la contrarietà espressa da alcuni verso questo mio doppio incarico. Ma ho sempre cercato di

privilegiare l'opportunità che esso poteva fornire, offrendo al mondo politico che volesse cercarlo un interlocutore che nasceva all'interno del mondo professionale. Ho sempre privilegiato l'autonomia e sono sempre stato rispettato. Certo, chi voleva attaccare e non condivideva la mia leadership o la mia appartenenza a un gruppo parlamentare, ha usato la questione del doppio incarico nelle sue argomentazioni contro la linea professionale del presidente. Questi elementi, insieme alla considerazione che ogni lunga esperienza deve avere una sua fine naturale, hanno completato il quadro che mi ha portato a non ricandidarmi.

Che Fnomceo lascia il Bianco presidente?

In questi anni la Federazione ha assunto una sua importante identità, pure in una fase molto difficile per il Paese e per la sanità italiana. In più lascio un organismo sano, con i conti in ordine, in linea con le nuove normative sulla trasparenza amministrativa e in grado di assolvere a importanti funzioni di "welfare verticale": attività di produzione culturale, di incontri, di formazione costante e di confronto portato avanti dalla federazione insieme agli ordini. Certo, resta la consapevolezza di non essere riusciti a portare a compimento tutto quello che si sarebbe voluto fare...

Sarà un presidente-ombra?

Capisco che chiunque verrà dopo dovrà confrontarsi con un pezzo di storia e uno stile di governo della Federazione che è il mio. Sono molto legato alle idee e alle rappresentazioni all'esterno del nostro mondo, che in questi anni ho contribuito a costruire. Ma se a presidente-ombra si dà un significato un po' oscuro, da boiardi, certamente questa non è la mia intenzione.

Proviamo a tracciare un bilancio tra target centrati e carne messa al fuoco. Penso ad esempio al nuovo Codice deontologico e al Ddl sulla responsabilità professionale, ancora in giacciaia.

Il primo obiettivo centrato, a mio avviso, è la faticosa ricostruzione di un sistema, che ha accolto pienamente gli Ordini con funzione di indirizzo e guida; poi c'è stata la ricostruzione amministrativo-gestionale della Federazione. Quanto al Codice approvato pochi mesi fa, malgrado la fronda di una manciata di ordini, voglio ricordare che è stato approvato da oltre 100 presidenti. E che forse non se ne discute ancora abbastanza: contiene spunti di grande attualità che presuppongono un dibattito culturale all'avanguardia, come la distinzione tra "persona" e "paziente" - che non è una mera disputa linguistica ma pone il problema del ruolo del medico e dei cittadini rispetto alla salute - e come la scottante questione delle organizzazioni sanitarie, arrivata improvvidamente a un punto di crisi e di rottura con il comma 566 della legge di Stabilità. Altri grandi temi sono la riforma degli Ordini e la responsabilità professionale, oggetto della mia produzione legislativa da senatore. In questi provvedimenti ho tradotto i punti di caduta e di analisi che abbiamo prodotto all'interno del nostro contesto professionale, dopo averli discussi, elaborati e confezionati in seno ai convegni ufficiali della Federazione.

Purtroppo questi due provvedimenti sono ancora nel limbo... che previsioni si possono fare?

La riforma degli Ordini verrà presto ripresa in commissione al Senato, la presidente della XII è ben decisa a portare avanti il provvedimento. Come noto in questi ultimi mesi il Parlamento è stato impegnato nelle grandi riforme costituzionale ed elettorale,

nel varo della legge di Stabilità e nell'elezione del presidente della Repubblica. Ora l'auspicio è che l'attività legislativa ordinaria possa riprendere.

Altro discorso va fatto in merito al Ddl sulla responsabilità professionale, drammaticamente fermo in commissione Affari sociali alla Camera. Anche se alcuni asset di questa riforma sono stati trattati in altre norme: penso ad esempio all'obbligo per le aziende e gli enti pubblici e privati che erogano prestazioni sanitarie di garantire la responsabilità civile verso terzi. Ma restano in pregiudicato altre questioni di indubbio rilievo, come i profili civili e penali della responsabilità professionale in ambito sanitario - e lì alcuni interventi di Codice andrebbero fatti - e la questione delle tutele assicurative per categorie molto esposte. Mentre, ancora, il Dpr che istituisce il Fondo assicurativo non ha sufficiente forza per rispondere alla complessità di questo tema. Stiamo cercando come Federazione di lavorare con l'Enpam per affrontare le questioni più spinose, e spero che chi verrà dopo di me continuerà su questa strada che punta ad assicurare ai liberi professionisti una maggiore forza sul mercato della domanda. Manca, infine, l'applicazione delle tabelle che riguardano le invalidità, quantificate con un punteggio da 10 a 100: un passaggio cruciale che attendiamo da anni, perché definire l'entità del risarcimento è un elemento di chiarezza sul mercato assicurativo, in grado di decongestionare la virulenza del fenomeno.

Sono questi i grandi temi su cui lavorare: l'importante è che si ponga una soluzione, anche se è certo che una norma organica servirebbe tantissimo. La proposta che noi abbiamo portato al Senato e che il gruppo del Pd ha fatto sua mira ad affrontare in modo organico tutte queste questioni. E forse proprio questa sua ricerca di completezza, avvertita come una minaccia da alcune delle parti interessate in campo, ha contribuito a bloccarne l'iter.

Ha già citato il comma 566 della legge di Stabilità sulle cosiddette "competenze". Fnomceo ha assunto nei giorni scorsi una posizione molto dura, ma ormai a cose fatte...

Il comma 566 è stata una forzatura imprevista e imprevedibile, che non stava nemmeno ragionevolmente nel solco dell'articolo 22 del Patto per la salute. Ha colto tutti alla sprovvista, tra l'altro inserito com'era nel percorso blindato della legge di Stabilità. Io nell'articolo 22 del Patto, nel quale peraltro non siamo stati mai coinvolti, non riesco proprio a leggere la matrice del comma 566. E' stata introdotta una chiave interpretativa della co-evoluzione delle professioni, che è destabilizzante per tutti e che aprirà conflitti e incertezze. Oggi, rispetto alla ripartizione delle competenze tra medici e infermieri, ma domani in prospettiva nell'ambito delle competenze tra tutte le professioni sanitarie. Chi disegna i confini? Chi dice cosa è "complesso" e "specialistico"? Tra l'altro, ci si rifà a una cultura dell'organizzazione che è abbastanza datata perché ancora guarda al vecchio mansionario. Il punto è che la logica che ha scritto quell'incipit sbagliato del comma 566 è basata sulla decapitalizzazione del lavoro professionale: quest'ultimo non è considerato un valore da cui partire per organizzare l'assistenza, ma il dato da segmentare e frazionare per consentire facili e miopi risparmi su poche unità di personale. E intanto la stessa Unione europea ci sta sanzionando per il sovra-utilizzo dei nostri professionisti.

Però la Fnomceo non ha fatto le barricate davanti a una deriva così grave, se di

questo si tratta...

Non sono d'accordo. Il comma 566 è arrivato come un fulmine a ciel sereno a interrompere e deviare un discorso avviato su basi ben diverse. Da ormai 15 anni la Federazione punta a mettere al centro i processi di diagnosi e cura, non negando le autonomie e le responsabilità, ma mirando a preservare le organizzazioni, i professionisti e i pazienti dallo spezzettamento che invece il comma 566 comporta. Prima della blindatura arrivata con la legge di Stabilità, ragionavamo sui possibili scenari dell'articolo 22 del Patto, che prevedeva come strumento un decreto attuativo, da riempire di contenuti ben diversi. Non ci stiamo ad adeguarci a questo disegno calato dall'alto e dannoso per tutto il sistema: abbiamo appena comunicato a governo e Regioni che non parteciperemo alla Cabina di regia sull'attuazione di questo articolo 22 snaturato.

Passiamo al tema della formazione dei medici, che con tutto ciò ha molto a che fare. Intanto, qual è il suo giudizio sul decreto Giannini, che dovrebbe liberare risorse per 700 contratti di specializzazione?

Il decreto Giannini ripara in parte l'errore compiuto anni fa con il prolungamento delle scuole di specializzazione: errore, perché allora non si valutò che ciò avrebbe reso insufficienti i finanziamenti per i contratti di formazione. Ma se questo decreto garantisce l'accesso ai circuiti formativi di altre 700 persone, ciò che si continua a non cogliere è un altro grande problema emergente e cioè che il nostro sistema formativo ha già "in pancia" una popolazione che è il doppio dell'offerta formativa specialistica. Nei prossimi 6-7 anni, infatti, si creeranno le condizioni materiali per cui i 20-25mila giovani che usciranno dal percorso formativo universitario di base resteranno a spasso. Se prima il problema era nel gap tra professionisti formati e mercato del lavoro, oggi a questa difficoltà, che pure permane, va a sommarsi quella di un'offerta formativa specialistica che a brevissimo coprirà appena la metà del fabbisogno.

Quindi la soluzione quale può essere? Limitare ulteriormente le ammissioni ai corsi di Medicina?

Intanto, ridurre i posti per i corsi di Medicina a 6.500, come da richiesta Fnomceo. Ma non basta: anche se facessimo questa operazione da domani, siamo già oggi gravidi di una popolazione studentesca più che doppia rispetto all'imbuto delle specializzazioni disponibili, e questo al netto o quasi delle ammissioni in sovrannumero in ragione delle sentenze e dei possibili arrivi dall'Europa. E qui si torna all'articolo 22 del Patto della salute, che pone il tema della formazione. Non è pensabile di aumentare a dismisura – con quali risorse? – i contratti di specializzazione. Né ci convince la proposta delle Regioni, che di nuovo fa rientrare dalla finestra la logica della decapitalizzazione del lavoro professionale, della flessibilità basata sul demansionamento, sulla precarizzazione, su status giuridici e profili di responsabilità poco chiari. Mentre è perfettamente chiara l'idea di far diventare i giovani per le aziende un serbatoio di manodopera... Ma c'è una terza opzione, che noi peroriamo: dare piena attuazione al Dlgs 517. Queste le tappe: identificare la rete formativa regionale con standard di accreditamento delle strutture idonee alla formazione che garantiscano l'acquisizione e lo sviluppo di competenze specialistiche; fare in modo che nell'ultimo anno (o negli ultimi due anni) gli specializzandi anche sotto il profilo giuridico acquistino una maggiore autonomia e

possano svolgere in questo nuovo status alcune funzioni di servizio, pubbliche, di cui il Ssn e le strutture formative ricevano beneficio, ottenendo in cambio una remunerazione diversa (se non è possibile un contratto diverso) e andando a formare una "base mobile" della piramide professionale, fatta di giovani, dove si produce assistenza, cura e formazione.

E le università?

Non si pone un problema di conflitto tra strutture universitarie e regionali come luoghi di cura, nel senso che l'università resta il dominus della formazione specialistica e solo l'ultimo anno (o gli ultimi due) viene svolto nella rete formativa regionale, e sono le Regioni, in questa fase, a pagare. Così potremo utilmente assorbire tutti i giovani medici che hanno la necessità di specializzarsi che abbiamo "in pancia", nell'arco di un decennio. Ovviamente, in questa proposta non va trascurato il problema del mercato del lavoro, che è altra cosa ancora. Il presupposto per cui tutto si tenga è che venga affrontato il problema del precariato e che questi giovani medici alla base della piramide professionale non vengano usati per assorbire i vuoti di pianta organica. Del resto, di spazi di impiego ce ne sono moltissimi: abbiamo o non abbiamo un problema di liste d'attesa e di servizi da attivare?

Non si rischia l'effetto "libro dei sogni"?

Serve uno scatto di qualità, non si può usare e abusare dello straordinario dei professionisti. Questa che rilancio oggi al Sole-24Ore Sanità è una nostra proposta, che avanzammo già in precedenza e che oggi si fa quanto mai attuale, davanti alla nuova emergenza della formazione specialistica che non riesce più ad assorbire quanti escono dalla formazione medica di base. Bisogna volare alto, valorizzando la formazione specialistica dei giovani medici, che tanta linfa anche in termini di utilità sociale possono portare alle organizzazioni sanitarie.

Pronto soccorso affollati? Anaa: «Chiudiamoli»

«La soluzione al sovraffollamento dei Pronto Soccorso è semplice: chiudiamoli». E' la provocazione lanciata dall'Anaa Assomed. «E' inaccettabile - sostiene il sindacato - che Regioni e Aziende sanitarie continuino a dare "la colpa" all'influenza, non ancora arrivata al picco, e al flop della vaccinazione, piuttosto che prendere atto di una realtà, non solo stagionale e non solo delle regioni "meno virtuose", che è il prodotto dei tagli di posti letto e di personale effettuati in tutti gli ospedali pubblici, del nord, del centro e del sud del Paese».

Le immagini che i media diffondono sono chiare. «Quello che rende drammatico il sovraffollamento - continua Anaa - è la visione di pazienti in barella uno accanto all'altro, in ogni angolo dei Ps che, già visitati e con terapie avviate, hanno bisogno di ricovero e attendono un posto letto che in ospedale non c'è. Gli accessi cosiddetti impropri rappresentano certo un sovraccarico di lavoro per gli operatori, ma non la causa del collasso dei Ps. I rimedi escogitati dalle amministrazioni regionali e dalle aziende sanitarie appaiono meri palliativi»

Difficoltà in tutte le attività chirurgiche. «Il blocco dei ricoveri programmati - spiega Anaa - si traduce di fatto nel blocco di tutte le attività chirurgiche dei pazienti in attesa, anche per patologie gravi, trasformando gli ospedali pubblici in "ospedali da

campo" dedicati solo all'emergenza, provocando la frustrazione del personale e costringendo i pazienti che non possono aspettare a ricorrere ancora al PS.

Le case della salute, pur necessarie, migliorano l'azione di filtro territoriale ma non incidono sul fatto che i pazienti che hanno bisogno di ricovero sono sempre "troppi" rispetto ai posti letto disponibili».

Aumentare gli organici nei Ps non basta. «Sterile anche il rimedio di rinforzare temporaneamente gli organici dei Ps - ribadisce il sindacato - quasi fossero degli avamposti in una zona di guerra. Più medici e più infermieri sono necessari in pianta stabile e non solo per i Ps, a meno di non dichiarare ufficialmente che il Ps non è più il luogo di accoglienza delle emergenze, di stabilizzazione e di invio a reparto, ma il luogo di cura definitivo».

Il nodo dei tagli ai posti letto. «Singolare infine la scelta di alcune regioni come il Lazio: 400 posti letto in più nelle strutture accreditate. Ma se alla fine si giunge a riconoscere che il problema sono i posti letto - conclude Anaaao - non è preferibile ripensare ai tagli effettuati in questi anni ed in questi mesi? Occorre prendere atto una volta per tutte che il cronico (non occasionale o stagionale) collasso dei PS è solo la conseguenza di una politica di sottrazione progressiva ed inesorabile di risorse umane ed economiche alla Sanità pubblica. Si lascia aperta la sola porta dei PS per garantire il diritto a curarsi. In che condizioni e con quali sacrifici per pazienti ed operatori, ormai è sotto gli occhi di tutti».

DOCTOR 33. IT

Medicina all'estero. Conte (Fnomceo): rientrare senza test? Scelta discutibile

Non riuscite a superare il test per l'accesso all'Università in Italia? Andate pure all'estero perché poi potrete rientrare dalla "finestra". È questo, secondo il segretario generale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici **Luigi Conte**, il rischio che si profila per effetto della recente sentenza del Consiglio di Stato che ha disposto come "gli studenti di Medicina iscritti nelle università straniere possono trasferirsi nuovamente in Italia, senza superare il test d'ammissione". La sentenza ha definito come spetti a ciascuna università "accogliere le istanze degli studenti ma nel rispetto ineludibile del numero di posti disponibili per trasferimento, così come fissato dall'Università stessa per ogni accademico in sede di programmazione, in relazione a ciascun anno di corso". «Di fatto» sottolinea Conte «la sentenza contribuisce a fare chiarezza, ma finisce per rimuovere qualsiasi vincolo, come quello rappresentato dal test. Dire che è l'Università a dover stabilire il contingente dei posti a disposizione e a valutare l'affidabilità dei curriculum è un modo pilatesco per eliminare il test. Oltretutto» continua il segretario Fnom «alle Università può essere utile avere più studenti in considerazione delle tasse e del finanziamento Miur. Chi garantisce che tutte le Università siano virtuose allo stesso modo? Il test» conclude Conte «rappresenta il sistema ideale per valutare la preparazione del candidato e offrirebbe

un controllo a livello centrale che in questo modo viene meno». Di tutt'altro avviso Girolamo Rubini, autore del ricorso vittorioso per conto di due studentesse iscritte in Romania, che si erano viste negare la domanda di trasferimento dell'Università di Messina. «È un giudizio storico che dà certezza agli studenti. I giudici hanno contemperato il principio di libera circolazione dei cittadini con le esigenze sottese al numero chiuso».

DIRITTO SANITARIO Per la Suprema Corte l'Irap non è una "tassa sui redditi di lavoro autonomo"

L'automatica sottoposizione ad Irap del lavoratore autonomo che disponga di un dipendente, qualsiasi sia la natura del rapporto e qualsiasi siano le mansioni esercitate, vanificherebbe l'affermazione di principio desunta dalla lettera della legge e dal testo costituzionale secondo cui il giudice deve accertare in concreto se la struttura organizzativa costituisca un elemento potenziatore ed aggiuntivo ai fini della produzione del reddito, tale da escludere che l'Irap divenga una «tassa sui redditi di lavoro autonomo».

[Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584