

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MARTEDI' 10 FEBBRAIO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

**REGIONE Sanità e sociale, è sempre scontro
Maggioranza e opposizione: no ai tagli. Sindacati e Onlus in rivolta**

L'UNIONE SARDA

**SASSARI In piazza 200 infermieri precari
Nessun concorso è stato più bandito da sei anni**

QUOTIDIANO SANITA'.IT

**Comma 566. I sindacati medici fanno muro e scrivono a Lorenzin, Chiamparino
e Coletto: "Va abrogato, oppure salta la Cabina di regia"**

Comma 566. Cari medici, non abbiate paura di Saverio Proia

**Liberalizzazioni. Federfarma scrive a Renzi: "20 milioni di italiani resteranno
senza farmacia"**

**Liberalizzazioni. Gullotta (Parafarmacie): "Ecco i fatti e i dati che smentiscono
Federfarma"**

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

**Farmacie, Medici di famiglia e oncologi contro le liberalizzazioni. Coro di no
dall'Ipasvi a Federanziani**

DOCTOR 33. IT

Potere giurisdizionale degli Ordini nel mirino, la Cceps all'esame della Consulta

Tripadvisor per i medici, ai chirurghi piace ma vanno migliorati i criteri

**DIRITTO SANITARIO Il limite del massimale non esclude l'assoggettabilità del
Mmg ad Irap**

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Sanità e sociale, è sempre scontro Maggioranza e opposizione: no ai tagli. Sindacati e Onlus in rivolta

Sanità e sociale continuano a tenere banco a pochi giorni dal via libera della Finanziaria da parte della commissione Bilancio del Consiglio regionale. Se Salvatore Usala, presidente del Comitato 16 novembre che rappresenta i malati non autosufficienti, minaccia un nuovo digiuno davanti all'assessorato alla Salute, per protestare contro i tagli al progetto di assistenza domiciliare, anche dalla maggioranza di centrosinistra e dal centrodestra continuano ad arrivare diverse critiche alla manovra. Tutti invocano almeno altri 100 milioni per l'assistenza ai non autosufficienti. Ma per ora la Giunta ha solo detto che «anche gran parte del saldo in arrivo dallo Stato per gli arretrati della Vertenza Entrate, sarà destinato a pagare i debiti accumulati dalla Regione nei confronti delle associazioni a causa dei vincoli previsti fino al 2014 dal Patto di stabilità». Sempre sulla salute si sono aperti anche altri due fronti. A denunciare di non essere stata convocata finora sono le associazioni dei malati di diabete: «Nonostante la patologia sia in aumento – denunciano – la Consulta regionale continua a non tener conto delle nostre richieste e addirittura l'assessore si è proprio dimenticato di convocarla». Il secondo caso è stato aperto dalla Cgil funzione pubblica: «Il sistema sanitario – la contestazione – sembra essere sempre incentrato soprattutto sulla rete ospedaliera e poco sui territori». Pronta la replica dell'assessore Luigi Arru: «Appena i vari territori saranno pronti, faremo l'esatto contrario: valorizzeremo il sistema di cure intermedie e non gli ospedali».

L'UNIONE SARDA

SASSARI In piazza 200 infermieri precari Nessun concorso è stato più bandito da sei anni

Neppure l'anno nuovo ha portato speranze certe per circa 200 infermieri precari e disoccupati della Provincia. E nonostante la carenza di personale nelle corsie degli ospedali turritani, nessun concorso è stato più bandito da sei anni. «Problema mai preso in considerazione» hanno scritto i membri del Comitato infermieri precari all'Asl e all'Aou di Sassari. Nei reparti, stando ai numeri del sindacato Nursing Up, mancherebbero all'appello almeno 200 unità, carenza che mette a rischio l'assistenza soprattutto nella Medicina di Sassari, al 118, in Rianimazione e nei punti di Pronto Soccorso di Sassari e Alghero. Sono passati ormai diversi mesi ma nonostante le promesse, niente è stato fatto. «L'ultimo concorso risale al 2009 - ha scritto Davide Ruzzu della segreteria territoriale del Nursing Up - mentre tutte le aziende sanitarie sarde hanno fatto selezioni. Questo ha costretto numerosi giovani laureati a improbabili viaggi della speranza verso Olbia, Cagliari e Nuoro». L'esercito di precari

scenderà in piazza.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Comma 566. I sindacati medici fanno muro e scrivono a Lorenzin, Chiamparino e Coletto: “Va abrogato, oppure salta la Cabina di regia”

Lettera aperta di tutti i sindacati medici (tranne Uil e Cgil). “Nessuno vuole impedire agli Infermieri di realizzare legittime aspirazioni di crescita professionale”. Ma questo va fatto “senza superare il ruolo di leadership funzionale del medico nei processi e nelle attività di diagnosi cura e riabilitazione”. “Se non ci saranno novità disserteremo la Cabina di regia”.

Gentile Ministro Lorenzin, Illustre Presidente Chiamparino, Illustre Assessore Coletto,

le sottoscritte Organizzazioni Sindacali portano alla Vostra attenzione alcune considerazioni in merito ai contenuti del comma 566 dell’art.1 della Legge di stabilità 2015, quale contributo teso ad evitare ricadute negative sulla salute dei cittadini e sulla funzionalità del sistema sanitario.

Giova ricordare in premessa che né le rappresentanze ordinistiche né quelle sindacali dei Medici sono state consultate, se non a cose fatte, nel lungo processo che ha portato alla stesura di diversi documenti sulla “ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell’infermiere e dell’infermiere pediatrico”, malgrado i loro ruoli e la loro funzione di rappresentanza di professionisti impegnati a garantire la tutela della salute. Le relazioni tra professioni sanitarie, alias 22 profili professionali, e Medici rappresentano una questione di estrema rilevanza che avrebbe dovuto e deve essere trattata senza frantumare assetti ordinamentali, e mantenendo un carattere unitario a ruoli professionali e profili di responsabilità, per evitare il rischio concreto di creare confuse sovrapposizioni di competenze, oltre che di responsabilità, mediche e non mediche.

L’autonomia professionale è certo un valore, ma le persone non possono essere “spacchettate” in un piano clinico ed uno assistenziale che vanno ciascuno per conto loro diventando di tutti e di nessuno. Né un processo clinico può essere considerato semplice sommatoria di atti professionali, espressione di differenti ed autonome competenze, senza che si individui in maniera esplicita una responsabilità unitaria ed un ruolo di governo e sintesi, da esercitare in caso di conflitti tra le diverse autonomie, ferma restando, ovviamente, la responsabilità di ognuno sui singoli atti. Nella clinica, le competenze mediche non possono subire inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, tantomeno senza esplicitare “erga omnes” le ripercussioni delle scelte adottate sull’efficacia e sulla sicurezza delle cure e le possibili ricadute sul contenzioso civile e penale, esploso in maniera esponenziale nel nostro Paese.

Sulla base di tali considerazioni respingiamo la forzatura, di metodo e di merito, operata dal comma 566 dell'art.1 della Legge di stabilità 2015, chiedendone l'abrogazione.

In quanto al metodo, siamo di fronte, a nostro parere, ad una maldestra fuga in avanti, un colpo di mano, di cui rimane ignota la genesi, che forza, a colpi di fiducia, un provvedimento ordinamentale in una legge finanziaria, saltando a priori ogni criterio di ammissibilità.

In quanto al merito, il suo incipit: "Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia con accordo tra Governo e Regioni,...omissis" rappresenta una gravissima invasione di campo che confina le competenze professionali dei medici in "atti complessi e specialistici".

Un pilastro dell'ordinamento professionale viene apoditticamente e strumentalmente vivisezionato, secondo criteri e parametri indistinti ed ambigui. Chi disegna i confini? Chi dice cosa è "complesso" e "specialistico"? Evidente solo la finalità di affermare che parte delle competenze dei medici possono essere affidate ad altre professioni, sulla base di accordi tra Governo e Regioni, assurti al rango di leggi, proprio in tempi di crisi della legislazione concorrente.

Si sposta in avanti il criterio limite allo esercizio professionale delle professioni sanitarie fissato dall'art.1 comma 2 della Legge n.42/99 "...Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie.....omissis.....è determinatoomissis... fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario". E si determina la grottesca situazione di trasferire alcune prestazioni sottratte ai medici specialisti tra le competenze delle professioni sanitarie, in un sistema che non consente di impiegare le maggiori professionalità dei medici non specialisti. Esistono, inoltre, fondati motivi per ritenere che lo strumento dell'accordo tra Governo e Regioni non si inquadri nelle disposizioni che fissano i principi generali che disciplinano la materia

Fin troppo evidente il retropensiero di considerare i medici solo generatori di costi e costi da tagliare, ed i confini delle loro competenze un mero ostacolo a politiche di thank shifting, vale a dire di trasferimento di segmenti di attività da fattori produttivi (professionisti) con costi più alti a fattori produttivi (professionisti) con costi più bassi. Continuando, in una pura logica di mercato, nella decapitalizzazione del lavoro professionale considerato il dato da segmentare e frazionare per consentire facili e miopi risparmi.

La "novità" inaccettabile del comma 566, che faremmo tutti un errore gravissimo a non cogliere, è la introduzione nella legislazione ordinaria di un nuovo paradigma nel governo delle competenze, che altera e rende volatili le regole, secondo cui, per i medici chirurghi restano esclusivi solo gli atti complessi e specialistici. Una chiave interpretativa destabilizzante per tutti, con riflessi imprevedibili sulla determinazione dei fabbisogni, sui contenuti formativi, sulle loro funzioni e compiti nelle organizzazioni pubbliche e private, sul mercato del lavoro medico e sanitario, già devastato da vasti fenomeni di sottoccupazione e disoccupazione. Per questa via si alimentano guerriglie infinite su sfuggenti linee di

confine, determinando ulteriori incertezze nel nostro sistema civile e penale relativo alla responsabilità professionale. Dove, di fatto, oggi gli unici esposti a rischi elevati sotto il profilo della responsabilità personale e professionale, chiamati a rispondere sempre in prima persona di qualunque criticità assistenziale, sono i Medici.

In ultimo, il comma 566 aggiunge un ulteriore tassello ad un'allarmante consunzione dell'architettura ordinamentale del nostro SSN, un fenomeno erosivo del diritto unico ed indivisibile alla tutela della salute, avviato dal federalismo sanitario come consegnatoci dalla modifica del Titolo V della Costituzione del 2001. Divenuti i LEA variabili dipendenti dalle risorse disponibili, una parte rilevante della tenuta del nostro SSN poggia su un uso ed abuso del lavoro professionale che ha inondato i servizi di precari senza identità e speranze, congelato dinamiche retributive, tagliato carriere, stressando oltre la legalità, orari e tempi di lavoro. Il che pone a tutti l'onere di rafforzare i pilastri ordinamentali, come le competenze professionali certificate dallo Stato.

Obbligo di chi governa è proporre soluzioni attente all'efficacia ed alla sicurezza delle cure, in una strategia coordinata e rispettosa di tutte le professioni, compresa quella medica, garantita e resa specifica dallo Stato a tutela dei Cittadini.

L'implementazione delle competenze delle altre professioni sanitarie, così come l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, necessita di strumenti e di soluzioni condivise da tutti gli operatori e senza dubbi sulla loro legittimità.

Nessuno vuole impedire agli Infermieri di realizzare legittime aspirazioni di crescita professionale, nel rispetto, però, delle competenze delle altre categorie interessate, all'interno del tessuto unitario del servizio sanitario nazionale, senza superare il ruolo di leadership funzionale del medico nei processi e nelle attività di diagnosi cura e riabilitazione, in ragione delle competenze tecnico-professionali acquisite nel corso di lunghi e complessi iter formativi, delle connesse responsabilità e della sua duplice posizione di garanzia verso i cittadini e verso lo Stato.

Il comma 566 ha indebolito la credibilità della stessa "Cabina di Regia", trasformandola in un pallido osservatorio con scarse possibilità di essere l'ambiente ove porre tutti i legittimi interessi in campo in condizioni di poter preventivamente concertare, e successivamente monitorare, le innovazioni organizzative e gestionali necessarie alla sostenibilità del SSN.

Del resto, numerose componenti non mediche chiamate ad esprimere propri rappresentanti all'interno della "Cabina di Regia" hanno già inopportuno, sui media e non solo, acclamato il comma 566 come un superamento della stessa, di fatto e nemmeno tanto sorprendentemente delegittimandola.

Oltretutto, si è nel frattempo verificata addirittura un'amara e sofferta rinuncia a parteciparvi della FNOMCeO, di fronte al merito ed al metodo delle suddette innovazioni.

Chiediamo pertanto alle SS.LL. una autorevole chiarificazione sulle questioni poste, in assenza della quale le sottoscritte OOSS si vedrebbero costrette a non prendere parte ai lavori della "Cabina di Regia", rifiutando di adeguarsi ad un disegno calato dall'alto e dannoso per tutto il sistema.

Costantino Troise, ANAAO ASSOMED

Aldo Grasselli, FVM

Alessandra Di Tullio, FASSID-FEDERAZIONE AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR-DIRIGENTI

Biagio Papotto, CISL MEDICI

Raffaele Perrone Donnorso, ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI

Alleanza per la Professione Medica, (AAROI EMAC, ANDI, CIMO, CIMOP, FESMED, FIMMG, FIMP, SBV, SUMAI)

Comma 566. Cari medici, non abbiate paura di Saverio Proia

Stupisce che i sindacati medici non abbiano colto l'importanza della concertazione prevista dalla legge come metodo per arrivare all'accordo sulle nuove competenze. E che si scaglino contro qualcosa che avrebbero potuto contribuire a definire. Come, ad esempio, hanno fatto i medici radiologi per l'accordo sui Tsrn. E a chi teme l'abrogazione della L. 42 dico che tale rischio è inesistente

Uno spettro si aggira per l'Europa: lo spettro delle competenze avanzate. Tutte le potenze della 'vecchia Sanità' si alleano per una santa caccia spietata a questo spettro. Parafrasando l'illustre filosofo tedesco ed ebreo di Treviri è quello che sta succedendo dall'inizio dell'anno: un comma inserito nella legge di stabilità, conosciuto da mesi nella fase preparatoria della legge stessa perlopiù ignorato in tale fase, una volta divenuto norma definitiva diviene oggetto di dibattito e di interpretazioni, talora distanti e contrastanti; addirittura su questo ottimo quotidiano on line, si è teorizzato il superamento della legge 42/09 per effetto del mitico, per molti, comma 566 nefasto, per pochi.

Sembrava di ripercorrere gli annunci (falsi) sul web della morte improvvisa di Cristian De Sica (al quale auguro lunga vita essendo ambedue coevi); vorrei tranquillizzare tutti i lettori non solo la legge 42/99 non verrà né abolita né superata con questo comma avrà la sua massima spendibilità, cosa sinora poco realizzata. Mi permetto modestamente di ricordare che fui io, nella mia veste di allora di consigliere per le professioni sanitarie nel primo Governo **Prodi**, insieme a pochissimi altri, tra cui l'on. **Danilo Morini**, relatore della legge 833/78, a proporre non solo l'abolizione dei mansionari ma a respingere la proposta di riformarlo, adeguandolo alle nuove competenze e ci inventammo quella formula dinamica ed originale per cui il campo proprio di attività di ciascuna delle 22 professioni sanitarie è dato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo, degli ordinamenti didattici di base e post base nonché dei codici deontologici; sarebbe quanto mai strano ed originale che questa dinamica ed originale formula legislativa, confermata ed ampliata nella portata dalle leggi 251/00 e 43/06 tesa non solo a rendere irreversibile qualsiasi ritorno indietro (ricordo che si conquistò la valorizzazione di queste professioni con uno degli atti minori della Pubblica amministrazione qual è un Decreto del Ministro ed invece con la legge 42/09 furono fissati per legge) ma a considerarlo solo un punto di partenza e non di arrivo: quindi nulla di statico bensì competenze in continua evoluzione in relazione all'evoluzione scientifica, tecnologica nonché formativa ed ordinamentale.

Sarebbe quanto mai originale che dopo 15 anni contribuissi al superamento della legge 42/99; infatti la norma non parla né esplicitamente né implicitamente di abolizione o superamento della legge 42/09, anzi da questa legge come viepiù dalle leggi 251/00 e 43/06 trova il fondamento legislativo dal quale partire per prevedere la loro massima spendibilità: l'obiettivo primario di questo mitico comma 566 è quello di dar corso ad Accordi Stato Regioni che ampliano da una parte le attuali competenze ora di infermieri e TSRM e quanto prima delle altre 19 professioni di ostetrica, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione e dar vita all'incompiuta cioè la posizione di specialista, prevista sia nei decreti dei profili ben 21 anni fa e dalla legge 43/06 e null'altro e vi pare poco?

Certo la norma, pur nella sua immediata efficacia, non è certamente bella, ma è quello che passa il convento e come il brutto anatroccolo si evolverà in bel cigno; per la verità il Ministero della Salute l'aveva proposta in forma diversa, anche se il contenuto è sostanzialmente lo stesso e per correttezza di informazione di seguito la riporto:

Art. (Disposizioni in materia di professioni sanitarie)

1. Ferme restando le esclusive competenze riservate ai laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, al fine di valorizzare le risorse professionali, anche nell'ambito dei processi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con Accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definite le modalità per riconoscere e promuovere lo sviluppo delle competenze, e le relative responsabilità professionali, delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso l'eventuale acquisizione di ulteriore formazione complementare post laurea.

2. Sulla base di protocolli concordati e condivisi tra le professioni interessate, secondo le modalità individuate con l'Accordo di cui al comma 1, sono altresì definite le competenze eventualmente esercitate da due o più professioni sanitarie, fatta salva la titolarità della professione che ne ha la competenza primaria.

3. Dall'attuazione della presente norma non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Ricordo che il Ministero della Salute, ed il Governo tutto ha convenuto, ha individuato la fonte di questa norma nell'art. 5 punto 15 del Patto per la Salute 2014/2016 nell'ambito delle disposizioni relative all'assistenza territoriale, il quale prevede che: *“Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”*.

Per dare attuazione a questo obiettivo si è, quindi, reso necessario adottare una norma di rango primario che consenta di definire, attraverso un apposito Accordo tra

Governo e Regioni, le modalità per riconoscere e promuovere lo sviluppo delle competenze, e le relative responsabilità professionali, delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso l'eventuale acquisizione di ulteriore formazione complementare post laurea, **prevedendo la concertazione a tal fine tra le rappresentanze professionali, scientifiche e sindacali di queste professioni con le professioni mediche e le altre professioni sanitarie abilitate con laurea specialistica: è questo l'unico ed esclusivo obiettivo che, Governo e Regioni, affidano al comma 566.**

La norma proposta prevede, inoltre, che con protocolli concordati e condivisi tra le professioni interessate, ovviamente tra medici ed altri professionisti sanitari laureati magistrali e le professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche, della riabilitazione e delle prevenzione sulla base di modalità individuate con il medesimo Accordo, siano definite ulteriori competenze avanzate e specialistiche di quest'ultime: null'altro prevede quindi qualsiasi altra interpretazione è fuorviante. **Dall'attuazione delle disposizioni non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica (questo non vuol dire che chi svolgerà le competenze avanzate o specialistiche lo farà a costo zero, ovviamente)** ma al contrario una razionalizzazione della spesa sanitaria in quanto la valorizzazione ed integrazione delle risorse professionali, in coerenza con l'evoluzione formativa ed ordinamentale degli operatori sanitari, consente l'implementazione di modelli organizzativi più adeguati ai bisogni di salute dei cittadini, nei quali si realizza, nell'ambito del quadro normativo vigente soprattutto in materia di assistenza territoriale, un efficientamento delle risorse umane, sia nel lavoro individuale che all'interno di equipe multi professionale, con conseguente miglioramento della qualità dei servizi di assistenza.

Per chi teorizza che questo contenuto sarebbe dovuto esser compreso nell'emanando disegno di legge delega ex art, 22 del Patto per la salute 2014-2016, vorrei far presente che i rappresentanti del Governo e delle Regioni hanno concordato che tale questione per il suo impatto immediato per l'attuazione del Patto stesso fosse giusto ed indispensabile che fosse immediatamente operativa e quindi risolta da subito nella legge di stabilità. Senza polemica, vorrei ricordare, comunque, che la magistratura in Toscana in due distinte occasioni non ha ravvisato alcun esercizio abusivo della professione medica nelle anticipazioni che tale Regione da anni svolge in modelli di competenze avanzate delle professioni infermieristiche e di tecnico saniatro di radiologia medica (TSRM), convinta che già l'attuale legislazione in materia lo consente.

Pertanto il comma 566 ha teso più che a disciplinare "ciò che si può già fare", perché già si può fare a legislazione attuale, le modalità con le quali si può fare portando a rango di norma primaria la garanzia, peraltro già contenuta nelle due proposte di accordo sulle competenze avanzate per gli infermieri e per i TSRM, già condivise dal Ministero della Salute e dalle Regioni, che il tutto non solo venga disciplinato da specifici Accordi Stato-Regioni ma e soprattutto che si realizzi attraverso la concertazione tra le rappresentanze sia professionali che scientifiche e sindacali delle professioni interessate cioè, lo ripeto sino alla noia, medici compresi naturalmente.

Sarà che ho fatto il dirigente sindacale ai tempi di **Lama, Carniti e Benvenuto**, quindi nell'altro millennio, ed avendo avuto come colpa o come merito di aver contribuito in quell'epoca a costruire anche all'interno del sindacalismo confederale la presenza organica della rappresentanza medica ma se una controparte mi avesse offerto, per legge, di concertare l'organizzazione del lavoro mi sarei buttato a capofitto...ma evidentemente sono troppo vintage oppure l'epoca buia della legge **Brunetta** ha atrofizzato qualsiasi voglia di concertazione. Ma questo rilancio "contrattuale" del ruolo delle rappresentanze professionali quali attori del processo messo in essere non solo è presente nel comma 566 ma è già presente nelle due proposte di accordo sulle competenze avanzate degli infermieri e dei TSRM, infatti si prevede che:

Art. 3 (Modalità e percorsi per lo sviluppo delle competenze professionali)

1. Lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità, basato sulla formazione, sulla ricerca e sull'esperienza professionale acquisita in ambito lavorativo, ha come riferimento le norme deontologiche, le disposizioni normative e amministrative relative ai contenuti dei profili professionali e gli ordinamenti formativi universitari, nonché le scelte di programmazione nazionale e regionale, per migliorare la presa in carico della persona, la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, il governo dei bisogni assistenziali, sanitari e socio sanitari delle persone, delle famiglie e della comunità assistita

2. Le regioni e le province autonome, previo confronto con le rappresentanze professionali e sindacali, definiscono, all'interno del processo di accreditamento professionale, i criteri per lo sviluppo delle competenze degli infermieri e la conseguente revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, a iniziare dall'organizzazione dei presidi ospedalieri per intensità di cure e dai modelli per complessità assistenziale, in relazione alle esigenze regionali e professionali.

3. Con riferimento al comma 2, le regioni e le province autonome, sulla base di una specifica intesa con le rappresentanze sindacali e professionali, definiscono, in collaborazione con l'università, entro 180 giorni dall'approvazione del presente Accordo, i percorsi attuativi e i criteri per riconoscere pregresse specifiche esperienze, nonché i percorsi formativi da effettuarsi in ambito regionale o aziendale, anche ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi universitari (CFU).

Quindi, confronto al punto 2 ed intesa al punto 3 con le rappresentanze delle professioni interessate (nei due accordi in questione tra infermieri e medici e tra TSRM, medici e fisici sanitari), **sono i due assi centrali dell'impianto delle competenze avanzate che fanno sì che le stesse non possono che realizzarsi attraverso la condivisione, la compartecipazione e la concertazione delle professioni sanitarie interessate** e non potrebbe che essere così per potere dispiegare il massimo di efficacia e di efficienza: pertanto, qualsiasi paura che questo processo possa suscitare non ha ragione di esistere. Per dovere di cronaca, come risulta anche da tanti articoli apparsi su questo Quotidiano, tutti i sindacati della dirigenza e del comparto nonché tutte le rappresentanze di ordini, collegi ed associazioni di tutte le professioni sanitarie sono state più consultate sulla bozza di accordo delle competenze delle professioni infermieristiche tant'è che la prima

versione è stata completamente cambiata a seguito di questa consultazione e sull'attuale testo vi è stata altrettanta consultazione.

Inoltre nella proposta per i TSRM sono state concordate, anche con le rappresentanze dei medici radiologi e dei fisici sanitari, quali specializzazioni prevedere per questa professione e quali nuove competenze specialistiche prevedere: questo metodo esemplare è quello che si vorrà adottare per le altre professioni cioè un'intesa tra le professioni interessate, medici compresi, naturalmente. Certo la norma parla di "fermo restando le competenze specialistiche e complesse dei medici" e per estensione degli altri dirigenti sanitari: non vedo nessun pericolo da questa norma che evolve e non arretra rispetto a quanto previsto dalla legge 42/99 che parlava di "fatte salve le competenze delle professioni mediche" quindi tutte e non solo le complesse e le specialistiche.

Come ho già scritto su questo quotidiano, saranno determinate dalla concertazione tra le professioni interessate in forma dinamica e non statica sulla base dell'evoluzione scientifica, tecnologica, formativa ed ordinamentale: prima dei nuovi profili varati dal Ministero della Salute nel 1994, alcune competenze ritenute esclusive del medico ora vengono svolte normalmente dagli infermieri e nessun medico li rivendica...altrettanto succederà per altre competenze; né si ravvisa alcun spaccettamento di competenze tra medici ed altre professioni né pazienti divisi in due....ma che scherziamo?

Del resto lo stesso fenomeno è successo mutatis mutandis per le professioni infermieristiche quando furono varati prima il profilo di OTA e poi quello di OSS per collaborare con essi sollevandoli di alcune incombenze nel processo assistenziale: si giunse ad affermare che il togliere una padella o un pappagallo ad un paziente o una paziente era un'esclusiva competenza sanitaria perché dal colore e dal tipo di feci o urina si concretizzava la diagnosi infermieristica: oggi se un laureato in infermieristica è costretto ad effettuare queste mansioni o altre ora di competenza dell'OSS urla che è demansionato!

E' evidente che un processo di diversa organizzazione del lavoro in sanità che potrebbe essere avviato dalle competenze avanzate delle professioni sanitarie non potrà che avere ripercussione nel rapporto tra queste ed il personale appartenente ai profili di operatore di interesse sanitario ad iniziare dagli OSS; in questa fase potrà finalmente ad essere spendibile il documento elaborato dallo specifico Tavolo tecnico sulla funzione, programmazione e formazione dell'OSS, concordato con tutti i sindacati del comparto sanità, le Federazioni dei colleghi degli infermieri e delle ostetriche nonché con il Migeap.

In questo quadro si colloca con forza la questione del divario tra l'attuale realtà lavorativa della gran parte degli esercenti le professioni infermieristiche-ostetrica, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione tra il loro status di professionisti laureati e la condizione operativa, rimasta in larga parte del SSN ferma a modelli desueti pre-riforma: questa contraddizione potrà essere superata dall'attuazione estesa e diffusa delle nuove competenze avanzate e specialistiche che per essere dirompente e positivo dovrà comprendere la parte più estesa possibile dei professionisti, rendo attuale e spendibile il processo di emancipazione degli

infermieri e degli altri professionisti sanitari.

Naturalmente, come testimoniano “i primi territori liberati” in Italia e soprattutto le consolidate esperienze degli altri Stati europei ed extraeuropei i medici non hanno nulla da perdere anzi solo da guadagnare in una migliore condizione lavorativa in un processo integrato, unitario ed unificante di valorizzazione di tutte le professioni sanitarie, medici compresi, e di tutti gli operatori del SSN: questa è la vera coevoluzione delle professioni; parafrasando il già citato filosofo di Treviri “lavoratori di tutto il SSN unitevi; i filosofi hanno solo interpretato la sanità in diversi modi; il punto è di cambiarla”.

Certo il nuovo può mettere paura soprattutto nella fase attuale nella quale alla risorsa umana e professionale si sono chiesti sacrifici immensi ma, si creda, è un passaggio obbligato per uscirne.

Liberalizzazioni. Federfarma scrive a Renzi: “20 milioni di italiani resteranno senza farmacia”

“Così si fa un favore ai supermercati e si distrugge il servizio farmaceutico, penalizzando chi vive nelle zone più disagiate del territorio”. Il Governo decida se vuole una farmacia professionale, impegnata sul fronte sociale e fortemente integrata nel Ssn oppure un punto vendita commerciale.

Consentire l’acquisto di medicinali con ricetta medica nei supermercati e permettere un aumento indiscriminato del numero delle farmacie - come previsto nelle bozze del Ddl Concorrenza predisposte dal Ministero dello sviluppo economico - in brevissimo tempo distruggerebbe il servizio farmaceutico, togliendo la farmacia a 20 milioni di Italiani che risiedono nelle zone più disagiate del territorio, aree rurali e periferie abbandonate, dove la farmacia rappresenta spesso l’unico presidio sanitario.

È quanto ha scritto Federfarma in una lettera inviata al Presidente del Consiglio Renzi, sottolineando come ad avvantaggiarsi di queste misure sarebbero solo e unicamente i grandi gruppi multinazionali, che hanno già avviato una campagna stampa a supporto: “Infatti, nel giro di pochi mesi si avrebbe la chiusura di moltissime farmacie, fagocitate dalla grande distribuzione. Con il risultato che il cittadino avrebbe a disposizione un minor numero di punti di accesso al farmaco, peraltro gestiti con logiche commerciali e speculative, collocati unicamente nelle zone commercialmente più redditizie”.

Per questo Federfarma ha chiesto al Presidente Renzi di intervenire per impedire che vengano varate misure devastanti per l’efficienza del servizio farmaceutico.

“Si tratta degli stessi Gruppi che, nei loro Paesi di origine, non sono riusciti a entrare nel mercato del farmaco e oggi vengono a fare shopping in Italia, per poi trasferire all’estero i profitti ottenuti – scrive Federfarma – tali gruppi avrebbero facile presa su un sistema già messo a dura prova dai continui tagli imposti negli anni alla spesa farmaceutica convenzionata”.

Le 18.000 farmacie convenzionate con il Ssn, ricorda Federfarma, piccole imprese professionali che danno lavoro a 55.000 farmacisti laureati e a 40.000 dipendenti non laureati, in questi anni sono state oggetto, più di ogni altro settore, a una serie di

interventi di deregolamentazione che ne hanno profondamente modificato l'assetto. In seguito a queste misure il settore è ampiamente aperto al mercato, molto di più di quanto avvenga negli altri Paesi europei.

“Il Governo Renzi, in questi mesi – prosegue la nota – ha delineato un processo di sviluppo della farmacia italiana rivolto al potenziamento dei servizi offerti alla popolazione e integrato nella riorganizzazione delle cure primarie sul territorio. Tutto questo processo rischia di essere azzerato dalle misure ipotizzate dal Ministero dello sviluppo economico, senza alcun coordinamento con il Ministro della salute, competente per materia, che ha espresso pubblicamente forti preoccupazioni per l'impatto che tali misure avrebbero sulla salute dei cittadini. Il Governo deve decidere se vuole una farmacia professionale, impegnata sul fronte sociale e fortemente integrata nel SSN, oppure un punto vendita commerciale, interessato solo a macinare profitti”.

■ [Orlandi \(Federfarma-Sunifar\): “Basta favori alle multinazionali del commercio”](#)

Liberalizzazioni. Gullotta (Parafarmacie): “Ecco i fatti e i dati che smentiscono Federfarma”

Nessun rischio per la salute pubblica: le parafarmacie hanno gli stessi requisiti di sicurezza e controllo delle farmacie. E nessun rischio di fallimento del sistema: a otto anni dalla prima liberalizzazione, le 17mila farmacie hanno continuato a veicolare il 93% dei farmaci venduti anche nelle parafarmacie.

“Le farmacie hanno paura di perdere il mercato della Fascia C e così si accaniscono presentando scenari catastrofici nell'eventualità che i farmaci con ricetta (a carico del consumatore) siano concessi anche alle Parafarmacie: è il momento di fare una volta per tutte chiarezza”.

È quanto dichiara il presidente della Federazione Nazionale delle parafarmacie italiane, **Davide Gullotta**, in vista di un pacchetto di liberalizzazioni comprensivo dei farmaci, annunciato dal ministro dello Sviluppo economico, **Federica Guidi**.

“È innanzitutto palesemente falso – dichiara Gullotta – affermare che se le parafarmacie venderanno anche i farmaci di Fascia C ci sarà un abuso di medicinali: la fascia C viaggia, infatti, indissolubilmente con la prescrizione medica e sempre dietro ricetta continuerà ad essere dispensata. È falso ugualmente paventare il pericolo per la salute pubblica, perché nelle parafarmacie vigono gli stessi requisiti di sicurezza e controllo previsti nelle farmacie, oltre al fatto che nelle parafarmacie lavorano farmacisti (abilitati e iscritti all'ordine professionale) molti dei quali in passato erano a loro volta dipendenti, direttori e in alcuni casi anche proprietari di farmacia”.

Più nel dettaglio, dati alla mano, prosegue Gullotta “è altresì falso affermare che il ‘sistema farmacia’ fallisce se si liberalizza anche la Fascia C: dopo otto anni dalla prima liberalizzazione le 17mila farmacie italiane continuano a veicolare il 93% (dati IMS Health) dei farmaci ad oggi venduti anche nelle parafarmacie”.

Quanto alla fascia C, essa rappresenta il 16,7% del fatturato delle farmacie: “Se anche

questa percentuale si liberalizzasse così come è accaduto con il farmaco Sop (senza obbligo prescrizione) e Otc (da banco), le farmacie avrebbero una diminuzione di fatturato ridicola. Il grosso del fatturato per le farmacie è infatti il farmaco di Fascia A, che vale il 69,6% del mercato”.

Non da ultimo infine è significativo un raffronto con l'Europa: “In Germania – ha concluso – la professione è interamente liberalizzata e i dipendenti Farmacisti sono addirittura pagati come dirigenti Sanitari (circa 3mila euro al mese, a fronte dei 1.300 euro dei dipendenti italiani): ciò nonostante nessuna lobby in Germania ha mai gridato al fallimento”.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Farmacie, Medici di famiglia e oncologi contro le liberalizzazioni. Coro di no dall'Ipasvi a Federanziani

Medici di famiglia, oncologi, otorini, infermieri e associazioni della Terza età. E' un coro di no all'ipotesi di liberalizzazione delineata dal [ddl concorrenza del Ministero dello Sviluppo economico](#), che secondo la bozza da noi anticipata prevede più farmacie (abbassando il tetto degli abitanti) e toglie loro l'esclusiva sui farmaci di fascia C (a carico del cittadino).

I medici di famiglia (Fimmg) si dicono «preoccupati per l'ipotesi liberalizzazione farmacie, soprattutto per lo spostamento di risorse sanitarie dalla rete dei professionisti a quella commerciale». Lo dichiara il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo. «Il mondo delle professioni - aggiunge - presenta un cronico deficit di finanziamento e le liberalizzazioni comporterebbero un netto peggioramento della situazione. Se vogliamo mantenere un Ssn degno di questo nome non possiamo permetterci l'indebolimento dei professionisti della sanità. Non servono tagli, servono investimenti».

Contro il Ddl scende in campo anche l'Associazione italiana di oncologia Medica (Aiom). «I farmacisti italiani - spiega il presidente Carmine Pinto - rappresentano da anni un reale punto di riferimento per tutti i cittadini e i pazienti di questo Paese. Sono presenti capillarmente su tutto il territorio nazionale e offrono un presidio realmente importante. Per questo riteniamo critica e non adeguata per la realtà italiana la liberalizzazione della vendita dei farmaci di fascia C in altre strutture». A non convincere è l'ipotesi di aprire la vendita dei farmaci di fascia C anche agli ipermercati. «Il farmaco, anche quello in fascia C, svolge un ruolo spesso essenziale, che non va banalizzato e va gestito da farmacisti - spiega il presidente - proprio per evitare una possibile assunzione non controllata e talora con informazioni non sufficienti su un farmaco. Non dobbiamo dimenticare poi che i maggiori consumatori sono le persone anziane, oltre 12 milioni nel nostro Paese. Sono i pazienti più fragili che molto spesso devono assumere più farmaci insieme perché colpiti da più patologie croniche, talora anche in concomitanza con terapie orali oncologiche. E molti sono anche pazienti che sono riusciti a sconfiggere il cancro. Proprio per questo

il farmaco in fascia C va distribuito in strutture con personale sanitario. Anche per noi come Aiom, infatti, il farmacista rappresenta un alleato importante che dovrebbe essere ulteriormente valorizzato proprio quando, grazie ai progressi della ricerca, stiamo rendendo croniche molte patologie oncologiche».

Contrari alla liberalizzazione anche gli otorini. «I farmaci in fascia C devono essere venduti esclusivamente in farmacia. Le previste liberalizzazioni - sottolinea Giuseppe Spriano, presidente nazionale della Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale (SIOeChCf) - rischiano di creare confusione e di banalizzare l'utilizzo di un farmaco che invece rappresenta un atto medico importante. Come otorino ci occupiamo di patologie che coinvolgono il bambino, l'adulto e l'anziano e che trovano nelle terapie un validissimo ausilio. Il rischio però spesso è di abuso e sottovalutazione degli effetti collaterali. Il farmacista è un professionista laureato in grado di consigliare il paziente e di fornire, se richiesto, un consiglio tecnico importante. Questo vale soprattutto nei piccoli centri dove la farmacia rappresenta un vero e proprio presidio sanitario che va difeso e valorizzato. I risparmi nella sanità - sottolinea Spriano - vanno cercati altrove, e tutti noi siamo pronti a fare la nostra parte, ma non bisogna adottare misure che rischiano di creare disorientamento, soprattutto in quella fascia di popolazione come gli anziani che, oltre al medico, possono trovare nel farmacista un valido ausilio».

Riflessione critica dagli infermieri: dal farmacista un sostegno informativo essenziale. «Abbandonare la strada del sostegno informativo e della capacità di compliance del cittadino - sottolinea la senatrice e presidente della Federazione dei Collegi Ipasvi, Annalisa Silvestro - potrà produrre, forse, del risparmio, ma potrebbe produrre ben altri impatti (e quindi costi) sul mantenimento di un buon equilibrio di salute dei cittadini».

«Liberalizzare e ampliare l'orizzonte della concorrenza - aggiunge - è un meccanismo che ha portato nel tempo a livellare prezzi e spese dei cittadini per molti generi diretti al pubblico, non c'è dubbio, ma la salute non è un bene che si può 'livellare', né può scendere al di sotto di determinati indici di qualità e di sicurezza. E ancora meno può essere lasciata alla libertà spesso poco informata di chi non si deve occupare di curarla, ma solo di stare meglio, il cittadino» .

«Il farmacista è il professionista che può guidare il fai-da-te del paziente sicuramente in modo più preciso e immediato - conclude Silvestro - essendo quello che deve dispensare il farmaco proprio e anche per tenerne sotto controllo l'uso corretto e non l'abuso. Per questo credo sia più che opportuna una ulteriore riflessione anche perché, purtroppo, il livello di educazione sanitaria oggi nella comunità è quasi assente. Non a caso una scelta a suo tempo fatta del Governo è stata quella di prevedere nelle nuove e moderne "farmacie dei servizi" il contatto con gli infermieri: per rispondere al meglio ai bisogni dei cittadini attraverso un riferimento professionale competente, per garantire la tutela della loro salute, perché non siano lasciati a se stessi e all'improvvisazione».

Fedranziani ribadisce il suo secco «no» alle liberalizzazioni. La Federazione delle associazioni della Terza età è pronta a scendere in piazza per difendere le farmacie

rurali. Per Federanziani liberalizzare questo mercato significherebbe infatti «costringere le 7.000 farmacie rurali a chiudere, lasciando, così, interi territori completamente abbandonati!». Le farmacie rurali, ricorda la Federazione, dispensano farmaci e assicurano servizi di tutela della a 10 milioni di persone, di cui un terzo anziani, che da un giorno all'altro rischiano di ritrovarsi soli sul territorio, privi del loro unico presidio sanitario.

In Italia vi sono 8.092 comuni, il 70% dei quali sono piccoli comuni rurali. 5.683 comuni hanno una media di 1.823 abitanti, per un totale di 10 milioni di abitanti. Gli anziani che vivono in questi piccoli centri sono mediamente il 25% della popolazione, con punte del 30%. In questi comuni lavorano circa 7.000 farmacie rurali, di cui 3.500 sussidiate, ovvero finanziate da noi cittadini, con le nostre tasse, affinché non chiudano e restino sul territorio.

«Queste farmacie non si limitano a dispensare farmaci - spiega Federanziani - ma svolgono un fondamentale ruolo di consulenza verso il paziente, ed erogano servizi e prestazioni fondamentali: eseguono prelievi del sangue, misurazioni della pressione, elettrocardiogrammi, esami a domicilio, e sono disponibili H24 per prestare soccorso. In territori come questi, in caso di urgenza, i malati devono percorrere tra i 20 e i 40 chilometri di strade e stradine per arrivare al più vicino pronto soccorso. Per fortuna ci sono le farmacie rurali, che in caso di emergenza hanno il defibrillatore e salvano vite!».

DOCTOR 33. IT

Potere giurisdizionale degli Ordini nel mirino, la Cceps all'esame della Consulta

Commissione centrale esercenti arti e professioni sanitarie nel mirino dei giudici. Prevista dalla legge istitutiva degli ordini provinciali nel 1946, la Cceps - che accoglie i ricorsi in appello degli iscritti a ordini di medici e farmacisti, commissioni odontoiatriche e colleghi ostetrici, infermieri e tecnici di radiologia- è un organo giurisdizionale presieduto da un magistrato consigliere di stato e con un collegio a composizione variabile: se il ricorrente è medico due rappresentanti del Ministero della Salute sono integrati da cinque medici, se è dentista integrano cinque odontoiatri etc. I contenziosi sulla composizione fin qui hanno riguardato i membri sanitari. Ma l'ordinanza 596 della Cassazione del 15/1 scorso chiede alla Corte Costituzionale di pronunciarsi sui membri ministeriali a seguito di un contenzioso tra un cittadino siriano e l'Ordine dei Medici di Milano.

Il medico non si era laureato in Siria, paese il cui titolo è riconosciuto, ma in Libano, e l'Omceo gli aveva detto no, confermato dalla Cceps. Il medico ha ricorso in Cassazione, perché la Cceps è in parte ministeriale, vi siede in teoria chi ha contribuito a non far riconoscere la laurea libanese. La Cassazione ha considerato l'articolo 6 della convenzione dei diritti dell'Uomo che chiede la terzietà del giudice e ha investito la Corte Costituzionale: in tema di iscrizioni è giusto che in Cceps siedano componenti ministeriali? In Italia ordini di giornalisti, architetti ingegneri

non hanno più potere giurisdizionale in base al dl 138/2011, e a giudicare sugli iscritti sono i consigli di disciplina, fatti per lo più da togati. Gli ordini sanitari possono invece sanzionare e decidere sulle iscrizioni. Basta loro come garante una Cceps con un presidente magistrato ma ben due ministeriali e cinque sanitari (potenziali concorrenti economici del collega ricorrente secondo la visione "europea")? A garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e della terzietà del giudizio disciplinare" il neoministro della Salute Beatrice Lorenzin nel ddl omnibus ha fatto inserire all'articolo 3 la previsione secondo cui gli ordini "separano la funzione istruttoria da quella giudicante". Ogni Regione dovrebbe insediare Uffici istruttori di Albo per giudicare su esposti o richieste di ordini. Il Presidente Omceo milanese **Roberto Carlo Rossi** non si esprime sulla vicenda che interessa il suo Ordine ma ammette che la questione ha due volti. «Da una parte c'è il dibattito sul potere disciplinare degli ordini, organi elettivi sui cui componenti una professione fa affidamento perché traccino il confine deontologico, cioè condiviso all'interno della professione stessa, tra ciò che è ammissibile in un atto (medico, nel nostro caso) e ciò che non lo è. A mio avviso sarebbe aberrante abolire questa difesa data al cittadino dall'ordinamento in nome di una terzietà che porterebbe solo confusione: con l'istituzione dell'ufficio di cui al ddl omnibus, per assurdo si può arrivare a un contesto in cui l'ordine dice che una cosa non va bene, l'ufficio sì e il cittadino è disorientato. Dall'altra parte - continua Rossi - la Cceps non è organo elettivo ma è frutto di nomine, "filiazioni" di Esecutivo e Fnomceo, esterne al potere Giudiziario; è un tribunale anomalo con troppi pochi supplenti, e la Consulta l'anno scorso ha chiesto che la composizione cambi ove la Cassazione dovesse rinviare al mittente sentenze Cceps. E ancora: per alcune categorie - i doppi iscritti medici odontoiatri - i giudizi "raddoppiano". Ci sono elementi di confusione che forse si supererebbero con un corpus totalmente elettivo di marca Fnomceo, Fofi, Ipasvi a seconda della categoria, anziché fare tabula rasa delle norme esistenti».

Tripadvisor per i medici, ai chirurghi piace ma vanno migliorati i criteri

«Il sito www.thatmorning.it ? Pregevole, finalmente non picchia sulla malasana e le community dei pazienti riportano giudizi spassionati sulle strutture. Ma per i giudizi con le stellettole valgono tutte le incognite segnalate per www.dovesalute.gov.it, il sito del governo che dà i voti sulla base del Piano nazionale esiti: occorre più scientificità nei criteri per i punteggi ed esplicitare meglio le fonti». **Rodolfo Vincenti**, presidente della Fondazione Chirurgo e Cittadino (emanazione dell'associazione dei chirurghi Acoi, oltre 6 mila iscritti) ha visitato il portale stile "Tripadvisor" voluto da alcuni privati - molti pazienti e loro familiari - per dare suggerimenti concreti su dove curarsi. «Il web come modalità informativa presenta margini di crescita», afferma Vincenti. «Una recente ricerca della nostra Fondazione su 3 mila cittadini rilevava che il 52% dei cittadini inizia il percorso di cura chiedendo al medico di famiglia, il 43% si rivolge agli amici; ma solo il 41 e il 42% dei cittadini che hanno intrapreso il percorso di cura erano informati su chi li avrebbe seguiti. Significa che da una parte

ha un peso ancora troppo rilevante la medicina del pianerottolo, il consiglio dell'amico che sulla carta ha la stessa malattia, e che può essere fuorviante. Per sostituirvisi in positivo, un sito web dovrebbe usare parametri scientifici.

Thatmorning intanto dovrebbe esplicitare con quali ordini e quali associazioni si è consultato». Il portale funziona così: a ognuno degli 8500 reparti censiti è attribuito un punteggio con un algoritmo che tiene conto sia degli indicatori Pne sia di parametri come dimensione e ampiezza di casistica e struttura, completezza dell'offerta erogata, capacità di investire, costi di assicurazione. «Occorrerebbe citare le fonti di questi parametri - dice Vincenti- danno luogo a graduatorie, che sono pericolose. Come ho detto per "Dovesalute", qualche indicatore tende a trascinare verso il basso reparti eccellenti di realtà ospedaliere non eccelse. Occorre attenzione e la Fondazione è disponibile per suggerimenti».

Lorenzo Garassino "mente" di Thatmorning sottolinea come il giudizio dei pazienti su una struttura sia staccato rispetto ai criteri con cui sono votati i reparti. «Il progetto risale a prima di "Dovesalute", ma arriva dopo. Il portale non si sostituisce al Ssn ma nasce come risposta all'autodiagnosi che a nostro avviso non è un buon servizio ai pazienti; Thatmorning mira a riportarli al medico o al professionista. Stiamo pensando di affiancare alla struttura anche un servizio che indichi categorie come i medici di famiglia o gli psicologi». Altre peculiarità: «Non profiliamo l'utente; questi compila un diario clinico con appunti sulla patologia, da condividere nella community . Gli appunti non sostituiscono il Fascicolo sanitario elettronico (quando il Ssn lo farà) ma guidano certe scelte. L'operazione è stata testata con un Ordine dei Medici, 20 medici, inizialmente scettici, che poi hanno dato l'ok». Vincenti insiste: «La strada per fotografare l'eccellenza in modo obiettivo è lunga. Sarà interessante vedere come funziona la scelta riferita a singoli professionisti, anche perché il nome di grido è un altro elemento condizionante: alcuni miei pazienti andavano a Milano per il nome e il carisma dei chirurghi Int e Ieo. Ma il nome dovrebbe contare relativamente se si attribuisce a una struttura la possibilità di effettuare un intervento in base alla casistica e ai requisiti dell'équipe. Qual è il criterio giusto? Se si vuole aiutare un malato ci si deve porre tante domande come questa».

DIRITTO SANITARIO Il limite del massimale non esclude l'assoggettabilità del Mmg ad Irap

È stata confutata dalla Corte di Cassazione l'affermazione in diritto che - poichè il medico di base, una volta che abbia raggiunto il massimale degli assistiti, percepisce il medesimo trattamento economico a prescindere dall'organizzazione della quale si doti - tale organizzazione non servirebbe per incrementare il reddito del professionista, ma per migliorare il servizio da costui reso ai propri pazienti e, pertanto, non integrerebbe il requisito di imponibilità Irap. L'argomento, ha osservato la Suprema corte, è giuridicamente errato, perchè - a parte la considerazione che un supporto organizzativo di beni strumentali e di collaboratori può servire non solo ad incrementare il numero dei pazienti (e quindi il reddito) del medico di base ma anche, nel caso del massimalista, a mantenere tale numero (e quindi il reddito) garantendo,

attraverso il miglior servizio reso ai pazienti, la fidelizzazione di medesimi - è decisivo il rilievo che la disciplina dell'Irap, secondo l'interpretazione offertane da questa Corte, assoggetta ad imposta il professionista che si avvalga di un'autonoma organizzazione di supporto al proprio lavoro indipendentemente dai riflessi immediati che tale organizzazione determini sull'entità del suo reddito.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584