

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

VENERDI' 30 GENNAIO 2015

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Cambio della guardia all'Asl **Zedda e Marras** sono i nuovi direttori

Nuovi direttori sanitario e amministrativo alla Asl n. 1. Il commissario straordinario, Agostino Sussarellu, ha nominato alla direzione sanitaria Serenella Zedda e a quella amministrativa Andrea Marras. E ha voluto rivolgere un particolare ringraziamento ai dirigenti uscenti Cesarino Onnis e Chiara Seazzu, per il contributo significativo apportato dal 2012 ad oggi e per l'importante collaborazione garantita in questo primo mese di commissariamento. Serenella Zedda dipendente della Asl sassarese è specializzata in Igiene Medicina preventiva con orientamento in Sanità Pubblica. Laureata in Medicina, è specializzata in Igiene e Medicina preventiva con orientamento in Sanità Pubblica. Dopo aver operato nel Servizio di Igiene Pubblica dell'Asl, dal 2001 è stata alla guida del Distretto di Alghero, prima come responsabile poi come direttrice. Anche Andrea Marras lavora nell'azienda sanitaria sassarese dal 1990. Laureato in Giurisprudenza, ha ricoperto sino ad oggi l'incarico di direttore del Servizio Amministrativo dei Presidi Ospedalieri. Dal 2004 al 2006 è stato dirigente amministrativo all'Asl di Olbia, Rientrato in organico a Sassari, si è occupato delle relazioni sindacali in staff alla Direzione Generale e poi dei Servizi amministrativi territoriali. Da agosto 2010 a luglio 2014 è stato responsabile del Servizio Affari legali.

L'UNIONE SARDA

REGIONE SANITÀ Prenotazioni on line, dalla teoria alla burocrazia Il sistema "Cup web" per le visite specialistiche funziona ma l'iter è complicato

Sarà una rivoluzione per la sanità, ha garantito l'assessore regionale Luigi Arru: «Semplificheremo la vita delle persone». Questo perché, grazie a *Cup web*, per la prima volta in Sardegna sarà possibile prenotare online visite e prestazioni mediche.

A due giorni dalla «rivoluzione», ovvero dall'entrata in funzione del servizio, ci sono ancora molti problemi che rendono difficile prenotare una visita medica. Il primo problema consiste nel trovare la pagina su Google. Se si digita «cup web Sardegna» ci si perde, perché il sito non compare tra i primi dieci indicizzati dal motore di ricerca. Peggio sarebbe digitando «cup web», perché il primo risultato della ricerca è la pagina delle prenotazioni online dell'Emilia Romagna. Occorre, invece, digitare l'indirizzo www.sardegna salute.it (oppure <https://cup.sardegna salute.it> ma è più complicato ricordarlo). All'interno di questo sito si trova, finalmente, il link che apre “cup web”. Dall'inizio dell'operazione sono già trascorsi 20 minuti. Finalmente, comunque, possiamo cominciare. Il sito avverte che il servizio è completamente gratuito e che è necessario avere accanto la ricetta “rossa”. Rassicurati da una scritta che recita «Il servizio è semplice, veloce e intuitivo», proviamo. Cliccando su «accedi al servizio cup», si arriva alla pagina delle prenotazioni che richiede una breve registrazione. Si può fare in due modi. Nel primo caso, dopo aver abilitato la tessera sanitaria con microchip (a Cagliari questa operazione si può fare solo al centro di via Romagna) si connette al computer il lettore di smart card che viene rilasciato quando si attiva la tessera elettronica. Attualmente la tessera sanitaria elettronica è stata attivata da 50.000 sardi su oltre un 1.600.000. Chi l'ha già abilitata può davvero eseguire una prenotazione. In questo caso, in meno di 5 minuti si riesce a prenotare una visita oculistica. Il sistema ha generato la prima disponibilità per il 18 febbraio a Lanusei. Eseguendo, invece, il *login* come oggi dovrebbero fare tutti gli altri sardi (oltre un milione e mezzo), serve cliccare su “registrazione”, compilare una scheda anagrafica e nel giro di due minuti arriva nella mail personale la password. E' quasi fatta. Torniamo sulla pagina “accesso servizi”, digitiamo il codice fiscale e la password appena ricevuta, e clicchiamo su “entra”. E qui arriva la sorpresa: il sistema ci avverte che occorre una seconda password che può essere generata attraverso una richiesta da inviare alla Regione via Pec («arriva in 24 ore», assicura una signorina al call center) oppure via fax (in questo caso occorre almeno una settimana). Risultato: per almeno un milione e mezzo di sardi, ieri, la rivoluzione non era ancora cominciata.

SASSARI I retroscena dell'inchiesta della Procura sul medico Giovanni Marras Il pm: «Visite allegre e dottori compiacenti»

È un'inchiesta imbarazzante quella conclusa nei giorni scorsi a carico del medico del lavoro sassarese, Giovanni Marras e di altre 14 persone, sotto accusa per una raffica di reati. I carabinieri del Nas e il pm Corinna Carrara, hanno ricostruito situazioni e consuetudini, non solo di ambienti sanitari e ospedalieri, che, se dimostrate, possono fare a gara con le gag della migliore commedia all'italiana. Marras è accusato di avere affidato alla segretaria Genny Piana (priva dell'abilitazione per la professione medica o paramedica) il compito di effettuare visite specialistiche sui lavoratori di enti pubblici e aziende private, che assisteva in qualità di medico del lavoro.

LE LENTI A CONTATTO Alcune *perle*, si ricavano dalla ricostruzione delle decine di visite effettuate, secondo i carabinieri dalla segretaria, per i dipendenti dell'Istituto zooprofilattico. Alla fine di una visita oculistica, nel febbraio 2010, Jenny Piana avrebbe stabilito che un impiegato dell'Izs di Sassari, poteva stare tranquillo, perché aveva dieci decimi. Nell'ottobre dello stesso anno visita una signora, scrive il pm, «senza avvedersi del fatto che portava lenti a contatto». La stessa Jenny Piana, stando all'avviso di concluse indagini, avrebbe dispensato consigli a diversi lavoratori visitati, invitando alcuni a cambiare le lenti, altri a portare gli occhiali e altri ancora a intervenire subito per una presbiopia. Scrive ancora il pubblico ministero: «Un paziente si era intrattenuto a parlare di caccia e pesca con il medico, senza essere visitato». Secondo la Procura di Sassari, in tutti questi casi è stata rilasciata un'abilitazione al lavoro fasulla.

VELOCITÀ Giovanni Marras e il coordinatore sanitario del Policlinico sassarese Spa, Mario Pisano, sono accusati di avere organizzato visite di medicina del lavoro lampo per i dipendenti della struttura. Si legge negli atti: «Anamnesi, auscultazione toracica, elettrocardiogramma, programmati in cinque minuti, per il corrispettivo unitario di 40 euro».

LA FAVATA Il pm ipotizza il reato di frode in pubbliche forniture per Marras, in riferimento a episodi che sarebbero avvenuti nel febbraio 2014. Il medico (nel servizio di assistenza primaria) non si sarebbe presentato in ambulatorio, «che rimaneva chiuso, con l'aggravante dei futili motivi. Si trattava di giovedì grasso, quando veniva organizzata *la favata* e si programmava la visione della partita della Juventus».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

I tagli della Stabilità. Slitta intesa tra Governo e Regioni. Per sanità verso conferma riduzione di 2 miliardi del fondo sanitario

Tutto rinviato alla prossima settimana. Chiamparino: "Condivisione sui 4/5 della nostra proposta". Sembra ormai inevitabile la rinuncia delle Regioni ai 2 mld di aumento del Fsn 2015. Ma il Governo non è ancora convinto sulle modalità. Baretta (Economia): "Tagli in sanità sembrano inevitabili ma non dovranno incidere su prestazioni. Bisognerà definirne natura".

Slitta l'intesa tra Governo e Regioni sui tagli previsti dalla legge di Stabilità. Le controparti si rivedranno la prossima settimana con l'Esecutivo che ha accettato di non valutare in modo perentorio il termine per l'accordo fissato per il 31 gennaio. Per la sanità sembra confermata la rinuncia all'aumento dei 2 miliardi di fondo.

«Abbiamo ancora qualcosa da approfondire e ci siamo presi una settimana di tempo con la rassicurazione da parte del Governo che il termine del 31 gennaio non sia usato in modo perentorio. C'è condivisione sui 4/5 della proposta. Ha detto al termine della Conferenza Stato Regioni il presidente delle Regioni, **Sergio Chiamparino**.

Fiducia su una possibile intesa anche da parte del Governo anche se la rinuncia all'aumento del Fsn sembra essere un boccone amaro da digerire. Il «problema è la

natura dei tagli e c'è da trovare la quadra perché dobbiamo tutelare le fasce più deboli", ha sottolineato il sottosegretario all'Economia **Pier Paolo Baretta** uscendo dalla Conferenza Stato Regioni. "I tagli alla sanità – ha specificato - sono in parte inevitabili viste le dimensioni complessive, ma non vogliamo che incidano sulle prestazioni. Non possiamo accettare questo presupposto". La sanità è quindi ancora una dei nodi principali da sciogliere. E nonostante Baretta ricordi come il "il Governo sia contrario", in ogni caso "si può tagliare in sanità ma senza penalizzare le fasce più deboli". Baretta non entra nei particolari ma sottolinea per esempio che eventuali riduzioni potrebbero esserci "sull'edilizia sanitaria". In ogni caso il sottosegretario si è detto "abbastanza fiducioso" sull'esito della trattativa perché si è "fatto un buon percorso fino ad ora".

Per il coordinatore degli assessori al Bilancio delle Regioni **Massimo Garavaglia** "il taglio al Fondo sanitario è già scritto nella Legge di Stabilità dal momento che è stata tolta la parola "eventualmente". E per quanto riguarda l'entità "ad occhio" dovrebbero essere 2 miliardi.

Vogliamo una Fnomceo più di "lotta" che di "governo"

Gentile direttore,

l'articolo di ieri di [Ivan Cavicchi](#) analizza un [documento della Fnomceo](#) interno al mondo ordinistico a firma del Comitato centrale. Le sue parole coincidono con quelle che ormai circolavano da qualche tempo tra i Presidenti degli Ordini e che lo scrivente ha formulato con un interrogativo sintetico nel suo intervento al Consiglio Nazionale dello scorso dicembre: "Vogliamo una Fnomceo di lotta o di governo?".

La risposta c'è stata ma individuale: il senatore **Amedeo Bianco** ha scelto il governo. Non inganni la firma, di copertura e anomala, del Comitato Centrale in calce al documento: il tono usato nel testo è quasi confidenziale e l'uso del tu frequente.

Personalmente, mi sarei aspettato, e mi auguravo, che Amedeo Bianco rimanesse "tra noi". Il documento è andato in altra direzione e preannuncia una scelta di campo che non mi ha sorpreso osservando la linea di condotta osservata da Bianco negli ultimi tempi. L'elezione (in un collegio sicuro) di Bianco (una scelta "tecnica" del partito politico motivata dal fatto di essere Presidente dei medici) era stata da lui spiegata a noi convincendoci che in quel ruolo avrebbe meglio difeso la categoria. Non essendo riuscito nello scopo ne avrebbe dovuto trarre conseguenze coerenti con il presupposto.

Sta ora alla maturità dei Presidenti degli Ordini costruire una Fnmceo più di "lotta" che di "governo", meno "filosofica" e più "pragmatica" e sono convinto che ci sarà la possibilità di costruire una "squadra" al di fuori dei giochi di potere che potrebbero coinvolgere anche l'Enpam e l'Onaosi.

I Presidenti di "area sindacale" sono stati già convocati dalle rispettive segreterie. Speriamo bene.

Giovanni Maria Righetti

Presidente Ordine Medici Latina

Sardegna. Federsanità Anci: “Vogliamo essere partner della Regione per un maggior coinvolgimento di Comuni e Distretti”. Intervista al neo direttore Flavio Sensi

A 36 anni è il più giovane direttore nell'ambito della Federazione nazionale. Ma ha già le idee chiare e traccia la rotta da seguire: "I principali cambiamenti che proporremo vanno tutti nella direzione del governo clinico dei processi e dei percorsi di cura interaziendali, inter-istituzionali ed ospedale-territorio".

Flavio Sensi è il nuovo direttore regionale di Federsanità Anci in Sardegna. La nomina nasce con l'obiettivo di promuovere la riorganizzazione della sanità nella Regione, in sinergia con le Aziende e con i Comuni che, anche in vista del completo superamento delle Province, rivestiranno un ruolo fondamentale per ottimizzare i percorsi di integrazione sociosanitaria. Sensi raccoglie la sfida di rendere la Federazione in Sardegna un bacino sperimentale di innovazioni gestionali e funzionali da esportare nelle altre Regioni; 36 anni con già un profilo professionale di rilievo nazionale in ambito del Management ed innovazione della sanità italiana in collaborazione con Ministeri, Enti Centrali, Regioni e Aziende, è il più giovane direttore nell'ambito della Federazione Nazionale.

Quali saranno le prime direttrici su cui intende lavorare?

Certamente il primo obiettivo da realizzare insieme al nostro Esecutivo Nazionale e all'ANCI è proporre la Federazione quale solido partner istituzionale della Sardegna sul tema dei percorsi relativi alla cronicità ed alla fragilità, rafforzando e valorizzando il coinvolgimento dei Comuni, dei Direttori Socio-Sanitari e dei Distretti per un supporto operativo alla riorganizzazione delle 3 reti assistenziali nella Regione: quella ospedaliera, quella della emergenza-urgenza e quella della cure primarie territoriali. Il secondo, in rapida successione, è certamente quello di connotare la Federazione Regionale quale cantiere per la raccolta sistematica e il concreto/veloce sviluppo di progetti a valenza nazionale per l'integrazione e per la continuità assistenziale.

La Sardegna è una realtà che presenta numerose specificità. Come intende muoversi?

Ho aderito con entusiasmo e con determinazione a questo intento e ho l'impressione positiva che la Regione Sardegna non sarà da meno, soprattutto in termini di contributo diretto alla complessiva stagione delle riforme in corso in ambito nazionale; la Regione ha peraltro in questi giorni avviato una stagione di cambiamenti importanti nel Management e nell'assetto istituzionale della Sanità ed è quindi un'occasione importantissima da sfruttare in pieno. La Sardegna ha intrinseca nella propria natura territoriale e sociale la possibilità di poter essere un bacino inesauribile di sperimentazioni ed innovazioni immediatamente applicabili. Con Federsanità abbiamo prospettato importanti cantieri di lavoro che sono già stati individuati quali piloti best practices da poter esportare in altre regioni; i principali cambiamenti che proporremo come Federazione a regione e governo vanno tutti nella

direzione del governo clinico dei processi e dei percorsi di cura interaziendali, inter-istituzionali ed ospedale territorio; alcune innovazioni gestionali a supporto della appropriatezza della spesa e delle cure e della loro valutazione sistematica in termini di qualità e performance; l'introduzione delle più avanzate logiche e principi di Health Technology Assessment che consentono un ritorno immediato dell'investimento in termini di qualità e di risorse risparmiate consentirà di utilizzare al meglio tecnologie biomediche e biotecnologiche all'avanguardia; dobbiamo, inoltre, puntare ad alcune aree strategiche, in termini di bisogno locale di salute, quali quello della salute mentale e della nutrizione.

La sfida decisiva oggi è riuscire a garantire il cambiamento all'interno di un quadro economico sempre più complesso. Da dove partire?

Così come concepiti oggi i tagli in Sanità non hanno senso. Sono solo suggestioni o tentativi che non possono avere un esito, attraverso i tagli lineari al massimo si passa dalla spesa a carico del SSN a quella che grava direttamente sul cittadino. Il nostro assetto sistemico ed istituzionale per la Salute è tra i migliori al mondo e la vera sfida è recuperare produttività e risorse attraverso l'applicazione concreta e diffusa dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sulla base delle più avanzate evidenze scientifiche, tecnologiche e gestionali internazionali e basate su reti cliniche regionali per ciascuna patologia; gli audit sistematici, il monitoraggio, il benchmark e la tracciabilità univoca di tutte le azioni degli operatori a qualsiasi titolo consentono, a cascata, il recupero di rilevanti risorse e consumi in ciascuna azienda sanitaria, risorse che possono essere reinvestite in risorse umane, strutturali e tecnologiche. Ad ogni singolo alert, in ogni singola azienda deve però seguire una reazione immediata, concreta e capillare in termini di allocazione delle professionalità giuste al posto giusto e di allocazione dei consumi a qualsiasi titolo. Il cambiamento per l'appropriatezza clinica, di competenze ed amministrativa è già cominciato da tempo, ma bisogna darvi un'accelerata senza precedenti. Applicando questa metodologia in tutte le aziende è possibile recuperare diverse decine di milioni di euro per anno in tutte le regioni e dunque investire in persone, tecnologie e strutture senza aumentare di un euro l'attuale spesa sanitaria.

Lei è il direttore regionale più giovane in Federsanità ANCI. Può essere interpretato come una spinta al rinnovamento per il sistema sanitario?

Ritengo, con dati analitici alla mano, che le ASL italiane con presidi ospedalieri al proprio interno sono in assoluto le organizzazioni aziendali più complesse al mondo; questo per una serie irripetibile di fattori coesistenti in termini di complessità dimensionale, tecnologica, multi-professionale, multidisciplinare, finanziaria, di integrazione inter-istituzionale ed economico-gestionale e dell'apparato normativo, burocratico ed amministrativo che le caratterizza, nonché per le responsabilità e l'impatto sulla società e sui territori. Essere tra i più giovani in contesti come questo lo vivo certamente come un importante successo, una soddisfazione che mi spinge a dare e migliorare sempre di più. Ma il rinnovamento "anagrafico" nella governance di queste organizzazioni così importanti e complesse, proprio per i motivi prima descritti, non può assolutamente essere una moda o un fattore di successo di per sé; sono irrinunciabili le attitudini specifiche e personali, la determinazione, spiccate capacità tecniche, innata spinta energetica e motivazionale oltre che spirito di

sacrificio, anche personale, a beneficio della collettività e del benessere organizzativo di tutto il sistema. Caratteristiche e attitudini fondamentali come queste, speriamo possano ad esempio prevalere in luogo degli attuali “requisiti” meramente burocratico/amministrativi, anche quali criteri per la costituzione dell’atteso albo nazionale dei Direttori Generali delle aziende sanitarie pubbliche in via di istituzione presso il Ministero della Salute. Uno dei successi più gratificanti per me sarebbe inoltre quello di continuare a contribuire nella ricerca e nello sviluppo di professionisti in tutti gli ambiti della Sanità e di tutte le età che abbiano le caratteristiche che le accennavo e vederli diventare protagonisti del successo del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Specializzazioni. Anaao: perché serve una graduatoria unica per i giovani medici

E' notizia di questi giorni, che come ventilato nei mesi passati e, come atteso da tanti giovani colleghi, il prossimo esame per l'accesso alle Scuole di specializzazione mediche si terrà verosimilmente (avverbio obbligatorio quando si discute delle date di questo concorso, che negli ultimi otto anni non è mai riuscito a svolgersi nelle date previste) nel mese di aprile di quest'anno, a parte tweet del Ministro. Fa specie leggere queste previsioni in un momento in cui non si sono ancora chiuse le operazioni di immatricolazione di quanti hanno sostenuto il precedente concorso. Infatti, tra uno scorrimento e l'altro, gli ultimi immatricolati dovranno, si spera, iniziare le attività didattiche il quattro di febbraio, con quasi due mesi di ritardo rispetto ai colleghi iscritti dopo la prima pubblicazione della graduatoria. A questo si aggiunga il pensiero che allo stato attuale circa il 15% dei contratti finanziati risulta vacante e non si può non pensare che almeno in parte, a questo grave spreco, abbia contribuito il macchinoso e cervelotico sistema di assegnazione degli stessi. Il responsabile amministrativo di un Ateneo ha definito "un vero strazio" la procedura, che stancamente si trascinerà fino ai primi giorni della prossima settimana; è davvero così difficile immaginare la frustrazione e la fatica di chi questo strazio l'ha subito per decidere del proprio futuro?

Questi dati ci impongono una riflessione sull'efficacia di questo sistema, in particolare sull'idea di una graduatoria nazionale, ma diversificata per le singole Specialità. Senza ricadere nella banale esterofilia, va ricordato che in diversi Paesi del vecchio continente, tra cui Spagna, Portogallo e Francia, la graduatoria di accesso ai percorsi di formazione post laurea è sì nazionale, ma unica. Le ragioni di ciò perché, come si è detto tante volte, l'esame è volto a valutare la preparazione di un giovane medico, non di un proto specialista e quindi perché frammentarla in mille rivoli? Unica perché permette di garantire tempistiche non solo ridotte, rispetto al calvario di questi mesi, ma prevedibili e in larga misura certe, con attività formative che cominciano contemporaneamente per tutti, garantendo perciò più uguaglianza e meno sprechi di risorse e contratti. Unica perché, fatta salva l'assoluta priorità che va data

alle rigorose condizioni in cui vanno sostenute le prove, è un meccanismo chiaro e inoppugnabile, che ci eviterebbe i tanti ricorsi "ad personam" che abbiamo visto fioccare nell'ultimo mese.

Il concorso nazionale è una conquista, che non va messa in discussione ed è ampiamente perfezionabile. La graduatoria unica è uno degli elementi su cui spingere al più ampio consenso delle associazioni di categoria, delle Istituzioni coinvolte a vario titolo e in primis dei colleghi che aspirano a proseguire in questo Paese la loro formazione.

Anaao Giovani, in virtù di questa ampia condivisione, si augura di poter dialogare con le controparti istituzionali, perché in tempi brevi si possano discutere le istanze inerenti il nuovo concorso e predisporre le modifiche necessarie, che ci permettano di evitare una nuova debacle. Come ho già avuto modo di scrivere qualche mese fa, il percorso di avvicinamento al prossimo Concorso nazionale va inteso come una road map, fatta di scadenze concrete, su cui abbiamo il dovere di vigilare perché vengano messe in atto TUTTE le misure necessarie ad evitare il ripetersi di errori macroscopici cui abbiamo assistito. Errare è umano ... perseverare per poi piangere la fuga dei camici all'estero è decisamente poco furbo!

DOCTOR 33. IT

Intramoenia, con le nuove disposizioni controllo ospedaliero cresce. Cgil: resta comunque insufficiente

La libera professione dei medici dipendenti potrebbe essere al giro di boa, ma non tutti lo pensano. Le nuove disposizioni sull'intramoenia allargata alla firma della conferenza stato-regioni sanciscono il definitivo controllo dell'ospedale sul medico che opera in una struttura decentrata. Non ci sarà più spazio per evasioni; tutto dovrebbe partire dal 28 febbraio, termine della sperimentazione prevista dalla legge Balduzzi che autorizzava le regioni a continuare a far svolgere ai medici Ssn attività intramuraria in studi decentrati in attesa che gli ospedali pubblici trovassero gli spazi. Entro allora le regioni, che già in autunno 2014 avrebbero dovuto predisporre proprie strutture, devono completare una ricognizione negli studi professionali dove si effettuano le prestazioni "intramurarie". Le verifiche hanno vari aspetti. Intanto, tra il medico e l'ospedale ci dev'essere una convenzione che lo autorizza sulla base di uno schema approvato dalla conferenza stato-regioni il 13 marzo 2013. Lo studio decentrato dev'essere collegato informaticamente all'ospedale da un'infrastruttura di rete dove afferiscono le prenotazioni dei pazienti. I sistemi adottati devono consentire il controllo dei volumi di prestazioni e la tracciabilità degli importi pagati per le prestazioni. Questi ultimi vanno definiti da un accordo integrativo aziendale. Il pagamento avviene con riscossione accentrata: l'ospedale riscuote e gira al medico e ai membri del team i rispettivi compensi, che compaiono in busta paga. Se la verifica è positiva la regione autorizza lo studio a continuare, se è negativa lo ferma; se l'ospedale è inadempiente a procurare gli spazi o ad installare un efficace collegamento informatico, provvede l'assessorato, e il manager rischia una

decurtazione retributiva. Vari aspetti non convincono tuttora Nicola Preiti segretario Fp Cgil medici. «La posizione di Cgil è che la libera professione allargata, cioè esercitata in studi fuori dall'ospedale con un'infrastruttura di rete autonoma, ancorché sottenda un controllo da parte dell'ente ospedaliero, non realizza del tutto tale controllo. Le chiavi del sistema informatico sono fuori dall'ospedale, anche le chiavi fisiche dello studio lo sono. Questo è discriminante, se un paziente si presenta estemporaneamente e poi paga senza fattura in questi studi può accadere che non gliene sia chiesto conto, altra cosa è se lo fa davanti a dipendenti Ssn. Il testo alla stato-regioni purtroppo conferma l'anomalia. Lo stesso meccanismo con cui è stata introdotta la riscossione accentrata - continua Preiti - restando a carico del professionista, scoraggia chi ha minore disponibilità economica a vantaggio di grandi società private e causa differenze tra una regione e l'altra. Piuttosto, se tutti gli ospedali pubblici avessero propri spazi si consentirebbe di visitare anche a professionisti che oggi han poche occasioni di esercitare l'intramoenia».

Responsabilità. Milillo: Fnom ed Enpam uniti per calmierare i premi

«Non solo a un modello di polizza, il tema è ampio e magmatico. Vogliamo arrivare dove non sono riusciti i tanti disegni di legge: una riscrittura delle norme di legge sulla responsabilità». In una battuta Giacomo Milillo coordinatore per Enpam della commissione istituita con Fnomceo per studiare un progetto di polizza Rc adeguato a 400 mila tra medici e dentisti definisce l'obiettivo dei lavori. Del gruppo congiunto fanno parte per Fnomceo il Segretario Luigi Conte, il Direttore Marco Cavallo, il medico Sergio Bovenga e l'Odontoiatra Sandro Sanvenero del Comitato centrale e, per l'Enpam, oltre al consigliere Milillo, i vice presidenti della Fondazione Roberto Lala e Giampiero Malagnino. La missione "di legge" è trovare una polizza poco costosa. La Tremonti del 2011 - istitutiva dell'obbligo Rc per i professionisti - prevede che ordini e associazioni contattino le compagnie e facciano massa critica per abbattere i costi delle polizze. Ad oggi questo non è avvenuto. Ma manca pure una legge che definisca la responsabilità medica, mancano tabelle nazionali per i risarcimenti, non ci sono certezze per le compagnie. Il Gruppo che rappresenta 400 mila camici riprende il bandolo. «Il nostro target è "tutti i medici", noi non cerchiamo una soluzione assicurativa valida per tutti, ma vorremmo profilare le esigenze delle varie categorie», sottolinea Milillo. Il percorso, al cui termine i dati afferiranno in Fnomceo, «non esita in una polizza che Fnomceo accende per tutti i medici con un'Assicurazione scelta, ma nella selezione di contenuti e contestualizzazioni adeguati, e in una risposta da parte delle Compagnie sulla cui base sarà il singolo medico a costruire la propria copertura». Le due commissioni devono ancora riunirsi, non c'è ancora un timetable anche perché i vertici della Fnomceo vanno rinnovati. «Noi non vogliamo perdere tempo, in due mesi contiamo di incardinare le discussioni sui vari aspetti. L'azione congiunta nasce dal fatto che nel 2014 Fnomceo ed Enpam hanno attivato ricerche e iniziative per dare risposte agli iscritti e sarebbe stato confondente lavorare ognuno per conto suo ed arrivare a proposte anche di poco diverse». Il governo ha intanto varato un regolamento che- grazie a un Fondo

cofinanziato dalle assicurazioni-rende accessibile la polizza ai più giovani e a chi non trova una copertura per esercitare. «Ad oggi il Fondo previsto dalla legge Balduzzi non è considerato incisivo. Se ad esempio ci fossero le tabelle nazionali per i risarcimenti la commissione prevista nel provvedimento avrebbe una strada più facile. Anche sotto questo profilo l'azione congiunta Fnomceo-Enpam dovrebbe garantire un'iniziale calmierazione dei premi assicurativi. È comunque prevedibile che ci sarà una gara tra assicurazioni. Serve però in parallelo un discorso più ampio, consapevole che la legge Balduzzi del 2012 non è applicabile senza aver definito che cos'è responsabilità professionale, verificato se vi siano margini per introdurre il concetto di indennizzo, individuato tabelle univoche. L'argomento è magmatico e la riflessione coinvolgerà i sindacati, ai quali il tema sta molto cuore». Milillo è anche segretario del sindacato medici di famiglia Fimmg; è stato scelto perché il mmg è "nel mezzo" tra il dipendente Ssn e il libero professionista "super-obbligato" ad assicurarsi? «Non è una scelta ma una contingenza: dal lato Enpam di cui faccio parte le figure hanno competenze trasversali, e io -che ho meno deleghe - mi trovo a coordinare due "superiori" come Lala e Malagnino. Ripeto, la commissione si occuperà di tutti gli iscritti valutando il peso che la responsabilità può avere in tutte le categorie, incominciando da quelle più esposte ai contenziosi e senza distinzioni tra convenzionati, dipendenti e liberi professionisti».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584