



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# quotidianosanita.it

Mercoledì 11 MAGGIO 2016

## Dopo il ddl Lorenzin. Le 22 professioni sanitarie a confronto a Bologna dal 18 al 20 maggio

***Professioni sanitarie a fianco del Parlamento perché il disegno di legge sugli Ordini acceleri il suo iter e sia approvato. Al convegno prevista la presenza del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, del Sottosegretario alla Salute Vito De Filippo e del presidente della Conferenza delle Regioni Stefano Bonaccini.***

Le professioni sanitarie a fianco del Parlamento perché il disegno di legge sugli Ordini acceleri il suo iter e sia approvato. Le Federazioni degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici di radiologia e il Conaps, il coordinamento nazionale di tutte le professioni regolamentate ma ancora non ordinate in Ordini e Collegi, fanno quadrato e scendono in campo per incoraggiare il Parlamento a completare la regolamentazione giuridica anche con Albi e Ordini. Il testo del Ddl 1324 (cosiddetto Ddl Lorenzin) è stato di recente approvato in Commissione Igiene e Sanità al Senato e il suo esame in Aula a Palazzo Madama partirà il 17 maggio prossimo.

Il provvedimento interessa circa 1.100.000 operatori sanitari di 25 professioni di cui il 40,6% fanno parte dei tre Ordini dei medici, odontoiatri e dei veterinari, il 42,8% dei tre Collegi di infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia e il 16,7% delle altre 17 professioni sanitarie prive ancora di albo che secondo il Ddl dovrebbero confluire nell'Ordine dei tecnici di radiologia che assumerebbe il nome di Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

L'occasione di incontro e confronto su questa materia, in ballo ormai da almeno dieci anni, quando cioè la legge 43/2006 aveva aperto un nuovo scenario nella regolamentazione delle professioni, è Exposanità, la mostra internazionale su sanità e assistenza, in programma dal 18 al 20 maggio a Bologna, durante la quale le Federazioni e il Conaps hanno organizzato il convegno in programma il 20 maggio "L'istituzione di Albi e Ordini per le Professioni Sanitarie a 10 anni dalla Legge n.43 del 2006".

"Le professioni sanitarie – spiegano i presidenti degli enti e delle associazioni promotrici **Barbara Mangiacavalli (Ipsavi)**, **Maria Vicario (Fnco)**, **Alessandro Beux (Tsmr)** e **Antonio Bortone (CoNAPS)** - condividono in modo compatto l'esigenza urgente di trasformare i Collegi in Ordini, con Albi specifici per ciascuna professione sanitaria per gli Ordini che includono più professioni, subordinando gli aspetti tecnici che ne potrebbero rallentare l'iter a quelli politici che potrebbero, al contrario, portare a una rapida approvazione di ciò che è indicato da una legge di 10 anni fa (43/2006). L'attivazione degli Ordini è l'obiettivo da raggiungere, è il pensiero unanime e determinato delle 22 professioni grazie a una strategia comune che eviti qualsiasi forma di strumentalizzazione. La mancata conclusione dell'iter legislativo costituisce ancora oggi ingiustificato rinvio di una normativa che coinvolge circa 650 mila Professionisti afferenti alle 22 Professioni sanitarie già regolamentate".

Al convegno interverranno anche il Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, il Sottosegretario alla Salute **Vito De Filippo** e il presidente della Conferenza delle Regioni **Stefano Bonaccini** e, in rappresentanza del Parlamento, i senatori **Emilia Grazia De Biasi (PD)**, **Luigi D'Ambrosio Lettieri (CoR)**, **Annalisa Silvestro (PD)**, **Luigi Gaetti (M5S)** e gli onorevoli **Mario Marazziti (Demo S)**, **Paola Binetti (UDC)**, **Donata Lenzi (PD)**, oltre a giuristi, esperti e sindacati

LAVORO E PROFESSIONE

## Ddl Lorenzin, ignorato il riconoscimento dei Fisici medici

di Michele Stasi (presidente Associazione italiana di Fisica Medica)



Tra i principali obiettivi dell'ex Ddl Omnibus Lorenzin, che il 17 maggio arriva in Senato dopo l'approvazione in Commissione Igiene e Sanità del 26 aprile scorso, vi sono la riorganizzazione e il riconoscimento di diverse professioni sanitarie. Sono stati istituiti ad esempio i nuovi ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Inoltre sono state riconosciute due nuove figure professionali sanitarie, l'osteopata e il chiropratico. In questo contesto è stato completamente ignorato il riconoscimento per una professione sanitaria, quella degli specialisti in Fisica Medica (Fisici medici), che ha un grande impatto sulla salute dei cittadini e dei pazienti.

Non è stato istituito un ordine dei fisici medici e non è stato nemmeno approvato l'emendamento presentato in commissione che modificava l'ordine esistente dei chimici in quello dei "chimici e fisici". Questa soluzione avrebbe almeno consentito la creazione dell'elenco dei fisici medici all'interno di questo "nuovo ordine".

È un'ulteriore conferma del fatto che le istituzioni stanno ignorando una professione e oltre 1000 professionisti che si occupano di applicare i principi e le metodologie della fisica in medicina, nei settori della prevenzione, della diagnosi e della cura (in particolare nelle discipline della Radioterapia, Radiologia e

Medicina Nucleare), al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate e la prevenzione dei rischi per i pazienti, gli operatori e gli individui della popolazione in generale.

Le motivazioni che giustificano la necessità di ordinamento e riconoscimento della professione esercitata dai Fisici specialisti in fisica medica, oltre a riconoscere il ruolo di professionisti altamente qualificati e indispensabili nella sanità italiana e europea, sono volte anche e soprattutto a tutelare i pazienti: è il fisico medico infatti ad assicurarsi che i pazienti sottoposti a esami radiologici ripetuti non siano esposti a dosi di radiazione troppo elevate per la loro salute.

Il fisico medico garantisce alle donne in stato di gravidanza che la dose da radiazioni assorbita nelle pratiche radiologiche non comporti danno per la salute e l'integrità dei nascituri. Il fisico medico inoltre garantisce ai pazienti oncologici sottoposti a radioterapia che gli impianti siano esattamente calibrati, in termini di dose e non solo, e i trattamenti ben ottimizzati al fine di ridurre al minimo i danni ai tessuti sani.

I fisici medici sono una risorsa importante ed essenziale per il Servizio Sanitario Nazionale che garantisce efficienza e appropriatezza nell'impiego delle tecnologie, qualità e sicurezza per i pazienti. Il fisico medico esercita una professione sanitaria nel SSN susseguente a un percorso di studi che contempla la laurea magistrale e la specialità (8 anni complessivi di studio); la sua figura professionale è ritenuta essenziale e importante per la salute in ambito internazionale, come ribadito in documenti e raccomandazioni Iaea ed Efomp e ben definita nelle attribuzioni e responsabilità dalla normativa europea (Direttiva 1997/43 e Direttiva 2013/59, RP 174/2014 della Commissione Europea). Le strutture di Fisica Sanitaria sono contemplate dalla normativa nazionale (Decreto Ministeriale 70/14) tra quelle fondamentali (al livello della Radioterapia e Medicina Nucleare); la scuola di specializzazione in fisica medica è stata riordinata nel decreto interministeriale n° 68 del 4 febbraio 2015 insieme a quelle mediche.

È compito dello Stato riconoscere questa professione e il suo importante ruolo all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Chiediamo e confidiamo che il prossimo passaggio in aula del Decreto Legge possa sanare questa lacuna e discriminazione, che continua a vedere penalizzati i fisici medici rispetto alle altre professioni mediche e sanitarie.

AL POSTO DEI POLITICI

## Cantone impone il costo standard delle siringhe negli ospedali

Oldani a pag. 6

TORRE DI CONTROLLO

### *Costi standard: finalmente una delibera di Cantone risolve il dilemma del prezzo della siringa. Ma la corruzione nel settore rimane molto alta*

DI TINO OLDANI

**S**anità e costi standard: ancora una volta, la montagna ha partorito un topolino. Da sei anni si discute in Italia sulla assoluta necessità e urgenza di introdurre, nella spesa sanitaria di ogni regione, l'obbligo di rispettare un costo massimo (standard) per l'acquisto di apparecchiature, farmaci e materiali vari, con l'obiettivo di ridurre la spesa sanitaria nazionale, senza abbassare la qualità dei servizi. Il primo a lanciare l'idea è stato, nel 2010, l'allora ministro del Tesoro, **Giulio Tremonti**, che fece l'esempio classico della siringa: quella da 5 ml costava 5 centesimi in Sicilia, ma solo 3 in Toscana. Con i costi standard e con il federalismo fiscale, assicurò Tremonti, i prezzi si sarebbero allineati, risparmiando miliardi. Ma a causa delle resistenze delle Regioni del Sud, e di non pochi parlamentari, non se ne fece nulla, né allora, né dopo.

**Ora, dopo tante chiacchiere, il primo atto** concreto è venuto non dal governo, bensì da **Raffaele Cantone**, commissario anticorruzione, che un paio di mesi fa (2 marzo), nell'indifferenza generale, ha emanato la delibera n. 212 che – udite, udite – pone fine una volta per tutte al dilemma della siringa: d'ora in poi, quella da 5 ml, monouso, a tre pezzi e senza ago, dovrebbe costare in tutte le Regioni 2,73 centesimi, al netto di Iva. Con ago montato, il prezzo può salire a 3,07 centesimi, netto di Iva. Costi basati su un campione di 283 amministrazioni, da considerare come prezzi massimi: le Regioni e le Asl virtuose, precisa la direttiva Anac, sono libere di fare ancora meglio, spendendo addirittura meno.

**Purtroppo, osserva sul sito lavoro.info** l'economista **Gilberto Turati**, docente di Scienza delle Finanze a Torino, la circolare di Cantone non riguarda tutte le voci della spesa

sanitaria. Per ora, si concentra solo su siringhe, ovatta di cotone e cerotti, che costano pochi centesimi. «Difficile dire quanto pesino sulla spesa», scrive Turati, «nell'ambito dell'attività di spending review, la stima per l'intera categoria dei dispositivi medici superava qualche anno fa i 5 miliardi di euro, il 4,5% della spesa sanitaria». Briciole, insomma. Il che non dipende dalla scarsa efficienza di Cantone, ma dalla giungla dei prezzi degli articoli sanitari. Già in passato l'Anac (Autorità anticorruzione) aveva provato a fissare dei prezzi standard per la sanità, ma alcune sentenze del Tar hanno annullato le sue delibere per le ragioni più disparate, a volte pretestuose. Per questo Cantone si è concentrato su pochi acquisti, per ricavarne un prezzo standard inattuabile: nella sua circolare, oltre alle siringhe, sono censiti ben undici cerotti differenti, e tre specie di ovatta, con relative caratteristiche. Una performance che, per contrasto, la dice lunga sulla degenerazione burocratica del settore.

**La questione, inutile girarci intorno**, investe il problema della corruzione prima che quello economico. Tanto che Cantone, un mese fa, non si è trattenuto: «La sanità è un terreno per le scorribande di delinquenti di ogni tipo». Secondo i suoi calcoli, tra corruzione (stimata pari a 6 miliardi l'anno), sprechi (un miliardo) e inefficienze varie (prezzi a ruota libera in testa), la sanità deve sopportare ogni anno un costo indebito di 23,6 miliardi. Con danni evidenti ai contribuenti e ai pazienti, ma anche alle Regioni virtuose. Prendiamo la Lombardia, per esempio. Il governatore **Roberto Maroni** (Lega Nord) calcola che la mancanza di costi standard produca al bilancio della sua regione un danno di oltre dieci miliardi l'anno, soldi che potrebbero essere usati per sostenere le attività produttive. Come si arrivi a questo, è presto detto.

**Le Regioni virtuose come la Lombardia** riescono a spendere per la sanità meno di quanto ricevono ogni anno come trasferimento statale: la differenza costituisce il cosiddetto «residuo fiscale», che viene restituito allo Stato, il quale lo impiega per tappare i buchi di bilancio delle Regioni poco virtuose, quelle che producono debiti sanitari a go-go. Per questo, da anni, le Regioni virtuose si battono per l'introduzione dei costi standard, e nello stesso tempo contro i tagli lineari che ogni anno arrivano con la legge di Stabilità. Tagli che vanno a incidere sulla spesa sanitaria regionale, calcolata in base ai costi storici, così che al danno si aggiunge la beffa: nelle Regioni meno virtuose, infatti, il costo storico delle prestazioni sanitarie viene calcolato moltiplicando quello delle Regioni più virtuose, in certi casi fino a dieci volte. Di conseguenza, i tagli lineari finiscono per sottrarre risorse alla sanità delle Regioni più grandi e meno indebitate (tra queste, Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana), e premiare quelle peggio amministrate del Centro-Sud, le più corrotte.

«**Renzi aveva promesso l'introduzione** dei costi standard con la legge di stabilità 2016, ma poi non lo ha fatto, tradendo la parola data ad alcuni presidenti di Regione, me compreso», si è lamentato Maroni. La circolare di Cantone, per quanto apprezzabile, inciderà su meno del 5% della spesa sanitaria nazionale, e non gli basta. Da qui la ripicca leghista: un referendum popolare che riconosca alla Lombardia la stessa autonomia del Trentino Alto Adige. Ma questa, è un'altra storia.

—© Riproduzione riservata—

*Ancot in prima linea per un attento monitoraggio dell'iter normativo*

## Professioni al setaccio

### *Piano nazionale di riforma al vaglio dell'Ue*

**I**l Piano nazionale di riforma delle professioni è stato inviato, lo scorso 5 aprile dal dipartimento politiche europee della presidenza del Consiglio dei ministri alla Commissione Ue e a seguito del confronto con il Colap aveva recepito le osservazioni formulate dai componenti della delegazione composta da Emiliana Alessandrucchi e Arvedo Marinelli. Un passo in avanti per un progetto di riforma delle professioni che viene seguito e monitorato dall'Ancot. Il documento contiene elementi per dare una definizione chiara delle competenze dei professionisti tecnici oltre all'istituzione con le amministrazioni competenti di un tavolo tecnico che si occupi delle professioni la cui formazione professionale è delegata alle regioni. Un documento, presentato a Bruxelles, dedicato a tutte le professioni presenti in Italia. Il Piano è stato realizzato in collaborazione con le amministrazioni pubbliche, l'Isfol e le Regioni, sentiti gli ordini, i collegi e il Colap in qualità di forma aggregativa riconosciuta dal mi-

nistero dello sviluppo economico, con lo scopo di rispondere a quanto previsto dalla direttiva 2005/36/Ce sulle qualifiche professionali, art 59, per il quale si legge nel documento «l'Italia ha condotto uno screening di tutta la regolamentazione nazionale relativa alle professioni al fine di valutare se tale regolamentazione sia non discriminatoria, proporzionata e basata su un motivo imperativo di interesse generale». Infatti, il Piano nazionale delle professioni evidenzia che spesso la linea di confine delle attività riservate in via esclusiva a una professione piuttosto che all'altra è molto sottile. L'obiettivo primario del piano è dunque quello di valutare una possibile riduzione o modifica della regolamentazione dei servizi professionali, considerata tra le cause di maggiore ostacolo alla mobilità dei professionisti. «Migliorare l'accesso alle professioni», si legge sempre nel documento, «in particolare per mezzo di un ambiente normativo più adeguato e trasparente negli Stati membri, agevolerebbe la mobilità dei professionisti qualificati all'interno del mer-

cato unico. Pertanto l'Italia, a livello interno, ha provveduto all'aggiornamento del proprio data base sulle professioni regolamentate e ha effettuato una valutazione di tutta la regolamentazione nazionale relativa alle professioni, al fine di verificarne la conformità ai criteri fissati dall'Ue (proporzionalità, necessità, non discriminazione). Al fine di porre in essere una modalità più flessibile di regolamentazione l'Italia ha varato nel 2013 la legge 14 gennaio 2013, n. 4, recante «Disposizioni in materia di professioni non organizzate in ordini o collegi». La Legge 4/2013 che deve essere presa in considerazione anche nel Jobs act del lavoro autonomo.

# Sanità24

LAVORO E PROFESSIONE

## Da Fnomceo il punto sulla professione a Rimini. Ecco il decalogo per il medico del futuro

di *Barbara Gobbi*



Come sarà il medico del futuro? La categoria farà il punto su se stessa in occasione della Terza Conferenza nazionale della professione medica e odontoiatrica a Rimini, dal 19 al 21 maggio. Lo ha annunciato la presidente della Fnomceo **Roberta Chersevani**, spiegando che l'obiettivo, al termine di un biennio più che difficile per i camici bianchi e per la tenuta del Ssn, è lavorare uniti per valorizzare, in definitiva, quel rapporto medico-paziente che «è il ponte che non vogliamo far crollare».

A tracciare la sintesi dei propositi di una Federazione sempre più impegnata, negli ultimi mesi, a farsi portavoce di malesseri, istanze e difese della sanità pubblica - si pensi agli Stati generali di ottobre e alla manifestazione di piazza con i sindacati di novembre - è il segretario nazionale **Luigi Conte**. Secondo il decalogo che ha annunciato, traccia dei lavori di Rimini, il medico in Italia nei prossimi anni dovrebbe essere:

- 1) proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici;
- 2) detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;
- 3) detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove

conoscenze;

4) attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;

5) capace di esercitare una leadership professionale rispetto a colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite;

6) cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un "potere" di "tutela e protezione" (advocacy);

7) cosciente di essere un attore economico: determina e gestisce risorse economiche ingenti;

8) capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno in una unica e irripetibile relazione;

9) capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità (Public Health);

10) attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltreché a dimostrarlo

# quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 11 MAGGIO 2016

**Come sarà il medico del futuro? Proattivo, competente e leader. L'identikit in 10 istantanee scattate dalla Fnomceo in vista della convention di Rimini. “Ma in ogni caso diagnosi e prescrizioni sono un nostro caposaldo irrinunciabile”**

***Presentata oggi dalla Federazione la III Conferenza nazionale della professione medica e odontoiatrica. Dal 19 al 21 maggio più di 600 tra rappresentanti di associazioni, sindacati, cittadini, politica e media si confronteranno e discuteranno sull'evoluzione e le prospettive della professione in un Ssn che soffre di sottofinanziamento. Lanciate anche le 10 caratteristiche del medico del Futuro. [IL PROGRAMMA DELLA CONFERENZA DI RIMINI - VIDEO](#)***

I Medici italiani guardano al futuro: a Rimini, il 19, 20 e 21 maggio, scendono in campo, partendo dall'analisi dello sviluppo della scienza, della società, dei bisogni di salute delle persone, dei sistemi sanitari italiani ed europei, per riuscire a delineare l'evoluzione del rapporto tra medico, paziente, organizzazioni sanitarie.

“Dobbiamo rinsaldare il ponte della fiducia nel rapporto con i pazienti e vogliamo guardare e confrontarci sul futuro della nostra professione per essere compatti di fronte alle sfide che ci attendono”. Così il Presidente della Fnomceo, **Roberta Chersevani** ha lanciato oggi la Terza conferenza nazionale della Professione medica e odontoiatrica ‘*Guardiamo al futuro - quale medico, quale paziente, quale sistema sanitario, quale medicina?*’ che si terrà a Rimini dal 19 al 21 maggio.

**“Dopo Fiuggi nel 2008 e Roma nel 2010. Ora a 6 anni di distanza è venuto il momento di tornare a confrontarci** con più di 600 persone rappresentanti di associazioni, società scientifiche, sindacati, politici, stampa e ad opinion leader per capire l'evoluzione del nostro ruolo all'interno della società e trovare soluzioni”

“Come medici e come cittadini – ha ribadito - , possiamo e dobbiamo trovare il modo di orientarci nella situazione attuale e prevedere gli sviluppi della nostra società e del nostro sistema sanitario dando risposte adeguate attraverso una formazione coerente con la necessità di assicurare alle persone una sempre attenta risposta ai bisogni di salute. La salute è infatti uno dei beni primari dell'uomo, diritto costituzionalmente protetto, e va difeso e mantenuto”.

“Non dobbiamo mai dimenticare – continua Chersevani – che, a fronte di un continuo affastellarsi di leggi e regolamenti, spesso contraddittori, di obblighi impropri, di circolari, di ordini e contrordini, di ingiunzioni burocratiche vessatorie, la medicina vera risiede nel rapporto medico-paziente. Non c'è medicina senza medici. Non c'è sanità senza medici. Non c'è salute senza medici”.

## **La presidente ha poi parlato anche del nuovo richiamo Ue sulla direttiva per gli orari di lavoro.**

“Non mi pare che ci siano dei cambiamenti”, dice in riferimento all’applicazione della legge – “ma non si può più far finta di niente. Le difficoltà sono forti”.

**Tre le direttrici lungo le quali si svolgerà l’evento:** una scienza che produca nuove evidenze, derivate da modelli complessi; medici capaci di vedere e dialogare con la complessità dell’individuo in modo partecipativo; un sistema organizzativo e sociale che crei il contesto adeguato e che sia esso stesso generatore primario di coerenze di salute.

Dopo la giornata inaugurale, nella quale verranno illustrati il contesto, l’evoluzione e i principi fondanti della Professione Medica e Odontoiatrica, il venerdì i partecipanti si divideranno in quattro Workshop, per definire il Medico, il Paziente, la Medicina e l’Organizzazione sanitaria del futuro. Sempre a Rimini si riuniranno il Consiglio Nazionale e l’Assemblea Nazionale dei Presidenti Cao, le massime espressioni esponenziali della Professione Medica e Odontoiatrica.

## **All’interno della tre giorni riminese vi saranno anche focus ad hoc sulla professione**

**odontoiatrica.** “L’odontoiatra non è soltanto quel medico che sovrintende al cavo orale ma coinvolge a livello generale la salute dei pazienti – ha ribadito il presidente della Cao, **Giuseppe Renzo** - A Rimini tratteremo argomenti specifici che ci riguardano anche perché teniamo conto che l’odontoiatria è tutta in regime di libera professione perché lo stato non ha sufficienti risorse”. Ma gli odontoiatri vogliono partire dalla prevenzione. “Lorenzin di recente ha fatto un mea culpa riconoscendo che di prevenzione se n’è fatta poca – ha detto Renzo – ma con essa si migliora la salute e si abbattano i costi. Perché non si è fatto? Ecco secondo noi il Ssn potrebbe intervenire in modo mirato”.

“**Negli ultimi due anni la professione è stata messa in un angolo** – ha ricordato poi il segretario Fnomceo **Luigi Conte** - . Il messaggio che si vuole lanciare da Rimini è che il medico e l’odontoiatra sono protagonisti centrali nel futuro del Ssn. E questa centralità viene rivendicata sulla base di una cultura e tradizione che appartengono alla nostra professione e sono irrinunciabili. Da qui partiamo per riflettere sulla situazione attuale e cercare al nostro interno delle proposte per migliorare”.

**Ma Conte lancia poi anche una stoccata al mondo delle professioni sanitarie.** “Si è detto tanto sulla professione medica, che siamo per esempio una professione ‘vecchia’. Ma chi ce lo dice? Magari chi si basa su esperienze internazionali già sulla strada del tramonto? Ecco, noi siamo disponibili a fare ragionamenti ma alla base del rapporto di fiducia medico-paziente dev’essere chiaro che ci siamo noi. Siamo noi che siamo abilitati dallo Stato a fare diagnosi e trattamenti adeguati alla diagnosi. Questo è un principio irrinunciabile e che rivendichiamo con forza. Si continua a dire che non si mette in discussione questo punto, ma ciò è vero a parole, perché nei fatti c’è un tentativo di erosione della professione. Che poi non è solo un fatto che riguarda la nostra professione sono 22 professioni che si erodono a vicenda”.

## **Conte ha poi parlato dei dati Istat che hanno visto un calo dell’aspettativa di vita per gli italiani.**

“È un dato di fatto che avvalora un campanello d’allarme che denunciato da tempo: il sottofinanziamento porta in momenti di crisi ad un peggioramento della qualità della vita e della sopravvivenza. Ci asteniamo da fare allarmismi ma diciamo a tutti: stiamo attenti. Noi in questo senso ci stiamo rimboccando le maniche per riflettere su tutti gli aspetti del nostro futuro anche gli altri facciano altrettanto”.

**Le dieci caratteristiche del medico del futuro.** Il segretario Fnomceo ha poi lanciato una prima bozza di quelle che sono le dieci caratteristiche del medico del futuro sottolineando che “nell’avviare un processo di riflessione sulla figura del medico è doveroso tenere presente che non esistono risposte semplici a problemi complessi, e che il tempo necessario per valutare l’impatto delle azioni intraprese in questo settore è medio-lungo (maggiore di 3-5 anni) si può tracciare un identikit delle caratteristiche del medico nel prossimo futuro che dovrebbe essere:

1. Proattivo nell’affrontare l’innovazione, partendo dalle proprie radici

2. Detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate

- 3. Detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze**
- 4. Attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;**
- 5. Capace di esercitare una leadership professionale rispetto ai colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite**
- 6. Cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un potere di tutela e protezione (advocacy)**
- 7. Cosciente di essere un attore economico: determina e gestisce risorse economiche ingenti**
- 8. Capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno in una unica ed irripetibile relazione**
- 9. Capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità**
- 10. Attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltreché a dimostrarlo**

# quotidianos**sanità**.it

Mercoledì 11 MAGGIO 2016

## Medicina. Laurea e abilitazione in una settimana e tirocinio al sesto anno. L'ipotesi al tavolo Fnomceo/Università

***A rivelarci le ipotesi di lavoro il segretario della Fnomceo, Luigi Conte dopo la riunione del tavolo di lavoro con le Università. Prevista anche una sessione in più: saranno 3. In sostanza a 7 giorni dalla laurea si farebbe l'esame di abilitazione. "Rispetto ai 5-6 mesi che ci vogliono è molto meno"***

Laurea e abilitazione nello stesso giorno? No, però in una settimana sarà possibile fare entrambi. "Il Tavolo presso il Miur si è insediato due settimane fa – ci ha detto il segretario della Fnomceo, **Luigi Conte** tra i fautori della laurea abilitante - . E la nostra proposta tutto sommato mi sembra che sia stata recepita".

**Nello specifico c'è la "proposta delle Università di portare a 3 le sessioni di laurea.** Il tirocinio poi sarebbe riportato all'interno del sesto anno di medicina e l'impegno è quello di fare l'abilitazione una settimana dopo la laurea. Molto meno rispetto a 5- 6 mesi di prima. Ora stiamo lavorando ad un documento che è da limare, penso per esempio ad alcuni aspetti che riguardano le commissioni giudicanti. Non abbiamo ancora fissato la data del prossimo incontro ma spero a breve".

**L.F.**

# Sanità24

**IN PARLAMENTO**

## Ripartono le specializzazioni non mediche e spunta la laurea per i periti industriali

di *Mar. B.*



Riparte la formazione post-laurea per gli aspiranti biologi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi. E si prepara invece a decollare la laurea “professionalizzante” per i periti industriali. Le due novità compaiono tra gli emendamenti approvati ieri in Senato al decreto scuola e cultura.

### **Ripartono specializzazioni non mediche**

In un emendamento approvato ieri al decreto scuola e ricerca in commissione Istruzione a Palazzo Madama compare un intervento invocato un mese fa dai rettori della Crui che in una mozione avevano chiesto di abolire la norma che prevede la determinazione dei fabbisogni di specializzandi non medici con conseguente attribuzione delle borse di studio. Una norma che di fatto sta tenendo - secondo i Magnifici - fermi i bandi in tutta Italia da oltre due anni. L'emendamento sulle scuole di specializzazione non medica prevede difatti che «nelle more della definizione organica della materia» queste scuole di specializzazione «sono attivate in deroga alle disposizioni di cui al comma 1 dell'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401». Si tratta appunto della norma che prevede il fabbisogno e le borse di studio che i rettori vogliono tenere

congelata nell'attesa che arrivi la disciplina anche per le specializzazioni non mediche annunciata dal riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria (il Dm 68 del 4 febbraio 2015).

### **Laurea triennale per i periti industriali**

A lungo chiesto dal Consiglio nazionale dei periti industriali - che ha già siglato diverse convenzioni con alcuni atenei - arriva la laurea triennale professionalizzante. Che viene introdotta da un altro emendamento al decreto scuola che contiene le «Disposizioni in materia di ordinamento professionale dei periti industriali». Appena entrerà a regime la laurea diventerà il titolo necessario per accedere alla professione al posto del diploma di perito industriale.

## CONVEGNO A ROMA

### Medicina di Genere, efficacia della sanità

**ROMA.** Un'innovativa branca biomedica si fa strada nella ricerca italiana. Si tratta della Medicina di Genere, una nuova frontiera di analisi e di studi per garantire ad ogni individuo, maschio o femmina, l'appropriatezza terapeutica.

Per molti anni, la ricerca clinica ha sviluppato indagini soprattutto su pazienti maschi, individuando spesso soluzioni farmacologiche non pienamente adeguate alle esigenze femminili. Ma il concetto di genere ci richiama, oggi, a nuove responsabilità terapeutiche. Non ci troviamo solo davanti alla tradizionale differenziazione tra uomo e donna. Siamo di fronte al loro diverso apparato scheletrico, ad una diversa fisiologia, a fattori condizionanti quali la società, l'ambiente, la cultura, l'educazione, la psicologia dell'individuo. C'è, quindi, la necessità di una sensibilità e di un'attenzione crescente verso la Medicina di

Genere che deve collocare, al centro della sua riflessione, il paziente, ottimizzandone le diagnosi, le terapie ed il relativo progetto terapeutico.

Su questo tema si confronteranno oggi, nella sede centrale del Cnr, a Roma, accademici, cardiologi, epidemiologi e cardiologi nel convegno "La Medicina di Genere : una sfida per la Ricerca Scientifica", organizzato dal Servizio Prevenzione Protezione del Cnr, dal Comitato Unico di Garanzia e dall'Ufficio Formazione della stessa struttura. Sono attesi, tra gli altri, gli interventi del presidente del Cnr, Massimo Inguscio, del direttore del Dipartimento Scienze biomediche del Cnr, professor Tullio Pozzan, del responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione del Cnr, Gianluca Sotis, della presidente del Comitato unico di Garanzia, Gabriella Liberati e di Roberto Volpe, medico, studioso della materia, tra i promotori dell'iniziativa.



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



**Cerreto Sannita**

## Malati terminali, in arrivo l'Hospice

**Luella De Ciampis**

Tutto è pronto per la realizzazione di un Hospice per le cure palliative, al secondo piano della struttura polifunzionale per la salute del comune di Cerreto Sannita. C'è già l'aggiudicazione della gara d'appalto alla ditta Elettra srl di Morcone, in quanto migliore offerente su 40 imprese partecipanti. L'importo dei lavori, 465.000 euro, trova disponibilità con i fondi assegnati all'Asl dal decreto della Giunta Regionale n. 1137/2009. Nel corso del 2010, nell'ambito di un riassetto della rete ospedaliera e territoriale, la Regione decise di riconvertire il presidio ospedaliero di Santa Maria Delle Grazie di Cerreto Sannita, in una struttura polifunzionale per la salute, suddivisa in ospedale di comunità, hospice e residenza sanitaria assistenziale, presidio sanitario di assistenza e urgenza territoriale, centri di prelievo e unità complessa di cure primarie.

Lo scopo era quello di raccogliere l'utenza dell'intera Valle Telesina, per migliorare le condizioni di vita dei residenti delle zone rurali, aggregando medici di medicina generale, specialisti, pediatri, infermieri e personale sociale che garantissero assistenza sanitaria di base e diagnostica di primo livello, per un periodo di tempo, stabilito in 12 ore al giorno. In tempi brevi, la struttura di Cerreto si arricchirà anche dell'hospice, ovvero di un centro che consentirà un ricovero temporaneo o permanente per pazienti che necessitano della tera-

pia del dolore, ormai ritenuta indispensabile per alcune patologie e, in special modo, per i malati terminali.

Le cure palliative racchiudono l'insieme di terapie che non intervengono nella regressione della malattia, ma servono ad alleviarne i sintomi fisici, quali il dolore, le difficoltà respiratorie, la nausea o quelli psicologici, come ansia, paura, depressione, in una struttura protetta, fatta a misura per accogliere il malato e i suoi familiari. Contestualmente, è stata istituita la commissione per la valutazione delle istanze di affidamento di incarichi a legali esterni da inserire in una short list, a cui l'Asl potrà attingere, per essere assistita e difesa nei contenziosi contro terzi. A presiedere la commissione, composta, dai responsabili Asl, Michele Del Vecchio, Cristina Irma De Angelis e dal segretario Camillo Toro, sarà il direttore responsabile dell'Unità Operativa Complessa Affari Generali, Antonio Mennitto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità Nuovi disagi in ospedale, pazienti in emergenza costretti ad andare a Boscotrecase

## Maresca, carenza di personale: stop alle tac di notte

La sospensione totale della radiologia dalle ore 20 alle 8 suscita accese polemiche

**Francesca Raspavolo**

TORREDEL GRECO. Mancanza di personale al Maresca, stop al servizio di radiografia notturna: per tac ed ecografie di emergenza i pazienti sono costretti ad andare a Boscotrecase. Nuovi disagi all'ospedale di Torre del Greco, un gigante da 200 posti letto e un bacino d'utenza di oltre 300mila pazienti che da anni rischia il declassamento a presidio di lungodegenza. L'ultimo schiaffo è arrivato il 2 maggio, data a partire dalla quale entra in vigore il blocco del servizio di radiografia notturna. Uno stop forzato, vuoi per carenza di personale - piaga che affligge il Maresca da dieci anni - vuoi per i tagli al bilancio regionale.

Proprio le ragioni economiche han-

no obbligato lo staff del presidio ospedaliero torrese a misure drastiche con la sospensione totale della radiologia dalle 20 alle 8, fascia oraria delicatissima per il personale medico e infermieristico come per gli utenti. E così, nel caso in cui al pronto soccorso del Maresca al calar del sole arrivano pazienti che «necessitano di esami radiologici, in particolare ecografie e tac d'urgenza, questi devono essere inviati direttamente al plesso di Boscotrecase». Senza neanche accettare il caso, dunque, i camici bianchi dell'ospedale di Torre del Greco dovranno dirottare gli utenti verso il Sant'Anna e Santa Maria della Neve - a 12 chilometri di distanza - non essendo possibile, per ragioni di forza maggiore, curarli adeguatamente.

La decisione è stata comunicata dal direttore sanitario Nicola Vitiello ai responsabili della Centrale Operativa del 118 di Castellammare di Stabia in una nota: nella missiva viene indicato chiaramente che l'emergenza al Maresca si è

creata «a causa dell'assenza dello specialista radiologo» e che il disagio durerà «dalla data odierna fino a nuova disposizione». Dall'Asl Napoli 3 il sub-commissario Luigi Caterino fa sapere che «la Radiologia degli ospedali riuniti Area Vesuviana dispone di 9 radiologi e del primario, da distribuire su tre turni per 2 plessi. È evidente che sono insufficienti e per questo abbiamo attivato le procedure concorsuali. Ma - annuncia - abbiamo predisposto un concorso per sette radiologi a tempo indeterminato e attivato un avviso pubblico a tempo determinato per 8 mesi per altri 7 radiologi. Fino alle assunzioni definitive abbiamo disposto una turnazione settimanale in alternanza tra i due plessi per assicurare la presenza dello specialista nel turno di notte ed evitare di interrompere la continuità assistenziale dei pazienti che assicuriamo anche grazie all'ausilio della teleradiologia».

Il subcommissario Caterino annuncia anche l'arrivo per il reparto di Chirurgia «di tre specialisti per rafforzare l'organico e assicurare anche il chirurgo di notte: ringrazio la consigliera regionale del Pd, Loredana Raia e il commissario Antonietta Costantini, per il confronto serio e costruttivo che ci ha permesso di risolvere l'emergenza». Ma le garanzie dell'Asl non bastano a tranquillizzare cittadini e istituzioni. «Purtroppo la carenza di personale obbliga a fare scelte dolorose - commenta il sindaco Ciro Borriello - ma pur capendo non possiamo accettarlo. Oggi ho appuntamento telefonico con il commissario Costantini per capire se ci sono margini di intervento mentre ieri mattina ho ricevuto gli attivisti del Pro Maresca e assicurato loro che non smetterò di combattere per la sanità pubblica».

Nella riunione a Palazzo Baronale i volontari dell'associazione che da cinque anni si batte per la sopravvivenza dell'ospedale hanno chiesto «un nuovo piano sanitario che faccia della struttura un polo di urgenza ed emergenza: ogni giorno spariscono servizi essenziali che non solo minano il rilancio del polo sanitario ma addirittura ne minacciano la chiusura».



**TORRE DEL GRECO** Manca il personale, esami impossibili dopo le 20. Pazienti a Boscotrecase

## Maresca, emergenza ecografie e tac

**TORRE DEL GRECO.** Il 2016 non sarà l'anno della rinascita dell'ospedale Agostino Maresca di Torre del Greco (*nella foto*). Anzi, la situazione sembra essere al collasso totale. I medici che da anni lavorano nella struttura di via Montedoro sono costretti ad operare in condizioni sempre più esasperanti. Ormai la struttura che alle falde del Vesuvio si sta trasformando in una scatola vuota, dove anche i beni primari stanno diventando un miraggio. Lo dimostra l'ennesima brutta notizia che è arrivata nella mattinata di ieri: non è più possibile effettuare esami ecografici e tac presso dopo le 20 all'ospedale di via Montedoro.

A portare allo stop di questa importante prestazione ospedaliera è stata la mancanza di personale al Maresca: per tac ed ecografie di emergenza i pazienti saranno ora costretti ad andare all'ospedale di Boscotrecase.

### LA COMUNICAZIONE DL DIRETTORE SANITARIO.

Ad ufficializzare la grave situazione è stata una comunicazione inviata la scorsa mattina dal direttore sanitario Nicola Vitello ai responsabili della centrale operativa del 118, di Castellammare di Stabia, per avvertire che i pazienti che necessitano di tale prestazione devono essere dirottati immediatamente al presidio sanitario di Boscotrecase. «Avendo ricevuto - si legge nella comunicazione - da parte della O.C. di radiologia l'avviso di assenza dello specialista radiologo durante i turni 20-08 a par-

tire dalla data odierna e fino a nuova disposizione presso il plesso di Torre del Greco si invita il responsabile in indirizzo a predisporre le indicazioni idonee alle unità mobili di soccorso, affinché i pazienti bisognosi di esami radiologici in particolare i ecografie tac in urgenza vengano inviati direttamente presso il plesso di Boscotrecase». Una notizia che potrebbe scatenare grandi polemiche, soprattutto, notevoli problemi alla cittadinanza.

Infatti, specie nel fine settimana, l'ospedale presta soccorso a tantissimi giovani vittime di incidenti in strada causati dall'alta velocità.

**FUTURO DIFFICILE.** Insomma, il tempo passa e nonostante l'impegno di associazioni cittadini e amministrazioni comunali, il futuro dell'ospedale di via Montedoro sembra essere tutt'altro che roseo, questione sottolineata anche nei mesi scorsi anche dal sindaco di Torre del Greco, Ciro Borriello, che spiegò come «i segnali venuti fuori in recenti dichiarazioni rese da esponenti politici del Pd, lasciano intuire come sul nosocomio di via Montedoro vi sia ancora l'intenzione di operare un declassamento, che risulta però difficile da spiegare: non si comprende infatti, e su questo faccio leva sugli interventi resi in aula dagli amministratori di Ercolano, Portici e Massa di Somma, come si possa dimenticare che il Maresca serve una popolazione che supera i 400mila residenti».

CARCAT





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News

