

# PROFESSIONE MEDICO

SPECIALE

**Biostamento.** Il dibattito sulle disposizioni di fine vita divide la categoria > pagina 32

**Responsabilità.** Tocca al professionista dimostrare di essere incolpevole > pagina 32

**Intervista.** Eolo Parodi: una riforma equa anche per i giovani > pagina 33

**Le sfide.** La categoria è cresciuta in venti anni del 30% ma i pensionati arrivano ormai al 25% - Nel 2015 il 47% di donne

## Dottore, ecco la mia diagnosi

### Le informazioni disponibili su internet riscrivono il rapporto con il paziente

**Paolo Del Bufalo**

Erano 265mila nel 1989, sono circa 367mila nel 2009 i medici iscritti agli Ordini professionali. Una crescita in venti anni del 30%, che arriva al 40% se si aggiungono gli odontoiatri.

Lo sprint lo hanno dato i "camici rosa". Le donne medico sfioravano il 10% del totale negli anni '50, ma saranno, secondo le proiezioni della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo) quasi lo stesso numero dei colleghi maschi nel 2015: il 47% le prime contro il 53% dei secondi. Ma la percentuale di laureati già mostra l'inversione di tendenza: le donne sono il 60% circa contro il 40% degli uomini. E sempre più donne richiederanno un cambio di rotta nell'organizzazione del lavoro legato anche a nuove esigenze come la maternità.

Dei 400mila medici iscritti agli Ordini, circa 111mila sono dipendenti del Servizio sanitario nazionale e altri 80mila sono quelli convenzionati (medici di medicina generale, pediatri eccetera). Pochi

sono solo "privati" (circa 10mila) e sempre di più pensionati: quasi 100mila unità. Gli altri lavorano altrove (sanità militare, Ferrovie, Polizia eccetera) o in altre attività come la ricerca.

Una professione, quella del medico, che ha il fascino della certezza del posto di lavoro e di guadagni di tutto rispetto

#### LE PROSPETTIVE

È necessario ripensare la programmazione e assicurare il turn over perché tra dieci anni si rischia il vuoto in corsia

(circa 99mila euro l'anno per i dipendenti e 80mila per i medici di medicina generale). A un anno dalla laurea, benché la specializzazione duri in media cinque anni, il loro tasso di disoccupazione è il più basso in assoluto di tutte le professioni: il 7,2 per cento. Questo nonostante i numerosi blocchi del turn over, legati al bisogno di contenere la spesa sani-

taria nelle Regioni.

Il freno alle assunzioni e il numero chiuso all'università hanno fatto scattare l'allarme: «Senza il giusto ricambio e una programmazione legata alle esigenze di cura e non a quelle delle università - spiega Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo - nel giro di 10 anni si rischia un vuoto di medici in molte specialità, radiologia, riabilitazione, geriatria, cardiologia e cure palliative in testa».

Nel 2025 le stime indicano un numero di iscritti agli Ordini a picco rispetto agli attuali: poco più di 250mila, circa 100-150mila in meno.

I medici sono in pieno allarme anche per la norma che lascia mano libera alle aziende sanitarie di "pensionare" in modo coatto i dottori che abbiano raggiunto i 40 anni di contributi, anche se non di professione effettiva. Una norma che alcuni disegni di legge in Parlamento stanno tentando di abrogare nonostante l'ostilità delle Regioni, alzando contemporaneamente l'età pensionabile a 70 anni.

I sindacati su questo e altri temi caldi della professione hanno aperto una «vertenza salute» ricca di agitazioni nei prossimi mesi.

In questo quadro si sono aggiunte le previsioni del decreto legislativo di applicazione della riforma della Pa che allarga, tra l'altro, anche ai medici le sanzioni previste per tutti i pubblici dipendenti senza tenere conto alcuno della loro specificità professionale, sottolineano i sindacati, pronti a tentare di mettere un cerotto alla situazione con il contratto che si sta trattando in queste settimane.

Il medico deve prepararsi ad affrontare un cambio di rotta nella visione del lavoro: ieri era il "dottore vicino casa", domani ci saranno radici culturali sempre più diverse con l'ingresso di laureati stranieri per coprire le carenze di organico e perché in servizio arriveranno i figli degli attuali immigrati. E deve affrontare sfide etiche (testamento biologico, terapia del dolore, aborto) e organizzative (il medico è anche manager per gestire

spesa e rischi professionali e garantire risultati al sistema) sempre maggiori.

Le sfide si mischiano ai problemi collegati all'identità professionale, secondo Carlo Lusenti, leader dell'Anaa, il maggior sindacato degli ospedalieri: ieri i pazienti si sedevano davanti al dottore chiedendo «cosa ho?», oggi lo fanno dicendo «credo di avere questo. E so bene chi è lei» perché si documentano su internet sulla professionalità della persona a cui si rivolgono.

«Le tecnologie che aiutano la medicina a progredire, hanno portato a un cambio di cultura nel paziente che il medico deve capire e seguire. Anche imparando a essere più tecnologico, ma non "sacerdote" della tecnologia», afferma Lusenti. «Deve capire che non può essere più un super-tecnico della salute perché decine di professioni emergenti stanno usurpandogli quel ruolo, ma se vuole mantenere la sua leadership deve restare con la sua cultura la figura di riferimento del paziente».

343mila

Il numero dei medici e degli odontoiatri tra i 30 e i 70 anni: l'età media è di 49,8 anni

34%

L'incidenza delle 120.129 donne medico e odontoiatra: età media più bassa di 5 anni rispetto ai maschi

35.986

Sono le donne specializzate nel settore medico chirurgo tra il 1996-2006; i maschi sono 31.994

A cura dell'Ufficio stampa Anaa Assomed

Via Barberini, 3 - 00187 Roma

Tel. 064245741 - Fax 0648903523

ufficiostampa@anaao.it

www.anaao.it



## In preparazione i regolamenti sull'Ecm Corsi e seminari di formazione a pubblicità-zero

**Sara Todaro**

■ Divieto totale di pubblicità nei paraggi dell'Ecm. E obbligo di far riempire ai partecipanti un questionario sulla eventuale "percezione di conflitto d'interessi" nel materiale utilizzato per la formazione per procedere all'assegnazione dei crediti.

Sono due delle precauzioni allo studio della Commissione Ecm per la formazione continua in medicina. Il 14 dicembre dovrebbero essere approvati i due documenti che costituiranno il manuale operativo per far funzionare il restyling dell'Ecm varato con Accordo Stato-Regioni a metà novembre. Il primo riguarda le procedure per l'accreditamento dei provider, il secondo dovrebbe definire i criteri per l'assegnazione dei crediti per tutte le possibili tipologie di eventi: congressi, convegni, attività residenziali e formazione a distanza.

Nella mappa dei requisiti che l'aspirante provider dovrà dimostrare di possedere spicca, tra l'altro, la dichiarazione formale che dovrà escludere interessi commerciali in campo sanitario per quanti siano coinvolti nell'attività Ecm fino ai parenti di primo grado. Ovviamente vincolanti anche il possesso di una sede idonea e stabile nella Regione accreditante, la documentata affidabilità economico-finanziaria, il rispetto delle norme in tema di sicurezza, previdenza e fiscalità.

Ma come già detto, quel che davvero sblocca l'assegnazione dei crediti è la scheda di valutazione della qualità percepita con la quale il partecipante sarà chiamato a giudicare la validità del programma rispetto al bisogno formativo e al ruolo professionale svolto, dando

un giudizio sull'utilità della formazione ricevuta e dichiarando l'eventuale percezione di interessi commerciali nel programma Ecm.

Chi o cosa garantirà tanta adamantina trasparenza da parte dei discenti?

Intanto il chiaro divieto di qualsiasi pubblicità per prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi) o attività promozionali (pasti, attività sociali) nelle sedi attività Ecm o nei materiali durevoli per la Formazione a distanza (Fad): nel corso delle attività formative i nomi commerciali dei prodotti saranno banditi in toto, anche se correlati con l'evento in corso.

Poi c'è l'obbligo esplicito in-

dirizzato ai produttori di farmaci e dispositivi di sponsorizzare il provider solo con "unrestricted grant" che non impongano condizionamenti di alcun tipo alle attività formative. Il baluardo più solido dovrà ovviamente garantirlo il provider, tenuto a illustrare all'ente accreditante i contratti formali siglati con lo sponsor e i pagamenti direttamente concessi a docenti e tutor, nonché a dimostrare le fonti di finanziamento utilizzate nell'ultimo biennio e il reclutamento dei partecipanti senza interferenze dello sponsor.

Gli elenchi degli studenti, in altri termini, saranno garantiti dalla privacy e in nessun modo potranno essere trasmessi allo sponsor o uti-

### PAGELLA

I partecipanti chiamati a giudicare l'utilità delle discipline e l'eventuale conflitto di interessi del provider

lizzati a fini commerciali.

Ultima barriera, la semplicissima regola sul conflitto d'interessi, che sussiste «anche se non si verifica effettivamente l'interferenza». Nessuno che produca, distribuisca, commercializzi o pubblicizzi farmaci, omeopatici, fitoterapici, dietetici o dispositivi potrà organizzare o gestire eventi Ecm.

E per dirigenti e responsabili dei provider scatta l'incompatibilità con interessi o cariche in aziende con interessi commerciali nel settore sanitario. Anche su questo farà testo la dichiarazione del provider, che dovrà conservare la documentazione su sponsor e conflitti per almeno due anni.

Il provider privato (non erogatore di prestazioni sanitarie) dovrà inoltre subire le verifiche di un comitato di garanzia (nazionale /regionale) che in base alla constatazione di violazioni molto gravi (esempio, assenza di dichiarazioni formali; documentazioni false) potrà disporre la definitiva espulsione dal pianeta Ecm.

Paletti solidi, dunque. Anche se resta ancora nel cassetto l'ultimo rebus della giostra Ecm: gli incentivi a chi si aggiorna, le sanzioni a chi bara. La materia resta affidata agli incontri con i rappresentanti sindacali a partire da gennaio.

A cura dell'Ufficio stampa Anaa Assomed

Via Barberini, 3 - 00187 Roma

Tel. 064245741 - Fax 0648903523

ufficiostampa@anaao.it

www.anaao.it



Le specializzazioni. Pochi i posti nelle scuole universitarie

# Gli anestesisti una rarità

Manuela Perrone

■ Gli ospedali sono a corto di anestesisti. Ma scarseggiano anche chirurghi, internisti e medici di emergenza. Sono le specializzazioni per cui è più ampio lo scarto tra il numero di contratti di formazione specialistica finanziati dallo stato e il fabbisogno indicato dalle regioni per il triennio 2008-2011: sarebbero serviti solo nel 2008 altri 422 posti nelle scuole di anestesia, 244 in chirurgia generale, 255 nella neo-nata medicina d'urgenza, 206 in medicina interna. La forbice complessiva, che si ripete ormai da tempo, parla ogni anno di circa 4mila specialisti in meno rispetto al fabbisogno.

Ma dove sono i "buchi" più preoccupanti per il Ssn? Il Ced della

Fnomceo ha provato a scattare una fotografia generale: l'Italia conta circa 236mila medici specialisti, di cui circa il 10% fa il dentista. Sommando i laureati in odontoiatria, la quota sale al 23,8% (56mila professionisti dei denti). Al confronto gli anestesisti scompaiono: sono meno del 5%, un pugno di 10mila camicie bianche, carenti soprattutto al Sud. Gli oncologi peggio: sono appena l'1%, 3.755 in tutto. Latitano anche i chirurghi specialistici: i neurochirurghi sono soltanto 770, i cardiocirurghi 550. I cardiologi, invece, sono molti: circa 14mila, soprattutto in Campania, Lombardia e Lazio.

Il segretario della Fnomceo, Gabriele Peperoni, invita a decifrare i dati: «Le discipline realmente in difficoltà negli ospeda-

li, anche a causa di procedure concorsuali farraginose, sono anestesia, radiologia, ortopedia e le chirurgie più specialistiche». Vuoti che si ripercuotono sulle liste d'attesa e sulle sale operatorie. Ma aumentare i contratti nelle scuole non basta: «Bisognerebbe riformare l'università, facendo formazione negli ospedali e sul territorio».

I risultati di un'indagine di FederSpecializzandi su 600 specializzandi in nove atenei, da Padova a Palermo, parlano chiaro: nel 60% dei casi non esiste il logbook, il registro che dovrebbe certificare le attività pratiche, e quando c'è nel 31% dei casi è inutilizzato. La metà degli specializzandi dell'area chirurgica non ha mai eseguito alcun intervento di alta chirurgia come primo operatore. Il 65% ritiene insufficiente la partecipazione alle attività chirurgiche. Una débâcle, aggravata dalle responsabilità che gli specializzandi sono costretti ad assumersi

illegittimamente, dalle guardie in autonomia alle visite ambulatoriali. Non sorprende che due su tre sono insoddisfatti del percorso formativo e che la metà non si iscriverebbe mai di nuovo alla

stessa scuola. I contratti da 25mila euro, conquistati con la Finanziaria 2006, da soli non paiono sufficienti a formare specialisti di qualità. Si studiano rimedi: in cantiere c'è una «razionalizzazione»

delle scuole, cui ha lavorato una commissione di esperti voluta dal ministero dell'Università. Nel documento, discusso il 5 novembre dall'Osservatorio sulla formazione specialistica, si indicano dieci scuole da attivare in tutti gli atenei (anestesia, chirurgia, ginecologia, malattie dell'apparato cardiovascolare, medicina interna, ortopedia, pediatria, psichiatria e radiodiagnostica) previa verifica di quattro requisiti: la dotazione di docenti «specifici»; i volumi di attività della rete formativa; l'adeguatezza delle dimensioni; l'attività pregressa delle scuole (assegnazione media di almeno tre borse o contratti nel quinquennio 2003-2008). La valutazione «comparativa» di questi criteri dovrà guidare la selezione per attivare tutte le altre scuole.

Non è chiaro come e quando il giro di vite andrà in porto. Ma non è un caso che non ci sia ancora traccia del bando per l'anno accademico 2009-2010, invocato a gran voce dai neolaureati. Una conferma delle difficoltà di mettere mano al settore.

Contratti a carico dello Stato per il 2008-2009

Specializzazioni	Contratti	Specializzazioni	Contratti	Specializzazioni	Contratti	Specializzazioni	Contratti
Cardiologia	54	Otorinolaringoiatria	83	Radioterapia	98	Medicina di emergenza e urgenza	50
Chirurgia dell'apparato digerente	31	Urologia	81	Allergologia e immunologia clinica	31	Medicina fisica e riabilitazione	136
Chirurgia generale	276	Anatomia patologica	58	Audiologia e foniatría	18	Medicina interna	225
Chirurgia maxillo-facciale	32	Anestesia e rianimazione	535	Cardiologia	258	Medicina tropicale	6
Chirurgia pediatrica	23	Biochimica clinica	24	Dermatologia e venerologia	59	Nefrologia	92
Chirurgia plastica e ricostruttiva	40	Farmacologia	19	Ematologia	58	Neurofisiopatologia	12
Chirurgia toracica	37	Igiene e medicina preventiva	142	Endocrinologia e mal. ricambio	75	Neurologia	102
Chirurgia vascolare	48	Medicina del lavoro	105	Gastroenterologia	68	Neuropsichiatria infantile	68
Ginecologia e ostetricia	212	Medicina di comunità	2	Genetica medica	24	Oncologia	118
Neurochirurgia	60	Medicina legale	70	Geriatrics	122	Pediatria	212
Oftalmologia	103	Medicina nucleare	49	Malattie dell'apparato respiratorio	82	Psichiatria	185
Ortopedia e traumatologia	185	Microbiologia e virologia	24	Malattie infettive	53	Reumatologia	39
		Patologia clinica	53	Medicina dello sport	36	Scienza dell'alimentazione	27
		Radiodiagnostica	392			Tossicologia medica	8

A cura dell'Ufficio stampa Anaa Assomed

Via Barberini, 3 - 00187 Roma

Tel. 064245741 - Fax 0648903523

ufficiostampa@anaa.it

www.anaa.it





Professione Medico

L'ultimo confine dell'etica. Il dibattito ricomincia in commissione Affari sociali della Camera con 2.600 emendamenti

# Al capezzale la libertà di cura

Nel biotestamento escluse le indicazioni finalizzate a eutanasia attiva od omissiva

**I capisaldi della legge**

1. Il consenso informato del paziente è parte della cartella clinica e può sempre essere revocato. Non è richiesto quando è in fase di vita di cui è incapace di intendere o di volere.
2. Con dichiarazioni anticipate di trattamento la persona si esprime sui trattamenti sanitari in caso di eventuale perdita di capacità di intendere o di volere.
3. La dichiarazione anticipata di trattamento ha forma scritta e vale 5 anni. È raccolta dal medico di base che la firma insieme con il paziente. La dichiarazione è sempre revocabile o modificabile.
4. La dichiarazione non può dare indicazioni lesive e eutanasia attiva o passiva.
5. La dichiarazione non può dare indicazioni lesive e eutanasia attiva o passiva.
6. Il medico valuta la volontà del fiduciario, nota, in cartella clinica, se intende seguirlo o meno. In caso di controversia medico-fiduciario, la parola tocca a un collegio medico.

Mario Barbieri

Ha spaccato il Paese scavando l'ennesima trincea tra laici e cattolici. Ha diviso il Parlamento anche all'interno dei due schieramenti finora incapaci di scrivere insieme una legge. Ma il dibattito sul biotestamento sta scuotendo soprattutto le coscienze di chi indossa il camice bianco. Perché genera sì cittadini possibilisti, ma anche invidiosi di stabilire in un documento - il testamento biologico - le proprie volontà sulle cure di fine vita e una grande rivoluzione nel rapporto medico-paziente. E come tutte le rivoluzioni divide anche la classe medica. Che dopo un periodo di pesante silenziosità ha fatto sentire la propria voce.

Non gli emendamenti (ben 2.600) piovuti sul testo, in commissione Affari sociali della Camera, sia dall'opposizione che dalla maggioranza. Ma a schiere di cambiare c'è anche la maggioranza dei medici che - attraverso società scientifiche, sigle sindacali e l'Ordine - negli ultimi mesi ha criticato buona parte dei paletti piantati dalla maggioranza.

La Fno come si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

La Fno come si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

**EQUILIBRIO DELICATO**  
La Fno come si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

La Fno come si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

La Fno come si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

La Fno come si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

**DA RISPETTARE**  
Le disposizioni scritte sono valide e cinque anni. Non si può rinunciare ad alimentazione artificiale

Le disposizioni scritte sono valide e cinque anni. Non si può rinunciare ad alimentazione artificiale

Le disposizioni scritte sono valide e cinque anni. Non si può rinunciare ad alimentazione artificiale

Le disposizioni scritte sono valide e cinque anni. Non si può rinunciare ad alimentazione artificiale

Il Parlamento ricomincerà proprio in questi giorni a es-

aminare gli emendamenti (ben 2.600) piovuti sul testo, in commissione Affari sociali della Camera, sia dall'opposizione che dalla maggioranza. Ma a schiere di cambiare c'è anche la maggioranza dei medici che - attraverso società scientifiche, sigle sindacali e l'Ordine - negli ultimi mesi ha criticato buona parte dei paletti piantati dalla maggioranza.

La Fno come si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

La Fno come si è spaccata sulla dichiarazione anticipata di trattamento non vincolante per i camici bianchi

## Gli errori. Influssi giuridici

# Responsabilità per contratto

Andrea Ferrario  
Ben poche aree del diritto hanno conosciuto involuzioni. E negli ultimi anni il concetto di responsabilità medica è stato uno di quelle che ha subito un'evoluzione.

Ben poche aree del diritto hanno conosciuto involuzioni. E negli ultimi anni il concetto di responsabilità medica è stato uno di quelle che ha subito un'evoluzione.

Ben poche aree del diritto hanno conosciuto involuzioni. E negli ultimi anni il concetto di responsabilità medica è stato uno di quelle che ha subito un'evoluzione.

Ben poche aree del diritto hanno conosciuto involuzioni. E negli ultimi anni il concetto di responsabilità medica è stato uno di quelle che ha subito un'evoluzione.

**L'ONERE**  
Tocca all'operatore e alla struttura sanitaria dimostrare di essere del tutto incolpevoli rispetto all'evento avverso

Tocca all'operatore e alla struttura sanitaria dimostrare di essere del tutto incolpevoli rispetto all'evento avverso

Tocca all'operatore e alla struttura sanitaria dimostrare di essere del tutto incolpevoli rispetto all'evento avverso

Tocca all'operatore e alla struttura sanitaria dimostrare di essere del tutto incolpevoli rispetto all'evento avverso

Il termine di termine di boia del rapporto di cura. Al paravento di questo sta il difetto del contratto sociale. Il contratto sociale è un patto tra i cittadini e lo Stato. In questo caso, il contratto sociale è quello che lega il medico al paziente. Il contratto sociale è un patto tra i cittadini e lo Stato. In questo caso, il contratto sociale è quello che lega il medico al paziente.

Il termine di termine di boia del rapporto di cura. Al paravento di questo sta il difetto del contratto sociale. Il contratto sociale è un patto tra i cittadini e lo Stato. In questo caso, il contratto sociale è quello che lega il medico al paziente.

Il termine di termine di boia del rapporto di cura. Al paravento di questo sta il difetto del contratto sociale. Il contratto sociale è un patto tra i cittadini e lo Stato. In questo caso, il contratto sociale è quello che lega il medico al paziente.

Il termine di termine di boia del rapporto di cura. Al paravento di questo sta il difetto del contratto sociale. Il contratto sociale è un patto tra i cittadini e lo Stato. In questo caso, il contratto sociale è quello che lega il medico al paziente.

## Premium Plus

## La storia. Gli immigrati negli ambulatori

# Sintomi? Non so dirli in italiano

Francesca Milano  
Chi lavora nel pronto soccorso riesce a cogliere i passi in avanti in tema di integrazione. Negli stranieri stanno compiendo in questi anni, anche se la strada è ancora lunga. «Ariani fa» racconta la dottoressa Anna Maria Ferrari, past president di Simeu, l'associazione di medici di famiglia che ha una clinica di accoglienza per gli immigrati erano più difficili, adesso stanno prendendo coraggio e si rivolgono al pronto soccorso, anche se non si può generalizzare».



Il giorno è solo in casi gravi si rivolge alle A&E

## INTERVISTA | Giancarlo Pizzi

# Primato al medico

Giancarlo Pizzi è un medico di famiglia, presidente dell'Ordine dei medici di Bologna, uno dei cinque «dissidenti» che ha votato contro il documento della Fno sul biotestamento. Lo rifarà? Sì. Perché nel testo non è stato inserito il fatto che l'alimentazione artificiale non è un sostegno vitale, come chiarito dalla dichiarazione di New York della Nazione unite recente anche in Italia. Per questo condivide la legge votata dal Senato che prevede la sospensione dell'alimentazione forzata.

**«Do abbiamo batterci per la vita e non essere solo esecutori della volontà altrui»**

Non basta il codice deontologico? Prima del caso Englaro forse sì. Ma poi i registri hanno dimostrato che il medico prendeva in considerazione le dichiarazioni del paziente. Ma senza dimenticarsi che il biotestamento era un documento di indirizzo, non un documento di legge. Per questo non aveva valore.

## INTERVISTA | Pietro Forestieri

# Legge da rifare

«Ai medici servono norme chiare e non contraddittorie. Questo Ddl come, invece, pericolosi equivoci tra il nostro codice deontologico, la Costituzione e la legislazione. Per questo non voto Forestieri, presidente del Collegio italiano dei chirurghi, boccia senza troppi giri di parole la legge all'esame della Camera, ma escludeva per motivi politici sull'onda emotiva della tristissima vicenda di Elena Englaro».

**«Se non siamo tenuti alla scelta del paziente cade il principio del consenso informato»**

nonanza, ma chiunque volesse lasciare disposizioni anche per altri fini come la donazione di organi del corpo o simili. Si può chiedere lo stop alla nutrizione forzata?

Tutte le società scientifiche nazionali e internazionali firmano l'indicazione e l'alimentazione artificiale come un terzetto. E dunque, come ogni cura, può essere rifiutata.

## TERAPIA E DIALOGO

La difficolta' nel comunicare può indurre a sottovalutare o a confondere per il dialogo. In alcuni ambulatori è presente il mediatore

essere discriminato nel trattamento. Sono sospettose e non sempre si fidano dei medici. La mediazione è un lavoro che si fa in alcuni ambulatori. Il mediatore è presente in alcuni ambulatori.

«Il primo problema - conferma infatti Giulia Zinno, consigliere Aggio (associazione degli operatori sanitari) - è sicuramente la lingua. Gli stranieri non capiscono le parole mediche. E questo è un problema che non si può risolvere con un interprete. Per questo è importante avere un interprete che sia anche un medico. E questo è un problema che non si può risolvere con un interprete. Per questo è importante avere un interprete che sia anche un medico».

«C'è, poi, il problema legato a una cultura familiare in cui il medico è visto come un dio. E questo è un problema che non si può risolvere con un interprete. Per questo è importante avere un interprete che sia anche un medico».

## Reazione alle Ili. Indagine della Cattolica

# Esami in difesa

Il tema della medicina difensiva, accompagnato da una lunga lista di nomi, è stato uno dei temi più dibattuti negli scontri della responsabilità sanitaria. Una delle indagini più recenti (curata da un comitato di medici di Milano) riflette la questione tuttavia che non possono essere ignorati, come non possono essere ignorati, i rischi di una medicina difensiva che non è solo un modo per difendere il medico, ma è anche un modo per difendere il paziente.

## LA GIURISPRUDENZA

L'onere della prova  
La sentenza 25/20/2008 ha stabilito che - in presenza di un evento avverso - il paziente deve provare che il medico ha commesso un errore. E questo è un problema che non si può risolvere con un interprete. Per questo è importante avere un interprete che sia anche un medico».

Un'occasione di attenzione per la dignità della persona, risponde all'etica medica che il medico deve essere pronto a rispondere del proprio gesto, e che il medico deve essere pronto a rispondere del proprio gesto. E questo è un problema che non si può risolvere con un interprete. Per questo è importante avere un interprete che sia anche un medico».

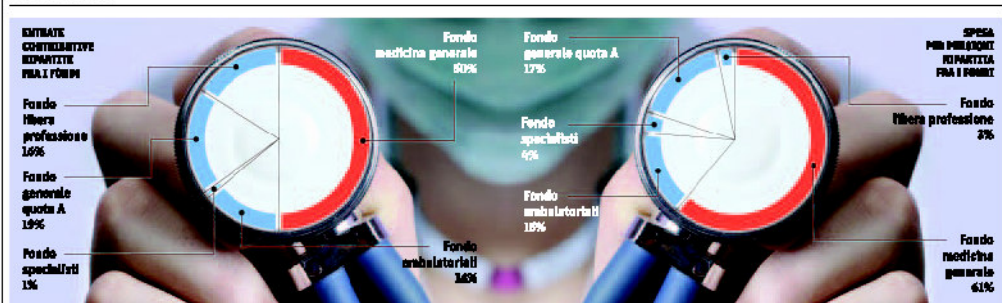


Previdenza. Allo studio dell'Enpam le ipotesi degli attuari per garantire l'equilibrio delle gestioni nell'arco di 30 anni

# Il riordino punta sulle aliquote

## L'aumento dei contributi è la leva preferita assieme alla riduzione del rendimento

### La composizione



Federica Micardi

Enpam avvia la stagione delle riforme per far fronte alle criticità: l'aumento della vita media, la gobba previdenziale tra il 2005 e il 2009, infine il cambio della normativa, che impone per le gestioni l'equilibrio a 30 anni. L'aumento della vita media da un lato aumenta l'attività dei medici ancora al lavoro, dall'altro prevale l'asse della previdenza, che si trovano a pagare pensioni per un numero maggiore di anni (sia agli iscritti che ai superstiti).

**LABORIA**  
Ogni anno si ritirano tra i 1.000 e i 1.500 professionisti. Nel 2015-2025 si arriverà a quota 4 mila.

### IL WELFARE



La prestazione assistenziale ha il suo scalfano quando il reddito con il piano del nucleo familiare è inferiore a 5.750.000 euro. Questo limite è aumentato di 956,56 euro per ogni nucleo familiare (escluso il nucleo familiare) che si iscrive in un anno. Nel 2009 erano stati iscritti nel bilancio previdenziale interventi per 7 milioni di euro per la quota A e per 600 mila euro per la quota B. Dal prossimo anno, invece, le cifre si aggirano sui 10,5 milioni di euro per la quota A e sui 600 milioni per la quota B. Un incremento della prestazione è dovuto solo alle calamità naturali che si sono verificate nel 2009 (alluvioni in Sardegna e Marche e terremoto dell'Aquila) e a una maggior conoscenza da parte degli iscritti delle diverse forme di assistenza, sulle retribuzioni contrattuali e sulle prestazioni. Al fine del trattamento di fine servizio, il medico che ha lavorato in un'azienda pubblica o privata deve versare i contributi per gli iscritti Ctps, mentre gli iscritti del 2008 (per gli iscritti Ctps) hanno diritto al trattamento di fine servizio. Al fine del trattamento di fine servizio, il medico che ha lavorato in un'azienda pubblica o privata deve versare i contributi per gli iscritti Ctps, mentre gli iscritti del 2008 (per gli iscritti Ctps) hanno diritto al trattamento di fine servizio.

«Noi abbiamo fatto interventi correttivi nel biennio 2003-2004 per restare nei parametri del 15 anni», racconta il direttore Ernesto Del Savio, «abbiamo ricostruito il patrimonio e curato l'adeguatezza delle pensioni con la possibilità del riscatto. Ora ci troviamo a dover riparametrare tutto sui tempi più lunghi».

La cassa sta quindi studiando un progetto di riordino complessivo per i suoi fondi, ma servono alcuni mesi per formalizzare, per ogni fondo, la giusta strategia per il retribuito. Al momento la situazione è la seguente: il fondo generale «quota A» il saldo totale (cioè il rapporto tra entrate e uscite) risulta in equilibrio fino al 2028 (con il patrimonio); il fondo libera professione è in equilibrio fino al 2028 (con il patrimonio); il fondo medici di medicina generale e quello degli specialisti ambulatoriali sono in equilibrio fino al 2021 (con il patrimonio).

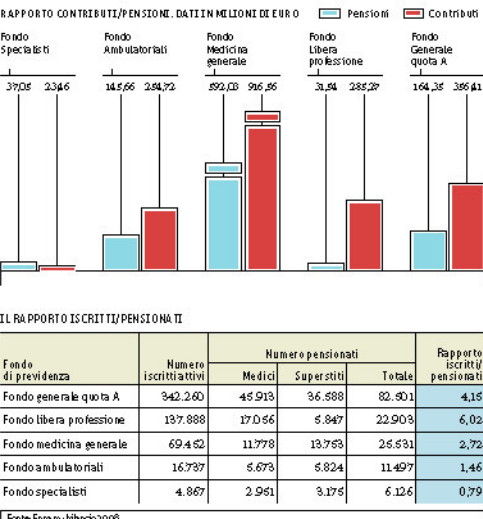
Quando il fondo specialisti esterni di più piccolo, è in atto da tempo un contenimento delle società che offrono servizi specialistici perché non versano il contributo dovuto.

Il preconsuntivo 2009 registra un avanzo economico di circa 10 miliardi (24 milioni in più di quanto preventivato). Il avanzo previsto di 900 milioni, invece degli 810 milioni indicati nel bilancio di previsione. Di contro è cresciuta la spesa per assistenza, se la previsione era di 70 milioni, la spesa effettiva è stata di 0,75 miliardi, le cause principali sono il terremoto dell'Aquila e le alluvioni in Sardegna e Marche.

I parametri su cui far leva per arrivare a garantire l'equilibrio triennale sono cinque: i contributi e il loro rendimento, l'indicizzazione, l'età pensionabile e la fruizione. La cassa ritiene di mantenere l'assegnazione del laureato all'iscrizione del medico e al contributo ogni medico della valutazione del contributo (rispetto alla classifica, la versata viene riconosciuta una redditività più bassa) non avrà effetto reattivo. Tra gli interventi valutati sono anche il graduale incremento della contribuzione, Al momento si cerca di evitare di agire sull'indicizzazione e sull'aumento della età pensionabile.

La cassa vuole anche promuovere e diffondere la cultura dell'integrazione previdenziale e consentire ai propri iscritti di poter volontariamente aumentare il contributo fino al 5 per cento.

### I parametri delle gestioni



IL RAPPORTO ISCRITTI/PENSIONATI						
Fondo di previdenza	Numero iscritti/attivi	Medici	Superstiti	Totale	Reporto iscritti/pensionati	
Fondo generale quota A	342.260	45.913	36.588	82.501	4,15	
Fondo libera professione	137.888	17.056	5.947	22.903	6,02	
Fondo medicina generale	69.452	11.779	13.763	25.543	2,72	
Fondo ambulatoriali	167.937	5.673	6.824	11.497	1,46	
Fondo specialisti	4.867	2.951	3.175	6.126	0,79	

A CIASCUNO IL SUO FONDO	
<b>Fondo di previdenza generale</b> È suddiviso in due parti. La quota A è la quota B.	<b>342.260</b> Iscritti al Fondo quota A
Allo quota A sono iscritti tutti i medici e gli odonatologi iscritti al bilancio consuntivo del 2008 (iscritti tra i 242.260 e il 2009).	I totale dei medici e odonatologi iscritti al bilancio consuntivo del 2008 risulta in equilibrio per il saldo previsto fino al 2020, per il resto il bilancio del 2009 è in deficit.
Allo quota B sono iscritti tutti i medici e gli odonatologi professionisti (escluso il bilancio del 2008) e i medici e gli odonatologi che operano in rapporto di collaborazione con gli istituti di Servizio sanitario nazionale (escluso i medici di famiglia, specialisti operanti nei propri studi).	<b>137.888</b> Iscritti al Fondo quota B
I medici e gli odonatologi professionisti (escluso il bilancio del 2008) e i medici e gli odonatologi che operano in rapporto di collaborazione con gli istituti di Servizio sanitario nazionale (escluso i medici di famiglia, specialisti operanti nei propri studi).	I totale dei medici e odonatologi iscritti al bilancio consuntivo del 2008 risulta in equilibrio per il saldo previsto fino al 2020, per il resto il bilancio del 2009 è in deficit.

### INTERVISTA | Eolo Parodi

## Riforma equa anche per i giovani

Riforme entro il 2010. È la promessa di Eolo Parodi, alla guida dell'Enpam dal 1993. Parodi (classe 1943) è stato per quarant'anni medico di base, e per cinque lustri ha coperto la carica di primario.

Come mai la riforma proprio adesso? Il nuovo arco temporale di equilibrio tra i contributi e le pensioni è stato calcolato nel prossimo bilancio tecnico al 31 dicembre 2009. Abbiamo incaricato l'attuario della Fondazione di redigere delle ipotesi di interventi sui vari fondi che aggraveranno la situazione, vale a dire, entrate e contributi, valorizzazione dei contributi, e pensionamento previdenziale, e pensionamento indicizzazione dei redditi e rivalutazione delle pensioni.

Inizierà poi in modo da poter valutare all'ultimo di consulto e da poter impostare le riforme necessarie. Quali sono i tempi di realizzazione ed entrerà in vigore della riforma? Entro la prossima estate presenteremo i bilanci tecnici al 31 dicembre 2009 e contiamo di raggiungere l'equilibrio entro il 2010.

Il contributivo o non sarebbe una scelta migliore rispetto alla riforma "parametrica"? No. Il sistema contributivo risulterebbe, soprattutto per la nuova generazione di contribuenti, una regressione rispetto all'attuale sistema previdenziale basata sul reddito e sul lavoro. Una scelta del genere è inaccettabile e non è un segno negativo sull'adeguatezza delle pensioni e quindi sulla equità tra generazioni.

Non temete le proiezioni che circoscrivono una drastica riduzione dei medici nei prossimi anni? Non abbiamo questa preoccupazione. Anzi, la nostra gestione ovviamente aumenta il bisogno di servizi. Per quanto riguarda i futuri iscritti all'Enpam, sarà un automatico equilibrio positivo.

Il vostro patrimonio immobiliare è ingente. Pensate di disinvestire una parte? I dati relativi al patrimonio immobiliare nel 2009 non sono ovviamente disponibili. Il valore del patrimonio immobiliare a bilancio 2008 parifica a 3,2 miliardi.

La gestione è articolata. Avete utilizzato anche lo strumento dei fondi comuni? Sì. Abbiamo immobili di proprietà diretta dell'ente a uso terzi, immobili in usufrutto o di proprietà dell'Enpam Real Estate del socio unico (Fondazione Enpam) per un valore di 82,501. Secondo le stime questo fondo risulta in equilibrio per il saldo previsto fino al 2020, per il resto il bilancio del 2009 è in deficit.

Torniamo al riparametrimento del patrimonio immobiliare. Negli anni scorsi abbiamo fatto operazioni di dissemissione di immobili. Il bilancio del 2009 prevede di dissemettere di immobili per un valore di 1,5 miliardi.

Il decreto legge 138/2008, convertito con modificazioni nella legge 133/2008 (articoli 74, commi 1-4) prevede per il triennio 2009-2011 la possibilità di dismissione di immobili in servizio presso le amministrazioni dello Stato (o istituzioni Ctps), di chiedere di essere esonerati dal servizio nel corso del 4° e 5° anno, a condizione che la data di maturazione dell'anzianità mensile di 40 anni, o pensionamento di un trattamento temporaneo pari al 70% di quello complessivamente fruito, per competenza fissa e successoria, al momento del collocamento nella nuova posizione. Il trattamento è elevato al 70%, se durante tale periodo l'interessato svolge attività di volontariato. All'atto del collocamento a riposo il dipendente ha diritto al trattamento di quiescenza e di fine servizio.

Il decreto legge 78/2009, convertito con modificazioni nella legge 100/2009 (articolo 17) prevede per il triennio 2009-2011 la possibilità di dismissione di immobili in servizio presso le amministrazioni dello Stato (o istituzioni Ctps), di chiedere di essere esonerati dal servizio nel corso del 4° e 5° anno, a condizione che la data di maturazione dell'anzianità mensile di 40 anni, o pensionamento di un trattamento temporaneo pari al 70% di quello complessivamente fruito, per competenza fissa e successoria, al momento del collocamento nella nuova posizione. Il trattamento è elevato al 70%, se durante tale periodo l'interessato svolge attività di volontariato. All'atto del collocamento a riposo il dipendente ha diritto al trattamento di quiescenza e di fine servizio.

Il decreto legge 78/2009, convertito con modificazioni nella legge 100/2009 (articolo 17) prevede per il triennio 2009-2011 la possibilità di dismissione di immobili in servizio presso le amministrazioni dello Stato (o istituzioni Ctps), di chiedere di essere esonerati dal servizio nel corso del 4° e 5° anno, a condizione che la data di maturazione dell'anzianità mensile di 40 anni, o pensionamento di un trattamento temporaneo pari al 70% di quello complessivamente fruito, per competenza fissa e successoria, al momento del collocamento nella nuova posizione. Il trattamento è elevato al 70%, se durante tale periodo l'interessato svolge attività di volontariato. All'atto del collocamento a riposo il dipendente ha diritto al trattamento di quiescenza e di fine servizio.

Il decreto legge 78/2009, convertito con modificazioni nella legge 100/2009 (articolo 17) prevede per il triennio 2009-2011 la possibilità di dismissione di immobili in servizio presso le amministrazioni dello Stato (o istituzioni Ctps), di chiedere di essere esonerati dal servizio nel corso del 4° e 5° anno, a condizione che la data di maturazione dell'anzianità mensile di 40 anni, o pensionamento di un trattamento temporaneo pari al 70% di quello complessivamente fruito, per competenza fissa e successoria, al momento del collocamento nella nuova posizione. Il trattamento è elevato al 70%, se durante tale periodo l'interessato svolge attività di volontariato. All'atto del collocamento a riposo il dipendente ha diritto al trattamento di quiescenza e di fine servizio.

Il decreto legge 78/2009, convertito con modificazioni nella legge 100/2009 (articolo 17) prevede per il triennio 2009-2011 la possibilità di dismissione di immobili in servizio presso le amministrazioni dello Stato (o istituzioni Ctps), di chiedere di essere esonerati dal servizio nel corso del 4° e 5° anno, a condizione che la data di maturazione dell'anzianità mensile di 40 anni, o pensionamento di un trattamento temporaneo pari al 70% di quello complessivamente fruito, per competenza fissa e successoria, al momento del collocamento nella nuova posizione. Il trattamento è elevato al 70%, se durante tale periodo l'interessato svolge attività di volontariato. All'atto del collocamento a riposo il dipendente ha diritto al trattamento di quiescenza e di fine servizio.

Il decreto legge 78/2009, convertito con modificazioni nella legge 100/2009 (articolo 17) prevede per il triennio 2009-2011 la possibilità di dismissione di immobili in servizio presso le amministrazioni dello Stato (o istituzioni Ctps), di chiedere di essere esonerati dal servizio nel corso del 4° e 5° anno, a condizione che la data di maturazione dell'anzianità mensile di 40 anni, o pensionamento di un trattamento temporaneo pari al 70% di quello complessivamente fruito, per competenza fissa e successoria, al momento del collocamento nella nuova posizione. Il trattamento è elevato al 70%, se durante tale periodo l'interessato svolge attività di volontariato. All'atto del collocamento a riposo il dipendente ha diritto al trattamento di quiescenza e di fine servizio.

**Inscritte in Idap.** Da gennaio a riposo con 61 anni

## Donne in pensione più tardi

Alto Circeletti  
Investigatore, la tutela previdenziale dei medici con rapporto di lavoro subordinato è superiore.

Il fatto che le donne mediche abbiano una vita lavorativa più lunga rispetto ai colleghi uomini è un dato di fatto. La media di vita delle donne è superiore a quella degli uomini. In Italia, la vita media delle donne è di 82,8 anni, mentre quella degli uomini è di 77,8 anni.

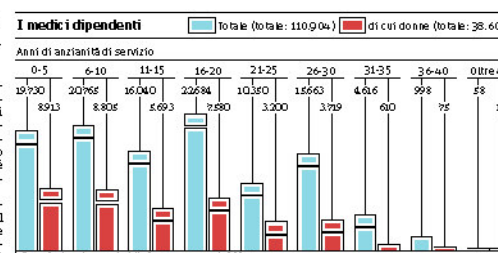
La differenza di vita media tra uomini e donne è di 5 anni. Questo significa che le donne lavorano in media 5 anni in più rispetto agli uomini. Questo ha un impatto significativo sulla previdenza, in quanto le donne hanno bisogno di un maggior tempo di lavoro per accumulare i contributi necessari per la pensione.

conservato le proprie norme in materia previdenziale, differenziate tra uomini e donne, in termini di aliquote contributive sia in termini di prestazioni.

Al fine del trattamento di quiescenza, sulle retribuzioni contrattuali, si applica la stessa aliquota contributiva del 18,89% (8,08% per gli iscritti Ctps), mentre gli iscritti del 2008 (per gli iscritti Ctps) hanno diritto al trattamento di fine servizio. Al fine del trattamento di fine servizio, il contributo è il 2,50%, al quale si aggiunge quello accantonato durante il lavoro del 5,60% (10 per gli iscritti Ctps), calcolato sull'80% delle voci fisse e ricorrenti. Per i medici assunti dal 15 gennaio 2009, invece del trattamento di fine servizio viene corrisposto il Tfr, il cui contributo, pari al 6,00% (6,00 per gli iscritti Ctps) è a totale carico del datore di lavoro.

Per quanto riguarda invece i medici dipendenti in servizio all'Inps, l'aliquota contributiva è del 18,89%, per la generalità dei lavoratori, di cui due terzi a carico del datore di lavoro.

Alcuni degli ultimoprovedimenti legislativi in materia previdenziale hanno inteso di rettificare la posizione dei medici dipendenti della Pa.



Il decreto legge 138/2008, convertito con modificazioni nella legge 133/2008 (articoli 74, commi 1-4) prevede per il triennio 2009-2011 la possibilità di dismissione di immobili in servizio presso le amministrazioni dello Stato (o istituzioni Ctps), di chiedere di essere esonerati dal servizio nel corso del 4° e 5° anno, a condizione che la data di maturazione dell'anzianità mensile di 40 anni, o pensionamento di un trattamento temporaneo pari al 70% di quello complessivamente fruito, per competenza fissa e successoria, al momento del collocamento nella nuova posizione. Il trattamento è elevato al 70%, se durante tale periodo l'interessato svolge attività di volontariato. All'atto del collocamento a riposo il dipendente ha diritto al trattamento di quiescenza e di fine servizio.