

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 11 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

SAN RAFFAELE Qatar, nuovo ultimatum: giovedì risposta definitiva Cappellacci: Qf sta per trasferire il progetto in Inghilterra. Scanu: tutto falso Pigliaru: Il piano va avanti. E il Cipe stanZIA 129 milioni a favore dell'investimento

La soap più avvincente dell'autunno resta il San Raffaele in versione Mater Olbia. Il protagonista, il ricco emirato del Qatar, sembra sempre sul punto di scappare via e abbandonare la Sardegna nella disperazione. Ma a seconda di chi dà voce alla Qatar foundation, il polo sanitario di eccellenza resta o va via. Cappellacci. L'ex governatore Ugo Cappellacci lancia l'allarme. «La Qf è pronta a dirottare l'investimento miliardario a Londra. Colpa della mancata soluzione della cosiddetta procedura. I liquidatori dell'ex San Raffaele non riescono a trovare l'accordo con l'emirato per i terreni intorno all'ex San Raffaele, fondamentali per completare l'investimento da oltre un miliardo di euro». Il nuovo ultimatum è per giovedì. Non c'è nessuna certezza sull'addio, ma un timore fondato su nefaste coincidenze. Cappellacci collega l'addio quasi imminente alla riunione del cda della Qf, oggi a Doha. All'ordine del giorno il futuro degli investimenti in campo sanitario. Il Qatar ha anche già stretto un accordo con il prestigioso istituto di ricerca scientifica, King's college di Londra. Scanu. Ma il deputato del Pd, Gianpiero Scanu scaccia i gufi. «Il problema dei terreni persiste – dichiara –. Ma oggi e lunedì. E fino alla fine della scadenza del termine ultimo dato dalla Qf, ci saranno degli incontri a Palazzo Chigi con Delrio e Renzi. Non abbiamo perso le speranze». Pigliaru. E in serata arrivano anche le paro del governatore Francesco Pigliaru. «Non ci risulta che ci siano incontri a Palazzo Chigi e nemmeno che gli investitori abbiano cambiato idea rispetto alla determinazione mostrata nell'incontro a Roma nel quale hanno confermato come strategico l'investimento in Sardegna – afferma –. Come succede per tutti gli investimenti stranieri significativi, ovunque e in Italia in particolare, si tratta di procedimenti complessi che vanno seguiti con estrema attenzione. Così si è comportata la Regione. Ha fatto in poche settimane molto più di ciò che era stato fatto negli anni precedenti e continua a impegnarsi, insieme al Governo, per il buon

esito di questa importante operazione». Cipe. A conferma dell'impegno del governo sulla partita San Raffaele è stata approvata una delibera del Cipe che rende operativo l'intervento di 129 milioni di euro in favore del progetto da 1,2 miliardi di euro per la realizzazione dell'ospedale Mater Olbia. Cappellacci in mattinata convoca una conferenza stampa per lanciare l'allarme sull'addio del Qatar. Al suo fianco il consigliere regionale Fi, Giuseppe Fasolino. «La Giunta si svegli, siamo a un passo dal dirottamento degli investimenti previsti per Olbia. In questi mesi per circa cinque o sei volte la Sardegna ha rischiato di perdere questa opportunità. Ora è arrivato il momento che le istituzioni, in Sardegna come a Roma, facciano seguire alle parole i fatti concreti». Cappellacci ricorda gli ultimatum della Qf. Quello di giovedì sarà l'ultimo. Il precedente porta la data del 23 ottobre. «Se la situazione è ancora recuperabile – prosegue Cappellacci – ci si muova in queste ore senza aspettare oltre. In questi giorni si riunirà a Doha il board della Qf e i contatti con le autorità londinesi sono molto di più di una voce. Abbiamo lavorato per anni per questo risultato. Per fare un paragone calcistico, abbiamo condotto un'azione lungo tutto il campo e portato la palla fino alla linea della porta opposta. Non resta che depositarla in rete, ma qualcuno ha iniziato a palleggiare e a tenere la palla ferma sullo stesso punto». Ma per il deputato Pd, Gianpiero Scanu, uno dei padri della rinascita del San Raffaele, la partita è ancora da giocare. «Dal 23 ottobre, giorno dell'incontro a Palazzo Chigi, la resistenza nel trovare un accordo sui terreni intorno all'ospedale perdura – conferma Scanu –. Dalle notizie di cui dispongo, fino a giovedì la Qf intende attendere di sapere se questo ostacolo sarà superato. Se così non fosse potrebbero andare via. Se così fosse, se la follia dovesse partorire dei mostri, venerdì comunicherò delle mie importanti decisioni».

SASSARI **Giannico silura il responsabile della sicurezza Asl** **Divergenze su ortopedia, poliambulatorio e parco giochi** **Il medico e la sua collaboratrice si rivolgono al tribunale**

Il manager dell'Asl Marcello Giannico, che si è dimesso dall'incarico e a giorni andrà via da Sassari, lascia dietro di sé una scia di cause giudiziarie. Le ultime due risalgono a un mese fa. A rivolgersi al Tribunale sono stati una dottoressa che lavorava nel Servizio Prevenzione e Protezione, e l'ex responsabile della sicurezza: uno degli ultimi provvedimenti intrapresi dal direttore generale è stato quello di revocare la fiducia del responsabile Servizio prevenzione, trasferirlo a Ozieri, e spostare di settore anche la sua collaboratrice. Quest'ultima si è rivolta agli avvocati Giacomo Baralla e Maria Assunta Argiolas, denunciando l'azienda per mobbing. Il responsabile della sicurezza, oltre alla causa di lavoro, ha aggiunto nella sua relazione anche una serie di presunte irregolarità gestionali dell'Asl. La storia è lunga. Il feeling tra il direttore dell'Asl e il responsabile della sicurezza aziendale si è sfilacciato a partire dal marzo del 2013. I vertici dell'Asl assegnano lo Stress Lavoro Correlato a due consulenti esterni di una ditta privata chiamata Sipal. Ma l'attuale

responsabile del servizio non è affatto entusiasta di questo affidamento esterno, che secondo lui comporta inutili sprechi di risorse e altri stipendi da pagare. Esiste già del personale interno formato e competente: perché rivolgersi ad altri? Questa, in sintesi, la sua obiezione. In più il responsabile e i consulenti la pensano diversamente su diversi casi. Uno di questi, che ha sollevato un polverone, riguarda il reparto di ortopedia di Ozieri. Per il responsabile del servizio Prevenzione e sicurezza sul lavoro, Ortopedia si trovava in condizioni indecenti, e avrebbe avuto bisogno di un'urgente ristrutturazione e messa a norma. La posizione dei due consulenti invece era più morbida. Stessi dissapori sulla questione del poliambulatorio di via Delle Terme a Porto Torres. Locali inadeguati, sentenzia il responsabile, occorre il trasferimento nella sede di Andriolu. E inoltre la segnalazione all'organo di vigilanza. A questo punto il manager Giannico risponde con una nota scritta, ribadendo che il rapporto fiduciario con il responsabile del Servizio Prevenzione sta venendo meno, perché la denuncia sul poliambulatorio espone il direttore dell'Asl, e cioè il datore di lavoro stesso, a delle azioni penali. Dopodiché le divergenze continuano. Nella documentazione in mano alla Procura sono esposti altri due episodi: l'azienda avrebbe chiesto al responsabile della prevenzione di fare domanda perché venissero prorogati i contratti ai due consulenti esterni, come se si trattasse di due figure professionali necessarie per l'Asl. E ancora un'altra richiesta: sottoscrivere i pagamenti degli stipendi pregressi dei due consulenti. Il responsabile si rifiuta, e scatta l'ennesimo cartellino giallo. La goccia che ha fatto traboccare il vaso e che fa estrarre il rosso, avviene con la questione del Parco Giochi inaugurato all'interno del Santissima Annunziata. E' situato a ridosso di un bombolone di ossigeno, è delimitato da una recinzione facilmente scavalcabile dai bambini, si trova in un'area di passaggio di auto e mezzi di soccorso. Il responsabile della sicurezza, il giorno dopo l'inaugurazione, lo boccia e lo fa chiudere. Ma da quel momento la Prevenzione non sarà più affar suo, perché viene destituito dall'incarico. La vicenda, naturalmente, finisce in tribunale.

L'UNIONE SARDA

MATER OLBIA. Due giorni per salvare l'ospedale: «Il Qatar sta per volare a Londra» Allarme lanciato da Ugo Cappellacci, giallo su un incontro a Palazzo Chigi

A un passo dall'addio. Giovedì scadranno anche i tempi supplementari, il termine entro il quale si sarebbe dovuto eliminare l'ultimo ostacolo per la realizzazione del nuovo Mater Olbia, l'ex San Raffaele. Sono passate oltre due settimane e non è stato fatto nessun passo avanti, i terreni e l'immobile non sono ancora nella disponibilità della Qatar foundation. Così ora la fondazione avrebbe già un passo in terra inglese, grazie a un accordo con la municipalità londinese per una partnership con il King's college. L'allarme è stato lanciato ieri mattina nell'aula consiliare del Comune di Olbia dall'ex governatore Ugo Cappellacci accompagnato dal consigliere regionale

Giuseppe Fasolino e dai consiglieri comunali Tiziano Pinna e Valerio Spano (tutti di Forza Italia).

L'ALLARME «Ci hanno detto che tutto è risolto, ma questo tutto risolto è un film già visto sei o sette volte», ha detto Cappellacci: «Due settimane sono trascorse senza che nulla accadesse e le tre settimane concordate scadono giovedì. So che la Qatar foundation non parteciperà al tavolo convocato per giovedì a Palazzo Chigi e questo è un pessimo segnale. Mi risulta anche che sia convocata per domani una riunione a Doha per parlare degli investimenti e che ci sia già un accordo con il King's college di Londra». Insomma, troppi indizi per non pensare ad una prova. Cappellacci attacca la giunta Pigliaru: «L'amministrazione regionale si è messa alla finestra mentre avrebbe dovuto giocare un ruolo più attivo. Quella struttura, se non si realizza l'ospedale, è destinata a restare un'incompiuta senza nessun risultato anche per i creditori del fallimento del San Raffaele. Bisogna muoversi subito. Non vorrei arrivare a fine settimana per partecipare a un funerale».

LA REGIONE Accuse respinte al mittente dal governatore: «Come succede per tutti gli investimenti stranieri significativi, si tratta di un procedimento complesso che va seguito con estrema attenzione - ha detto Pigliaru - e così si è comportata la Regione, che come tutti sanno, ha fatto in poche settimane molto più di quello che era stato fatto negli anni precedenti e che continua ad impegnarsi, insieme al Governo, per favorire il buon esito di questa importante operazione». Pigliaru sostiene anche che «non c'è alcuna riunione a Palazzo Chigi cui la Qatar Foundation debba partecipare nei prossimi giorni» e che gli investitori non hanno cambiato idea. Ad Olbia poco prima di Cappellacci, nel corso di un altro incontro, era intervenuto anche il deputato del Pd Gian Piero Scanu. «Non è corretto dire che il Qatar abbia abbandonato l'investimento, la fondazione attenderà fino a giovedì mattina», ha confermato il deputato: «Nel frattempo continua a lavorare per il Mater Olbia che sarà il più rilevante investimento fatto nell'economia della conoscenza». Tra le ultime partnership annunciate quelle con Harvard medical research e la Pittsburgh university.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Patto salute. Pronta prima bozza del ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane. Tutte le novità per il personale Ssn. Dai requisiti di accesso alla carriera dei dirigenti

Requisiti d'accesso per il personale del Servizio sanitario nazionale, riforma degli

ordinamenti didattici, disciplina della carriera della dirigenza con una distinzione tra carriera professionale e manageriale e stabilizzazione dei precari. Questi i temi affrontati dal Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane. LA BOZZA

Con qualche giorno di ritardo rispetto al rullino di marcia, arriva la [bozza del Ddl delega su gestione e sviluppo delle risorse umane del Ssn](#) messo a punto dal Tavolo politico che avrebbe dovuto terminare i suoi lavori, secondo il cronoprogramma stabilito dal Patto della salute, lo scorso 31 ottobre.

Nel documento si legge come il Governo, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi che dovranno osservare alcuni principi e criteri direttivi.

Vengono definiti i **requisiti di accesso per il personale del Ssn** il titolo di formazione di base e l'abilitazione all'esercizio della relativa professione. Viene poi previsto l'inserimento nell'azienda per lo svolgimento delle attività proprie della professione e in coerenza con il grado di conoscenze, competenze ed abilità acquisite, tenendo conto delle disposizioni previste nell'ambito della Contrattazione collettiva di settore previa soppressione di un numero di posti nelle dotazioni organiche delle aziende ed enti sanitari equivalenti nel piano finanziario.

Viene proposta, inoltre, la possibilità i professionisti, al termine di un periodo di prova, di accedere, per esigenze del Ssr, in soprannumero, ad una scuola di specializzazione di area sanitaria. Possibilità che dovrà però essere valutata dal Miur. Verranno, invece, affidate ad alcuni protocolli d'intesa, le modalità di frequenza del corso, lo svolgimento della parte teorica presso la sede universitaria e della parte pratica presso l'azienda di appartenenza.

Di conseguenza, nel documento si propone una **ridefinizione degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione** di area sanitaria. Si dovranno, dunque, ridefinire le modalità - anche mediante la riformulazione dello schema di contratto di formazione specialistica - per l'inserimento dei medici specializzandi nell'ultima fase del corso di specializzazione tenendo conto della durata del corso stesso, all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale prevedendo che: la valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione, e l'inserimento dei medici in formazione specialistica nelle aziende del Servizio sanitario nazionale comporta la graduale assunzione, fino alla completa autonomia, nell'ultimo anno del corso, delle responsabilità assistenziali, secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione.

Nel testo si affronta anche o **sviluppo professionale di carriera della dirigenza**, introducendo misure per una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane, definendo e differenziando all'interno della dirigenza medica e sanitaria percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale. Prevista quindi una carriera professionale distinta da quella manageriale, stabilendo che la retribuzione di posizione contrattuale e aziendale possa essere equivalente a quella prevista per i direttori di struttura complessa e che le indennità contrattualmente definite per la parte tabellare della retribuzione e per l'esclusività di rapporto per i

dirigenti di struttura siano attribuibili anche ai dirigenti con incarico professionale in identica misura. Saranno inoltre implementati sistemi di valutazione delle competenze professionali acquisite.

Si rimarca, inoltre, la necessità di individuare **standard di personale**, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell'area sanitaria tenendo conto:

- 1) di parametri qualitativi e di efficienza di utilizzo delle risorse umane;
- 2) degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
- 3) delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo
- 4) dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche;
- 5) della evoluzione tecnologica;
- 6) dello sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari.

Il Governo dovrà, infine, individuare, per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, specifiche misure per la **stabilizzazione del personale precario**, attraverso concorsi, anche tenendo conto della riorganizzazione delle rete dei servizi.

Infarto. Se il DHEA è basso, aumenta il rischio

Bassi livelli dell'ormone surrenalico DHEA e della sua forma solfato (DHEA-S), possono predire il rischio di eventi coronarici a 5 anni negli uomini anziani. È la conclusione alla quale giunge uno studio svedese, pubblicato su JACC.

Il DHEA (deidroepiandrosterone) è un pro-ormone sessuale prodotto dai surreni, presente in circolo soprattutto nella sua forma solfato (DHEA-S); è l'ormone steroideo che si ritrova in maggior concentrazione nel sangue, ma i suoi livelli si riducono gradualmente col passare degli anni. In passato sono stati pubblicati molti lavori sugli effetti metabolici e vascolari di questo ormone, ma la correlazione tra livelli di DHEA/DHEA-S ed eventi cardiovascolari non è chiara.

Uno studio svedese delle università di Gothenburg, Uppsala e Malmö, condotto in collaborazione con l'Università della California di San Diego e pubblicato su [JACC](#) (*Journal of the American College of Cardiology*) ha cercato appunto di esplorare l'ipotesi che i livelli circolanti di DHEA e DHEA-S fossero predittivi di eventi coronarici maggiori o di eventi cerebro-vascolari. La ricerca è stata condotta in un'ampia coorte di maschi anziani (2.416 maschi di età compresa tra i 69 e gli 81 anni), facenti parte dello studio prospettico *Osteoporotic Fractures in Men*, nell'area di Gothenburg, Uppsala e Malmö. Gli eventi cardiovascolari sono stati desunti dai registri nazionali svedesi.

Durante i 5 anni di *follow up*, si sono verificati 302 eventi cardiovascolari e 225 eventi cerebrovascolari. Le concentrazioni di DHEA/DHEA-S sono risultate inversamente associate al rischio di un evento coronarico aggiustato per l'età, ma non di un evento cerebro-vascolare. L'associazione tra livelli di DHEA e rischio di cardiopatia ischemica rimaneva significativa, anche dopo aver operato aggiustamenti per i fattori di rischio cardiovascolari tradizionali, la funzione renale, le

concentrazioni di testosterone ed estradiolo e la proteina C reattiva.

Lo studio ha dunque dimostrato che più bassi erano i livelli di DHEA all'inizio dello studio, maggiore era il rischio di coronaropatia nel corso dei 5 anni di *follow up*.

“La produzione endogena di DHEA – afferma **Åsa Tivesten**, coordinatrice dello studio – sembra essere un fattore protettivo contro le malattie coronariche. Ma elevati livelli di DHEA potrebbero essere anche un indicatore di un buono stato di salute in generale negli uomini anziani”.

L'azione di protezione del DHEA/DHEA-S nei confronti del rischio di coronaropatia potrebbe essere riconducibile ad un effetto diretto di questo ormone sui tessuti *target* o ad un effetto indiretto, legato alla conversione locale in testosterone o estradiolo a livello dei tessuti *target*. Tra i meccanismi cardioprotettivi chiamati in causa vi sono la modulazione del *remodeling* vascolare e dell'infiammazione oltre a possibili azioni a livello di funzione endoteliale, stress ossidativo, eterogenesi, sistema immunitario, sensibilità all'insulina, metabolismo lipidico.

“Questo studio – chiarisce il professor **Claes Ohlsson**, coautore dello studio – stabilisce una chiara correlazione tra le concentrazioni di DHEA nel sangue e il rischio di malattie coronariche, ma non permette di stabilire se la somministrazione di DHEA sia in grado di ridurre questo rischio nei singoli pazienti”.

SOLE 24ORE SANITA'

PATTO SALUTE/ Formazione in corsia, qualità a rischio nei piccoli ospedali? di Raffaele Calabrò **(Commissione Affari sociali della Camera dei deputati)**

Deve essere scritta nel Dna del nostro Paese, la tendenza a trasformare ogni dibattito in uno scontro culturale o ideologico, per cui la difesa della propria visione finisce paradossalmente per avere il sopravvento persino sul bene collettivo. E' quello che sta accadendo, in questi mesi, intorno alla riforma della formazione specialistica dei giovani medici, prevista dall'art. 22 del patto per la salute.

Qualcuno vorrebbe ridurre il tema alla storica contesa tra mondo universitario, additato, per un vecchio e anacronistico pregiudizio, come conservatore e quello ospedaliero considerato più incline al rinnovamento e alla modernità. Non si capisce che cosa c'è di anacronistico nell'attuale sistema di formazione dei medici specializzandi la cui ultima riforma, tra l'altro, risale al 2013 (legge Carrozza), basato su una rete che vede collaborare università e strutture del servizio sanitario sotto il coordinamento universitario e che finora ha garantito elevati standard qualitativi nella

formazione del personale medico e che, comunque, può essere perfezionabile.

Bisogna sempre puntare a una maggiore qualità e in un'era in cui è predominante la tendenza a misurare il mondo sanitario in base a volume ed esiti di cura, si può senz'altro prevedere che facciano parte della rete soltanto quelle realtà - università e ospedali - che abbiano indici di complessità ed eccellenza, valutabili e misurabili.

Prendendo le distanze da ogni idea di scontro culturale, si può comprendere la pressione di quanti insistono per l'inserimento all'interno degli ospedali, di qualsiasi livello, di medici abilitati che ancora non hanno ottenuto l'accesso alle scuole di specializzazione.

Ma bisogna tenere conto delle conseguenze: ovvero sarebbero così inseriti, anche in sovrannumero, nelle scuole di specializzazione, dove rimarrebbe alla formazione universitaria solo la didattica formale, mentre quella professionalizzante sarebbe lasciata alla frequenza delle corsie degli ospedali, dove lavorano, di qualsiasi livello e qualità essi siano, prescindendo dalla complessità della casistica, necessaria ad una completa formazione.

Certo è senz'altro il modo più semplice per ovviare alla carenza di personale e per reperire risorse umane a basso costo, ma non è il modo migliore per formare adeguatamente una futura classe medica.

La radicalità della formula "alle università solo la didattica, alle corsie la formazione professionale" può essere sostituita da una soluzione che consentirebbe ai giovani di lavorare, garantendo agli ospedali maggiore personale, senza compromettere la qualità della formazione. Perché non prevedere l'assegnazione, con selezione pubblica, di contratti annuali rinnovabili, per non più di un triennio, sotto il controllo tutoriale dei medici strutturati, all'interno delle aziende Sanitarie, in attesa di entrare nel circuito formativo completo e di qualità delle scuole di specializzazione?

Si tratterebbe, naturalmente, di contratti che non costituiscono titolo per accedere ai ruoli del SSN né all'instaurazione di alcun rapporto di lavoro con lo stesso, insomma nessun titolo senza scuole di specializzazione, così in fondo fanno gli altri paesi Europei. Diamo ai giovani la possibilità di vivere una straordinaria esperienza professionale, agevoliamo le aziende sanitarie a reperire risorse umane, ma sarebbe contraddittorio, ora che ci siamo convinti che la sanità vive di esiti e volumi, criterio che deve caratterizzare anche l'organizzazione delle scuole di specializzazione, che i futuri camici bianchi si formino nei piccoli ospedali di periferia, dove l'eccellenza e la complessità della casistica non può essere di casa.

Sarebbe, anzi è, a rischio il diritto ad un'assistenza sanitaria di qualità, che prima ancora che di conti, efficienze e inefficienze, è fatta di medici che debbono formarsi nel migliore dei modi possibili.

Cure palliative: vi accede solo un malato oncologico su tre. Raccolta firme Fcp per l'attuazione della legge 38

In Italia si contano 234 hospice, 118 unità di cure palliative domiciliari ed esiste un quadro normativo chiaro, eppure, a più di quattro anni dalla legge 38, solo il 30% dei malati oncologici inguaribili accede alle cure palliative (Il target minimo sarebbe del 65%) e solo 4 provincie (Trento, Lecco, La Spezia e Bologna) garantiscono le cure palliative a domicilio allo standard minimo di 14 malati ogni 10.000 abitanti. Sulla base di queste cifre, la Federazione italiana cure palliative (Fcp) - in occasione della XV Giornata Nazionale per le Cure Palliative - promuove una raccolta di firme indirizzata al ministra Lorenzin affinché esorti tutte le Regioni a dare attuazione alla legge 38/2010 che garantisce ai cittadini con una malattia incurabile l'accesso a questa forma di assistenza.

E la fase del fine vita resta un interrogativo anche per i malati con patologie evolutive non oncologiche, che secondo l'Oms dovrebbero rappresentare il 60% del bisogno di cure palliative, ma che restano esclusi nella quasi totalità dei casi.

«Sono dati preoccupanti - commenta Luca Moroni, Presidente della Federazione Cure Palliative - e non giustificabili dalla scarsità di risorse. Nelle regioni in cui si è investito sulle cure palliative, infatti, si assiste a una significativa diminuzione dei decessi in ospedale, con un rilevante risparmio sulla spesa sanitaria pubblica. La legge 38/2010 è considerata una model law a livello europeo tuttavia, la mancata attuazione a livello regionale rende di fatto inaccessibili, per la maggior parte dei malati che ne avrebbero bisogno, i servizi previsti».

Nel quadro delle attività di sensibilizzazione previste dalla Federazione e dalle 80 organizzazioni che la compongono, il 12 novembre una delegazione della Federazione sarà ricevuta in udienza dal Pontefice.

«Siamo particolarmente riconoscenti, per questo segno di attenzione da parte del Papa – conclude Moroni - che già nei primi tempi del suo pontificato, si è espresso positivamente nei confronti delle cure palliative e ha visitato personalmente un Hospice sottolineando così il valore etico e morale di alleviare la sofferenza dei malati».

Fondata nel 1999 da 22 organizzazioni non profit, la Federazione cure palliative coordina oggi 80 associazioni distribuite sul territorio nazionale e impegnate a promuovere o a erogare cure palliative. Trattamento del dolore e dei sintomi invalidanti, assistenza sociale, supporto psicologico ai malati e alle loro famiglie per garantire la migliore qualità della vita nella sua fase finale sono i servizi offerti dagli Hospice, dalle unità di cure domiciliari e da alcuni reparti ospedalieri. La Federazione è inoltre impegnata a promuovere in tutta Italia l'applicazione della legge 38/2010, che assicura a tutti i malati inguaribili l'accesso alle cure palliative.

Ecm: ribadito fabbisogno di 150 crediti in tre anni, assumono importanza dossier formativo e Cogeaps

Il medico seleziona online gli obiettivi formativi dei corsi di formazione che più servono alla sua crescita e costruisce un dossier formativo che qualifica il suo potenziale di aggiornamento e l'idoneità e la coerenza nell'attività svolta. Così, mentre la Commissione nazionale Formazione Continua conferma che per il triennio 2014-16 occorreranno ancora 150 crediti in tre anni, al netto di eventuali riduzioni - tutti ottenibili anche con la sola formazione a distanza Fad -un milione e passa tra infermieri, medici, biologi, chimici, farmacisti, veterinari e tutti gli appartenenti alle 22 professioni sanitarie, familiarizza con il portale che registra i crediti Ecm e non solo: l'anagrafe Cogeaps (www.cogeaps.it) contenitore della formazione svolta dove è destinato ad acquisire importanza il "dossier formativo".

«Dal 2 dicembre 2013 ogni iscritto all'Anagrafe Cogeaps può crearsi un dossier», spiega Sergio Bovenga, Presidente del Consorzio di Gestione anagrafica delle professioni sanitarie. «La Commissione è intenzionata a conferire ulteriore peso allo strumento, nato per assicurare che il sanitario leghi la formazione all'attività realmente svolta e non alla necessità di raggiungere i crediti obbligatori. Il sanitario crea un elenco di obiettivi per gli eventi che è intenzionato a seguire nell'arco del triennio, a loro volta selezionati per area di appartenenza: professionale, organizzativa, di sistema. Il dossier è inizialmente paragonabile a un percorso, mentre a compimento è più vicino a un curriculum; può avere margini di flessibilità, con la possibilità di modifica del dossier. Ad esempio un medico con ruolo e fabbisogno "organizzativo" può voler imparare una nuova tecnica e decidere di totalizzare meno punti nell'area a lui più vicina e un chirurgo viceversa».

Bovenga rileva anche che almeno 130 mila medici su 400 mila iscritti in anagrafica hanno pienamente soddisfatto il fabbisogno. «In realtà superiamo abbondantemente il terzo se valutiamo che molti pensionati restano iscritti agli Ordini pur non esercitando più, e un'altra parte di professionisti può avvalersi di esoneri ed esenzioni per diverse ragioni (previste dalla determina della Cnfc). Ma la fetta più grossa forse sono gli specializzandi, 10 mila da contare per 5 anni, esonerati per tutto il periodo di specializzazione». Il Co.Ge.A.P.S. ha fin qui inviato circa 250 mila certificati di pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo Ecm e Ordini, Collegi e Associazioni li stanno producendo ai propri iscritti. L'obbligo formativo non vincola tutti allo stesso modo: «I 150 crediti complessivi in tre anni sono lo standard, ma il fabbisogno varia in funzione delle situazioni individuali. I crediti - spiega Bovenga - vanno prodotti in un range che va da un minimo del 50% del fabbisogno annuo ad un massimo del 150% (cioè da 25 a 75/anno in caso di obbligo formativo individuale di 150 crediti ndr), e pure nel triennio 2014-16 si potrà ottenere una riduzione fino a 45 punti se nel triennio precedente sono stati raccolti oltre cento crediti, fino a 30 se ne sono stati raccolti tra 51 e 100, e solo entro 15 crediti se si è ottenuto un punteggio inferiore a 50; inoltre si tiene conto degli esoneri e delle esenzioni; per ciascuna situazione è previsto un tempo entro il quale il "sistema" aspetta il professionista».

La banca dati Cogeaps contiene 250 milioni di crediti maturati dal 2002, ma per i fabbisogni formativi fanno testo i crediti ottenuti dal 2008 in poi. A trasmettere i

crediti è il provider, il soggetto promotore della formazione che dal 2009 accredita direttamente gli eventi e trasmette i report dei crediti al CoGeAPS e anche all' Agenzia per i servizi sanitari regionali-Agenas se il provider è accreditato al sistema nazionale o alla Regione se è accreditato presso di essa. «Di rado, può accadere che un professionista non ritrovi nella nostra banca dati traccia di un corso che ha seguito; in tal caso – dice Bovenga - anziché rivolgersi al provider, può segnalarlo direttamente al CoGeAPS che va a verificare i motivi, a volte banali (esempio: errore nella trasmissione del codice fiscale) del mancato ingresso; in ultima ratio, ci facciamo inviare l'attestato e se il corso è correttamente frequentato ed accreditato inseriamo i crediti, coordinandoci con Ordini e Collegi. La nostra filosofia è che le eventuali disfunzioni del sistema, a qualsiasi livello, non deve scontarle il professionista».

Formazione medici. Fnomceo a Renzi: sistema in crisi necessario intervenire

#diamo speranza alle speranze. È questo l'hashtag con cui si conclude la lettera indirizzata dal presidente Fnomceo Amedeo Bianco al premier Matteo Renzi per sottoporgli le criticità del sistema formativo in Medicina-Chirurgia e Odontoiatria. Bianco fa riferimento alla vicenda dei test di ammissione alle Scuole di specialità mediche «dove l'errore umano verificatosi, sempre possibile nei sistemi complessi, in realtà si configura come l'eclatante indicatore di una crisi del sistema formativo medico nel suo complesso». Al di là della vicenda specifica il presidente Fnomceo sottolinea come si tratti della punta di un iceberg che ha «ulteriormente aggravato un vulnus di affidabilità e trasparenza delle Istituzioni dello Stato da parte di intere generazioni di giovani e famiglie». In particolare Bianco si sofferma sulle problematiche legate all'accesso alla formazione post laurea che costringe gli esclusi «a un limbo professionale e lavorativo all'età di 25-26 anni, dopo 20 anni di studi». Il presidente Fnom nella sua missiva ribadisce la necessità di ricostruire «le opportune sinergie tra ciò che oggi è, pervicacemente separato in ambito medico e cioè il sistema formativo e il sistema professionale inteso come luoghi e soggetti di cura e assistenza». Bianco si chiede in conclusione «se non sia ragionevole che in un processo di formazione medica oscillante tra i 10 e i 12 anni non sia possibile identificare un "set" di valutazione, compresi i quiz, con i quali ragionevolmente individuare le migliori attitudini e il miglior merito per l'accesso alle Scuole di medicina, evitando soluzioni che spostano solo in avanti l'inesorabile selezione che [...] avrebbe proporzioni da brivido. Le chiedo Signor Presidente se non sia ormai doveroso reingegnerizzare un sistema che sia idoneo a garantire a tutti i giovani che si laureano in Medicina e chirurgia non un lavoro certo ma quanto meno la possibilità di competere per un lavoro agendo o sul braccio formativo o sulle regole di accesso al lavoro o molto meglio su entrambi».

Accordo Mmg. Milillo: stallo con Sisac per visioni

opposte della professione

Due modi opposti di vedere il ruolo del medico di famiglia. È questo secondo il segretario nazionale della Fimmg **Giacomo Milillo** il motivo dello stallo che sta rallentando la trattativa per il rinnovo del contratto nazionale di categoria. Milillo, intervenuto a una tavola rotonda sul tema sabato scorso nell'ambito della Festa del medico di famiglia organizzata a Firenze, come «da una parte esiste la visione della centralità del cittadino e di riflesso del Medico di famiglia dall'altra domina una visione burocratizzata che è poi quella che ha dominato negli ultimi decenni. Ma questa tipo di visione» ha sottolineato il segretario Fimmg «riduce l'autonomia del medico e complica l'accesso ai servizi al cittadino». Per Milillo è in gioco «una battaglia fondamentale» che mira a «preservare l'autonomia professionale del medico di famiglia». In questo scenario per i medici è sempre più importante lavorare in rete come conferma il presidente dell'Ordine dei medici di Firenze **Antonio Panti** che evoca l'accordo raggiunto in toscana come possibile modello. «Sul territorio sono necessari presidi distrettuali, case della Salute o Aft che siano» ha spiegato «nei quali il Medico di famiglia gioca un ruolo di leadership. Le Aft poi» prosegue Panti «devono essere unite in un dipartimento di medicina generale. Un cambiamento culturale che richiede tempo» conclude il medico toscano «ma necessario».

Accordo Cimo-Consulcesi. Al centro consulenza legale e formazione

Aggiornamento Ecm, consulenza assicurativa, sostegno in sede legale e possibilità di aderire alle cause collettive per ottenere rimborso per gli anni di scuola post-laurea non correttamente retribuiti. Sono questi i pilastri sui quali si regge l'accordo appena concluso tra il sindacato dei medici Cimo e Consulcesi. I medici iscritti al sindacato, fa sapere una nota, potranno usufruire dei servizi a tutela dei professionisti che operano nella sanità, tra i quali spicca la possibilità di prendere parte alle azioni collettive organizzate per ottenere il riconoscimento delle borse di studio non erogate, o corrisposte solo parzialmente, per gli anni di scuola post-laurea nei periodi 1982-1991 e 1994-2006. «L'accordo stipulato dalla nostra confederazione con Consulcesi» dichiara **Riccardo Cassi**, presidente Cimo «garantirà ai nostri medici una serie di servizi necessari a tutela dello svolgimento della professione».

DIRITTO SANITARIO No all'esenzione Iva per le prestazioni del chiropratico

La Commissione tributaria regionale (giudice d'appello), aveva evidenziato che secondo la giurisprudenza della Corte di Giustizia l'esenzione per le prestazioni sanitarie previste in materia di Iva andava riconosciuta al contribuente che, in possesso di laurea in chiropratica costituente titolo per l'attività professionale, esercitava attività di cura della persona. A seguito di ricorso della Agenzia delle

Entrate, sulla questione si è pronunciata la Suprema Corte evidenziando che la modifica normativa intervenuta nel 2007 non ha integrato gli elementi necessari per inserire la professione del chiropratico fra quelle sanitarie per le quali il legislatore ha inteso garantire il diritto all'esenzione Iva. Nessuna disposizione è stata introdotta per qualificare la tipologia delle prestazioni sanitarie svolte dal chiropratico, nè è intervenuta la disciplina dei profili della professione; pertanto si rivela indispensabile il regolamento per la determinazione dei criteri definatori della professione stessa.
[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584