

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 13 NOVEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## **REGIONE Sanità: riforma approvata, ma è a metà Per vedere completato il nuovo assetto di Asl, Azienda 118 e ospedali bisognerà attendere la primavera del 2015**

Fiocco rosa in Consiglio regionale. È nata, poco dopo mezzogiorno e per il centrosinistra gode anche di buona salute, la riforma della sanità. La crescita però potrebbe essere lenta: il primo passo sarà a dicembre con l'arrivo dei commissari nelle Asl, poi bisognerà aspettare fino a metà 2015 per vederla correre spedita fino al traguardo delle nuove e ridotte nel numero Aziende sanitarie locali. Solo allora si capirà se la neonata avrà forza, capacità e gambe di fare quello per cui è stata concepita: ridurre il disavanzo del sistema Sardegna, ora vicino ai 400 milioni, e restituire qualità ed efficienza al servizio sanitario non solo nelle città ma anche in periferia. È questo quello che più di ogni altro aspetto interessa ai cittadini, che certo non vogliono essere penalizzati da futuri ticket e sperano invece di contare, in tempi stretti, su standard se non europei almeno delle regioni del Nord Italia. La votazione. La legge, come si sapeva, è passata solo con i voti del centrosinistra. La maggioranza è stata capace prima di assorbire alcuni evidenti e pericolosi malumori interni, poi s'è stretta intorno alla creatura e infine festeggiato compatta il suo primo giorno di vita. L'opposizione ha fatto tutto il contrario: in ogni modo, ha cercato che non nascesse, ma nessuna delle sue correzioni (leggi emendamenti) è andata a buon fine. Le felicitazioni. Le prime sono state quelle del presidente della Regione, Francesco Pigliaru, e dell'assessore alla Salute (non più alla Sanità) Luigi Arru. «Da oggi in poi – ha detto Pigliaru – cominciamo a parlare di una nuova sanità per rimediare al disastro che il centrodestra ci ha lasciato in eredità. Dal disastro del passato vogliamo passare alle eccellenze dovunque nel territorio, senza lasciare neanche un Comune scoperto, e lo faremo anche con la razionalizzazione di costi e servizi». Il primo atto sarà la nomina dei commissari: «Sento la responsabilità – ha aggiunto di far governare da subito chi dovrà governare le Asl e dovranno essere tutte persone competenti, perché dobbiamo risollevarci il sistema sanità Sardegna». Aumentare la qualità e ridurre le spese, ha sottolineato subito dopo l'assessore Arru: «Vogliamo costruire insieme a cittadini, medici ed infermiere una nuova cultura sanitaria che porterà preso ottimi risultati nell'organizzazione e nei bilanci». Concetto confermato

dal presidente della commissione Sanità del Consiglio regionale, Raimondo Perra del Psi, «Non potevamo più rinviare la legge e siamo riusciti a portarla a casa in tempi ragionevoli», e dai padri della riforma, Pietro Cocco e Gigi Ruggeri del Pd: «Con la riorganizzazione, cancelleremo gli sprechi ma senza penalizzare i territori. Anzi, migliorerà non solo la qualità dei ricoveri ma la medicina di base». Con un giuramento dell'assessore: «Ogni passaggio lo verificheremo e misureremo sul campo gli standard raggiunti». Le cassandre. Tutti i partiti del centrodestra hanno continuato a scuotere la testa anche dopo il battesimo. Lo hanno fatto con le frasi di sempre: «È una legge pasticciata, nasce monca senza una vera riforma alle spalle ed è costruita solo per occupare posti di potere». Fra pochi settimane arriveranno i commissari e la battaglia sarà ancora più aspra .

## **Giallo su un errore nel testo definitivo Nel copia e incolla salta una riga che cancellava nove Asl e lo sbaglio scatena l'opposizione**

Maledetto e frettoloso copia-e-incolla. È lui l'insidioso mandante di un giallo che non poteva mancare e si è materializzato all'articolo 6 della leggina, quello destinato a ufficializzare i commissari nelle attuali undici Aziende sanitarie. Maggioranza (a favore) e opposizione (contro) hanno votato l'emendamento che – così com'era scritto in malomodo sui fogli consegnati a consiglieri – prevedeva di fatto solo l'azzeramento del vertice delle due Aziende miste di Sassari e Cagliari. Delle altre no, e tutto per colpa di qualche click sbagliato nel passaggio da una bozza all'altra: evidente l'errore materiale, senza dubbio. Solo che quando qualcuno ha sollevato lo strano caso delle nove Asl all'improvviso fantasma, è scoppiato un putiferio. La sequenza è stata questa: in aula il presidente del Consiglio, Gianfranco Ganau, ha annunciato a voce la correzione e per farlo ha richiamato un articolo del regolamento, ma il centrodestra è scattato lo stesso come una furia per poi abbandonare l'aula in segno di protesta: «Ci hanno fatto votare un testo poi si sono resi conto del pasticcio e con una furbizia provato a rimediare». Su questa traccia il centrodestra - con Pietro Pittalis e Alessandra Zedda (Forza Italia), Attilio Dedoni e Michele Cossa (Riformatori), Luigi Rubiu (Udc) e Paolo Truzzu (Fdi) – ha sparato per un'ora buona sul presidente del Consiglio. L'ha fatto con pallottole pesanti: «Una pessima gestione dell'aula come mai si era vista», oppure «cosa crede di essere ancora il sindaco di Sassari?», o un ancora più duro «è stato tutto brutale e da coatti». Il centrodestra ha continuato nel tiro al bersaglio, per annunciare a caldo: «Ricorreremo in ogni sede possibile, anche in quelle giudiziarie, contro quello che è stato un evidente abuso commesso in dispregio del Consiglio». Con gli ultimi pallettoni, ha fatto sapere infine che chiederà l'intervento della magistratura, ordinaria e amministrativa e se fosse necessario del Governo: «Un abuso come questo non può e non deve restare impunito». Gli animi non si sono rasserenati neanche dopo la replica garbata di Ganau: «Si trattava – ha detto – di un mero errore materiale che è stato corretto. Da sempre ho il massimo rispetto dell'Aula, ritengo di aver svolto ancora una volta il

mio ruolo di garante e mi sono limitato ad applicare un specifico articolo del regolamento che disciplina casi come quello dell'emendamento all'articolo 6». Per chiudere con una replica più pepata: «Spiace che la minoranza abbia sentito l'esigenza di giustificare la propria contrarietà, sicuramente legittima, alla legge sulla sanità approvata dal Consiglio, tirando in ballo il mio vecchio incarico da sindaco di cui, com'è noto, vado molto fiero ed orgoglioso». Incidente chiuso? No, anche nelle ore successive le facce sono rimaste scure. Nulla è cambiato persino nell'attimo dell'immane e sempre condivisa sospensione dei lavori per un antico rituale: la pausa caffè alle 5 della sera.

## **SASSARI Morì al Civile, i consulenti della difesa dei 7 medici imputati: l'infarto intestinale si verificò poco prima dell'intervento «Fu un'ischemia improvvisa e acuta»**

Quando i chirurghi dell'ospedale Civile intervennero sulla paziente «la parete intestinale era integra e non perforata», questo per i consulenti della difesa ha un chiaro significato: l'ischemia era recente, risaliva a qualche ora prima dell'intervento, altrimenti i danni sarebbero stati ben evidenti. E questo vuol dire che una diagnostica precoce non avrebbe comunque consentito di prevenire un evento che è stato improvviso e acuto e che purtroppo ha portato alla morte della donna. Ieri mattina nuova udienza davanti al giudice monocratico Teresa Castagna nel processo che vede sette medici imputati di omicidio colposo (è questo il reato contestato dal sostituto procuratore Paolo Piras) per la morte di Maria Franca Vannini, 69 anni, che ha smesso di respirare il 2 gennaio 2009. Era stata ricoverata per un tumore al colon, ma due interventi non erano bastati a salvarla da un infarto intestinale. A processo sono finiti Nicola D'Ovidio, Pierpaolo Manca, Gianuario Salis, Giorgio Norcia, Carlo Rettaroli, Giovanni Mura, Giampiero Mastino (assistiti dagli avvocati Sebastiano Chironi, Nicola Satta, Vittorio Campus, Lorenzo Galisai, Mauro Norcia). Solo la tenacia del marito di Mariolina Vannini, Gian Giacomo Dionisi (consigliere comunale dei Verdi negli anni Novanta e costituitosi parte civile in questo processo con l'avvocato Pietro Piras) aveva convinto la Procura a riaprire l'inchiesta che inizialmente era stata archiviata. L'uomo si era persino incatenato davanti alla sede dell'Asl per chiedere giustizia e verità. Secondo le indagini del pm Piras, che aveva incaricato del caso esperti della penisola, i medici non erano intervenuti in modo tempestivo nel curare la paziente, in sostanza non avevano previsto la complicazione successiva all'intervento del 3 dicembre 2008. Dopo l'asportazione del tumore la pensionata era stata dimessa il 6 perché sembrava che l'operazione fosse perfettamente riuscita. Ma da subito la situazione era degenerata: Dionisi dovette riportare d'urgenza la moglie in ospedale l'8 dicembre. Il 23 subì un nuovo intervento chirurgico ma per la donna non ci fu niente da fare. Cosa accadde in reparto nei giorni tra l'8 e il 23? I medici fecero il possibile per salvarle la vita? I due consulenti della difesa ieri hanno chiarito alcuni dubbi. Lo ha fatto prima Luigi Presenti,

direttore di Chirurgia generale al Giovanni Paolo II di Olbia e dopo di lui Franco Badessi ex primario di Chirurgia al San Francesco di Nuoro. I consulenti hanno spiegato che i sintomi lamentati dalla paziente – dolori addominali – erano assolutamente compatibili con i malesseri tipici del decorso post operatorio. Non ci furono «scarsi approfondimenti diagnostici per l'acuzie addominale della paziente» (come contesta il pm) perché «l'acuzie in realtà non si presentò», sostiene la difesa. La Vannini venne curata con una terapia antibiotica in quei giorni e veniva visitata ogni mattina. In aula è stato spiegato che, oltretutto, si parla di una donna la cui condizione clinica era già compromessa per via del tumore al colon che le era stato asportato. Quello che accadde dopo è riconducibile a una «sintomatologia subdola, un episodio ischemico che porta alla necrosi intestinale nel giro di poche ore». Tant'è vero che il 22 dicembre «le condizioni erano stazionarie», il 23 decisero di operarla «per eseguire una laparotomia esplorativa» dalla quale emerse che era in atto un infarto intestinale. Si verificò quello che i medici chiamano «catastrofe addominale» evento che ha casistiche di mortalità che sfiorano il cento per cento. E tutto avvenne nel giro di pochissimo tempo, impossibile quindi prevederlo e prevenirlo, secondo i consulenti della difesa.

## L'UNIONE SARDA

### **REGIONE Asl, il giallo del commissario: sì alla legge con brivido finale Norma corretta in extremis e l'opposizione esce dall'aula per protesta**

Dove c'è un commissario spesso c'è un giallo, e così il voto finale della legge sulla sanità diventa un thriller: proprio per un pasticcio in Consiglio regionale sull'articolo che apre la strada ai commissari nelle Asl. Non un dettaglio, per la maggioranza, ma uno dei suoi scopi principali (l'unico, dice l'opposizione). Eppure stava per sfumare, per un emendamento scritto male.

Il testo finale della norma consente alla Giunta di nominare entro 30 giorni i commissari, al posto dei manager delle Asl, del Brotzu e delle aziende miste.

L'appiglio, come cinque anni fa per il centrodestra, è il riassetto delle Aziende. La Giunta dovrà ridurle di numero, in parallelo col riordino degli enti locali.

Solo che la versione su cui in prima battuta si esprime l'aula (con 33 sì e 22 no), per una riga saltata chissà in quale passaggio, parla di commissari solo per le aziende miste. Escludendoli in teoria nelle Asl (citate però nel titolo dell'emendamento) e al Brotzu.

Superbeffa per il centrosinistra, che se ne accorge dopo il voto e va in confusione. In una tesissima conferenza dei capigruppo, l'opposizione (che aveva appena concesso un'accelerazione su un'altra legge) cerca di inchiodare la legge alla versione «sbagliata». Il presidente del Consiglio Gianfranco Ganau ricorre a un articolo del regolamento sulla correzione di errori materiali. «È una forzatura», urla l'opposizione, che abbandona l'aula. La maggioranza, sola soletta, dà l'ok definitivo alla legge che - tra l'altro - crea l'Azienda dell'emergenza, gli ospedali di comunità e le case della

salute, abolisce l'Agenzia della sanità e apre la strada alla centrale unica di committenza per acquisti e appalti.

«È un abuso», protesta Alessandra Zedda (Forza Italia). «Ora cambierà il nostro atteggiamento in aula, e i manager ricorreranno», preannuncia il capogruppo azzurro Pietro Pittalis. Il portavoce Udc Federico Ibba ironizza: «Il centrosinistra inciampa in area e sbaglia un gol a porta vuota». E Attilio Dedoni (Riformatori) attacca Ganau: «Pensa di essere ancora sindaco di Sassari, non può fare e disfare».

Il presidente del Consiglio però nega espedienti degli uffici: «Ho agito da garante delle parti, limitandomi ad applicare il regolamento». E il centrosinistra festeggia perché la legge, secondo il capogruppo Pd Pietro Cocco, «razionalizza la spesa». Dice Luigi Arru, assessore alla Sanità (ma dopo questa legge sarà l'assessorato alla Salute), che i risparmi saranno del 15-20%.

Mostra soddisfazione non di maniera anche il governatore Francesco Pigliaru, che promette tempi brevi per le scelte future: «La sanità sarda cambierà nel giro di mesi, non di anni». Arriveranno presto anche i commissari, ma «le aziende dovranno essere governate da persone competenti, perché in questi cinque anni la sanità è stata lasciata alla deriva. Oggi il centrodestra protesta, ma i disastri li hanno fatti loro».

## **SAN RAFFAELE Sbloccate le risorse che serviranno alla Qatar Foundation per avviare i lavori di recupero dell'ospedale**

Da Roma arrivano 129 milioni per avviare il progetto del nuovo ospedale di Olbia. Il Comitato interministeriale per la programmazione economica ha stanziato le risorse per un investimento che alla fine varrà 1,2 miliardi, con il polo di eccellenza che, salvo colpi di scena improvvisi, farà capo agli investitori del Qatar. La relativa copertura finanziaria è posta a carico delle risorse del Fondo per lo sviluppo e la coesione stanziato dal governo.

Resta però il problema del nuovo ultimatum che sarebbe stato lanciato dal gruppo arabo: proprio in queste ore invocherebbe certezze per poter avviare i lavori del Mater Olbia, che deve nascere dalle ceneri del San Raffaele. Si aspetta una svolta sulla disponibilità dell'immobile (l'ospedale mai completato) e i terreni.

Secondo l'allarme lanciato tre giorni fa dall'ex governatore Ugo Cappellacci, la Qatar Foundation si sarebbe irrigidita per il nuovo lasso di tempo senza passaggi concreti. Non solo: sarebbe già stata aperta una trattativa con il King's college per aprire subito un altro canale che porterebbe il polo sanitario d'eccellenza oltremarica.

Il governatore Francesco Pigliaru la vede in un altro modo: «Come succede per tutti gli investimenti stranieri significativi c'è in gioco un procedimento complesso che va seguito con estrema attenzione». E la Regione «si sta comportando di conseguenza». Pigliaru precisa: «È stato fatto in poche settimane molto più di quanto fatto negli anni precedenti».

## **Anteprima. Conferenza Stato Regioni. Pronto il nuovo Piano nazionale prevenzione. Il testo**

*La versione finale del Pnp 2014-2018 accoglie le osservazioni delle Regioni. Il Pnp dovrà essere adottato con una delibera ad hoc dalle Regioni entro il 31 dicembre 2014. I criteri per la stesura, la valutazione e la certificazione dei Prn dovranno essere individuati con un Accordo Stato Regioni entro il 31 gennaio 2015. IL DOCUMENTO*

Dovrebbe essere la volta buona per il Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018. Dopo qualche limatura che accoglie le proposte emendative delle Regioni la versione definitiva del Piano ritorna domani sul tavolo della Conferenza Stato Regioni.

**Le tappe.** Il Pnp dovrà essere adottato con una delibera ad hoc dalle Regioni entro il 31 dicembre 2014. Le Regioni si impegnano ad adottare entro il 31 maggio 2015 il piano regionale di prevenzione per la realizzazione del Pnp 2014-2018 attraverso i programmi individuati sulla base di quanto disposto dal provvedimento. Ossia: le Regioni dovranno applicare nella elaborazione del Prp la visione i principi, la priorità e la struttura del Pnp; dovranno inoltre disporre al preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende attuare tutti i macro obiettivi e tutti gli obiettivi centrali; infine dovranno definire gli elementi, di contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni e continuità di quanto realizzato con il precedente Prn, funzionali ai programmi regionali individuati.

I criteri per la stesura, la valutazione e la certificazione dei vari Piani regionali della prevenzione dovranno essere individuati con un Accordo Stato Regioni entro il 31 gennaio 2015 (e chiaramente non più entro il 30 ottobre come previsto nelle precedenti versioni).

Sul piatto ci sono 200 milioni di euro già destinati alla sua attuazione, come previsto dall'Intesa sottoscritta nel 2005, oltre alle risorse per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale anch'esse già previste dalla legge.

**Sono sei i punti cardine** del Piano 2014-2018.

- La promozione della salute e della prevenzione attraverso azioni che si dispiegheranno nei prossimi cinque anni, prevedendo per le Regioni la possibilità di una programmazione frazionata in due periodi temporali con una valutazione periodica centrale e regionale, dello stato di realizzazione degli interventi attuati.
- La fissazione degli obiettivi prioritari supportati da azioni e strategie *evidence based*. Questo comporterà il coinvolgimento delle rete Evidence based prevention, già implementata dalla legge.
- La definizione di cinque macro obiettivi di salute e con la loro valutazione

attraverso la misurazione degli outcome o degli early-outcome raggiunti o degli out put dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra out put e outcome.

- Il recepimento di obiettivi sottoscritti a livello internazionale e di quelli già decisi nei piani nazionali di settore per garantire un approccio a 360 gradi della sanità pubblica.
- Garantire la trasversalità degli interventi tra i diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative.
- La messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

### ■ [Il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018](#)

## **Poliomielite. Scoperto un ceppo di virus resistente al vaccino**

*Debellata per più del 99%, la poliomielite si è manifestata in una recente epidemia violenta nella Repubblica del Congo. Un gruppo\* internazionale di ricercatori ha identificato una nuova famiglia del virus resistente: la proteina che costituisce la struttura del virus mostrava due nuove mutazioni. Celebrato da poco il 100° anniversario della nascita di Jonas Salk, l'inventore del primo vaccino*

Negli ultimi decenni, la vaccinazione ha contribuito a ridurre i casi di poliomielite, diminuiti più del 99% nel corso di questi decenni. Tuttavia, la malattia non è ancora stata debellata del tutto, soprattutto in alcune zone, e un gruppo internazionale di ricercatori ha identificato il virus responsabile di una recente seria epidemia in Africa. Lo studio\*, condotto dall'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), in Francia, insieme ad altri Istituti, è stato pubblicato sulla prestigiosa rivista *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*.

Nel 2010, si è verificata una forte epidemia di poliomielite nella Repubblica del Congo, nella quale ben il 47% dei casi è andato incontro a decesso. Altre epidemie sono occorse in Tajikistan nel 2010 e in Cina nel 2011. I ricercatori hanno sequenziato il genoma del virus, individuando due nuove mutazioni, finora sconosciute, della proteina che costituisce la struttura (*capside*) del virus, che forma una sorta di ossatura protettiva contro agenti esterni. A causa di queste variazioni, gli anticorpi prodotti dal sistema immunitario degli individui vaccinati diventano meno 'efficaci', dato che spesso non riescono a riconoscere la famiglia virale. Secondo i ricercatori, infatti, circa il 15-30% delle persone che hanno contratto la malattia nel 2010 in Congo non ha ricevuto protezione dal sistema immunitario.

Di fatto, si tratta di ceppi che possono circolare in natura: i ricercatori temono che

altre varianti del virus 'più forti' possano emergere tra le popolazioni rese immuni dal vaccino, nel momento in cui la campagna globale per l'eradicazione della poliomielite stia per entrare nella sua fase finale. Si tratta di famiglie virali piuttosto rare, tuttavia il caso dell'epidemia nella Repubblica del Congo rappresenta un esempio di attenzione, soprattutto per le aree territoriali dove, pur essendo stati eliminati i ceppi più comuni, la copertura vaccinale risulta insufficiente. Così, i ricercatori chiedono un migliore monitoraggio clinico e ambientale per riuscire a debellare completamente la poliomielite.

La poliomielite è una malattia infettiva dovuta ad un virus (*poliovirus*), che può comportare paralisi degli arti e che può avere un esito mortale. L'infezione si trasmette soprattutto per via orale. Diffusa principalmente nel secolo scorso, essa è stata debellata nella quasi totalità dei casi, soprattutto nel mondo occidentale. **Il primo vaccino** contro la poliomielite, nel 1955, si deve a **Jonas Edward Salk**, medico e ricercatore statunitense negli anni americani in cui la poliomielite, identificata nel 1908, ha mietuto numerose vittime (circa 58mila casi e 3mila decessi). Pochi giorni fa, il 28 ottobre scorso, Google ha celebrato la ricorrenza del 100° anniversario della nascita del medico attraverso un doodle: "grazie dottor Salk!" è l'esclamazione dei bambini in festa rappresentati nell'immagine di Google, dedicata all'inventore del vaccino che ha contribuito ad aiutare numerosi bambini.

\*J. F. Drexler et al., Robustness against serum neutralization of a poliovirus type 1 from a lethal epidemic of poliomyelitis in the Republic of Congo in 2010. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2014; 111 (35): 12889 DOI: 10.1073/pnas.1323502111

SOLE 24ORE SANITA'

## Cineas e chirurghi ospedalieri: «Il risk management ci salverà»

Solo un robusto risk management salverà la sanità italiana dalla spirale perversa del trend in crescita dei sinistri, del caro-polizze e della conseguente fuga dalle assicurazioni, dal fenomeno della medicina difensiva che attanaglia i nostri clinici e dalla confusione normativa in cui da ultima la legge 189 del 2012 (il cosiddetto "decreto Balduzzi") non è riuscita a fare chiarezza. Ne sono convinti gli esperti del Cineas - il Consorzio universitario non profit che ha tra le sue missioni la diffusione di cultura e formazione manageriale nella gestione globale dei rischi e dei sinistri e la creazione di competenze e professionalità altamente specializzate - che oggi a Milano hanno presentato un Libro bianco dal nome emblematico: "Ospedali e assicurazioni: come tutelare il paziente, il personale ospedaliero e lo Stato". Accanto a loro, i clinici dell'Acoi, l'associazione chirurghi ospedalieri italiani, con cui hanno realizzato un

sondaggio su "rischio clinico e rc professionale". Da cui emerge chiara, da una parte, l'allerta sul boom-denunce e, dall'altra, la richiesta di formazione e maggiori competenze su condizioni e costi delle polizze.

Il libro bianco parte da una serie di dati: intanto, il loss ratio, cioè il rapporto tra cumulo dei premi netti incassati in un esercizio e il cumulo dei sinistri liquidati e riservati nello stesso periodo, aumentato vertiginosamente nell'ultimo decennio. Tanto da comportare risultati disastrosi per le compagnie assicurative», ha spiegato il direttore di Cineas Carlo Ortolani. «Per i sinistri di generazione 2002 - ha precisato infatti il presidente del Consorzio Adolfo Bertani - si è passati dal 149% del 2003 al 296% del 2012, circa il doppio. Al di là dei tempi per agire in giudizio, i dieci anni ridotti poi a 5 dalla recente sentenza del Tribunale di Milano n. 9693, significa che per ogni 100 euro incassati di premio le compagnie ne dovrebbero pagare circa il doppio di risarcimento». Da qui la ben nota fuga dal mercato, che oggi riguarda pure una serie di broker esteri (e si veda da ultimo anche la vicenda AmTrust), e l'insorgere della cosiddetta "autoassicurazione", cioè la gestione diretta del rischio connesso alla rc sanitaria da parte delle aziende sanitarie, con tutti i rischi che questo comporta dal punto di vista soprattutto degli accantonamenti in bilancio del capitale necessario a coprire i possibili eventi. Senza parlare del fai-da te-regionale: «In mancanza di un approccio unitario, allo stato attuale la scelta della modalità di gestione operativa del rischio/dei sinistri derivanti da errori sanitari è prevalentemente demandata alle Regioni che, comprensibilmente, hanno adottato approcci e sistemi operativi eterogenei», spiega nel Libro bianco Paola Luraschi, coordinatrice del gruppo di lavoro sul Libro bianco. «Le poche compagnie estere rimaste sul mercato - continua Luraschi - chiedono dei premi elevatissimi e, pur trattandosi nella quasi totalità di compagnie serie ed affidabili, non sono soggette alle regole previste per quelle italiane: sotto questo profilo le sanzioni dell'Ivass possono arrivare fino al divieto di operare nel nostro paese».

Accanto e a braccetto del caro-polizze va la medicina difensiva, stimata in una zavorra di 13 miliardi. Sullo sfondo, una crisi economica che ostacola in 9 milioni di italiani l'accesso alle cure.

Davanti a questi mali la medicina non può che essere strutturale, organizzativa e corale: «Per invertire questa spirale che si riflette su tutti gli attori in gioco, Stato, strutture, compagnie e pazienti - afferma Bertani - bisogna subito ridurre la sinistrosità». Come? Con «robusti modelli di risk management, attraverso la creazione di competenze specialistiche multidisciplinari. Tradotto, si tratta di rendere pienamente operativo quell'hospital risk manager previsto dal Testo unico sulla sicurezza sul lavoro (Dlgs 81/2008). Perché «la riduzione del rischio ridurrebbe l'onere dei sinistri e l'ammontare del premio assicurativo». Su questa figura si sofferma diffusamente il Libro bianco presentato oggi e prodotto da Tavolo Assicurazione e Sanità creato nel 2013, di cui fanno parte assicurazioni, associazioni mediche e giuristi, Tribunale per i diritti del malato, università e broker con l'obiettivo di "fare sistema".

**Il sondaggio Acoi.** L'indagine, intitolata "Rischio clinico ed rc professionale", è stata

condotta nella primavera del 2014 sui soci Acoi attraverso 729 interviste complete. L'obiettivo era verificare la conoscenza delle norme che disciplinano la responsabilità professionale, il livello di preoccupazione e di informazione della categoria circa le condizioni e i costi della responsabilità civile professionale e i 'desiderata' in termini di aggiornamento professionale sul rischio clinico. Tutto ciò in base alla riforma delle professioni del 2012, che prevede la stipula di «idonea assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale», e all'obbligo in materia previsto dal decreto Balduzzi, entrato in vigore a metà agosto.

Dal sondaggio emerge un quadro a tinte fosche: quasi 9 chirurghi su 10 affermano che il rischio di subire una denuncia da parte dei pazienti è tra i fattori di maggiore preoccupazione professionale, seguito da quello di perdere il proprio patrimonio personale (83%) e la propria reputazione (77%). Proprio per non correre il rischio di denuncia, il 54% dichiara di aver prescritto più esami strumentali di quelli che riteneva sufficienti, il 48% ha prescritto più esami di laboratorio e il 42% più visite specialistiche. Il 92%, inoltre, ritiene che le norme che disciplinano la responsabilità civile medica abbiano ripercussioni sullo svolgimento del rapporto medico/paziente. Quanto alla Rc professionale, appena l'8% dei medici si dice «molto informato», il 57% si definisce «poco o per niente informato» sulle condizioni delle polizze e il 52% «poco o per niente informato» sui costi.

Infine l'aggiornamento professionale: i chirurghi Acoi esprimono una netta preferenza su materie di "gestione dell'evento avverso" (57%), "gestione del rischio" (52%) e concetto di "responsabilità civile" (46%).

## **Patto salute/ Formazione in corsia, Sigm: «Evitare la dequalificazione professionale»** di *Andrea Silenzi (vicepresidente Sigm) e Andrea Ziglio (coordinatore Dipartimento Specializzandi Sigm)*

Annus Horribilis della formazione medica. Così potrebbe essere ricordato l'anno accademico 2013/2014 che ha visto susseguirsi una serie continua di errori, decisioni affrettate e disservizi che stanno minando dalla base i professionisti che da sempre sono al centro della sanità italiana.

Dopo la breccia aperta sull'accesso programmato a medicina e i conseguenti disservizi causati al primo anno del corso di laurea in medicina e chirurgia, complice il caos bonus maturità, ma anche un certo eccesso di "invadenza" della Giustizia Amministrativa, sono arrivati in meno di 60 giorni altri due duri colpi alla tenuta del sistema, prima con i numerosi disservizi registratisi nelle selezioni regionali per l'accesso ai corsi regionali di formazione specifica di medicina generale e poi con il caos generato dall'inversione delle prove del concorso nazionale di accesso alle scuole di specializzazione.

A complicare il quadro, giungono le ulteriori notizie allarmanti in merito al futuro dei giovani medici Italiani, con riferimento sia alla formazione post lauream sia, a breve e medio termine, al mondo del lavoro. Il Ddl delega su "gestione e sviluppo delle risorse umane", redatto in prima versione il 5 novembre 2014 dal Tavolo politico

previsto dall'art. 22 del Patto per la Salute, infatti, sembra prevedere degli stravolgimenti in tema di formazione post lauream dei medici.

I giovani medici abilitati potrebbero accedere al Ssn anche in assenza del diploma di specializzazione (si presume a seguito di un pubblico concorso), sotto un inquadramento strutturale non dirigenziale, con un trattamento contrattuale equiparabile a quello del comparto sanitario (si andrebbe verso una sorta di parificazione di medici e infermieri), con la possibilità per solo una parte dei medici abilitati coinvolti di entrare in soprannumero, al termine di un non meglio definito periodo di prova, in una scuola di specializzazione di area sanitaria.

A prima vista, la notizia potrebbe apparire allettante, visto il gap crescente tra il numero di laureati in medicina e gli sbocchi nel post lauream (scuole di specializzazione e corsi regionali di formazione specifica di medicina generale), se non fosse che, a fronte dell'istituzione e inserimento di tali nuove figure professionali (neanche lontanamente paragonabili agli attuali specializzandi, sia per status che per diritti e tutele), sarebbe prevista la contestuale soppressione dalle dotazioni degli organici dei differenti Servizi Sanitari Regionali di un numero di posti equivalenti sul piano finanziario.

Quindi, si restringerebbero ulteriormente le possibilità per i giovani medici di sbocchi nella dirigenza medica, insistendo peraltro due percorsi paralleli che creerebbero medici di serie A e di serie B, e creando i presupposti per una continuata conflittualità latente ai fini dell'accesso alla dirigenza medica, permarrebbe la loro esposizione alla responsabilità professionale, ma, soprattutto, si andrebbe incontro ad un pericoloso abbassamento degli standard di qualità della formazione.

Riformare con quale obiettivo? Garantire l'impiego di personale medico a basso costo e a rapido turn over in strutture periferiche di dubbia efficacia e probabile insicurezza per i cittadini che nessuno ha il coraggio di chiudere? Di tali restrizioni ne soffrirebbero in particolare gli attuali laureati abilitati e studenti in medicina, che si vedrebbero limitare rapidamente nel tempo le possibilità di assunzione.

È il redde rationem che porta dritto alla definitiva dequalificazione professionale, ad un piegarsi nei fatti della Medicina alle esigenze strutturali delle Regioni e dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali che, diciamolo chiaramente, in questo caso non rappresentano le esigenze dei cittadini.

Inoltre, il voler inquadrare i medici "in categoria non dirigenziale nell'ambito dei rispettivi contratti di area III e IV, i cui livelli retributivi siano equivalenti a quelli previsti per la categoria DS del comparto" va in controtendenza rispetto ad una consolidata realtà europea fatta di assistenza e mobilità professionale transfrontaliera, che vedrà professionisti formati in altri Paesi quali potenziali competitori dei medici Italiani, tanto all'estero quanto nel territorio nazionale.

Con quali modalità si garantirebbe l'ammissione in soprannumero alle scuole di specializzazione? Il rischio è che il tutto venga fatto in assenza di alcun criterio di programmazione e di una metodologia scientificamente fondata per definire i fabbisogni di medici (basti guardare all'attuale programmazione dei fabbisogni esitata

dalle singole Regioni, che seguono la logica del trend dei pensionamenti, mentre è ormai prassi all'estero pianificare nel tempo secondo i trend epidemiologici ed il carico di malattia. Ovvero ciò che serve per rispondere alla semplice domanda: quanti medici sono necessari alla mia comunità e di quale specializzazione).

In aggiunta, tanto il sistema di selezione per l'assunzione nel SSR, quanto le modalità di accesso alle scuole in sovrannumero, che verrebbe regolamentato da appositi Protocolli tra Università e SSR, potrebbe portare al rischio di un ritorno del sistema clientelare del passato. Come noto, infatti, la politica regionale si alimenta in gran parte dei "voti della sanità" e l'ampia discrezionalità di scelta da parte dei Direttori Generali dei responsabili di struttura semplice o complessa, ad esempio, è addirittura scritto nero su bianco nella normativa di riferimento.

Chi scrive, condividendo e rilanciando la storica posizione dell'Associazione Italiana Giovani Medici (SIGM), da sempre pronta a sostenere i diritti dei giovani medici e in particolare il diritto a una formazione di qualità, ritiene quanto mai urgente aprire un dibattito con l'opinione pubblica su quanto sta accadendo a garanzia del futuro di chi è chiamato a tutelare con la propria opera professionale la salute dei cittadini. In tal senso, la strada maestra utile e opportuna appare senza dubbio l'integrazione delle migliori esperienze ed eccellenze che possano esprimere i vari ambiti della sanità, creando una piena osmosi tra Università e SSN (nella sua duplice declinazione di Ospedale e Territorio).

Che una riforma della formazione medica e di area sanitaria vada fatta questo è ormai assodato e sono i giovani medici italiani i primi a chiederlo. Quello che è necessario evitare è un salto dalla padella alla brace, ovvero una discesa nell'abisso della dequalificazione professionale che sembra il risultato più immediato dell'impianto descritto dall'attuale bozza del Ddl in questione.

La stessa Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri dovrebbe comprenderlo e adoperarsi in tal senso in modo chiaro e palese, senza la retorica ad oggi adottata: oltre alla lettera recentemente indirizzata al Presidente del Consiglio, nella quale il Presidente FNOMCeO richiedeva di "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", è tempo che il massimo organismo di rappresentanza della Professione si pronunci in merito al testo del Ddl 5 novembre 2014 che, così come formulato, mortifica l'essenza stessa della Professione Medica.

In definitiva, utile e opportuno aprire una discussione franca su una riforma dell'impianto della formazione medica pre e post lauream, ma occorre reperire in parallelo i fondi utili a garantire il diritto di formazione a chi, da medico abilitato, è già oggi un incredibile risorsa accantonata e non valorizzata, pronta a sbocciare quale valore aggiunto per la nostra sanità e per la tutela del diritto alla salute dei cittadini.

Occorre adottare degli indicatori di performance assistenziali, in modo da selezionare i contesti più idonei a garantire una adeguata e qualitativamente fondata formazione e professionalizzazione dei giovani medici. Il Ministero della Salute, AgeNas e altri

Enti istituzionali hanno tutte gli strumenti per poterlo fare, manca solo la volontà politica di riconfigurare e "svoltare" un sistema, ad oggi, ingessato e completamente piegato su se stesso.

La formazione dei medici, e in particolare una formazione con adeguati standard di qualità, rappresenta per definizione un asset strategico per il SSN, nella misura in cui medici adeguatamente formati e addestrati, se posti in un contesto organizzativo virtuoso, possono garantire un ottimale soddisfacimento del bisogno di salute espresso dalla popolazione, in ciò permettendo di guadagnare salute e quindi risparmiare risorse preziose che possono e debbono essere reinvestite nelle giovani generazioni.

## **«Me ne vado dall'Italia». E diventa il più giovane cardiocirurgo pediatrico della Gran Bretagna**

È italiano il più giovane cardiocirurgo pediatrico in Uk. Si chiama Simone Speggorin, ha 37 anni e un curriculum straordinario. Ma in Italia per lui non c'era posto. Così, nel 2010, ha preso baracca e burattini ed è andato a cercar fortuna all'estero. Oggi lavora al Glenfield Hospital di Leicester, a 140 chilometri da Londra, è un chirurgo "strutturato" (ossia ha una sua sala operatoria, i suoi pazienti, un'equipe che lo supporta) ed è stimato a livello internazionale. Opera bambini a cuore aperto o con malformazioni alla trachea.

C'è di più. Fa parte di "Healing Little Hearts", un'organizzazione di beneficenza con la quale opera in diversi ospedali in India. Quattro volte l'anno, prende qualche giorno di ferie e va a curare i bambini più bisognosi. La sua storia ha affascinato la Bbc, il British Medical Journal e molte testate internazionali. «E' quasi un anno che non rilascio interviste. Non sono un eroe. Sono uno dei tanti che se n'è andato dall'Italia perché in Italia non c'era spazio» racconta al Sole24Ore.

Sono le 3 del pomeriggio, Simone è appena uscito dalla sala operatoria. Inizia ogni mattina alle 7. In 4 anni di carriera ha già operato circa 500 bambini, un traguardo impossibile per un giovane chirurgo in Italia. Figlio di un ex calciatore, di Olmo di Martellago (Ve), Speggorin si laurea in Medicina a Padova. Fa tutto in sei anni. Discute la tesi in cardiocirurgia pediatrica e subito dopo entra all'ospedale di Padova per la specializzazione.

«Dentro di me, però, c'è sempre stata una voce che mi ripeteva: cosa faccio dopo? Cosa faccio dopo? Il mio primo mentore, il professor Giovanni Stellin, sapeva che finita la specialità non avrebbe potuto offrirmi un lavoro in Italia e mi invitava a partire per completare il training. I cardiocirurghi pediatrici sono passati tutti da un'esperienza all'estero. Uscire ti apre la mente, capisci come si fa e poi ti metti alla prova».

Così Speggorin inizia a studiare medicina sui testi inglesi e perfeziona la lingua. A 28 anni ha un dottorato di ricerca in anatomia cardiaca. E' già stato a Londra e a Boston. Poi, torna a Padova dove finisce la specialità. E si mette a cercare lavoro in

Italia. Nulla.

La sua prima occasione arriva con il professor Martin Elliott, direttore del Great Ormond Street Hospital di Londra (uno dei 5 migliori ospedali pediatrici al mondo) che, a Padova per un lavoro, conosce Speggiorin e lo invita a seguirlo.

«Sono partito lasciando a casa tutto. Gli affetti e le sicurezze del "sistema Italia". Arrivato a Londra già specialista in cardiocirurgia mi hanno detto: ok, ora ricominci da zero. Si dice junior, in pratica ti rimbocchi le maniche e ritorni a fare lo specializzando. Devi imparare come stare in una sala operatoria, che è un posto dove vige una disciplina quasi militare. Devi capire tutto quello che gira intorno a quel tavolo e non è detto che tu sia bravo. E poi pensavo di saper l'inglese, mi sbagliavo. Ho passato le sere dei primi tre mesi in terra straniera con il mal di testa».

Intanto partecipa a un concorso per un posto all'ospedale di Ancona. Gli rispondono 3 anni dopo. «Avrei dovuto mettere la mia vita in modalità pausa per tre anni e aspettare la loro risposta? Non era nei miei piani».

In un anno a Londra il medico brucia le tappe, diventa senior.

«Se vuoi fare il chirurgo, devi fare chirurgia». Il professor Elliott gli parla di un ospedale a Bangalore in India, il Narayana Hrudayalaya Hospital, dove cercano chirurghi perché sono tantissimi i bambini che nascono con le malformazioni al cuore. In quell'ospedale si fanno 2.500 interventi l'anno. Speggiorin cerca un posto e lo trova. Ha 33 anni e in tasca un biglietto di sola andata. Arrivato in India vive un'esperienza durissima.

«Non ho trovato l'America, ma un Paese povero. Lavoravo 18 ore al giorno, 6 operazioni ogni giorno per 6 giorni la settimana. Guadagnavo 300 euro al mese. In 10 mesi, ho operato 350 bambini».

Poi quella voce comincia a rifarsi sentire: "cosa faccio dopo?" Decide di programmare di nuovo il suo futuro. Manda 30 curricula a tutte le unità di cardiocirurgia pediatrica del mondo. Scrive in Europa, a Singapore, a Santiago, a Cape Town, in Australia. Lo chiamano Sidney e Leicester, in Uk. Sceglie di avvicinarsi a casa, ma l'India gli resta nel cuore ed entra a far parte di una charity.

«In Italia? Non torno, non ora. Me ne sono andato perché il nostro non è un Paese per giovani. I miei compagni di università sono quasi tutti all'estero. Eravamo un gruppo di persone consapevoli che, se volevamo qualcosa, dovevamo andare a prendercelo. Del gruppo, io non sono il più bravo. Tra i miei amici c'è Paolo De Coppi, lo scienziato di 41 anni che ha scoperto le cellule staminali nel liquido amniotico. Lavora a Londra. Ho un amico in Silicon Valley che crea una startup dopo l'altra. Un altro mio coetaneo di Padova è professore di economia in Australia».

«Io rappresento soltanto il campanello d'allarme di un malessere che c'è in Italia. Qui ho raggiunto un livello che sarebbe impossibile nel nostro Paese. Il sistema sanitario italiano è gerarchico. Il sistema inglese mette tutti allo stesso livello. Certo ti pagano bene, ma devi essere pronto. Entri in ospedale con molte più responsabilità, nessuno ti protegge, inizi a non dormire la notte, ci metti la faccia, c'è un alto livello di stress. A 60 anni ti considerano "temporaneo", a 65 ti mandano in pensione. C'è

un'attenzione maniacale ai protocolli, ai dettagli, alla soluzione dei problemi. Tutti possono esprimersi. Anche chi pulisce i pavimenti può segnalare un medico che non si lava le mani, prima di toccare un paziente, come impone il protocollo».

DOCTOR 33.IT

## **A Medicina continua il caos. Lenzi: risposte dal ministero o i docenti si autosospendono**

«I ministeri competenti ci facciano sapere che cosa vogliono fare. In assenza di riscontro i coordinatori e i docenti di medicina potrebbero procedere all'autosospensione». A parlare così è **Andrea Lenzi**, presidente della Conferenza dei presidi dei corsi di laurea in medicina commentando la mozione approvata nei giorni scorsi e recapitata al Governo. La mozione nasce dal caos determinato dai ricorsi al Tar e dal conseguente sovraffollamento di questi giorni nelle aule universitarie, nei laboratori e nei reparti, impossibilitati ad accogliere tutti gli studenti. «Una situazione molto complessa» conferma Lenzi «con la beffa ulteriore di vedere i bocciati che hanno fatto ricorso privilegiati nella scelta della sede, rispetto a chi ha vinto il concorso regolarmente». Per il rappresentante della Conferenza dei presidi di medicina bisogna chiarire una volta per tutte se «la laurea in medicina è una laurea culturale e in quel caso la possono fare tutti senza selezioni o piuttosto una laurea professionalizzante. Nel qual caso» sottolinea Lenzi «bisogna rispettare il numero programmato che dà garanzie sulla professionalità dei laureati». Secondo il docente bisogna anche risolvere una volta per tutte la questione test per l'accesso alla facoltà. «Sicuramente quello attuale è perfettibile ma da qui a ipotizzare il modello francese con una selezione al primo anno ce ne passa» ribadisce Lenzi. «Se si realizza un nuovo sistema bisogna che sia altrettanto oggettivo e che premi effettivamente la meritocrazia». Certo l'attuale caos nelle facoltà non promette bene «Le facoltà non possono reggere un impatto così forte e poi quando si dice che la selezione va fatta dopo che cosa si intende?» una delle tante domande a cui il Miur è chiamato a rispondere.

## **Enpam, mai dato in gestione soldi a Sopaf**

L'Ente previdenziale dei medici e dei dentisti non ha mai affidato soldi in gestione né ad Adenium Sgr né alla sua controllante Sopaf. Lo precisa una nota Enpam che arriva dopo l'arresto dell'ex presidente della Cassa ragionieri Paolo Saltarelli. «Questo anche perché dal 2011 il patrimonio della Fondazione è gestito secondo nuove regole», ha affermato il presidente della Cassa dei medici Alberto Oliveti che prevedono separazione netta «tra chi decide e chi controlla». L'unico punto di contatto tra l'Enpam e Sopaf, continua la nota «c'è stato tra il 2008 e il 2009, quando la Fondazione aveva acquistato da quella società circa 100 milioni di euro di quote Fip, un fondo immobiliare promosso dal ministero dell'Economia e delle finanze.

L'acquisto fu peraltro fatto con uno sconto di circa il 4% rispetto al Nav. L'investimento rende all'Enpam circa il 9% annuo e nel corso del 2014 il valore è salito di circa 5 milioni di euro». «Sulla base dei rendiconti ufficiali, posso dire che l'investimento in quote Fip (e non Sopaf, ndr) sta andando ancora meglio di alcuni mesi fa – ha concluso il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti –. Il valore complessivo è salito a 144 milioni di euro, di cui 58 milioni già incassati dalla Fondazione mentre le restanti quote, che sono nella disponibilità dell'Enpam, valgono 86 milioni di euro».

## **Gli Ace-inibitori riducono il rischio di sclerosi laterale amiotrofica**

Secondo i risultati di uno studio pubblicato su *Jama neurology*, l'uso nei pazienti ipertesi degli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina - gli Ace-inibitori - si associa a una riduzione di quasi il 60% delle probabilità di sviluppare sclerosi laterale amiotrofica (Sla). Rispetto ai pazienti non trattati con tali farmaci, l'associazione è significativa per l'uso di Ace-inibitori sopra 449,5 della dose cumulativa delle Dosi giornaliere definite (defined daily dose, Ddd), calcolata come somma delle Ddd dispensate nel periodo di studio, ovvero tra gennaio 2002 e dicembre 2008. «La Sla è una malattia neurodegenerativa progressiva e la maggior parte dei pazienti muore entro tre-cinque anni dalla comparsa dei sintomi» ricorda **Feng-Cheng Lin** del Kaohsiung medical university hospital di Taiwan e coautore dell'articolo. Alcuni studi suggeriscono che gli Ace-inibitori potrebbero diminuire il rischio di malattie neurodegenerative, e per approfondire l'argomento i ricercatori hanno studiato l'associazione tra la somministrazione gli antipertensivi e il rischio di Sla in un gruppo di cittadini di Taiwan formato da 729 pazienti cui era stata posta diagnosi di sclerosi laterale amiotrofica tra gennaio 2002 e dicembre 2008. «I pazienti sono stati confrontati con un gruppo di controllo di 14.580 individui senza Sla» riprende Lin, precisando che circa il 15% dei pazienti con la malattia riferiva di avere usato Ace-inibitori tra i due e i cinque anni prima della diagnosi, contro il 18% circa del gruppo di controllo senza Sla. E i dati raccolti indicano che, rispetto ai pazienti che non hanno mai fatto uso di Ace-inibitori, la riduzione del rischio di Sla è stata del 17% in caso di prescrizioni inferiori a 449,5 cDdd, tasso che saliva fino al 57% nel gruppo in cui gli antipertensivi erano stati assunti in quantità superiore. «I risultati di questo studio caso-controllo di popolazione rivelano che l'esposizione ad Ace-inibitori sul lungo periodo risulta inversamente associato al rischio di sclerosi laterale amiotrofica» conclude il ricercatore.

*JAMA Neurol. November 10, 2014. doi:10.1001/jamaneurol.2014.3367*

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**