

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
17 FEBBRAIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI **Trasferte “illegittime”, medico risarcito** *Dirigente costretto a viaggiare da Sassari a Oristano: l’Azienda ospedaliero-universitaria dovrà sborsare oltre 80mila euro*

Costretta per 4 anni a viaggiare ogni giorno da Sassari a Oristano per raggiungere il posto di lavoro. Ora il giudice ha disposto che a un dirigente medico debbano essere risarciti oltre 80mila euro per quelle trasferte considerate “illegittime”. La storia. L’Azienda ospedaliero universitaria di Sassari nel 2009 attinge alla graduatoria della Asl 5 di Oristano (in virtù di una apposita convenzione) per assumere un dirigente medico a tempo indeterminato. Daniela Piras prende atto della proposta e, essendo di Sassari, accetta ben volentieri di lavorare nella sua città. È il 10 settembre del 2009. Il dirigente aspetta la chiamata per la firma ma è un’attesa vana considerato che l’Aou anziché perfezionare il procedimento con la stipula del contratto, nel 2010 sceglie di bandire un concorso – con decisione dichiarata illegittima dal Tar nelle more del giudizio – per selezionare un altro lavoratore al posto della Piras, «in aperta violazione degli impegni assunti». La sentenza. Ora il giudice del lavoro Elena Meloni ha riconosciuto alla dottoressa (assistita dagli avvocati Rita Vallebella e Maria Immacolata Marginesu) un risarcimento record di oltre 80mila euro per i viaggi sostenuti da Oristano a Sassari. La sentenza è molto chiara. La Piras «per poter raggiungere quotidianamente la sede di lavoro a Oristano dal luogo di residenza (Sassari) – scrive il giudice – per il periodo dal 25 settembre 2009 al 16 maggio 2013 ha dovuto affrontare mensilmente la spesa di mille euro per il noleggio di un autoveicolo e mediamente 500 euro per il carburante, considerato un percorso quotidiano di 250 chilometri». E aggiunge, il giudice, che queste spese sono «diretta conseguenza del comportamento dell’Azienda che non ha proceduto all’assunzione della ricorrente nei tempi rispettosi della procedura... La Piras ha senz’altro dovuto affrontare le spese di viaggio per raggiungere dal luogo di residenza quello di lavoro, cosa che non avrebbe fatto se fosse stata assunta a Sassari dal settembre del 2009 come era suo pieno diritto». Spiega bene, il giudice del lavoro, che l’Aou «ha violato gli impegni contrattualmente assunti privilegiando la soluzione di indire una selezione non solo illegittima e immotivata ma assolutamente contraria a esigenze di economicità, speditezza e trasparenza dell’agire amministrativo». L’antefatto del concorso contestato. Era stato un concorso sfortunato, quello bandito nell’estate 2010 per l’assunzione di due dirigenti medici d’ospedale dell’Azienda ospedaliero universitaria. Nato male e finito peggio: spazzato via da due sentenze del Tribunale amministrativo, per “difetti” macroscopici. Come la violazione di una delle più elementari regole nelle prove scritte: l’anonimato. E poi, una strana contraddizione evidenziata, carte alla mano, dalla ricorrente Piras, in una delibera dell’allora commissario straordinario dell’Aou. In pratica, su quell’atto si dava conto di un parere «che sembrava fosse acquisito positivamente», ha detto l’anno scorso il Tar «mentre in realtà era negativo». Anche a causa di questi vizi

secondo la magistratura amministrativa la graduatoria nata da quella selezione andava annullata. Dopo le due cause al Tar andate a buon fine, anche il giudice del lavoro ora dà ragione a Daniela Piras e condanna l'Aou al risarcimento di 80mila euro.

OLBIA Donati gli organi della ragazza di 14 anni *La giovane era arrivata all'ospedale in coma, dopo una crisi respiratoria. Espiantati il cuore, i reni, il pancreas e il fegato*

La sua morte ha regalato una speranza di vita a quattro persone. Gli organi della piccola Elisa, 14 anni, morta all'ospedale Giovanni Paolo II per le complicazioni di una crisi di asma, sono stati donati. Con un gesto di grande altruismo, mamma Teresa e babbo Marco hanno deciso per l'espianto. La ragazza era stata ricoverata d'urgenza nel reparto di Rianimazione del Giovanni Paolo II il 6 febbraio. Elisa aveva avuto una forte crisi di asma. Inutile la corsa disperata in ospedale; la quattordicenne era arrivata al pronto soccorso già in stato di coma. E da allora non si è più risvegliata. Sabato mattina era cominciata la fase di osservazione per verificare lo stato di morte cerebrale. La procedura di accertamento prevede un rigido protocollo: per la constatazione della morte ci si basa sulla verifica, per almeno 6 ore consecutive, della contemporanea assenza dello stato di coscienza, di tutti i riflessi che coinvolgono l'encefalo, dell'attività respiratoria spontanea, dell'attività elettrica cerebrale. La famiglia di Elisa non ha avuto esitazioni. Ha messo da parte il dolore e ha pensato a quel grande gesto d'amore che è la donazione. A sostenere i genitori in questo difficile momento i tanti amici e le amiche della piccola Elisa. «Questa vicenda ha commosso tutti noi – spiega il primario del reparto di Rianimazione, Franco Pala –. Da un lato per la drammaticità degli eventi, dall'altra per l'atteggiamento di immensa generosità che i familiari della piccola hanno dimostrato in un momento difficilissimo della loro vita. A loro va il ringraziamento di tutta la azienda sanitaria». L'equipe medica che ha eseguito l'espianto degli organi ha lavorato ininterrottamente dalle 23 alle 7 di ieri mattina. Un impegno straordinario che si è concluso con successo. Vista la giovane età di Elisa è stato possibile prelevare diversi organi. Il cuore della piccola è stato consegnato allo staff dell'ospedale romano Bambin Gesù ed è stato trapiantato in un bambino di 9 anni. Un rene e il fegato hanno ridato la vita a una diciottenne di Palermo. Il secondo rene è stato consegnato all'ospedale pediatrico Regina Margherita di Torino. Il pancreas è destinato a ridare la speranza a un sardo di 52 anni.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Bancomat obbligatorio, il Pos può nuocere ai medici di “campagna”

C'è ancora più un mese per dotarsi negli studi medici del lettore bancomat per i pagamenti superiori ai 30 euro. Ma i medici di famiglia iniziano a riflettere perché il Pos dovrebbe diventare una seccatura per chi di loro svolge libera professione in forma residuale e ancor peggio per chi ha più micro-studi in aree spopolate o disagiate. Di buono c'è che non ci sono sanzioni e che l'obbligo di tenere il lettore per chi è sotto il volume d'affari di 200 mila euro parte da luglio prossimo. Il decreto Milleproroghe approvato a gennaio, che vigerà dal 1° marzo, ha spostato l'onere di sette mesi. E non ci sono cenni di ripensamento. L'ufficio Legislativo Fnomceo ci scrive che durante l'esame del Milleproroghe (DI50/13 ddl 2017)

«la Commissione Affari costituzionali non ha apportato modifiche all'articolo 9 comma 15 che prevede una proroga al 30 giugno per i professionisti per munirsi di Pos». Ma attenzione! Per i professionisti con oltre 200 mila euro di fatturato una terza norma, un decreto interministeriale del 27 gennaio che vigerà dal 28 marzo, ha nel frattempo introdotto l'obbligo immediato di tenere il Pos da quel giorno. Poi, da luglio, a meno di altri slittamenti, toccherà a tutti prendere contatti con la banca di riferimento e farsi installare l'apparecchiatura (costo intorno ai 100 euro) pagare il canone, assimilabile a quello telefonico, e versare una piccola commissione automatica, da 0,60 a 2 euro, per ogni operazione. **Carlo Sedda**, commercialista consulente dell'Ordine dei Medici di Cagliari, sottolinea che «qualora l'obbligo alla data del 30 giugno prossimo fosse conclamato sarà auspicabile che a livello associativo si concludano accordi con le banche per attenuare l'onerosità di questa incombenza. Il Pos in sé non è un costo gravoso. E' utile pure a chi ha più clienti che pagano con bancomat, e i dentisti ce l'hanno in maggioranza. Il problema è relativo ai medici convenzionati, che magari dividono l'attività in tre studi decentrati e in tutti e tre svolgono libera professione occasionale. Devono pagare tre Pos? E' vero che c'è il Pos mobile funzionante con la carta del cellulare, ma è anche vero che si tratta di tecnologie più avanzate di quella richiesta dalla legge». Sedda non pensa sia probabile una proroga, il "Milleproroghe" non l'ha ammessa. Inoltre, anche se non sono previste sanzioni per chi non tiene il lettore in studio, è possibile che entro giugno la prevista regolamentazione della materia le introduca.

Riduzione posti specialità, Anaaio Giovani: non solo colpa politica

«Se il precariato medico è diventato un'emergenza sociale, rivediamo la formazione, pensando ai medici neo-laureati come risorsa da coinvolgere negli Ospedali italiani per continuare il proprio percorso formativo». Così Anaaio Giovani in una nota risponde al Presidente del Cun **Andrea Lenzi**, sottolineando come si tenti di «liquidare il problema della riduzione dei contratti di formazione post laurea e insieme degli accessi alle Scuole di medicina, come responsabilità della sola politica». «Fino ad ora i contratti di specialità sono stati distribuiti a pioggia, senza una corretta programmazione dei fabbisogni per Regione e per disciplina, ma nel solo interesse delle cattedre, con percorsi formativi deficitari sugli aspetti professionalizzanti, pure richiesti dalla normativa, e poco adatti a una medicina in continua evoluzione. Oggi» sottolineano i giovani medici di Anaaio «occorre cominciare a porsi qualche domanda sull'offerta formativa dei singoli Atenei, certo molto disomogenea, se si vuole capire perché molti medici in formazione decidono di abbandonare in itinere il corso di specializzazione e rincorrere il miraggio dell'estero. Prima di denunciare l'imbuto formativo, che certo esiste, pensiamo ai decreti del Miur che hanno aumentato la durata dei percorsi formativi, introdotto il bonus per chi partecipava al concorso per Medicina, per poi toglierlo e reintrodurlo, modificando di fatto le graduatorie e spingendo chi non era entrato a ricorrere alle vie legali. Nessuno pensi di sottrarre la politica alle proprie responsabilità» aggiunge la nota, ma «la qualità della formazione, oggi affidata solo alle Università, richiede l'intervento degli Ospedali di insegnamento».

Agenda settimanale di Camera e Senato. Aspettando il nuovo governo, l'Affari Sociali avvia indagine conoscitiva su medici del lavoro

In una settimana in cui il programma parlamentare sarà dettato dai tempi di risoluzione della crisi politica, la Commissione Affari Sociali inizia un'indagine conoscitiva sulla situazione dei medici che svolgono le visite fiscali. La Commissione Igiene e Sanità del Senato invece porta avanti l'indagine sul Caso Stamina.

In attesa che la crisi di governo arrivi presto a conclusione le due Assemblee parlamentari portano avanti i propri lavori. Fermo restando che il dibattito e il conseguente voto sulla fiducia al nuovo esecutivo avrà la priorità su tutto, Camera e Senato dovranno comunque approvare una serie di decreti in scadenza lasciati in eredità dall'esecutivo Letta.

A rischio, alla Camera, ci sono il decreto Milleproroghe già approvato al Senato e la legge elettorale. Senza dimenticare il dl sullo stop al finanziamento pubblico ai partiti (anch'esso già approvato dal Senato, ma ancora a rischio modifiche).

Al Senato a rischio è lo Svuotacarceri, già approvato alla Camera, che dovrebbe essere votato entro il 21 febbraio. A rischio anche il Destinazione Italia, ancora in commissione e che dovrebbe essere votato in settimana. Stesso discorso per il Salva-Roma-bis, in scadenza 28 febbraio, sul quale la commissione bilancio ancora non ha iniziato ad esprimersi.

Per quanto riguarda la sanità, alla Camera, la Commissione Affari Sociali ha in programma un'indagine conoscitiva sull'attività dei "medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia" con una serie di audizioni tra cui Fimmg, Snam, Fnomceo, e rappresentanti di di Cgil, Cisl e Uil.

In più è prevista la relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978.

In Senato invece la Commissione Igiene e Sanità porta avanti l'indagine sul Caso Stamina con l'audizione del Comitato etico degli Spedali Civili di Brescia.

Ricerca e sperimentazioni. Gli oncologi del Goirc: "No ai veti di un singolo comitato etico"

L'appello nel corso del meeting annuale dell'associazione fondata nel 1982 e che oggi conta 32 centri affiliati del centro nord e della Sardegna. "Le decisioni prese a livello del singolo comitato etico devono essere trasferibili e omogenee su tutto il territorio nazionale: solo così potremo applicare velocemente in più centri i protocolli di ricerca sul cancro".

Un appello degli oncologi del Gruppo Oncologico Italiano di Ricerca Clinica (GOIRC) per snellire e parificare le procedure. La richiesta nel meeting annuale di Firenze su *ricerca oncologica per il paziente con il paziente*. Il Gruppo è stato fondato nel 1982 e conta 32 centri affiliati su territorio nazionale. Per glii Oncologi: "Le decisioni prese a livello del singolo comitato etico devono essere trasferibili e omogenee su tutto il territorio nazionale: solo così potremo applicare velocemente in più centri i protocolli di ricerca sul cancro. Lanciamo un appello ai legislatori per snellire queste procedure, preservando ovviamente gli aspetti morali, altrimenti non reggeremo più la concorrenza degli altri Paesi, perdendo anche ingenti finanziamenti comunitari".

“Il comitato etico di un singolo centro non può bloccare tutta la sperimentazione perché segue regole diverse dagli altri: abbiamo bisogno di decisioni omogenee. A rischio anche gli studi indipendenti, fondamentali per la sostenibilità del Servizio Sanitario”, ha sottolineato il Professor **Francesco Di Costanzo**, Direttore dell’Oncologia Medica del ‘Careggi’ di Firenze e Membro del Direttivo Nazionale GOIRC. “Malgrado la pesante situazione economica e legislativa della Penisola, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha registrato nel 2012 quasi 700 studi condotti in Italia. Uno su tre riguardava il campo oncologico. Purtroppo, nel nostro Paese l’importanza di gruppi come il GOIRC non è ancora pienamente compresa, mentre all’estero sì. Per un semplice motivo: collaborare in rete permette di coagulare i ricercatori, diminuendo anche il carico di lavoro e lo spreco di risorse. Da noi, i team di ricerca oncologica sono stati lasciati in uno stato di abbandono quasi totale: senza mezzi e praticamente scollegati dalle strutture sanitarie, verso cui andrebbero trasferite le innovazioni prodotte. Serve un deciso cambio di passo”.

“Siamo stati la prima esperienza di gruppo cooperativo in ambito oncologico, ma se continueremo su questa strada rischiamo di rimanere anche l’unico”, ha aggiunto il Professor **Rodolfo Passalacqua**, Presidente GOIRC. “Dobbiamo far capire all’opinione pubblica e alle Istituzioni che la ricerca indipendente garantisce risparmi e sostenibilità a tutto il sistema. Ma reperire fondi diventa sempre più difficile e la colpa non è da attribuire soltanto alla scarsità di risorse. Ad esempio, a livello europeo possiamo contare ancora numerosi bandi di finanziamento, che raramente vengono però assegnati all’Italia. E non dobbiamo stupirci: al giorno d’oggi solo chi sviluppa progetti di ampio respiro riesce a essere competitivo, accede alle sovvenzioni e raggiunge risultati concreti”.

Durante il Convegno, tra i vari dibattiti si è parlato delle ‘Novità più rilevanti nella ricerca oncologica’, ‘ricadute positive della ricerca per il SSN e per il paziente’, ‘la comunicazione dei trial ai pazienti e consenso informato: dalla firma alla condivisione’, ‘empowerment dei cittadini nella ricerca’ e di ‘nuove forme di partecipazione del paziente’.

Infatti, i malati rivestono un ruolo centrale negli studi clinici, come sottolineano gli Oncologi. “Si tratta di persone che vanno informate e capite: sono risorse necessarie ma spesso si tende ancora a escluderle dal processo decisionale ed esplicativo”, conclude Di Costanzo. “Purtroppo, fino ad ora quasi nessuno si è interessato fino in fondo di loro. Eppure i pazienti sono centrali nel nostro lavoro e lo saranno sempre più, visti i continui successi nella battaglia contro il cancro. Ci occupiamo anche di tossicità dei farmaci e qualità della vita, aspetti che riguardano oggi oltre due milioni di italiani: le persone che hanno ricevuto una diagnosi di tumore”.

Cure primarie. Intervista a Nello Martini: “In questa fase ancora molti nodi da sciogliere”

Parla il Direttore Ricerca & Sviluppo dell’Accademia nazionale di Medicina, per molti anni Dg all’Aifa, che in questa intervista ci presenta il convegno del prossimo 18 febbraio dal titolo ‘Cure Primarie H24. Chronic Care Model e Medicina di iniziativa’. “Oltre alla riorganizzazione sarà importante monitorare le implicazioni sociali di questo cambiamento”. IL PROGRAMMA

“In questa fase, che possiamo considerare lo stato nascente delle cure primarie H24, vi sono questioni di fondo e scelte strategiche che sono al centro del dibattito politico, delle Regioni e delle professioni”. Parole di **Nello Martini** Direttore Ricerca & Sviluppo dell’Accademia nazionale di Medicina e direttore generale dell’Aifa fino al 2008, che in quest’intervista ci

presenta i temi che saranno al centro del Convegno organizzato dall'Accademia per il prossimo 18 febbraio a Roma presso l'UNO Hotel dal titolo '*Cure Primarie H24. Chronic Care Model e Medicina di iniziativa*'. Evento rivolto a Dirigenti degli Assessorati alla Sanità; Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi delle Aziende Sanitarie pubbliche; dirigenti della Ospedalità privata, medici e cultori della materia.

Direttore, ci spiega gli obiettivi del convegno?

La riorganizzazione delle cure primarie rappresenta un processo di trasformazione molto complesso su cui insistono le differenti variabili politico – istituzionale – professionale – sociale del processo assistenziale. Questo primo Convegno Nazionale intende avviare un approfondimento e un'analisi sul progetto politico-istituzionale, sulle esperienze regionali, sui sistemi di governance e di performance e su alcune aree modello della presa in carico della cronicità (asma/BPCO – diabete – osteoporosi – artrite reumatoide - scompenso cardiaco).

Cure primarie, ma a che punto siamo?

Il riordino dell'assistenza territoriale e della Medicina Generale, previsto dal Decreto Balduzzi rappresenta in linea di principio un passaggio cruciale del riassetto del Ssn, che va letto e contestualizzato complessivamente tenendo conto del Patto per la Salute, dell'atto di indirizzo delle Regioni per la medicina convenzionata, della riorganizzazione della rete ospedaliera e delle altre iniziative normative e di contesto. Ecco perché ancora oggi, in questa fase, che possiamo considerare lo stato nascente delle cure primarie H24, vi sono questioni di fondo e scelte strategiche che sono al centro del dibattito politico, delle Regioni e delle professioni e su cui è fondamentale discutere e confrontarsi.

E quali sono questi nodi da sciogliere?

Le questioni e le scelte fondamentali da fare sono plurime. In primis occorrerà definire ruoli e competenze rispettivamente del Ministero, delle Regioni e della Convenzione con la Medicina Generale nella normativa per la pianificazione e la organizzazione delle cure primarie. Bisognerà anche ragionare sul rapporto tra AFT – UCCP e distretto, senza dimenticare la necessità di definire l'integrazione nelle nuove strutture delle forme associative attualmente esistenti. Altro nodo da sciogliere riguarda poi la definizione di quali criteri e metodologia utilizzare per la integrazione nelle nuove strutture degli specialisti, degli infermieri, delle unità amministrative in collegamento con l'Azienda Ospedaliera. E poi c'è tutta la partita del finanziamento. Esso come avverrà? Come verrà definito il budget – per quota capitaria o secondo altri parametri? E quali saranno i criteri, la professionalità e le procedure per la nomina del coordinatore?

I temi su cui confrontarsi sono parecchi. E in questo senso come valuta anche gli impatti della riorganizzazione sui cittadini?

Questo aspetto è decisivo. I risvolti sociali del processo di cambiamento indotto dalle strutture associate delle cure primarie, per cui il singolo cittadino non avrà più il "proprio" medico di famiglia ma dovrà rivolgersi a una struttura complessa in cui l'unicità del rapporto con il medico è data dalla condivisione della cartella clinica e del percorso assistenziale, è un passaggio delicato che va costruito, assecondato e seguito per non indurre fenomeni sociali di rifiuto e di rebound.

Allerta del Ministero: "E.coli altamente patogeno nel formaggio Roquefort Carrefour"

La ditta di produzione è Prolaidis che, come la Carefour, ha comunicato di avere adottato le misure necessarie per ritirare i prodotti. Il ministero della Salute invita i cittadini che avessero acquistato il prodotto a non mangiarlo e a contattare i Nas o la Asl competente per territorio.

Riscontrato un elevato contenuto di Escherichia coli ceppo STEC altamente patogeno in formaggio Roquefort Carrefour in confezioni da 100 gr con data di scadenza 19/04/2014. A lanciare l'allerta è il ministero della Salute, sulla base di una segnalazione della Commissione europea attraverso il punto di contatto RASFF.

La ditta di produzione del formaggio contaminato è Prolaidis stabilimento n FR 59 343 030 CE. "Le autorità francesi - spiega la nota del ministero - hanno comunicato che la ditta ha ritirato dal mercato anche i seguenti lotti prodotti dalla medesima materia prima del lotto oggetto della notifica di allerta", e cioè:

DM 0592 da consumare entro il 15/04/2014

DN 0592 da consumare entro il : 16/04/2014

DR 0591 da consumare entro il:19/04/2014

DS 0591 da consumare entro il : 20/04/2014

DV 0591 da consumare entro il : 20/04/2014

DX 0591 da consumare entro il : 30/04/2014.

Il ministero della Salute comunica invece di avere informato le Autorità regionali ed il Comando Carabinieri NAS per le operazioni di ritiro del prodotto dalla Commercializzazione. "La Carefour ha dichiarato di aver adottato tutte le misure per ritirare i prodotti ed informare i consumatori", spiega ancora il ministero, che aggiunge: "Si avvisano, a scopo precauzionale, i consumatori che avessero acquistato il prodotto a non consumarlo e contattare i Carabinieri NAS o la ASL competente per territorio".

SOLE24ORE/SANITA'

Ferite da taglio e punta in ambienti sanitari: il Consiglio dei ministri approva il Dlgs di adeguamento alle norme Ue

Il Consiglio dei ministri ha approvato su proposta del ministro per gli Affari europei, Enzo Moavero Milanesi, e di ministri di settore la direttiva 2010/32/UE, che attua l'accordo quadro concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario (co-proponente il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin).

Scopo del provvedimento è ridurre il numero di ferite e punture accidentali che si verificano in ambienti sanitari, per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e per la riduzione dei costi connessi (valutati in circa 850 euro per evento, a carico del datore di lavoro pubblico o privato); studi del settore ne stimano infatti in Italia un'incidenza pari a circa 96.000 casi all'anno.

Come già annunciato questa mattina su questo sito ([VEDI](#)) Il Dlgs è praticamente conforme al testo originario, solo con piccoli aggiustamenti chiesti dalle commissioni parlamentari. E

disegna le regole per garantire la massima sicurezza possibile negli ambienti di lavoro sanitari, grazie alla prevenzione delle ferite provocate da tutti i tipi di dispositivi medici taglienti (punture di ago comprese) e alla protezione dei lavoratori a rischio nel settore ospedaliero e sanitario. Un fenomeno, quello delle ferite e delle punture o tagli accidentali che, secondo la relazione al provvedimento coinvolge ogni anno in Europa circa un milione di operatori (in Italia sarebbero 130mila), soprattutto in servizio nei reparti di degenza.

Il provvedimento prevede tra le altre cose l'obbligo di provvedere alla sicurezza è del datore di lavoro che deve assicurare che il personale sanitario (ma anche gli studenti che seguono corsi di formazione e i sub-fornitori) sia formato e dotato di risorse adatte a operare in condizioni di sicurezza, deve adottare misure per eliminare o contenere al massimo il rischio di ferite e infezioni sul lavoro grazie a una politica globale di prevenzione che tenga conto delle tecnologie più avanzate, creare le condizioni per favorire la partecipazione attiva dei lavoratori e dei loro rappresentanti all'elaborazione delle politiche globali di prevenzione e non supporre mai come "inesistente" un rischio, ma dare sempre alle misure di prevenzione un ordine di priorità - che la stessa direttiva indica - per eliminare e prevenire i rischi e creare un ambiente di lavoro sicuro, con la collaborazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. ([VEDI GLI ALTRI CONTENUTI](#))

Corte dei conti, inaugurazione dell'anno giudiziario: sanità terra di illeciti

Basta con nuovi interventi di correzione del disavanzo «riproduttivi di un circolo vizioso che rallenta la ripresa». Il presidente della Corte dei Conti Raffaele Squitieri ha rilevato oggi, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte che i vincoli europei restano severi «anche nella prospettiva di un ciclo economico» che migliori. La spesa andrà «comunque attentamente monitorata». E «il 2014 sarà un anno in cui il paese dovrà dimostrare capacità nuove: sapere riformare le proprie istituzioni e regole; orientare il contributo di tutti al risanamento complessivo», secondo Squitieri.

La razionalizzazione e la revisione della spesa secondo il presidente della Corte vanno però «intese nel significato, più impegnativo e complesso, di ripensamento del perimetro dell'intervento pubblico e delle modalità di prestazione e di accesso ai servizi pubblici, in un contesto sociale e demografico profondamente mutato»

Per Squitieri «in questo momento storico così difficile, in questo tempo della responsabilità, l'Italia può contare sulla Corte dei conti - e in particolare della rete delle sezioni regionali - per la tutela dell'unità economica della repubblica. Il nostro impegno è totale, senza condizioni».

Secondo il presidente è anche grazie a norme chiare, organiche e semplici «che si può ostacolare la corruzione, eliminando margini di in terza e ambiguità, entrò i quali più facilmente attecchisce il fenomeno». «Nessun risultato potrà, tuttavia, dirsi pienamente raggiunto in assenza di una capillare diffusione della cultura della legalità nelle pubbliche amministrazioni- ha aggiunto - va peraltro sottolineata l'importanza di una strategia di prevenzione generale che renda residuale, anche se necessario, il momento sanzionatorio dei comportamenti illeciti».

E la sanità, ha affermato il procuratore generale della Corte, Salvatore Nottola, si conferma

un ambito «particolarmente esposto a fatti illeciti di varia natura». Una terra di conquista sia dal punto di vista della legalità da ritrovare, sia però anche da quello degli illeciti che non solo non accennano a diminuire, ma si differenziano per tipologia e meccanismi di azione

La gestione della spesa sanitaria

Nel 2013 le procure regionali della Corte dei conti hanno emesso 121 citazioni in materia sanitaria. Di queste il 25,6% ha riguardato il personale (assunzioni, inquadramenti irregolari, assenteismo ecc.) e il 24,8% risarcimenti di danni a terzi per errori sanitari. L'importo complessivo delle citazioni è di 30,37 milioni (di cui 13,9 solo in Calabria, seguita con 6,19 milioni dal Piemonte. Ultima in classifica l'Abruzzo con soli 3mila euro).

A questi si aggiungono 55,4 milioni (dovuti da 79 persone fisiche) per l'effetto di 50 sentenze definitive delle sezioni giurisdizionali di appello. La maggior parte dell'importo riguarda danni patrimoniali di vario genere. Le sentenze di primo grado, invece, sono state 237, con altrettanti risarcimenti per ora addebitati di circa 17,9 milioni.

Elevatissimo infine è l'importo delle citazioni in attesa di giudizio: oltre 123,6 milioni, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali per i quali però si devono aspettare le relative pronunce.

Sono questi i risultati 2013 dell'attività della Corte resi noti dal procuratore Nottola nella sua relazione scritta.

Le sentenze definitive

Nella sua memoria scritta il procuratore fa gli esempi degli illeciti su cui sono state emesse sentenze definitive. Si va dai danni di immagine alle campagne di screening per i tumori femminili, dalla omessa vigilanza del corretto aggiornamento degli elenchi degli assistiti dei medici di medicina generale alla accertata responsabilità penale per abusi sessuali commessi in servizio da un medico. Ma tra i «casi più rilevanti» il procuratore cita soprattutto «l'illegittimo conferimento di incarichi professionali».

Un importo rilevante (39,9 milioni) è quello per il risarcimento di danni erariali, le cui tipologie vanno da truffe per pagamenti a soggetti che non avevano rapporti con le Asl o per prestazioni mai fornite alla falsificazione degli atti di transazioni. Poi ancora i danni riguardano la cattiva esecuzione di lavori di ristrutturazione di strutture sanitarie, varie irregolarità nell'assunzione di personale in violazione delle leggi regionali, l'errata applicazione dei criteri di assegnazione delle quote per l'esercizio dell'intramoenia.

Un capitolo a sé la relazione del procuratore lo dedica alla sezione siciliana d'appello che ha confermato undici sentenze per un totale di 13,8 milioni. I danni riguardano il mancato adeguamento per la sicurezza di luoghi di lavoro, il risarcimento di danni a terzi per errori sanitari che hanno portato al decesso del paziente, un caso di mobbing (risarcito un medico con oltre 500mila euro), irregolarità in opere di ristrutturazione.

Altre irregolarità sono nello svolgimento dell'intramoenia, ma quella che "vale" di più (11,8 milioni addebitati a fronte di un danno ipotizzato in primo grado di oltre 37 milioni) riguarda l'operazione ritenuta «illegittima, ingiustificata e priva di utilità», di potenziamento del "Servizio di urgenza ed emergenza sanitaria 118" (Sues 118) attraverso due atti aggiuntivi alla convenzione della Regione con la Croce Rossa. Secondo i magistrati contabili siciliani il potenziamento del Sues ha prodotto un danno erariale per l'attivazione di «ben 99 nuove ambulanze e l'assunzione di numerosissime unità di personale con la qualifica di autista-soccorritore», una «rocambolesca operazione - la definisce la relazione del procuratore - unicamente effettuata per soddisfare esigenze extrafunzionali di natura

occupazionale (legate a logiche clientelari e/o di adesione a "pressioni lobbystiche") oltre al fatto che il potenziamento del servizio non sarebbe stato attuato in conformità agli standard qualitativi» dettati dalle norme di settore (linee guida nazionali e regionali).

Le sentenze di primo grado

Lunghissimo è poi il capitolo che riguarda gli esempi delle 237 sentenze di primo grado, di cui oltre 150 riguardano persone fisiche (alcune con più condanne) e alcune persone giuridiche, con importi di condanna di 17,9 milioni.

La maggior parte sono danni patrimoniali (17,6 milioni), a cui si aggiungono quote minori per danni all'immagine (282mila euro).

Il singolo importo più alto (2,3 milioni) è quello deciso dalla sezione Trentino Alto Adige con la condanna di un dipendente dell'Asp addetto ai rimborsi per abusi di potere, violazione dei doveri della sua pubblica funzione e del servizio svolto per aver falsificato, d'accordo con alcuni familiari, numerose pratiche di rimborso per spese sanitarie.

E ancora i casi maggiori citati nella relazione riguardano la Liguria (danno di "perdita di chances" per oltre un milione per l'Asl 3 genovese per la fornitura di strisce per diabetici senza gara aperta), la Toscana (appropriazione di denaro attraverso pagamenti e operazioni fittizie da parte di dirigente di una ex Usl con una condanna per 1,66 milioni) e il Lazio con oltre 2,7 milioni complessivi per danni indiretti da lesioni, truffe e falsità, illecite mansioni superiori ecc. Tra queste l'importo maggiore (1,5 milioni) è per il danno di alcuni medici convenzionati che avevano prescritto medicinali per l'epatite B e C senza che fosse stato rilasciato l'obbligatorio piano terapeutico di uno specialista.

Citazioni in attesa di giudizio

I danni contestati ammontano a oltre 123,6 milioni, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali per i quali però si devono aspettare le relative pronunce. Di questi, solo nel Lazio sono stati contestati 91,7 milioni, di cui oltre 86,9 per rimborsi illeciti di prestazioni sanitarie di riabilitazione ottenuti dalla casa di cura San Raffaele di Cassino e quindi dalla San Raffaele Spa di Roma. Altre fattispecie in attesa di giudizio riguardano poi violazioni all'esclusività, truffe, assunzioni illecite, danni per reati penali, trattamenti economici irregolari, sopra valutazioni di importi rimborsati, omessa vigilanza sugli elenchi degli assistiti e così via.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584