

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
18 APRILE 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Chirurgia e Gastroenterologia tra i centri di eccellenza

Si consolidano le sinergie tra le equipe di Chirurgia e Gastroenterologia dell'ospedale civile di Sassari per il 'rendez-vous chirurgico-endoscopico'. Il protocollo che consente di trattare in un unico intervento una patologia frequente come quella della calcolosi della cistifellea (vescicola in cui si deposita la bile prodotta dal fegato) e della via biliare principale (tubicino che permette alla bile di riversarsi nel tubo digerente) ha inserito il Santissima Annunziata tra i centri di eccellenza italiani. La metodica ha riscontrato un notevole successo tanto che l'ospedale civile di Sassari sta registrando un considerevole incremento delle richieste. «Questa tecnica in Sardegna viene praticata esclusivamente nell'ospedale civile di Sassari» spiega il dottor Luigi Cugia direttore dell'Unità di Gastroenterologia e Endoscopia digestiva che insieme all'equipe della Chirurgia guidata dal direttore Pietro Niolu si è fatto promotore della procedura. Grazie ai risultati ottenuti da ben quattro equipe, chirurgica, endoscopica, radiologica e anestesiologicala dell'ospedale civile, la direzione della Asl ha previsto un potenziamento delle attività con l'obiettivo di elevare a 40 rendez-vous annui i casi da trattare.

SASSARI Al Centro Ipertensione di San Camillo il premio per il progetto "Cuore e diabete"

Il progetto "Cuore e Diabete" promosso dal Centro Ipertensione della Asl di Sassari è uno degli 8 migliori progetti di informazione, sensibilizzazione, prevenzione nel campo del diabete in Italia. Il "Premio Fand 2014" è stato assegnato in occasione della XXXII Assemblea nazionale del Fand-Associazione Italiana Diabetici, svoltasi lo scorso 6 aprile a Pesaro. Il Centro Prevenzione, Diagnosi e Terapia dell'Ipertensione Arteriosa, operativo presso San Camillo, è stato premiato per aver promosso una corsia preferenziale di valutazione cardiovascolare dedicata a pazienti diabetici con particolare rischio cardiovascolare. Una iniziativa promossa in accordo con il Distretto Sanitario di Sassari, volta a fornire un contributo alla prevenzione cardiovascolare nelle persone con diabete mellito. Il Premio Fand ricevuto dal Centro Ipertensione è di 700 euro e verrà utilizzato per l'acquisto di un elettrocardiografo. «Questo riconoscimento gratifica il grande impegno del nostro Centro per assicurare all'utente un'offerta adeguata rispetto al reale bisogno» spiega Antonio Viridis, direttore del Centro Prevenzione Diagnosi e Terapia dell'Ipertensione Arteriosa e delle Complicanze Cardiovascolari -. Diabete mellito e ipertensione sono infatti due fra i più importanti fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Attraverso il Progetto "Cuore e Diabete" abbiamo voluto fare un importante passo avanti nella presa in carico globale del paziente diabetico». Al progetto hanno collaborato l'Adms, Associazione Diabete Mellito Sardegna, la Diabetologia del SS. Annunziata, la Diabetologia della Aou e i diabetologi territoriali.

SASSARI L'archivio della Asl diventa digitale

Se si dovessero mettere in fila le cartelle cliniche e tutti i documenti amministrativi prodotti negli ultimi 40 anni dalla Asl di Sassari si coprirebbe una distanza di 6 chilometri e 300 metri. Adesso questa mole enorme di carta è stata catalogata e messa in ordine dando vita all'Archivio Unico Centralizzato che si trova nella borgata di San Giovanni e raccoglie appunto cartelle cliniche suddivise in settori corrispondenti alle strutture sanitarie e ai reparti di provenienza, provvedimenti amministrativi e libri contabili. Tutta questa documentazione è stata mappata e censita da due archivisti, Marianna Pinna e Mauro Fiori, pronti a passare alla seconda fase del progetto che prevede la digitalizzazione on demand. Negli ultimi due anni sono stati parzialmente liberati i reparti da della grandissima quantità di materiale cartaceo che viene prodotta quotidianamente ma ancora c'è tanto da fare. Intanto ieri il direttore generale della Asl Marcello Giannico, accompagnato dal direttore del Santissima Annunziata Bruno Contu e dal responsabile del Servizio Affari Generali (competente per gli archivi) Alessandro Frulio, ha presentato quello che viene considerato un unicum nel panorama regionale: un archivio razionale che dovrebbe portare non pochi vantaggi agli utenti e allo stesso personale (medico e non) che dovesse avere necessità di accedere alla documentazione. Fino a pochi giorni fa le cartelle cliniche erano custodite nella palazzina H di Rizzeddu dove i pazienti ancora si devono presentare per richiedere la copia di una cartella. Oggi la struttura è stata definitivamente svuotata e, dopo una ristrutturazione, sarà destinata ad ospitare l'Archivio Storico, una raccolta di documenti amministrativi e sanitari che va dal 1509 al 1973. Si tratta di un patrimonio preziosissimo che è stato ricostituito alcuni anni fa dopo che i carabinieri avevano rintracciato addirittura a Miami, negli Stati Uniti, alcuni libri medioevali sottratti tempo addietro dall'ospedale civile di Sassari. Tornando ai nostri giorni, anzi al prossimo futuro, un sistema informatico appena installato consentirà di digitalizzare man mano tutti i documenti riducendo progressivamente la quantità di carta già prodotta e quella che si continua a produrre, complice anche l'attività di smaltimento dei documenti che non è più necessario conservare. Un passo avanti enorme se si considera che fino a due anni fa i faldoni erano accatastati nello stesso deposito di San Giovanni in montagne di carta senza criterio, esposte all'umidità se non al continuo pericolo di incendio. «Oggi la Asl di Sassari può vantare un archivio moderno – ha detto Giannico –, nonché modello per altre aziende sanitarie della Sardegna». Con questo nuovo sistema archivistico ottenere copia dei documenti amministrativi e delle cartelle cliniche datate dovrebbe essere più agevole e veloce. «Grazie alla piattaforma informatica potremo gestire on demand tutte le richieste provenienti dalle strutture ospedaliere e amministrative e dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico – ha spiegato Frulio –. La realizzazione dell'archivio ha inoltre consentito di eliminare i tanti piccoli archivi decentrati e migliorare la gestione degli spazi all'interno dei singoli reparti».

ITTIRI Guardia medica: il Consiglio comunale scende in piazza

Mercoledì prossimo il consiglio comunale straordinario si riunirà alle ore 18 in seduta aperta al pubblico, nel piazzale di fronte all'ospedale Alivesi per discutere dell'annunciata chiusura della guardia medica diurna a partire dal primo maggio e assumere le conseguenti iniziative. Diventa, infatti, sempre più preoccupante la situazione relativa alla decisione, assunta dalla Asl di Sassari, di sopprimere, dal prossimo mese, un servizio sanitario essenziale. L'iniziale protesta, concretizzatasi attraverso la ferma e decisa presa di posizione del sindaco Orani e di alcuni consiglieri comunali, sta diventando, ogni giorno di più, un rifiuto condiviso e una condanna trasversale, di tutta la popolazione e dei partiti politici. Per

fare in modo che chi di dovere prenda piena coscienza di quanto la comunità locale, estesa al territorio che gravita attorno all'Alivesi, sia disposta a spendersi, per evitare la soppressione del punto di guardia medica diurno, il sindaco Orani ha trasmesso un comunicato stampa nel quale, riprendendo le ragioni che spingono l'amministrazione comunale a schierarsi con i cittadini in difesa di un servizio, di tipo salva vita, il minimo che un presidio sanitario può e deve assicurare, informa i propri concittadini che «facendomi interprete del malcontento e della preoccupazione della popolazione e del consiglio comunale, ho inviato una lettera di sollecito rivolta al direttore generale della Asl n.1 e all'assessore regionale alla Sanità nella quale chiedevo un incontro urgente per discutere della situazione ed esporre le nostre ragioni. Nel contempo - continua la nota del primo cittadino - ho messo a conoscenza della vicenda i Consiglieri regionali e i parlamentari eletti nel territorio chiedendo il loro sostegno e preannunciando la richiesta di una loro partecipazione ad un'iniziativa pubblica che si terrà, presumibilmente, mercoledì della prossima settimana se nel frattempo – puntualizza Orani – non dovessero verificarsi sviluppi positivi della vicenda. Anche i partiti politici più radicati, a Ittiri, sono stati informati e coinvolti richiedendo il loro sostegno». Questa volta sembra sia l'occasione buona per far sentire alla Asl e all'assessore regionale alla Sanità, che non è più accettabile la politica del carciofo attraverso la quale, con periodicità inarrestabile, si sottraggono all'Alivesi servizi che, non ultima la guardia medica, sono di supporto e di sostegno a situazioni che Sassari non può reggere, vedi il pronto soccorso.

THIESI Sanità precaria,dura nota del comitato per l'ospedale

Anche il comitato interviene nelle ultime vicende relative al presidio sanitario del Meilogu. Il riferimento non è solo all'ufficio ticket, contro la cui chiusura si sono opposti il sindaco Soletta e il consigliere regionale Manca: «Nel silenzio assoluto ci vengono portati via i servizi essenziali, nel clamore più fragoroso ci vengono date le notizie delle buone intenzioni, riguardante i servizi laterali (la radiologia digitalizzata, ndr). Siamo Thiesini cortesi e rispettosi - scrive il comitato -, abbiamo assistito indifesi, alla chiusura di un ospedale, di un pronto soccorso ed ora, nascosta dal clamore delle intenzioni relative alla radiologia, stiamo perdendo la guardia medica diurna. Unico punto di riferimento medico nel territorio in caso di emergenza». «Sperimentiamo giorno per giorno il nostro disagio relativo alla carenza di un punto di primo soccorso. Abbiamo gli uffici Sau e Ticket che funzionano a momenti ed ora chiusi senza notizie relative alla loro apertura. Adesso - conclude la nota - siamo tutti più tranquilli e qualora capitasse un infarto, entro le 14 e non di domenica, sappiamo che la radiologia è all'avanguardia».

L'UNIONE SARDA

OLBIA Morte in corsia, via al processo Asl: mezzo milione ai familiari, la causa va avanti

La Asl di Olbia ha già risarcito la famiglia, 570mila euro, ma il processo per la morte dell'ex maresciallo dei carabinieri, Giuseppe Bachisio Enne, rischia di essere cancellato dalla prescrizione. L'uomo, 77 anni, secondo il pm Riccardo Rossi, è deceduto a causa di un grave errore diagnostico. I fatti risalgono al primo ottobre del 2007 e sono avvenuti nell'ospedale di Olbia. Soltanto ieri, però, a distanza di quasi sette anni dalla tragedia, il fascicolo aperto per l'ipotesi di omicidio colposo è arrivato davanti al giudice di Tempio. E

il legale dei familiari della vittima, l'avvocato Aldo Kersevan, ha annunciato una causa contro lo Stato per le lungaggini del procedimento. Sotto accusa ci sono otto medici, Massimiliano Coppola, Fedele Tola, Antonio Pintus, Vincenzo Eremita, Gianpiero Cossu, Andrea Bonfiglio, Sabrina Sotgiu e Marianna Messina. Si tratta dei chirurghi, degli anestesisti e degli internisti che si occuparono di Enne. Non riconoscendo, secondo la Procura, una lesione al diaframma che provocò al paziente la risalita degli organi verso l'esofago, uccidendolo. L'assicurazione della Asl ha già risarcito i danni, ma, incredibilmente, il processo è iniziato solo ieri ed è stato subito rinviato a novembre, per problemi nelle notifiche. «Fatto gravissimo - commenta l'avvocato Kersevan - e per questa ragione chiederemo conto allo Stato».

PERDAXIUS Antonello Cruccas, 52 anni: se i medici mi operano posso continuare a vivere «La mia non è più un'esistenza ho chiesto il suicidio assistito»

Tutto, irrimediabilmente, compresso in un centimetro d'acciaio. In una minuscola estremità di una vite dove, giorno dopo giorno, si divaricano distanze inaspettate tra l'istinto alla sopravvivenza e il desiderio di vivere. Uno spazio di disperazione, forse non più gestibile, per Antonello Cruccas, 52 anni, prigioniero di una tetraplegia dopo la frattura, 22 anni fa, di una vertebra cervicale. L'estremità della vite superiore che salda la placca tra la quinta e la settima cervicale dell'ex muratore, è dentro il midollo. Un centimetro. E avanza inesorabile. Per Antonello Cruccas, bloccato in una carrozzina dall'incidente del 16 agosto 1991 a Porto Pino, il suo corpo è diventato qualcosa di ostile e sconosciuto.

LA LETTERA Lo scorso aprile ha inviato una lunga mail a un'associazione che ha sede in Svizzera, a Forch, la cittadina dove si trova la clinica della *dolce morte*. Non avrebbe mai voluto scriverla, «ma questa non è vita», sentenza. Chiede di «essere accompagnato ad una morte dignitosa». Antonello non nasconde il disagio anche solo a pronunciare le parole *suicidio assistito* o *eutanasia*. Ma non ha dubbi sul suo «diritto a vivere, e soprattutto, a morire con dignità». Ripete che è pronto per fare il testamento biologico «ora che sono ancora capace di intendere e di volere. E non voglio sul mio corpo alcun accanimento terapeutico».

LA PAURA Antonello vive a Perdaxius, un paesetto di campagna a una decina di chilometri da Carbonia. Vicino a lui, instancabile, la mamma Giovanna, di 77 anni disabile. «Lo dico a scampo di equivoci: io sono credente, ma anche Gesù ha avuto paura di morire. Perché non dovrei averne io? Però - precisa con gli occhi sfiniti - una cosa è smettere di vivere in una notte, altra cosa è morire ogni giorno per 23 anni, tra dolori atroci e senza una speranza di aiuto».

LA SPERANZA Ed è proprio questa la vera sconfitta. Antonello Cruccas, ha chiesto agli specialisti dell'Unità Spinale del Marino, la possibilità di rimuovere quella vecchia placca («ferraglia che mi sta uccidendo»), incompatibile tra l'altro con la risonanza magnetica. «Nessuno se la sente di operarmi», racconta. «Non entro nel merito di questa scelta, ma almeno che mi diano la possibilità, con una relazione medica, di andare a Bologna o in qualche altro ospedale dove ci sono neurochirurghi disposti a fare quest'operazione». Senza quel documento significherebbe sostenere spese impensabili per lui che vive con una pensione di 270 euro al mese. «Ne spendo 370 in farmaci, la maggior parte integratori».

I DUBBI Difficile intercettare la sottile linea che separa la speranza di guarire e la paura di una morte infinita e quotidiana, nella drammatica vicenda di Antonello Cruccas. Ma non

solo: quale è il confine tra il suicidio assistito condannato come abdicazione della scienza medica e una medicina che appare impaurita alla richiesta di un intervento per la vita?, si chiede Antonello. «Voglio capire cosa sta succedendo al mio corpo», ripete. «La mattina, solo per poche ore riesco a sopportare questo *non-vivere* ma poi il mio corpo perde la stabilità. Perdo tutta la forza muscolare e la sensibilità delle mani e delle braccia. Non riesco più a dormire da 22 anni. Il mio corpo non ha fame, non può mangiare. Unica eccezione minestrine con un omogeneizzato che mi prepara mia mamma».

L'ALTRUISMO Sino al 2011, in effetti, la situazione era molto diversa: nonostante il dramma della lesione midollare, Antonello era riuscito a modellare la veste di quella drammatica esistenza. Ha realizzato un suo sito internet e ha aiutato tanti ragazzi colpiti come lui, a superare il trauma psicologico di quella metamorfosi esistenziale. «Ho dato consigli e ho tantissimi amici con cui, sino ad allora, riuscivo a dialogare. Aveva un significato la mia esistenza. Mi sentivo utile. Oggi sono solo, le istituzioni mi ignorano».

L'INCIDENTE Antonello non parla molto di quell'estate funesta del '91. Il giorno dopo Ferragosto era al mare con gli amici. Un gioco gli è stato fatale. Un tuffo dal pattino in un fondale troppo basso. Subito dopo l'odissea che dura da ventitré lunghissimi anni. La corsa al vecchio ospedale Marino, l'intervento e il resto dei giorni passati tra terapie, riabilitazioni e sale operatorie.

LA RASSEGNAZIONE «I miei familiari sono contrari, non vogliono che parli di suicidio assistito, ma io non ho intenzione di continuare in queste condizioni». Poi si avvicina al computer e sul video fa scorrere una lista di nomi in rosso. «Loro, oggi, non ci sono più. Hanno fatto quello che chiedo io». Lui chiede solo una speranza di vita.

ORDINE DEI MEDICI Mondino Ibba «Le scelte di fine vita sono personali»

Ogni intervento, anche quello più banale, può comportare rischi e causare conseguenze più o meno gravi. Perché, a volte, bisogna fare i conti (anche) con l'imponderabile. Ma quando i medici dicono «no, ci dispiace ma non possiamo operare», vuol dire che le conseguenze possono essere davvero irreparabili. Dunque: la proporzione rischio-beneficio è impietosamente sfavorevole.

«Se i medici ritengono di non volerlo toccare mi pare che la motivazione più sensata sia legata al rischio altissimo», taglia corto Mondino Ibba, veterano presidente dell'Ordine dei medici che aggiunge: «Non ho elementi per fare una valutazione e per dire cosa ne penso. La vicenda mi sembra complessa e per certi versi contraddittoria, ma ripeto che l'unica ragione per cui i medici si rifiutano di sottoporre un paziente all'intervento chirurgico è l'elevato rischio». Questo, tuttavia, per Ibba non obbliga gli stessi medici a mettere per iscritto le loro conclusioni, come vorrebbe Antonello Curccas. «La medicina è uguale ovunque e se il rischio è ritenuto altissimo qui, lo sarà anche nel resto del mondo». La motivazione legata al rischio convince anche Alberto Puddu, medico di base a Iglesias e fino all'anno scorso vice presidente dell'Ordine dei medici. «Non ho elementi per dare un giudizio approfondito, ma evidentemente la situazione è davvero complessa al punto da sconsigliare d'intervenire per le conseguenze cui potrebbe portare». Per quanto concerne la dichiarazione richiesta dal paziente, Puddu aggiunge: «il mio punto di vista è che qualsiasi medico dovrebbe mettere per iscritto quali sono le sue conclusioni». Più difficile il discorso legato all'eutanasia: «Si tratta di scelte personali difficili da accettare, ma io penso che le scelte di fine vita spettino a ogni cittadino, seppure non siamo culturalmente pronti».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Manovra: le prime ipotesi. Per la sanità 4 mld di tagli nel triennio. Sforbiciata a farmaci, specialistica, ospedaliera convenzionata e beni e servizi. Tetto a stipendi manager e dirigenti

Il testo approderà oggi in CdM. Ecco le prime anticipazioni di Sole 24 Ore e Messaggero. Per la farmaceutica giù i tetti per territoriale e ospedaliera e gare per i generici. Giù anche le tariffe delle convenzioni per specialistica e ospedalità privata. Per gli stipendi potrebbero arrivare vari scaglioni di tetto per manager e dirigenti a secondo del ruolo (da 60mila a 168mila euro). E infine 700 milioni (2014-2015) dai beni e servizi.

Cominciano a concretizzarsi i tagli alla sanità. Come già preannunciato dallo stesso ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, la cifra per il 2014 sarà inferiore al miliardo, ma di poco. La prima bozza sulla manovra che approderà domani in Consiglio dei Ministri, anticipata oggi da *Il Sole 24 Ore*, vede 'concretizzarsi' quei 4,5 mld di spending review previsti nel Def per il 2014.

Per il comparto sanità si prevede una riduzione della spesa sanitaria di 868 mln già da quest'anno e di 1,508 mld nel 2015-2016. Sembrano però scongiurati i tagli lineari, visto che nel testo si prevederebbe che la riduzione del Fondo debba tener conto delle differenze esistenti tra quelle Regioni 'virtuose' con i fondamentali in regola e quelle 'meno attente' al bilancio. Dovrebbero essere lasciata anche una certa libertà ai governatori riguardo le modalità con le quali ottenere risparmi. Potranno quindi decidere anche di tagliare in altro modo, pur garantendo risparmi per quegli importi previsti.

Quanto alle **misure sugli stipendi dei medici** che avevano allarmato i sindacati al punto da minacciare scioperi già da maggio, è il *Messaggero* a dare molte anticipazioni. In questo caso il riferimento base, come già annunciato più volte dal premier **Matteo Renzi** nelle scorse settimane, è quello della retribuzione del presidente della Repubblica, che ha un importo lordo di circa 240 mila euro. Questo sarà il limite massimo da applicare nella pubblica amministrazione ai dirigenti di prima fascia che hanno un incarico di capo dipartimento.

Ma la maggior parte dei manager e dirigenti si dovrà fermare più in basso. È previsto, infatti - sempre secondo quanto anticipato da *il Messaggero* - che l'importo del tetto sia ridotto rispettivamente del 30%, del 60% e del 75%, per gli altri dirigenti di prima fascia, per quelli di seconda fascia e per il restante personale. Le tre categorie si troverebbero quindi a non poter andare oltre i 168 mila, i 96 mila e ed i 60 mila euro: questa ultima cifra - scrive il quotidiano romano - sarebbe quindi la prima soglia a scattare, per chi non ha un contratto di dirigente. Il rispetto dei limiti dovrà essere valutato in riferimento a tutte le somme percepite dagli interessati a qualunque titolo, comprese quelle erogate da enti diversi o quelle ottenute quali corrispettivo di incarichi occasionali. C'è poi un limite specifico nel caso di aspettative o incarichi fuori ruolo: in questi casi indennità o rimborsi spese non potranno superare il 25% del trattamento economico complessivo. Il tetto massimo dovrebbe valere - sempre secondo quanto scritto da *il Messaggero* - anche per il personale

convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, sul quale sarà operata una riduzione dello stipendio del 5% nel caso superi il livello fissato per i dirigenti di seconda fascia, ossia 96 mila euro. Il tutto dovrebbe scattare già con gli stipendi maggio.

Si passa poi al capitolo sulla **farmaceutica** dove - secondo la bozza di decreto anticipata da *il Sole 24 Ore* - si prevederebbero gare tra farmaci generici uguali che l'Aifa dovrà lanciare per selezionare i tre con il costo più basso. Lo Stato dunque rimborserà solo i medicinali che costano meno, mentre sugli altri sarà l'assistito a dover pagare la differenza di prezzo. Si prevede inoltre l'individuazione di categorie terapeutiche omogenee sovrapponibili per risultati. Le Regioni potrebbero così scegliere, per mezzo di altre gare, i farmaci con il costo più basso. Sempre in tema di spesa farmaceutica poi sarebbe previsto l'abbassamento dei tetti della territoriale che passerebbe dall'11,35% all'11,25% nel 2014 per scendere ancora all'11,20% nel 2015, mentre per l'ospedaliera si dovrebbe passare dall'attuale 3,5% al 3,4%, per arrivare al 3,35% nel 2015.

Taglio anche alle **tariffe delle convenzioni per la specialistica e l'ospedalità privata**. Qui il taglio sale dal 2% al 3,5% nel 2014, e arriva al 4% nel 2015. Sempre nella bozza di decreto è indicata infine la cifra di 200 milioni di euro nel 2014 e 500 milioni nel 2015 come risparmio dall'applicazione dei prezzi di riferimento ai beni e servizi non strettamente sanitari riguardanti i lavori, i servizi e le forniture e per i nuovi standard degli ospedali.

Def 2014. Anaa: “Ancora tagli. Governo incurante degli allarmi lanciati sul Ssn”

Il sindacato dei dirigenti medici punta il dito in particolare contro l'ipotesi di taglio degli stipendi e del fondo sanitario nazionale. "A colmare il gap tra costi e servizi saranno i cittadini". Critiche contro il silenzio di Regioni, professioni sanitarie, ordini professionali e Università.

“Crescita dei costi del personale per i prossimi anni invariata rispetto agli anni più recenti, cioè zero o meno; blocco del turnover sine die, con buona pace del giovanilismo imperante e delle attese dei giovani medici che, si sa, sono meno eguali degli altri e dei livelli assistenziali al sud sempre più eventuali; riduzione del fondo sanitario nazionale conseguente alla previsione di un PIL in ribasso. Questo è il DEF per la sanità che il Consiglio dei Ministri ha preparato ed il Senato si accinge oggi ad approvare”. Ad affermarlo è l'Anaa Assomed, in una nota in cui si sottolinea come Parlamento e Governo sembrano “incuranti degli allarmi lanciati da voci autorevoli, in ultimo il rapporto Osservasalute 2013 della Università Cattolica, sul rischio di uno sgretolamento del sistema sanitario e dei guasti, in termini sociali e di salute, provocati da una progressiva restrizione del perimetro di tutela pubblica della salute. Ai cittadini toccherà colmare il gap tra costi e servizi”.

Ma l'Anaa punta il dito anche contro l'ipotesi, annunciata da alcune indiscrezioni di stampa, di taglio lineare al fondo sanitario nazionale di 4 miliardi in tre anni e di “amputazione chirurgica” degli stipendi di tutti i professionisti della sanità. “Il combinato disposto – afferma l'Anaa - di un definanziamento che produce asfissia dei servizi e di un impoverimento delle competenze professionali, spinte alla quiescenza e/o al passaggio

concorrenziale al privato, lascia intravedere una morte annunciata, per la quale non ci risulta sia stato chiesto il consenso dei diretti interessati, cittadini ed operatori, in elezioni primarie o secondarie". In tutto questo, l'Anaa esprime delusione per il fatto che "il grido di dolore per quanto accade è rimasto, però, solo sulla bocca dei medici e dei dirigenti sanitari. Tacciono le Regioni immerse nell'oblio di un patto tradito prima ancora che venisse stipulato. Tacciono le organizzazioni sindacali delle nuove professioni sanitarie, soddisfatte di competenze avanzate e di condizioni di lavoro arretrate. Tacciono gli ordini professionali per i quali il decoro e la dignità professionale sono fattori indipendenti dal contesto. Tacciono le Università che non hanno ancora capito che se si abbassano i nostri stipendi caleranno anche quelli dei medici universitari. Qualcuno si meraviglia ancora per lo stato di agitazione che abbiamo dichiarato e per gli scioperi annunciati?", conclude la nota dell'Anaa.

Medici convenzionati e universitari mantengono ruolo e coesione. Gli ospedalieri no. Perché?

Nonostante il passare dei tempi rimangono le stesse problematiche per la classe medica italiana. E oggi, rispetto a ieri, c'è anche la piaga dei contenziosi medico-legali. Ma se la medicina generale rimane coesa con un ruolo definito e quella universitaria mantiene il suo prestigio, la medicina ospedaliera risulta frammentata ed esposta alle razionalizzazioni di spesa

"Di fronte alle grandi trasformazioni - strutturali, demografiche, economiche, tecnologiche, ecc. - incipienti nella società attuale, la professione medica è in condizioni di disagio: modelli d'insegnamento inadeguati, modi d'esercizio distorti, concezioni fondamentali della vita impoverite di vigore e rigore teoretico ed etico. Si tratta di modi, modelli, concetti e valori sollecitati a riorientarsi in maniera decisiva e ad avviarsi verso una incisiva riforma". Così si legge nel Rapporto dell'Alto Commissariato per la Sanità Pubblica, a cura di Gino Bergami, Commissario e Nicola Perrotti, Commissario Aggiunto, stilato nell'anno 1947.

"La necessità di una riforma dell'insegnamento universitario, del suo miglioramento, sembrano i mezzi più adatti per continuare la nostra antica tradizione", afferma Luigi Stropeni nel Discorso inaugurale del 55° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna (Roma 1954) e "la crisi di identità professionale si è ulteriormente accentuata davanti alla necessità di riconsiderare il ruolo del medico in rapporto agli sviluppi di una tecnologia venuta a irrompere massiccia nell'alveo tradizionale della professione" (C. Frugoni, 58° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Roma 1957). Ancora: "Il rapporto medico/paziente, pur fondamentale ai fini della diagnosi e cura, non realizza una relazione storicamente imperturbabile che dia al medico il privilegio dell'indipendenza dal contesto sociale. Il Medico appartiene ad una delle più antiche e tradizionali professioni e sente ancor più di altre categorie l'ininterrotta continuità storica della qualifica cui appartiene ed è refrattario ad adeguarsi alle discontinuità del contesto sociale cui appartiene e da cui ritiene di essere autonomo ed indipendente" (G. Berlinguer, S. Delogu in "La Medicina è Malata" - ed. Laterza, 1959 - rif. Bibl. in Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea di G. Cosmacini - ed Laterza 1994).

Riforma dell'insegnamento universitario, riconsiderazione del ruolo, rapporto medico/paziente, ricontestualizzazione sociale, sono le parole chiave che fanno da sfondo alla condizione medica in anni assai lontani e che, come si vede, rimane irrisolta ai giorni

nostri. Sembra che il tempo non sia passato e che la professione stenti a trovare le chiavi di lettura di una realtà in continua evoluzione di fronte alla quale appare un doppio binario di comportamento. Da una parte la convinzione/necessità di dover essere protagonisti del cambiamento, dall'altra la tentazione/rifiuto di delegare ad altri le scelte di rinnovamento nella speranza di non dover essere visti come responsabili dell'eventuale fallimento. Su tutto i modelli culturali di base inadeguati nei confronti dei cambiamenti profondi della società.

Il risultato è un diffuso disorientamento più che percepibile tra un sapere scientifico e tecnologico in continuo avanzamento e una sanità condizionata da una complessa e seria difficoltà generale. Il disagio è acuito dalla crescente disparità tra legittimi bisogni dei pazienti, le risorse disponibili, la dipendenza dei sistemi sanitari dalle forze di mercato. E ancora per la diversa interpretazione dello stato di salute sulla cui perdita o sulla cui conservazione "mala medicina" o "malasanità" sono diventate le parole d'ordine. E i relativi contenziosi legali in esponenziale incremento.

Ma c'è di più. "Ieri come oggi vi è la constatazione che il mondo della professione medica è un 'macrocosmo' molto diversificato nel quale convivono, spesso ignorandosi a vicenda, varie figure professionali: il grande luminare, il ricercatore, il libero professionista, lo specialista, il medico di base, l'universitario, l'ospedaliero". E' un'ulteriore riflessione che nel 1959 Berlinguer-Delogu (op.citata) sottolineavano come la figura del medico o la professione medica fosse in realtà un insieme diversificato di ruoli, compiti, funzioni ed interessi. La professione medica non come "unicum" bensì come un "macrocosmo" composto da diversità innegabili: medico universitario, medico ospedaliero, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico specialista ambulatoriale; medico dipendente, libero professionista, dirigente, convenzionato. Diversità di accesso all'esercizio della medicina generale, a quella ospedaliera, a quella universitaria, a quella di specialista ambulatoriale. Diversità di assunzione, di carriera, di trattamento economico, di pensionamento.

Al di là della formazione di base, infatti, vi è una cultura, ruoli, funzioni e interessi significativamente diversificati. Ciò di cui tutti siamo consapevoli e che non significa apportare elementi di disgregazione della categoria, ma ridisegnare o meglio riassegnare ad ogni tipologia professionale la sua giusta funzione, il relativo ambito e spazio professionale.

Prendiamo ad esempio l'ovvia affermazione che la salute è un bene da salvaguardare 24/24 ore. Ma dietro questa affermazione deve concretizzarsi un'organizzazione che identifichi spazi e professionisti cui attribuire questo compito fondamentale: al Pronto Soccorso ospedaliero e quindi solo al medico ospedaliero? Oppure ad altre strutture del territorio e relativi medici a seconda della condizione di gravità ed urgenza? Fin dove il medico generalista? Quando lo specialista? E la formazione? Oltre la teoria dove la pratica ?

E' un esempio, peraltro banale, ma che vuole sottolineare la diversità delle competenze delle molteplici articolazioni professionali in grado di dare un contributo decisivo a ri-disegnare l'organizzazione, a rinnovarla, ad affidarne ruoli e funzioni in una specifica "ricontestualizzazione sociale", per dirla con Berlinguer-Delogu.

E forse questa diversità di aspetti, oggi come ieri, necessiterebbe di un maggior confronto tra le diverse componenti professionali. Oggi ancor di più, in presenza di ulteriori fonti di disagio: conoscenze scientifiche di alto livello, ma con una formazione globalmente

inadeguata ai tempi; funzione centrale per la società ma con un ruolo sociale non coinvolto nelle scelte decisionali; Albo Professionale giuridicamente riconosciuto ma con una legge ordinistica obsoleta; Codice deontologico di ampia trasparenza ma con un riconoscimento sociale parziale; autonomia decisionale obbligatoriamente richiesta, ma con una tendenza a restrizioni sempre più profonde; responsabilità giuridica diretta ma scarse gratificazioni sociali ed incremento del contenzioso legale.

Purtroppo le riflessioni che ci giungono dal passato fanno emergere la conferma che il disagio attuale non è un fatto nuovo. E nonostante il passare dei tempi rimangono le stesse problematiche, le stesse situazioni, la stessa inadeguatezza cui si aggiunge la realtà tutta attuale dell'aggravamento dei rapporti con l'utenza contrassegnato dai contenziosi medico-legali sempre più estesi e numerosi.

Ridotta ai minimi termini la fiducia, in grande risalto gli errori, scarsi i riconoscimenti da parte di una società peraltro estremamente interessata ai progressi in campo medico-scientifico, la professione o le singole tipologie professionali mediche si trovano nella perdurante incapacità di far chiarezza al proprio interno e nei confronti della società. Ed insieme di far conoscere e comunicare alla società stessa che il progresso così rapido e turbinoso, il diffondersi delle conoscenze scientifiche, il miglioramento continuo delle tecniche diagnostico-terapeutiche non equivale alla sicurezza della guarigione, ma soprattutto non comporta l'azzeramento dei rischi. Che nella gran parte dei casi risultano non prevedibili e non prevenibili.

Ma se il disagio non risolto permane, negli anni sono aumentate insicurezze, incertezze e paura di sbagliare, sotto l'influsso di un clima che tende a colpevolizzare il medico. Ciò che non porta ad affrontare in modo sereno la sempre maggiore complessità dei bisogni e delle richieste. Questo è il nuovo che avanza.

E il disagio divenuto disorientamento è mutato in peggio, con formazione, ricontestualizzazione del ruolo sociale, del rapporto con l'utenza e del macrocosmo delle professioni mediche che rimangono immutati. Anche se fin dal secolo scorso i padri della medicina moderna li avevano indicati quali aspetti fondanti della professione. Impedimenti esterni, non volontà o semplice incapacità di affrontarli?

Tuttavia, e qui mi rivolgo alla componente ospedaliera della professione, mentre la medicina generale, pur nelle difficoltà generali, rimane coesa e con un ruolo tutto sommato ben delineato nell'ambito di un riferimento territoriale indispensabile. E la componente universitaria riesce a mantenere un prestigio indiscusso ed un ruolo innegabile. La medicina ospedaliera, pur rimanendo comunque una colonna portante nell'ambito del Servizio sanitario, appare globalmente frammentata al proprio interno, appannata nella propositività e sottoposta più delle altre alle incessanti intemperie politico-amministrative. Attirando in ogni stagione l'interesse alla realizzazione della spending review di turno.

Fabio Florianello

Segr. Amm. Anaa Reg. Lombardia

Dir. Struttura Complessa

SOLE24ORE/SANITA'

Manovra Renzi: ecco l'articolo della bozza di decreto sui tagli alla sanità

Tagli alla spesa farmaceutica, ai posti letto e ai piccoli ospedali. Sforbiciata alle buste paga dei dirigenti medici e non, ma quelli più ricchi, chissà se ai manager delle asl. Beni e servizi sotto tiro. Il Governo è pronto a calare una scure da 868 mln quest'anno e da 1,508 mld nel 2015-2016 sulla spesa sanitaria, riducendo il Fondo ma tenendo conto delle regioni con i fondamentali in regola. E lasciando i governatori liberi di tagliare in altro modo: basta arrivino risparmi di pari valore.

Come anticipato da Il Sole-24 Ore di oggi ([VEDI](#)) ecco la bozza della manovra per la sanità che dovrebbe approdare oggi al Consiglio dei ministri.

Nella bozza un risparmio preciso sul totale viene indicato solo per i prezzi di riferimento (relativi a lavori, servizi e forniture) e per i nuovi standard degli ospedali: in tutto si indicano 200 mln quest'anno e 500 mln nel 2015. Sugli ospedali (oggetto di accordo col «Patto salute») vale ricordare che si tratta di interventi che riguardano il taglio dei posti letto e l'addio (sarebbero 190) alle strutture private con meno di 60 posti.

[LEGGI L'ARTICOLO SULLA SANITA' DELLA BOZZA DI MANOVRA](#)

[LEGGI L'ARTICOLO SULLA MANOVRA DE IL SOLE-24 ORE DI OGGI](#)

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584