

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

NON ANCORA CARICATA NELLA VERSIONE ON LINE

APPENA POSSIBILE SARA' INVIATA

L'UNIONE SARDA

San Raffaele, la delibera è pronta in attesa della deroga di Renzi Fumata (quasi) bianca. Voterà la Commissione, niente aula. FI: asse Cicu-Nizzi

Fumata (quasi) bianca. Annunciato da giorni, il parto della delibera sul San Raffaele è avvenuto, ma si tratta ancora di una bozza. Otto pagine, 262 posti letto di cui 180 per acuti e 82 per la riabilitazione. Questo si è saputo, ma si attende un cenno da Roma, sotto forma di deroga alla legge sulla *spending review* che prevede per la Sardegna un taglio di 800 posti letto. Se arriverà l'ok del Governo, la bozza diventerà una delibera e dovrà passare al vaglio della Commissione presieduta da **Mondo Perra** che avrà il potere di decidere senza il passaggio in aula, come aveva anticipato all'Unione Sarda lo stesso presidente. È molto probabile che l'atto possa essere depositato oggi. Ieri **Francesco Pigliaru** ha riunito la Giunta poco dopo l'alba proprio per accelerare i tempi, in attesa del 24 giugno, data ultimativa per la *Qatar Foundation* che pazienterà fino a quel giorno.

Sul piano politico, la richiesta quasi unanime di vedere le carte (cioè il progetto vero) da parte del Pd ha messo in luce la natura dello sfilacciamento all'interno di partito che non si è ancora espresso nel merito con un voto, ma si è compattato sulla fiducia che tutti hanno accordato al Capo dell'esecutivo. Il Pd nel frattempo ha chiesto la testa di tutti i manager delle Asl. «Il disavanzo della Sanità - ha osservato il segretario **Silvio Lai** -: vuol dire che ogni giorno perdiamo 1,3 milioni. Fino a oggi ne abbiamo giù persi 100».

IL GARANTE Nessuno se l'è sentita di sparare sul pianista e il governatore sente molto il peso di questo ruolo di garante, ma è convinto che alla fine la risposta ai malpancisti sarà salutata con favore da tutti (anche da **Paolo Fadda** ?). Se il Pd è in ambasce, in Forza Italia c'è un distinguo sulla strategia del via libera al progetto tra la fazione di **Ugo Cappellacci** e quella formatasi di recente tra **Salvatore Cicu e Settimo Nizzi**. Questi ultimi propongono «un'assemblea unitaria per difendere il progetto: questa vertenza accomuna tutti, chi ne resta fuori va contro l'interesse dei sardi. Serve una seduta straordinaria del Consiglio regionale. L'ex governatore invece ha organizzato per sabato a Olbia una manifestazione nel cantiere dell'ospedale.

LA CONFCOMMERCIO Dice «sì a questo polo di eccellenza sanitaria, in attesa di conoscere i dettagli del piano industriale», la Confcommercio Sardegna. Secondo il presidente **Agostino Cicalò**, bisogna pensare «alle opportunità del turismo sanitario, un segmento di mercato che a livello mondiale viene stimato in 100 miliardi di dollari».

I GALLURESI Alla fine della direzione regionale del Pd, c'è stato un apprezzamento anche

da parte degli scettici per gli interventi dell'unico consigliere regionale di centrosinistra della Gallura, **Giuseppe Meloni**, e del vicesindaco di Olbia **Carlo Careddu**. I due hanno spiegato con pacatezza il motivo per cui sono schierati per il sì all'intervento («ci sarà una convenienza per l'intera Sardegna, non per Olbia»). Venerdì i due, espressione dell'area di **Antonello Cabras - Nardino Degortes** incontreranno i giornalisti, mentre domani, sempre a Olbia ci sarà un'assemblea organizzata dalla segretaria del Pd **Angela Corda**, del gruppo del deputato **Gian Piero Scanu**.

I disegni di legge del Pd Tre proposte per rilanciare il comparto

Alzheimer, endometriosi, dislessia: le strutture socio-sanitarie non possono trattarle nel modo più efficace a causa di vuoti legislativi o leggi non aggiornate. Per la prima patologia, in particolare, la necessità di un intervento sembra più urgente: in Sardegna su quindicimila casi accertati di demenza senile due terzi sono causati dal morbo di Alzheimer. Ora le cose dovrebbero cambiare. Dopo il via libera del Consiglio regionale al Testo unico sulla fetopatia alcolica, approvato all'unanimità lo scorso 11 giugno, il Pd ha depositato altre tre proposte di legge, primo firmatario Lorenzo Cozzolino. «L'obiettivo - ha detto il capogruppo del Pd, Pietro Cocco - è quello di mettersi in linea con le altre regioni italiane». «La prima proposta - ha spiegato Cozzolino - riconosce l'endometriosi come malattia sociale e individua tutti gli interventi per la prevenzione, la diffusione della conoscenza, lo studio e l'assistenza. È anche prevista la creazione di un registro regionale dell'endometriosi, patologia responsabile del 40% dei casi di infertilità femminile». La seconda punta alla riorganizzazione delle Unità di valutazione dell'Alzheimer e all'istituzione della rete regionale di riabilitazione cognitiva. «La nostra iniziativa - ha detto Cozzolino - mira a un intervento integrato nei territori così da assistere malato e famiglia coinvolgendo le associazioni di volontariato, e al potenziamento dei centri diurni e dei nuclei Alzheimer così da garantire diagnosi precoci, cure e attività riabilitative». La terza proposta si rivolge a chi soffre di disturbi specifici dell'apprendimento. «I bambini affetti da dislessia rimangono spesso senza assistenza - ha concluso il primo firmatario - perché il disturbo non viene riconosciuto». Anche in questo caso l'obiettivo principale è un'individuazione precoce della patologia».

La due giorni Ance a Cagliari Cardiologia: ecco le sfide per il futuro

Una scelta fra tradizione e innovazione può rivelarsi difficile se è il nostro cuore a esserne coinvolto. I progressi fatti dalla cardiologia negli ultimi cinquanta anni hanno infatti dato un significativo contributo all'innalzamento delle aspettative di vita, ma il medico, nonostante possa ora puntare su terapie alternative, innovative e molto promettenti, non sa ancora preferirle con semplicità a quelle tradizionali delle quali conosce il rapporto rischio/beneficio.

Sulle conquiste consolidate e le sfide future della cardiologia si è incentrato il diciannovesimo congresso Ance, l'Associazione nazionale Cardiologi extraospedalieri della Sardegna dal titolo: “Cardiologia basata sulle evidenze e centrata sul paziente”, svoltosi nei giorni scorsi a Cagliari e realizzato con il supporto di Boehringer Ingelheim Italia. È stata una due giorni dedicata alla scienza del cuore che ha riunito alcuni tra i più autorevoli e rappresentativi specialisti a livello regionale e nazionale. Un'occasione di confronto tra cardiologi ed esperti di Medicina Generale utile anche ad affrontare e condividere le più

importanti emergenze nelle patologie cardiovascolari. Gli aggiornamenti sulle Linee Guida cardiologiche sono infatti un'altra delle esigenze richieste dallo specialista nella pratica clinica quotidiana. «L'ipertensione, per esempio - spiega il dottor Alessandro Bina, responsabile scientifico del congresso e segretario regionale Ance - è il primo fattore di rischio per le malattie cardiovascolari. Uno dei principali obiettivi della Società italiana dell'Ipertensione arteriosa è quello di avere il 70% dei pazienti con una pressione arteriosa ben controllata. Purtroppo siamo lontani da questo risultato e probabilmente poter seguire Linee Guida aggiornate e condivise potrebbe essere di notevole aiuto».

Tra gli argomenti al centro del simposio anche la prevenzione dell'ictus nei pazienti affetti da fibrillazione atriale, una frequente anomalia del ritmo cardiaco, la cui prevalenza è stimata intorno all'uno per cento della popolazione, incidenza decuplicata negli ultraottantenni. La sua insorgenza è infatti causa del 15% di tutti gli ictus cardioembolici. In Sardegna i soggetti affetti da fibrillazione atriale sono circa trentacinquemila. Secondo gli esperti per una prevenzione efficace l'elemento fondamentale diventa così l'applicazione di un regime terapeutico anticoagulante.

«I nuovi anticoagulanti non richiedono controlli ematici costanti presso i Centri Anti Trombosi, hanno scarsissime probabilità di interazioni con alimenti e altri farmaci, sono somministrati a dosaggio fisso, facilitando l'aderenza alla terapia e presentano un ridotto rischio di emorragie cerebrali rispetto alla terapia tradizionale - aggiunge il dottor Bina -, questa nuova categoria di farmaci rappresenta un ottimo esempio di cardiologia basata sull'evidenze. Derivate sia dagli studi clinici sia da quelli real life, che ne hanno mostrato oltre all'efficacia, una ridotta incidenza di eventi avversi, sempre nell'ottica di una particolare attenzione al paziente se pensiamo alla maggior maneggevolezza dei nuovi anticoagulanti orali, rispetto alla terapia tradizionale». Contro le patologie cardiovascolari, le più letali per il genere umano, specialisti e medici generici devono quindi scendere in campo uniti. Pronti ad affiancare con lungimiranza nuove e vecchie terapie, mantenendo però la priorità di un approccio professionale univoco, comune e rispettoso del paziente.

TRAPIANTO DI MIDOLLO. Studio Adesso i genitori potranno essere sempre donatori

L'attesa angosciata per trovare un donatore compatibile per un trapianto di midollo, o per i risultati dei test sui fratelli che però sono negativi in tre casi su quattro, potrebbe essere finita. Una nuova tecnica messa a punto dai ricercatori dell'ospedale Bambino Gesù di Roma presentata ieri e descritta sulla rivista Blood può ripulire le staminali dagli elementi cattivi, responsabili del rigetto, permettendo a uno dei due genitori di diventare donatore. Già testata su quasi cento piccoli pazienti affetti da tumori del sangue o da una serie di malattie rare dalla talassemia all'anemia di Fanconi, la metodologia unica al mondo inizia con un prelievo di sangue venoso da uno dei due genitori. Il campione viene poi passato attraverso una colonna con delle microsfere magnetiche in grado di eliminare selettivamente i linfociti, le cellule principali del sistema immunitario, del tipo cattivo che può provocare il rigetto, mentre lascia grandi quantità dei linfociti buoni che proteggono il paziente dalle infezioni soprattutto nei primi mesi dopo l'intervento, quando è più vulnerabile. «Questo ci permette - ha spiegato Alice Bertaina, responsabile dell'unità trapianti di midollo dell'ospedale - di ottenere una percentuale di successi del tutto simile a quella che si aveva cercando un donatore compatibile, superiore al 90% nel caso delle malattie rare e dell'80% nel caso dei tumori».

Il metodo, hanno raccontato anche due mamme di bambini sottoposti all'intervento, è

indolore per i bambini, anche perché evita l'uso di farmaci antirigetto che possono essere tossici. «Il 22 novembre mio figlio è rinato - ha spiegato ad esempio la mamma di Lorenzo, uno dei primi pazienti - affrontando questa avventura non ho visto mio figlio soffrire, non ha mai smesso di mangiare, non ha perso peso, e ora sta bene». Le ha fatto eco la mamma di Gabriel, affetto da anemia di Fanconi, che ha spiegato come «Anche per noi è stata un'esperienza positiva, abbiamo atteso per lui un donatore ma non ce n'erano. Alla fine il trapianto è avvenuto grazie al suo papà. Tutto è andato per il meglio ed è un'emozione vederlo crescere ogni giorno».

Nel 2013 in Italia sono stati circa 350 i bambini sottoposti a trapianto di midollo per le malattie per cui si può utilizzare questa tecnica. «Con questo metodo - ha spiegato Franco Locatelli, responsabile di Oncoematologia del Bambino Gesù - possiamo offrire la speranza di un trapianto a tutti. Nonostante i registri donatori e le banche di sangue cordonale, infatti, il 30-40% dei pazienti non trova comunque un donatore.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Iss verso il commissariamento. La decisione di Lorenzin per i buchi di bilancio 2011/2012

L'intenzione del ministro, che potrebbe essere attuata al prossimo Cdm, anticipata dall'Ansa. Ma già nel novembre scorso la Corte dei conti aveva sottolineato che in presenza di disavanzi per due anni consecutivi (26 milioni nel 2011 e 4 nel 2012) si rilevava il rischio del commissariamento per l'Istituto.

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha intenzione di commissariare l'Istituto Superiore di Sanità. Lo scrive stasera l'agenzia Ansa che fa risalire l'intento del ministro ai buchi di bilancio relativi agli anni 2011 e 2012. La decisione – riferisce sempre l'Ansa - sarà presa in Consiglio dei Ministri. Domani mattina, secondo quanto riferisce l'agenzia di stampa, si dovrebbe riunire il direttivo dell'Istituto per decidere le eventuali misure a difesa dell'organismo. I sindacati interni hanno immediatamente espresso la loro preoccupazione.

La questione dei bilanci in rosso dell'Iss era già stata evidenziata dalla [Corte dei Conti](#) il 5 novembre scorso nella sua relazione sui bilanci 2011-2012 dell'Istituto superiore di Sanità, in cui si evidenziava per l'aspetto finanziario, un disavanzo di 26 milioni di Euro per il 2011, in parte recuperato nell'esercizio 2012 che ha chiuso comunque con un disavanzo di 4 milioni di euro. «Poiché dall'analisi strutturale del documento contabile è risultato un saldo negativo sia di parte corrente che di parte capitale – scriveva la Corte nella sua relazione - si richiama l'attenzione sulle disposizioni recate dall'art. 15, comma 1 bis del DL 6 luglio 2011 n. 98 convertito dalla Legge 15 luglio 2011 n. 111 ove statuisce che :' nei casi in cui un ente sottoposto alla vigilanza dello Stato (...) presenti una situazione di disavanzo di competenza per due esercizi consecutivi, i relativi organi, ad eccezione del Collegio dei revisori decadono ed è nominato un commissario..'''.

Una relazione alla quale l'Iss rispose tramite l'allora direttore generale **Monica Bettoni** che sottolineava come: "La consistente riduzione dei finanziamenti pubblici che ha riguardato tutti gli Enti di ricerca, compreso l'Istituto, sicuramente non ha certamente giovato alla

salute finanziaria del suo bilancio ma ciò non ha comunque comportato una chiusura negativa dei bilanci, neanche per quanto riguarda gli anni 2011-2012, quelli maggiormente colpiti dai tagli. Il bilancio degli anni in questione, infatti, è stato, inoltre, approvato anche dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Salute in qualità di Ministero vigilante".

Patto Salute. Verso conferma finanziamento 2014-17 annunciato da Lorenzin. Si punta a chiudere in settimana

Sarebbero confermati i volumi economici relativi al prossimo triennio che il Ministro aveva illustrato lo scorso gennaio durante l'audizione in Commissione Affari Sociali. Oggi seconda riunione consecutiva. Si prosegue anche domani. Marroni: "Lo spirito è dei migliori, contiamo di chiudere entro la fine della settimana"

Proseguono i lavori per definire il Patto per la Salute. Il confronto di oggi si è concluso poco dopo le 20 e, secondo indiscrezioni raccolte in esclusiva da Quotidiano Sanità, ha riguardato in particolare i volumi economici: sarebbero confermati i budget fino al 2017 che il Ministro aveva illustrato lo scorso gennaio durante l'audizione in Commissione Affari Sociali. La discussione si è soffermata anche sulle tipologie e sulle modalità dei Piani di Rientro da adottare nel prossimo triennio. Allo stato attuale gli incontri avrebbero toccato meno della metà degli argomenti da affrontare, ma l'obiettivo resta comunque quello di chiudere entro la fine di questa settimana.

Al termine del tavolo odierno **Luigi Marroni**, assessore regionale alla Salute in Toscana, si dichiara più che soddisfatto. "Il clima è davvero buono – sottolinea – in quanto stiamo lavorando con uno spirito estremamente collaborativo. I temi in discussione sono delicati e spinosi, ma l'approccio è assai proficuo. E' questo il modus operandi migliore per affrontare uno snodo decisivo per il futuro del Ssn. I punti si qui discussi non sono ancora definitivi, ma – conclude – contiamo di concludere entro questa settimana".

23° Congresso nazionale dell'Anaa: "Diciamo no a questo Patto per la Salute senza confronto con i medici". Tutti i documenti congressuali: dal contratto alle politiche di genere

Al via oggi fino a sabato l'appuntamento per il più grande sindacato della dirigenza medica e sanitaria del Ssn. Ribadito anche il no alla riforma della PA appena varata dal Governo. Chiesta anche la fine del blocco del turn over e l'avvio delle trattative per il contratto bloccato da 5 anni. Un congresso tutto all'attacco con al centro il rilancio del ruolo del medico. IL PROGRAMMA.

No a un Patto per la salute che sin dalle fasi iniziali ha escluso ogni confronto con i professionisti; no agli effetti punitivi della riforma della pubblica amministrazione; no alle nuove norme per la sanità approvate dal Governo destinate inevitabilmente a favorire la sanità privata a danno di quella pubblica.

Con queste posizioni i medici e dirigenti sanitari dell'Anaa Assomed inaugurano il 23° Congresso Nazionale dell'associazione che si apre oggi a Padova presso il Centro San

Gaetano e che si concluderà sabato 21 giugno con il rinnovo dei vertici nazionali.

Quattro giorni di dibattito in cui i medici e dirigenti sanitari dell'Associazione si confronteranno su come affrontare gli aspetti più critici della professione e del mondo del lavoro anche alla luce delle scelte di politica sanitaria del Governo troppo spesso adottate senza tenere in considerazione coloro che ogni giorno vivono nelle corsie degli ospedali e nelle aziende sanitarie.

Molte sono le richieste che l'Associazione pone a Governo, Parlamento e Istituzioni. A partire dalla crisi del ruolo medico sempre più stretto in una pubblica amministrazione che non riconosce la sua peculiarità e nella quale la dirigenza medica viene assimilata ad ogni altra dirigenza pubblica negando la sua natura essenzialmente tecnico-professionale. Crisi figlia anche di una stagione contrattuale ferma da cinque anni e che va immediatamente risolta con l'apertura delle trattative.

L'Anaa Assomed chiede anche che siano rimossi i provvedimenti che, bloccando retribuzioni e turn-over, hanno aggravato le condizioni di lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari, costringendoli ad un crescente numero di ore di lavoro aggiuntivo non retribuito.

E' necessaria poi la soluzione legislativa della responsabilità professionale del medico che liberi la sua attività dalla pressione esercitata da un contenzioso legale aggressivo ed il più delle volte opportunistico, ed in questa ottica risolvere il problema della copertura assicurativa e dei suoi costi crescenti.

Va affrontato anche il tema delle nuove professioni ed il rapporto con le altre figure del mondo sanitario partendo dalla consapevolezza che i nuovi modelli di organizzazione delle cure per acuti e territoriali devono ridisegnare competenze e profili giuridici, a partire dalla centralità dell'atto medico.

Infine l'Associazione chiede che venga risolto in via definitiva il problema del precariato medico non solo con procedure concorsuali per i contratti a tempo definito, ma includendo in questo processo anche la grande varietà dei contratti di lavoro atipici. Ma è dalla formazione che bisogna partire con percorsi pre e post laurea che accorcino un percorso di studi lungo e superato e che facilitino l'inserimento nel mondo del lavoro.

DOCTORNEWS33

Giustini, Simg: ricetta semestrale non cambia cadenza visite ma incide su professioni

«Per me medico di famiglia è buona e gradita l'intenzione del decreto semplificazioni che porta a sei mesi la durata della terapia prescrivibile in una ricetta e allontana i "frequent attenders". Ma all'atto pratico non cambierà di molto la frequenza delle visite dovute ai pazienti complessi. Infatti, specie con gli anziani polipatologici noi medici dovremmo avere incontri più ravvicinati nel tempo, preferibilmente ogni 3-4 mesi. In sintesi, la nuova norma ci chiederà maggiore attenzione e capacità di distinguere da caso a caso». Saffi Ettore Giustini responsabile Area Farmaco della Società Italiana di Medicina generale parla dell'articolo 30 del decreto approvato dal governo che per le patologie croniche concede al medico di prescrivere medicinali fino ad un massimo di sei pezzi per ricetta, purché già utilizzati dal paziente da almeno sei mesi. La durata della prescrizione non può comunque

superare i 180 giorni di terapia. Per Giustini la norma è scritta bene anche se in certe regioni il chronic care model è ormai strutturato e consente di controllare tutti gli assistiti cronici con cadenza mensile. «Tra l'altro, io medico ho bisogno di vedere il cronico un po' più spesso, per sapere se sta succedendo qualcosa di nuovo, se posso togliergli dei farmaci, se ho bisogno di controllarne dei parametri. Senza contare che può aver cambiato la terapia dopo una patologia insorta nel frattempo, o dopo un episodio che lo ha condotto in pronto soccorso». Giustini si sofferma poi sui problemi che la norma può dare in farmacia, dove andrà rivisto il flusso di magazzino dei farmaci. «Occorrerà prepararsi a dispensare ogni 6 mesi quanto si dispensa oggi con cadenza mensile-bimestrale. Ma si incide anche a livello di rapporti tra ospedale e medico di famiglia: un paziente in dimissione potrebbe dover uscire con un carretto di farmaci come prima dispensazione. Senza contare gli aggiornamenti che saranno richiesti ai nostri software per le prescrizioni. Insomma, spero che il ministero abbia convocato i sindacati dei professionisti e interessato le regioni perché quando si trattano questi argomenti si incide molto nelle politiche professionali».

Censis, 43% italiani paga visite di tasca propria

Gli italiani sono costretti a scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare. Ormai il 41,3% dei cittadini paga di tasca propria per intero le visite specialistiche anche in conseguenza dell'aumento della spesa per i ticket che ha sfiorato i 3 miliardi di euro nel 2013, pari al +10% in termini reali nel periodo 2011-2013. Sono i principali risultati della ricerca di Rbm Salute-Censis "Costruire la sanità integrativa", presentata ieri a Roma al IV Welfare Day. Se si vogliono accorciare i tempi di accesso allo specialista bisogna pagare: con 70 euro in più rispetto a quanto costerebbe il ticket nel sistema pubblico si risparmiano 66 giorni di attesa per l'oculista, 45 giorni per il cardiologo, 28 per l'ortopedico, 22 per il ginecologo. Ad ogni territorio poi corrisponde un suo ticket e i suoi tempi d'attesa. Per le visite specialistiche (oculistica, cardiologica, ortopedica e ginecologica) oscilla tra un valore medio minimo di 20 euro al Nord-Est e uno massimo di 45 euro (più del doppio) al Sud. Negli accertamenti diagnostici spiccano i casi della risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto e della colonscopia, per i quali il ticket varia tra i 36 euro del Nord-Est e i 60 euro del Nord-Ovest. Una mammografia può avere un ticket minimo di 36 euro al Nord-Est e uno massimo di 48 euro al Nord-Ovest. Secondo la ricerca, inoltre, sono sempre di più gli italiani che pagano di tasca propria i servizi sanitari che il pubblico non garantisce più e le cure all'estero attraggono sempre di più visto che sono 1,2 milioni di italiani che sono andati a curarsi oltre confine almeno una volta nella vita. La spesa sanitaria privata è pari a 26,9 miliardi di euro nel 2013 ed è aumentata del 3%, in termini reali, rispetto al 2007. Nello stesso arco di tempo la spesa sanitaria pubblica è rimasta quasi ferma (+0,6%). La logica per cui il cittadino paga di tasca propria quello che il sistema pubblico non è più in grado di garantire è arrivata all'estremo. Gli italiani sono costretti a scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare. Così, crolla il ricorso al dentista a pagamento (oltre un milione di visite in meno tra il 2005 e il 2012), ma nello stesso periodo aumentano gli italiani che pagano per intero gli esami del sangue (+74%) e gli accertamenti diagnostici (+19%).

DIRITTO SANITARIO Concorso di colpa del paziente nella determinazione dell'evento fatale

Gli eredi di un paziente ottenevano con sentenza il risarcimento dei danni loro derivati dalla morte del congiunto causata, secondo la loro tesi, dalla somministrazione in dosi eccessive di un farmaco anticoagulante che aveva determinato l'insorgere di un'emorragia interna rivelatasi fatale. La pronuncia di primo grado veniva appellata in via principale dal medico e, in via incidentale, anche dagli eredi. La Corte d'Appello di Milano respingeva l'appello principale e condannava il sanitario al pagamento di maggiori somme. La Corte di Cassazione ha annullato con rinvio la decisione dei giudici d'appello per contenere la stessa un evidente salto logico in ordine al problema del concorso di colpa del paziente nella determinazione dell'evento fatale. La Cassazione ha osservato che la Corte d'appello avrebbe comunque dovuto affrontare anche il profilo della responsabilità concorrente del paziente. La sentenza di primo grado aveva infatti accertato che il defunto era da ritenere corresponsabile nell'evento letale, avendo effettuato i prescritti controlli ematici ad intervalli temporali ben più ampi rispetto a quelli consigliati dal tipo di terapia in corso di svolgimento. A fronte di una pronuncia di primo grado che aveva indicato le ragioni per le quali il paziente era stato ritenuto responsabile, nella misura di un terzo, ai sensi dell'art. 1227 cod. civ, la sentenza d'appello, in sostanza, è risultata priva di motivazione sul punto. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

«Il futuro ha un cuore antico». Intervista esclusiva a Costantino Troise, segretario nazionale Anaa Assomed

Lavoro, lavoro, lavoro. Per i giovani in camice e per i dottori più o meno attempati che non possono essere rottamati con un renziano colpo di bisturi. E per salvare il Ssn. «Il lavoro è la chiave di volta non solo per cambiare la sanità, ma per cambiarla in meglio. Da qui si deve ripartire. Ora, subito». Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa dal 2010, sta preparando nei suoi due fortini genovese e romano un delicatissimo 23° Congresso del suo sindacato. Il Patto incombe e le incertezze crescono. Sul destino del Ssn, ma anche su quello che sarà della professione, del sindacato, delle nuove generazioni. Di un futuro insomma del tutto imperscrutabile.

E non lascia niente in sospeso, Troise, in questa lunga conversazione a pochi giorni dal congresso Anaa che sancirà anche la piena applicazione del nuovo Statuto, con tanto di spazio nuovo per donne e giovani. «Entra aria fresca», ma senza rottamazione o «bipolarismi generazionali», che magari potrebbero spaccare l'azione sindacale in nome di «vantaggi personali» a tutto «danno della categoria». Anzi, precisa Troise in vista della rielezione: «Vogliamo costruire un laboratorio di under 40» e chiamarli a prendere posizione. E assumersi responsabilità con tanto di oneri sindacali, che poi sono il sale della vita civile e sociale. Non solo parole di circostanza, quelle che a Troise preme sottolineare. Fatto sta che tra la citazione di Primo Levi nello slogan del Congresso («la sanità ha un

cuore antico») e quella di Francesco De Gregori («i Lea siamo noi»), Troise non solo rivela una carta d'identità di un'epoca precisa e ben scandita per intere generazioni e anche per quelle attuali, ma lancia un ponte ideale verso il futuro prossimo. Che poi è l'oggi.

E dunque: anche per il sindacato, come per i partiti, non esistono più rendite di posizione: e perciò ora tocca rimboccarsi le maniche e pedalare. E a proposito di camici bianchi: va abbandonata la contrapposizione tra coriandoli di rappresentanza per ragionare in termini di "medici" e non di "medico", includendo anche i convenzionati. È chiaro che le "forme" saranno tutte da individuare, a farcela. Facendo attenzione a un Patto che esclude i professionisti e le categorie e che dietro il taglio dei posti letto nasconde soltanto il taglio dei posti di lavoro, «Ripartire dal lavoro», appunto. Pensando agli «azionisti veri» del Ssn, i cittadini. Che senza medici all'altezza «rischiano di avere in mano solo carta straccia, azioni che non valgono niente». *(mettendosi però davvero tutti in gioco, aggiungiamo noi. Dunque, anche i medici).*

Segretario, «La salute ha un cuore antico» recita il titolo del Congresso Anaa. Un cuore antico, dunque debole...

Non è detto che ciò che è antico sia per forza debole. Lo diceva Levi che il futuro ha il cuore antico, ma non per questo dev'essere un orpello. Lo slogan fa riferimento a un percorso di continuità con gli elementi costanti di un mestiere, quello del medico, dedito alla cura, e quindi a tutelare la salute dei cittadini, che sono esplicitati nella passione e nell'orgoglio di chi fa questo lavoro nonostante tutto. E che sono gli ingredienti fondamentali di un lavoro messo oggi fortemente in discussione. L'idea era quella di recuperare in una prospettiva futura gli ingredienti secondo noi ancora validi del più antico mestiere di cura, da Ippocrate in poi.

«I Lea siamo noi», ha scritto di recente. Da Levi a De Gregori, il passo è breve...

Tutta questa discussione sui Lea, sulle risorse umane, sul lavoro oggi svilito, sulla centralità delle professioni, dimentica un dato fondamentale e indiscutibile: chi dà i contenuti professionali ai Lea sono i medici. E chi è chiamato a decidere, anche in tempi rapidissimi, in un modo che fa la differenza tra la vita e la morte, tra salute e malattia, sono sempre i medici. Alla fine, tutto il resto si colloca prima o dopo l'intervento del medico. E vale solo ciò che egli sa, che sa fare e che sa essere.

Ripartire dai medici, insomma.

È l'elemento da cui ripartire, richiamando all'orgoglio ma anche all'essenzialità indiscutibile di certe funzioni in un sistema sanitario. Oggi c'è grande enfasi sulle Regioni in piano di rientro che pare stiano aggiustando i conti. Ma quando penso ciò che accade all'ospedale di Cosenza, dico che il prezzo di questo risanamento è la desertificazione, è la negazione della cura, dei diritti. Allora mi chiedo qual è il punto di equilibrio e se ne vale la pena.

Un sindacalista non ospedaliero mi disse anni fa: «Noi, azionisti forti del Ssn». Ma gli azionisti non sono altri?

L'azionista nel senso di proprietario del Ssn sono i cittadini, il primo ed essenziale punto di riferimento di ogni azione sanitaria. Mentre i medici sono un elemento irrinunciabile di un percorso che consente all'azionista di far valere il peso delle proprie azioni. Senza i medici quelle azioni rischiano di diventare carta straccia e il cittadino di essere un azionista forte ma con azioni che non valgono niente.

Il Paese cambia, i partiti sono in crisi e gli elettori li puniscono. E i sindacati di che salute godono?

È innegabile, e non perché lo dice il Governo, che la crisi di rappresentanza abbia raggiunto

anche i sindacati. Si fa sempre più fatica a reclutare e a ottenere la disponibilità di colleghi per quella che considero una passione civile. Anche per i sindacati le rendite di posizione sono finite e ogni giorno occorre dar conto agli iscritti di quello che si fa e di quello che si vuole fare. Ma la crisi di rappresentanza non è un effetto della cancellazione della concertazione da parte della politica. La crisi l'avvertiamo perché faticiamo ad avere nuovi iscritti e a tenere i nostri. Per non dire che c'è la gobba demografica che avanza e facciamo fatica a introdurre nuovi iscritti in grado di dare una lettura diversa di quella che deve essere l'attività sindacale.

Che numeri ha l'Anaa?

A parte i dati Aran che sono vecchi e non misurano a esempio Trento e Bolzano, o i contratti a tempo determinato, considerando anche l'ingresso dei biologi nel sindacato arriviamo al congresso con 22mila voti. Che fanno dell'Anaa un gigante. Ma in mezzo ai nani. Questo è un problema da risolvere: dovremmo decidere quale forma di rappresentanza più semplificata dare a questo mondo se vogliamo far pesare la massa critica dei numeri in maniera non isolata.

A quale forma di rappresentanza pensa?

Guardando la situazione nella dipendenza, ci è almeno una decina di sigle subito al di sopra della soglia di rappresentatività che sono però coriandoli più o meno grandi che probabilmente hanno un senso solo se si uniscono in una massa unica "pesante", anche come interlocuzione. Serve un minimo comune denominatore anche professionale con il mondo della convenzionata e per questo sono necessarie riflessioni serie che prima si fanno meglio. Noi oggi continuiamo a parlare del "medico", ma dovremmo cominciare a parlare dei "medici": le differenze tra le varie famiglie sono di un certo rilievo e rischiano di trasformarle in ordini autonomi se non si trovano elementi comuni della professione che possano costituire una sorta di piattaforma professionale unica dell'essere medico di fronte allo Stato. Dopodiché questa va arricchita con le esperienze di ognuno.

L'Anaa intanto va a questo congresso col nuovo Statuto che ha previsto una revisione interna e un ruolo maggiore di giovani e donne. Che accade adesso?

I congressi regionali hanno cominciato a seguire il nuovo corso e abbiamo già molte donne e molti giovani negli organi statutari a partire dalle segreterie e anche come vicesegretari regionali. Lo vedremo anche nella dimensione nazionale. Al di là dei numeri, l'idea è di costruire un laboratorio di under-40, che siano chiamati ad autorganizzarsi e a prendere posizione con propri pareri. Vogliamo evitare bipolarismi anagrafici e contrapposizioni generazionali. Sfruttando i quali, magari, qualcuno pensi di ottenere vantaggi personali danneggiando la categoria.

È più difficile essere medici coi capelli d'argento o giovani medici che il posto non lo hanno?

Credo che le difficoltà siano comuni. Il medico con i capelli d'argento sopporta un disagio ormai consolidato e un linguaggio che da venti anni a questa parte non solo lo taglia fuori da ogni ruolo decisionale, ma che fa anche fatica a comprendere: benchmark, spending review ecc. Il medico coi capelli neri fatica a entrare nel mondo del lavoro, sospeso tra una formazione infinita e un mondo del lavoro che lo prende col contagocce, non vede un futuro previdenziale né sbocchi di carriera che possano valorizzare quello che fa e che vuol fare. Il disagio della professione ha espressioni diverse a seconda dell'età e anche del genere, ma ha anche fattori comuni.

I pazienti però cercano il medico più esperto.

In sanità si è sempre pensato che anzianità faccia rima con esperienza, tanto che in anni passati la progressione di carriera è stata legata proprio all'anzianità.

Insomma, segretario, diciamo non sempre...

Oggi non è più così o lo è solo parzialmente. Siamo stati i primi a slegare la progressione di carriera dall'anzianità e dal posto in pianta organica. Oggi già dopo cinque anni dall'assunzione si possono avere il grado più alto dal punto di vista professionale e i valori economici più alti, secondi solo a quelli del primario.

Tre argomenti in apparenza diversi, ma uniti da un filo comune: specializzazioni, programmazione degli accessi all'università, precariato. Vale la conquista di Roma...

La condizione medica va declinata sia per quanto riguarda il precariato sia per il sistema formativo. C'è una grande corsa a sanare la differenza tra laureati e contratti di formazione specialistica, ricorrendo a un incremento di oneri economici disponibili: lo Stato non può pretendere 10mila laureati e solo 3-4.000 specialisti disinteressandosi degli altri che hanno anche l'obbligo di mantenere le proprie competenze professionali. Ma abbiamo un problema non solo di quantità di specialisti, ma anche di qualità del prodotto formativo. L'università ci consegna un prodotto grezzo sul quale dobbiamo poi lavorare daccapo. E per quanto riguarda il precariato, quello degli anni '80 aveva la caratteristica di essere dello stesso tipo, quindi facilmente sanabile, mentre oggi ci sono forme di rapporti atipici, co.co.co., libero professionali, avviso pubblico, per cui si fa fatica a stabilizzare tutti quanti. Ma non è possibile arrivare a 40 anni con un'attività precaria che si rinnova di sei mesi in sei mesi. L'azienda non investe sul medico precario e il medico precario non investe sull'azienda. Col risultato che così anche la continuità delle cure e la formazione continua vanno a farsi benedire. La situazione va sanata e va messo un freno ai contratti atipici. Il che non vuole dire che non si possa ragionare su un periodo di flessibilità prima dell'attività di lavoro.

Poi c'è la lotteria dell'accesso a medicina.

Per ora si parla solo degli estremi, passando dai quiz alla grattachecca a un metodo che vorrebbe dire affittare le discoteche per poter fare lezione. Il metodo francese ha senso, ma in Francia. Non si può trasferire un metodo senza il contesto in cui è nato. Occorre mettere mano alla riforma della docenza, dovremmo chiamare finalmente i ricercatori a insegnare, aumentare la logistica per la didattica, uniformare gli esami del primo anno sia per tipologia che per metodologia di esecuzione. C'è bisogno di una riforma dell'Università che va fatta prima e non dopo o durante il corso di studi. È incredibile dover parlare di idee lanciate via twitter e che si possa pensare di mollare un sistema criticabile (e io lo critico) per fare un salto nel vuoto a cui si espongono 80mila persone.

Spuntiamo le unghie all'Università?

L'idea di rivedere il ruolo delle Università e delle circa 43 Facoltà di medicina, devo dire, comincia a fare capolino anche tra le Regioni. Quando i soldi scarseggiano... Oggi le Regioni sono tutte assolutamente pronte a obbedire ai desiderata dell'Università e a considerarla una variabile indipendente del sistema al di fuori di piani di rientro, di obblighi e di qualità del prodotto che è chiamata a dare. Ma quando si guardano gli sprechi, si deve guardare anche da quella parte. Perché dappertutto sono state ridotte le strutture complesse a direzione ospedaliera ma per quelle universitarie a volte si fa altrimenti? Siamo all'assurdo.

Cosa si aspetta, Troise, cosa vorrebbe e cosa teme del Patto per la salute?

Dal Patto mi aspetto si traduca in un "regolamento di conti": che le Regioni e lo Stato facciano, cioè, un compromesso sul finanziamento e che venga restituita alle Regioni una parte di quello che è stato loro tolto in questi anni, o comunque si prometta di restituirglielo.

E che i famosi 10 miliardi di risparmi annunciati non siano un trasferimento di oneri nelle tasche dei cittadini. Sul fatto poi che i risparmi restino tutti in sanità, ho i miei dubbi, ma prendo per buona la promessa del ministro. La questione vera è che se si vogliono fare risparmi reali occorre reclutare intelligenze e competenze professionali e fare un patto coi professionisti.

I tempi per questo Patto sono scaduti, però.

Si può sempre trovare una forma, un modo per discutere il nuovo compromesso sociale tra professioni e Stato. Credo che la logica emergenziale ci darà a un certo punto tregua e quindi tempo e modo per discuterne: ora qualcuno si prenda la responsabilità di dire "mi interessa" o "non mi interessa". Quello che temo del Patto, invece, è che si riduca a un discorso chiuso tra istituzioni, escludendo cittadini e professionisti che a quell'azione danno valore.

Gli interventi sulla rete ospedaliera sembrano scontati.

Sono dieci anni che assistiamo a interventi sulla rete ospedaliera e sono scomparsi 70mila posti letto. Ma tutto ciò non mi pare abbia avuto altri risultati se non di creare quello che sta avvenendo nei pronto soccorso, da Nord a Sud: il vuoto. Un conto è individuare una «rete» e ragionare in questa logica per cui l'ospedale è parte della «rete» con tutto ciò che accade sul territorio, e si è in grado di rispondere in modo differenziato alle esigenze di salute. Altro è pensare che tutto il male sia dentro l'ospedale e tutto il bene fuori. È necessario ragionare sull'adeguamento della «rete» anche in base all'educazione di un medico, ragionare sui livelli organizzativi: non mi si deve dire più solo quanti ospedali si vogliono, ma anche quanta gente serve e cosa si deve fare perché siano veri ospedali.

Ha paura che non avvenga?

Altrimenti avremmo quinte teatrali vuote di attori, incapaci di svolgere il ruolo che gli si vuole assegnare. Tutta la storia dei posti letto è stata messa su per ridurre le dotazioni organiche. Il risparmio non è sulle lenzuola, ma sul personale che si vuole rideterminare al ribasso. Oggi in molte Regioni, soprattutto quelle in piano di rientro, questo ribasso sta ostacolando le cure e il sistema fatica a funzionare e si regge sul sacrificio di medici e infermieri. Il resto sono chiacchiere.

Il contratto è passato ormai in cavalleria?

Il contratto è un tema su cui si deve tornare cogliendo non solo la mossa tattica di *captatio benevolentiae* della proposta di riforma della Pa che parla dal prossimo anno di riapertura anche dal punto di vista economico. Il contratto è interesse del sistema: se si vuole cambiare e innovare, è lo strumento adatto. Noi continueremo a chiedere con forza una trattativa contrattuale o che si riprendano le fila del contratto ancora vigente o che si faccia un punto su regole e norme e istituti economici con le Regioni.

Lo stato giuridico, a esempio. Ne chiedete uno nuovo.

Dobbiamo ritagliare una diversa collocazione nel pubblico impiego. Si tratta di riprendere l'articolo 15 del 229 che segnala una dirigenza speciale, di fare le opportune modifiche legislative e di richiedere con forza una specificità della dirigenza sanitaria. D'altra parte la riconosce lo stesso Governo dicendo che il ruolo unico della dirigenza non riguarda scuola e sanità.

Con la riforma del Titolo V lo Stato sembra poter acquisire un ruolo più forte rispetto a questo bislacco federalismo. Ci crede?

Può essere, ma se definiamo gli ambiti in cui lo Stato è più forte. L'enunciazione di norme generali dice tutto e niente. E il tutto o il niente dipendono dai concetti in causa. Pur essendo

impossibile un ritorno al centralismo, occorre definire materie che rimangono in un ambito unitario: Lea, livelli organizzativi, stato giuridico, requisiti e competenze del personale, garanzia di contratti e convenzioni. Si tratta di definire livelli di intervento che assegnino allo Stato una serie di elementi che non possono essere affidati alla variabilità delle singole Regioni, se non addirittura - come accade oggi - delle aziende. Ora esistono differenze anche sostanziali come le modalità di assunzione, l'assistenza farmaceutica, la garanzia dei Lea e chi più ne ha più ne metta. Siamo tornati a un "feudalesimo", più che aver raggiunto un federalismo sanitario.

Pace fatta con le professioni sanitarie? Il nodo delle competenze infermieristiche vi ha agitato.

Io non ho litigato con nessuno e non ho da fare pace con nessuno. Ma i problemi che abbiamo sollevato non trovano ancora risposta. Sono di due ordini: un malato o un cittadino non è spacchettabile - una parte mia e una di qualcun altro - visto che ogni processo non può intendersi come la sommatoria di atti professionali, anche se autonomi; occorre individuare chi ha la responsabilità unitaria del processo e risponde del malato, e chi decide in caso di conflitto. Tutto il resto resta in qualche modo un tentativo di rincorrere mirabolanti risparmi che spesso fanno solo parte di annunci elettorali.

Non vi siete mai espressi sul nuovo Codice della Fnom.

Credo che questo Codice deontologico abbia dovuto fare i conti con le situazioni contingenti e col fatto che per il medico esistono anche i Codici penale, civile, disciplinare ecc., spesso in conflitto tra loro. In quel Codice, che comunque è un'indicazione di comportamenti per l'etica fondante della professione, ci sono elementi positivi anche se poi si può essere più o meno soddisfatti da questo o quell'articolo. Non credo più agli spinaci di Braccio di ferro, a qualcosa di miracoloso, non mi aspetto che il Codice risolva subito tutti i problemi della professione medica: quelli ormai sono un fatto politico.

La piaga della corruzione in sanità è devastante. Non crede che tutte le categorie dovrebbero fare la loro parte, non solo a parole e con le solite sterili denunce?

Leggevo che i due terzi dei procedimenti di corruzione di cui si interessa la Guardia di finanza riguardano la sanità: probabilmente sono anche problemi di etica che attengono a questa categoria e forse tutti dovremmo capire, come ha affermato anche Renzi, che il messaggio distruttivo che lanciano queste mele marce è negativo per tutti e il danno sociale e di immagine per una categoria è veramente incommensurabile, più di un blocco contrattuale. Non si può essere indulgenti con fenomeni di violazioni deontologiche che danneggiano il rapporto tra medico e paziente e tra medico e Stato.

Forse la Fnom dovrebbe avere mani meno legate o essere più sciolta nell'intervenire. Non crede?

Non ci rendiamo conto che queste sono le regole e che gli interventi di alcune istituzioni dipendono da quelli di altre istituzioni. Se il giudice del lavoro di Pesaro dice che non conosce i provvedimenti del collega di Torino verso un imputato, la Fnom ha le mani legate aspettando la Procura. E forse dovremmo decidere anche noi quale ruolo dare agli atti intermedi della giustizia: agli avvisi di garanzia, al rinvio a giudizio, alla condanna di primo grado. Siamo tutti sicuri e concordi che dopo la condanna di terzo grado si è fuori, ma bisogna parlare di quel che c'è prima. E soprattutto quali rimedi trovare se alla fine del percorso si torna come nel gioco dell'oca al punto di partenza.

Che Congresso sarà, insomma? Che messaggio vuol dare l'Anao?

Che occorre ripartire dal lavoro. Ora, subito. La crisi della sanità italiana non troverà un

punto di approdo stabile finché in qualche modo non sarà ricollocato al posto giusto il valore del lavoro, conciliando gli aspetti organizzativi con quelli professionali, Il nostro è un mestiere ancora affascinante per moltissimi giovani e per chi già lo fa. E anche per chi si è stancato di essere una macchina meramente esecutiva degli ordini del manager di turno. Un "lavoro" che richiede un riconoscimento non solo economico, ma di logiche professionali, di partecipazione alle decisioni. Il lavoro è la chiave di volta per cambiare la sanità. Ma per cambiarla in meglio.

Istituto superiore di Sanità a rischio commissariamento per il buco 2011-2012. L'ipotesi del ministro Lorenzin al Consiglio dei ministri

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha intenzione di commissariare l'Istituto Superiore di Sanità. La decisione, che dovrà essere presa comunque in Consiglio dei ministri, sarebbe legata a buchi di bilancio relativi agli anni 2011 e 2012.

Domani mattina si dovrebbe riunire il direttivo dell'Istituto per decidere le eventuali misure a difesa dell'organismo. I sindacati interni hanno immediatamente espresso la loro preoccupazione. Uno sciopero e una manifestazione era stato già indetto dai lavoratori del principale organismo di ricerca del ministero della Salute per il prossimo 19 giugno per la situazione dei numerosi precari. Da molto mesi dentro l'istituto era cresciuta la preoccupazione per il bilancio della struttura tanto da rendere difficile assicurare il rinnovo dei contratti per gli esperti nei progetti di ricerca. La gestione contestata riguarda il periodo durante il quale alla presidenza c'era Enrico Garaci e alla direzione Monica Bettoni

La situazione economica dell'Istituto superiore di Sanità, in disavanzo finanziario sia nel 2011 (-26,062 milioni) che nel 2012 (-4,244 milioni) era già finita nel mirino della Corte dei conti che a fine 2013 aveva indicato nella sua relazione sull'ente legata proprio ai due anni in questione, il buco che avrebbe dovuto avere come conseguenza la decadenza degli organi (tranne il collegio dei revisori o sindacale) e il commissariamento, come prescrive la legge (111/2011) in caso di due anni consecutivi di disavanzo.

La Corte nella sua relazione aveva anche invitato l'Iss a fare particolare attenzione ai saldi negativi sia di parte corrente che in conto capitale e a ridurre «la mole dei residui, in particolare passivi, seppure in decremento di circa il 16% nel 2012». ([VEDI](#))

Se questo dovesse accadere e se la prassi fosse seguita alla lettera (ma la decisione spetta al ministro e al Consiglio dei ministri nel suo complesso) , a fare le spese dei risultati negativi di gestioni precedenti al loro insediamento potrebbero essere l'attuale presidente dell'Istituto, Fabrizio Oleari, scelto a inizio 2013 dall'allora ministro Renato Balduzzi ([VEDI](#)) (ma insediato a marzo 2013) e il neo-direttore generale Angelo Lino Del Favero, insediato nella carica il 19 marzo scorso ([VEDI](#)).