

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
20 MAGGIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Ospedali e San Raffaele, sì ai supertecnici L'assessore Luigi Arru ha nominato i due team che dovranno analizzare e valutare posti letto e possibile convenzione

Non deciderà solo la politica, saranno prima di tutto i tecnici a ridisegnare la mappa della rete ospedaliera e a definire il piano che dovrà riempire di contenuti scientifici il futuro ormai certo dell'ospedale San Raffaele di Olbia. Con un decreto le due «strutture di supporto» – testuale – sono state volute e nominate dall'assessore alla Sanità, Luigi Arru. È anche lui un tecnico (primario in aspettativa del San Francesco di Nuoro) seppure ora in distacco politico, e proprio dagli esperti vuole avere «un quadro dettagliato dei fatti» prima di qualunque mossa in questi due terreni insidiosi, i posti letto e la convenzione con chi gestirà l'ospedale gallurese su cui, come si sa, il Qatar vuole investire un miliardo di euro.

Prima struttura. È coordinata dal direttore generale dell'assessorato, Giuseppe Maria Sechi, già direttore sanitario nelle Asl di Cagliari e Sanluri, e sarà composta da questi responsabili a vario titolo in altre aziende sanitarie: Nicolò Licheri (Asl 1 di Sassari), Paolo Tecleme (Olbia), Pierina Fodde (Nuoro), Nicola Orrù (Oristano), Sergio Pili (Carbonia) e Federico Argiolas (Cagliari). Il compito di questa struttura – è scritto nel decreto – sarà «definire gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera» da proporre alla conferenza Stato-Regioni. In parole molto più semplici, sarà questo team a definire i posti letto pubblici e privati necessari per «soddisfare al meglio il fabbisogno della Sardegna» e riportare in equilibrio la spesa dell'assistenza ospedaliera ora in rosso.

Bisognerà vedere se il gruppo voluto da Arru presenterà una bozza nuova, oppure partirà dalla legge-griglia presentata nella scorsa legislatura dall'allora assessore alla Sanità, Simona De Francisci, e approvata dal centrodestra, a quel tempo maggioranza, in Consiglio regionale. Oggi è più facile ipotizzare che sarà un piano tutto nuovo, perché a suo tempo il centrosinistra, ora al governo, tentò di bloccare la legge-griglia per questo motivo: dava «il potere di ridurre i posti letto» solo ai direttori generali delle Asl, che va ricordato sono ancora quelli nominati anni fa dal centrodestra.

Seconda struttura. È quella che ha l'incarico di studiare il caso San Raffaele. Sarà sempre coordinata dal direttore generale dell'assessorato, Giuseppe Maria Sechi, ma ristretta a Paolo Tecleme (Asl Olbia) e Sergio Pili (Carbonia). Il compito della struttura numero due è scritto nel decreto col solito linguaggio burocratico e può essere sintetizzato così: «Analizzare il tipo di convenzione sanitaria fra la Regione e i gestori del San Raffaele». Perché la ripresa dei lavori nel cantiere del nuovo ospedale è ormai una certezza. L'intesa di massima a tre (Regione-Qatar-Bambin Gesù di Roma) è stata raggiunta e ora spetterà ai tecnici far sapere quali reparti potranno essere aperti in Gallura senza che ci siano contraccolpi sul sistema sanitario regionale. Le reazioni. Una è stata dell'ex presidente della Regione Ugo Cappellacci (Forza Italia) proprio sul San Raffaele, che è diventato un caso nazionale e, come detto dal premier Matteo Renzi,

potrebbe essere proprio in questi giorni «al centro di una comunicazione molto interessante per la Sardegna». Per Cappellacci, che è stato il primo a intavolare la trattativa con il Qatar, «il San Raffaele è una grande occasione d'investimento e anche scientifica che l'isola non può farsi sfuggire». La seconda reazione è stata invece quella del consigliere regionale del Pd Roberto Deriu, che si è detto preoccupato da una possibile ristrutturazione della rete ospedaliera decisa dall'alto e soprattutto dalle commissioni Affari sociali e Bilancio della Camera: «Ci opporremo – scrive Deriu – all'indiscriminata, ideologica e cieca chiusura dei piccoli ospedali in Sardegna come qualcuno vorrebbe». È un segnale chiaro di cui dovranno tener conto anche i supertecnici convocati dall'assessore Arru.

L'UNIONE SARDA

REGIONE Il rebus chiamato San Raffaele

«Giovedì potrebbero esserci buone notizie per la Sardegna», ha detto Renzi in tv. Ovvero, arrivano gli arabi. E portano in dote un miliardo di euro da diluire nell'arco di tre anni. Destinazione? La sanità sarda. Ovvero, quel che resta del San Raffaele di Olbia, da completare e sviluppare fino all'eccellenza «internazionale». Questione locale? No. La partita è grossa, tanto grossa che quasi tutti tengono le bocche cucite oppure parlano a microfoni spenti. Comprensibile, e non solo per il momento elettorale. Olbia è il fulcro, ma il perimetro della questione è l'intera Isola, per gli anni che verranno. In altre parole: se l'operazione andrà in porto, si ridisegnerà l'intera sanità sarda, con qualche inevitabile vittima sul campo. Vincerà almeno la salute? Ipotesi concreta, ma ancora da dimostrare.

IL PROGETTO La partita, per ora, la giocano in tre: la Regione, il governo, gli arabi di Doha insieme alla santa sede (economia su doppia religione). L'interesse della Regione è ovvio considerando che fissa i posti letto (pubblici e privati), quello del governo ancora da verificare, quello della santa sede coincide invece con la Qatar Foundation, in joint venture con l'ospedale Bambin Gesù di Roma, una volta chiusa la trafila del fallimento dopo il crac di don Luigi Verzé (a cui fa capo il brand San Raffaele). Del loro interesse per il candido palazzone a due passi dall'aeroporto di Olbia si parla da tempo. Stop and go, con voci e controvoce. E improvvisa accelerata finale, sembrerebbe. Per fare cosa? L'ipotesi sempre in piedi è un ospedale più o meno da sogno: 248 posti letto (ma il numero è ballerino) di cui 40 “solventi”. Che significa proprio quello che si immagina: stanze da ricovero da fare invidia a suite con 5 stelle. Per “solventi” del Qatar, ma non solo.

L'OPERAZIONE La direzione ospedaliera e scientifica farebbe capo al Bambin Gesù. Con quali specialità? Primi punti da chiarire: si è parlato di pediatria, cardiologia, ortopedia, oculistica. Durante il governo Cappellacci è spuntata l'ipotesi oncologia. Di sicuro il diabete, che in Qatar colpisce il 17 per cento della popolazione. Il tutto con un punto di forza: la ricerca scientifica avanzata. Insomma, la parola corrente è “multibrand”, per un certo numero di specialità gestite da eccellenze internazionali. E il coinvolgimento delle università sarde. Il concetto di “eccellenza” è una precondizione, insistono i fautori dell'operazione. Che fa il paio con un migliaio di posti di lavoro «pronti subito». Ma bisogna far presto: da fonti parlamentari risulta che la Germania «ha già fatto una proposta strabiliante» al Qatar. Cosa vieta agli emiri di andare altrove? Col rischio di perdere «una iniziativa di sistema, non la solita casa di cura», sottolineano gli sponsor.

Se le cose stanno così, e «Renzi segue personalmente la vicenda», bisogna interrogare la Regione. Si sa che Pigliaru è favorevole, l'assessore alla Sanità Luigi Arru forse meno e di

certo ha preteso ulteriori approfondimenti. Ufficialmente vige una formuletta: «Non diciamo niente finché non ci sono novità». E dunque finora nessuna novità? Silenzio, a parte un interessante «non ci sono intoppi», Per farla breve, l'operazione sarebbe in dirittura di arrivo. Ma poiché era definita in questo modo anche pochi giorni fa, è bene attendere.

LA REGIONE «La Regione non ha cambiato idea», dice Pierpaolo Vargiu, presidente della Commissione sanità della Camera. E aggiunge: «Io sono favorevole al progetto, ma capisco le criticità. Il fatto è che bisogna discuterne senza fare guerre di religione. C'è un problema oggettivo e la Regione deve essere attiva: dobbiamo decidere quale tipo di assistenza si vuole dare ai sardi». Per Vargiu una sanità che integri le specialità degli altri presidi, senza concorrenza e «senza meccanismi di spoliazione». Più esigenze, insomma: evitare intanto la “mobilità passiva”, il meccanismo perverso che trasferisce in penisola fiumi di malati sardi. Per il “turismo ospedaliero”, come lo chiama qualcuno, la Regione spende un centinaio di milioni all'anno. L'eventuale eccellenza di Olbia può bloccarlo? Bisogna poi proteggere ciò che merita di essere protetto. E si arriva al punto cruciale della questione, che si estende a questo punto al quarto protagonista della partita: la sanità privata. Cioè quella accreditata e poi convenzionata. Che gradirebbe un aumento dal 3 al 5 per cento della sua quota sul bilancio.

Nel resto dell'Italia le Regioni a statuto ordinario che per la sanità superano il vincolo del 5 per cento dei finanziamenti Cipe entrano in una sorta di regime commissariale con piano di rientro. La Sardegna eccede la spesa del 13 per cento, ma per fortuna grazie all'accordo Soru-Prodi del 2007 (e Legge finanziaria del 2008) gode di una certa autonomia. Così, per la sanità annuale, alla valutazione dello Stato di due miliardi e 800 milioni la Regione nel 2012 ha aggiunto 400 milioni. «Saremmo già nel piano di rientro», segnala Vargiu.

Domanda fondamentale: quanti altri quattrini dovrebbe aggiungere la Regione per nutrire l'eccellenza del San Raffaele di Olbia? Secondo i “perplexi” si potrebbe arrivare a 50-60 milioni all'anno.

I CONTRARI Esagerazioni? Altri dubbi da chiarire. Ma non l'unico. In concreto, cosa significa un miliardo in tre anni? Quali e quanti piccoli ospedali rischierebbero la chiusura? E poiché la Regione dovrà sborsare molti soldi, dove taglierà, tanto più nel mezzo della crisi? Ancora, cosa si intende per ricerca? Non si rischia di favorire Olbia e penalizzare il resto dell'Isola? E infine: non esistono investimenti gratis, qual è quindi la sostanza del rapporto Italia-Qatar? Va oltre la sanità? Dubbi sollevati al momento da un fronte tutto interno al centrosinistra. Le perplessità, se così si vogliono chiamare, vengono da Paolo Fadda, protagonista pluriennale della sanità isolana. E, a leggere recenti dichiarazioni, anche da Silvio Lai, segretario regionale del Pd. Così, se a Olbia è favorevole il deputato Gian Piero Scanu, tra Cagliari, Nuoro e Sassari si compone un fronte di resistenza. Di «approfondimento», anzi. Mentre a Roma, tanto per stare al Pd, Renzi prepara l'annuncio dell'accordo. Bizzarro.

SASSARI CLINICHE UNIVERSITARIE **Oncologia abbandonata, disperato Sos dei malati Malasanità: code infinite per la chemio e locali nel degrado**

«Se non fosse per la professionalità di medici e infermieri, pronti a farmi da cuscinetto per limitare i disagi, qui siamo destinati a morire». In viale San Pietro a Sassari nella cittadella sanitaria e più precisamente nel reparto di Oncologia delle cliniche universitarie. Marcello Testoni, colpito da un male subdolo e quasi immobile tra il letto dell'ospedale e la

carrozzina, non vuole assistere passivamente a questo scempio. File interminabili nei corridoi per la chemioterapia, nessuna privacy né spazi per l'attesa. E ancora, la sua carrozzina non passa nella porta del bagno, il servizio non è attrezzato per disabili.

MURO DI GOMMA È solo un piccolo elenco delle segnalazioni che, qualche giorno fa, ha scritto sul suo taccuino. Il suo letto elettrico per esempio, dotato di elevatore, gli è stato ceduto da un altro paziente. Non c'era disponibilità per entrambi. Nessuno spazio neppure per le nuove tecniche di oncologia interventistica ma soprattutto, negli ambulatori di chemioterapia, più di 50 persone ogni giorno si ritrovano davanti a code chilometriche. In doppia fila nei corridoi e senza un minimo di riservatezza. E se la terapia provoca spiacevoli effetti collaterali, per raggiungere il bagno bisogna attraversare quel corridoio, passando davanti a tutti. «Questo è il terzo mondo - ha raccontato Marcello - e l'unico segno di civiltà è la presenza di medici e infermieri qualificati. Combattono contro un muro di gomma per la mancanza di presidi e attrezzature. Sono loro che, con il loro lavoro, tentano di abbattere le barriere architettoniche».

ALLA REGIONE A cominciare dal bagno della sua stanza, nel quale la carrozzina passa a malapena. «Oggi ci sono io - ha chiarito - ma ieri c'erano altre persone e altre ci saranno domani. Ho passato una vita tra lavoro e passione politica, condividendo battaglie di ogni genere. Voglio continuare a farlo da questo letto, per me e per tutti quelli che vivono questa situazione». Ha già preso contatti con alcuni consiglieri regionali ed è pronta la lettera per l'assessore regionale alla sanità Luigi Arru. «Il personale mi fa da cuscinetto per tutto quello che non posso avere». Alle cliniche, per esempio, ci sono medici che potrebbero utilizzare tecniche all'avanguardia per combattere i tumori, ma non ci sono né spazi né macchinari adeguati.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Da Torino il nuovo Codice deontologico dei medici. Torna la parola “Paziente” ma solo quando ci si riferisce alle cure mediche

Ottantasette voti favorevoli, dieci i contrari, due astenuti. Quattro articoli inediti sulla medicina potenziativa, la medicina militare, le tecnologie informatiche e all'organizzazione sanitaria. Si torna al termine paziente quando si parla di cure, mentre “persona assistita” resta ad indicare tutti gli altri ambiti del rapporto tra medico e cittadino.

In attesa di conoscere nel dettaglio il nuovo testo, sul quale i funzionari della Fnomceo lavoreranno fino a giovedì prossimo per ottimizzarne l'editing finale, la Fnomeco dà i numeri della due giorni di Torino che ha visto confrontarsi tutti i presidenti provinciali degli Ordini dei medici per questo significativo aggiornamento del loro Codice di deontologia medica, la cui ultima versione risale ormai al 2006.

Il “Codice di Torino” – informa la nota della Fnomeceo - nasce dopo un'amplissima consultazione, estesa questa volta anche a soggetti esterni – Bioeticisti, Giuristi, Società

Scientifiche, Organizzazioni Sindacali, Associazionismo Sociale - e con un'attivissima partecipazione dei presidenti d'Ordine e Cao alla definizione del testo.

“Ringrazio le centinaia di colleghi Medici e Odontoiatri – è stato il primo commento del Presidente della FNOMCeO, **Amedeo Bianco** –, ringrazio le Personalità di cultura impegnate nelle Istituzioni pubbliche e private, nella vita civile e sociale, che ci hanno accompagnato in questo cammino: le ringrazio per le critiche e per i consensi, quali perfetta testimonianza di una complessità delle questioni trattate, amplificata da una profonda crisi di sistemi e di valori, che non può e non deve ridursi a un pensiero unico. Resta il larghissimo consenso su una sintesi, credo ampia e qualificata, che certamente non oscura quanto di diverso è stato pensato e proposto. Siamo sempre in cammino”.

E proprio questa partecipazione ha fatto sì che i più importanti articoli – il 3 e 13, che definiscono le Competenze del medico, i nuovi articoli 77, sulla Medicina Militare, 78, sulla Cybermedicina, 79, sulla partecipazione all'Organizzazione sanitaria – siano stati approvati con percentuali di “sì” superiori al novanta per cento. Sull'articolo 67, riguardante la Lotta all'abusivismo, si è raggiunta l'unanimità.

Ma quali sono le principali novità?

Quattro gli articoli inediti, ciascuno corrispondente a una questione bioetica mai affrontata prima: la **Medicina Potenziativa** (Art. 76) - volta non a curare ma a migliorare lo stato di benessere, sino a superare gli stessi limiti della natura - la **Medicina Militare**, articolo condiviso con il ministero della Difesa, l'applicazione **Tecnologie informatiche alla Sanità**, la partecipazione del **Medico alle Organizzazioni sanitarie**.

Ma anche un occhio più attento all'**Ambiente**, alla prevenzione del **Rischio clinico** e alla **Sicurezza delle cure**, al controllo del **Dolore** e alle **Cure palliative**, alle **Competenze professionali**, alla **Lotta all'abusivismo**, al **Consenso Informato**.

Torna, in alcuni articoli, il termine “**Paziente**”, in una prima versione del testo sostituito sempre da “**Persona assistita**”. E ciò per dare coerenza al cambio di paradigma della Medicina moderna, che passa da esclusiva azione di cura della Malattia, a quella più vasta di promozione e tutela della Salute. La scelta dell'Assemblea specifica ancor meglio questa vera e propria “Rivoluzione copernicana”, mantenendo la parola “Paziente” quando si parla di “Cure”, e introducendo “Persona assistita” negli articoli di più ampia accezione.

La questione medica e la riforma del Titolo V. Cassi (Cimo): “Prima di tutto il medico al centro del sistema”

Dopo gli interventi di Troise e Gigli, prende la parola anche il presidente della Cimo che sottolinea come la modifica del titolo V non risolve di per sé la “questione medica”. Prima occorre ripensare lo “status” del medico che deve riappropriarsi della libertà di azione nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

La “questione medica” che è esplosa negli ultimi anni non è dipendente dalla modifica del titolo V, che è contestuale come periodo temporale, ma i cui effetti sono ricaduti

principalmente sui cittadini aumentando le diseguaglianze tra le varie Regioni e sui conti del FSN il cui deficit è esploso in maniera esponenziale ed, attraverso sprechi, ruberie, mancati interventi riorganizzativi, contribuendo a mettere in crisi l'universalità e la sostenibilità del sistema

Noi siamo sostenitori della necessità di una modifica del titolo V perché l'esperienza di questo decennio ha dimostrato che occorre che lo Stato, attraverso il Ministero della Salute ed il Parlamento, sia in grado di garantire su tutto il territorio nazionale il diritto alla salute ai cittadini, lasciando, alle Regioni, la gestione con propri modelli organizzativi, all'interno di un definito standard assistenziale ospedaliero e territoriale che sia omogeneo su tutto il territorio nazionale. Occorre quindi che sia il Parlamento a stabilire i LEA, che gli stessi LEA non siano di esclusiva natura economica, ma che tengano conto di indicatori di qualità, appropriatezza e adeguatezza ad iniziare dal fabbisogno minimo di risorse umane, tecnologiche, strutturali e standard organizzativi necessari a garantirli, e che il Governo possa concretamente intervenire con gli indispensabili strumenti correttivi, laddove i governi regionali dimostrino la loro incapacità a modificare i propri modelli gestionali ed organizzativi. Per questo riteniamo fondamentale l'introduzione della "clausola di salvaguardia".

Ma la modifica del titolo V non risolve la "questione medica". La crisi dei medici che lavorano nel SSN è infatti determinata da una profonda demotivazione della categoria che nasce per una serie di fattori di cui il principale è la modifica dello status del Medico, imposto dalle riforme degli anni 90 che, omologando il suo status a quello di un "normale" pubblico dipendente, ha visto privilegiare l'aspetto cosiddetto "dirigenziale" rispetto a quello "professionale". In linea con la spinta ad un'aziendalizzazione che ha concentrato tutti i poteri nel Direttore Generale monocratico, maggiormente interessato a valutare i risultati gestionali rispetto a quelli in termini di "salute", anche perché questo gli consente un maggior potere nella scelta dei dirigenti e nella valutazione degli stessi, favorendo una pesante interferenza della politica.

E' questa è la prima riforma necessaria. Bisogna distinguere chiaramente, nella gestione del bene-salute, tra funzioni di indirizzo e controllo politico e funzioni manageriali e tecniche, responsabilizzando cioè i tecnici (in particolare i medici) secondo le rispettive competenze. Ma occorre passare da un modello di azienda manifatturiera ad un modello di azienda di servizi: le cui logiche devono privilegiare la qualità e l'efficacia del servizio offerto ai cittadini.

A questo si aggiunga che con la "dirigenza" si perde la peculiarità e la specificità delle professioni, creando una confusione di ruoli e competenze, una sovrapposizione di responsabilità gestionali e professionali.

Per questo noi sosteniamo che, vista la specificità dell'attività del medico ed i relativi livelli di responsabilità, il medico dipendente, quale dirigente, deve riacquisire la piena autonomia decisionale nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie fisiche e psichiche della persona, attività che può svolgere direttamente ovvero con la collaborazione di altro personale sanitario, laureato o non, attraverso la definizione dell'"atto medico", obiettivo strategico che l'attribuzione della qualifica dirigenziale ha finito per porre in ombra.

Tuttavia, pur mantenendo la qualifica dirigenziale, è possibile introdurre modifiche

significative tese anche a differenziarla dalle altre tipologie di dirigenza. La qualifica di dirigente medico deve, necessariamente, essere differenziata rispetto alle altre tipologie della dirigenza pubblica.

La carriera del Dirigente Medico deve quindi tener conto delle effettive peculiarità del professionista che derivano, non solo, da un percorso formativo di elevata specialità ma, soprattutto, da un'attività che richiede elevate competenze tecniche con dirette responsabilità di natura gestionale strettamente legate ai processi decisionali di natura clinico-assistenziale.

Ma esiste anche un grave problema di qualità del lavoro. I blocchi del turn – over e la mancata riorganizzazione della rete stanno imponendo turni sempre più gravosi a medici che, in assenza del ricambio generazionale, hanno un età media sempre più elevata. **Gigli** ha citato la grave questione della colpa professionale che incide profondamente sull'attività del lavoro medico, facendo perdere la necessaria serenità nell'assumere necessaria decisioni fondamentali per la salute del cittadino.

Se non si modificano queste situazioni anche la modifica del titolo V sarà inefficace a risolvere la questione medica. Dalla 229 in poi i medici sono stati messi al margine dei centri decisionali, la loro professionalità è stata svilita mentre si sono volute gratificare nuove figure gestionali, stanno addirittura rischiando di scomparire come categoria se non venissero esclusi dal “ruolo unico” della dirigenza pubblica.

Occorre fermare questa deriva e restituire al medico il ruolo che gli compete e riportando l'atto medico al centro delle cure.

Riccardo Cassi
Presidente CIMO ASMD

La questione medica e la riforma del Titolo V. Gigli (Fesmed): "Regioni e Governo si fidino di noi"

Occorre una profonda azione di “convincimento” nei confronti del Governo e delle Regioni, affinché comprendano i vantaggi che possono derivare da un'alleanza con i medici e con i professionisti della sanità. Per arrivare ad offrire ai cittadini italiani un sistema sanitario efficiente e sicuro

Nel suo intervento sulle modifiche al titolo V della Costituzione, il Segretario nazionale dell'ANAAO **Costantino Troise** identifica come nucleo centrale della “questione medica”, la “perdita di potere nel giudizio, nella scelta e nell'atto, quindi nella perdita secca di autonomia, da cui deriva la necessità urgente di recuperare un ruolo sociale e politico nei confronti delle decisioni che ci riguardano”. Egli auspica giustamente un cambiamento della forma di governo del sistema, tale da non “escludere o marginalizzare le componenti professionali”.

Secondo il mio punto di vista, innanzitutto occorre chiederci se ci sono i presupposti per ritenere che quanto auspicato da Troise sia realizzabile. Al momento, la via che ha imboccato il Governo per quanto riguarda il settore sanitario, sembra limitarsi alla riduzione delle risorse e alla decentralizzazione delle competenze. Infatti, il disegno di legge costituzionale per la modifica del titolo V della Costituzione, attribuisce alle Regioni la

potestà legislativa dei servizi sociali e sanitari, riservando allo Stato la legislazione esclusiva solo sulle norme generali per la tutela della salute. Nessun ruolo viene riservato al Ministero della salute e ai suoi organismi consultivi.

Non nutro la preoccupazione che ha espresso efficacemente **Ivan Cavicchi**, quando ha parlato di un punto che ha fatto battere il cuore a molti anti regionalisti, riferendosi alle competenze esclusive dello Stato per le norme generali per la tutela della salute. Al contrario, quello che mi preoccupa sono le iniziative di alcune Regioni che già da ora hanno voluto imporre ai propri cittadini delle norme basate su scelte ideologiche e soprattutto, con questo tipo di riforma al Titolo V, ritengo che debba farci preoccupare il livello qualitativo dell'assistenza che verrà offerta ai nostri concittadini. Non credo di essere l'unico ad essersi posta la domanda: tutte le Regioni saranno in grado di garantire ai cittadini degli adeguati livelli assistenziali?

Non voglio esprimere una risposta che potrebbe sembrare preconcepita ma, non posso ignorare il recente esempio che hanno dato le Regioni sulla loro capacità di affrontare un problema sanitario. Mi riferisco alla questione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed al fatto che lo stesso Presidente della Repubblica abbia sentito la necessità di dichiarare, di aver firmato a malincuore il decreto che proroga il termine per la loro chiusura definitiva alla data del 1° aprile 2015. La richiesta di proroga era stata avanzata dopo che era stata rilevata la mancata realizzazione in diverse Regioni delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, previste dalla legge 9/2012. Quindi, non si tratta di combattere una battaglia a favore della centralità dello Stato, bensì di difendere il diritto alla salute dei cittadini. C'è il rischio che le regioni interessate da piani di rientro e non solo quelle, non siano in grado di garantire ai cittadini degli adeguati livelli assistenziali.

In questo confronto istituzionale sulla salute, che si gioca fra Governo e Regioni, i professionisti della salute ed in particolare i medici, risultano completamente esclusi, anche per quanto riguarda la funzione consultiva. Da anni, intorno ai medici è stato steso un cordone sanitario per impedire ogni loro interferenza con l'organo di governo, vedi il D.Leg. 150/2009. Sono stati esautorati dall'autogoverno della categoria, attribuendo al potere politico il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa. Inoltre, i dirigenti medici vengono tenuti sotto costante ricatto, prevedendo che alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in assenza di una valutazione negativa, sia possibile non confermare l'incarico conferito al dirigente (L.122/2010).

A questo dobbiamo aggiungere la questione del "contenzioso sanitario". Nonostante venga riconosciuta l'enormità del danno alle finanze pubbliche, che viene provocato dalla pratica degli indennizzi incontrollati e dalla "medicina difensiva", non si vede una reale volontà del Governo di trovare una soluzione al problema. Non solo ma, per minare l'alleanza fra le diverse categorie che sono vittime del contenzioso sanitario e per favorire gli interessi di un ristretto gruppo di persone, si fomenta la conflittualità fra i medici e i professionisti della sanità, contrasto che non avrebbero motivo di esistere se venissero definite le rispettive competenze. Tutto questo contraddice i riconoscimenti che da più parti vengono tributati alle competenze e alla professionalità dei medici italiani. Lo stesso Ministro della salute **Beatrice Lorenzin** ha parlato di tantissimi centri di eccellenza che sono un fiore all'occhiello per il nostro Paese.

A seconda del punto di vista i medici vengono considerati competenti ed affidabili quando

trattano questioni attinenti la loro professione e diventano incapaci e inattendibili quando affrontano dei problemi organizzativi e di governo. Oggi, anche all'interno del sindacato ci sono voci che auspicano per il medico del SSN una maggiore attenzione alla sua mission professionale, non disgiunta da una carriera professionale nel SSN, tuttavia, questo non esclude che il medico proprio per la sua competenza professionale sia la figura professionale più competente per indicare le strategie e i percorsi più idonei per la tutela della salute dei cittadini.

A mio avviso, tutto questo richiederà una profonda azione di “convincimento” nei confronti del Governo e delle Regioni, affinché comprendano i vantaggi che possono derivare da un'alleanza con i medici e con i professionisti della sanità, per arrivare ad offrire ai cittadini italiani un sistema sanitario efficiente e sicuro.

Carminè Gigli
Presidente FESMED

La questione medica e la riforma del Titolo V. L'importanza della Governance

La proposta avanzata su questo giornale dal segretario nazionale dell'Anaa il modello di governante da adottare in sanità assume una rilevanza strategica. E il governo multilivello di cui ha parlato anche Cavicchi diventa la risposta alla complessità del sistema

La proposta del segretario generale dell'Anaa, **Costantino Troise** rilancia la questione medica e la correlata richiesta di autonomia dell'atto medico, condizionata da vincoli economici e contenziosi crescenti con i pazienti, ma soprattutto da un modello organizzativo incapace di dare risposte adeguate a questa legittima richiesta.

Il tipo di modello di governance da adottare in sanità diventa allora un aspetto di rilevanza strategica; dalla scelta di un modello pertinente di governance dipende la possibilità di rilanciare l'autonomia della professione medica e con essa l'autonomia dell'atto medico.

In particolare, il punto di contatto tra la riflessione di Troise e quella di **Ivan Cavicchi** si realizza a proposito del governo multilivello. Entrambi infatti concordano:

- sulla necessità di proporre nuovi modelli di governo e sulla ricerca di un compromesso possibile tra stato e lavoro sulla sanità pubblica;
- sul fatto che la definizione del modello di governo non si esaurisce in una mera redistribuzione di poteri istituzionali;
- sulla constatazione che governare implica organizzare le relazioni tra stato, lavoro e società;
- sulla necessità di coinvolgere i cittadini oltre che i lavoratori, considerandoli come parte integrante del governo.

Un governo multilivello diventa allora un tentativo di risposta alla complessità della sanità, “molteplicità di variabili di natura diversa tra loro interagenti” ([qs 14 maggio](#)), che implica appunto modelli di governo multilivello ma anche multi partecipazionali.

Entrando più nello specifico della proposta, sia Troise che Cavicchi suggeriscono un

governo multilivello nel quale i soggetti coinvolti con ruoli e identità ben precise, specificando in modo chiaro e circostanziato i poteri istituzionali, svolgano la loro parte all'interno di un rinnovato sistema di governance, di governance allargata che deve raggiungere un nuovo equilibrio, contemperando gli interessi di tutte le parti in gioco, non solo delle istituzioni ma “di tutti gli attori del sistema”, “soddisfacendo-aggiunge Troise-insieme [...] interessi professionali ed il diritto alla salute dei cittadini”.

I soggetti che compongono tale governance a parere di Troise e Cavicchi sono molteplici. L'aspetto interessante e che condivido è che si rende necessario, perchè tale governance possa realizzarsi, che siano chiare le identità e i fini istituzionali di tali soggetti. Cavicchi in particolare nel già citato articolo chiarisce bene questo punto:

- un Parlamento che interviene sulla natura pubblica del servizio sanitario nazionale, le prospettive e controprospettive del sistema sanitario, le garanzie dei diritti e delle tutele;
- un “Governo federale centrale” che individua un paradigma per l'azienda sanitaria, definisce le condizioni di sostenibilità e sistemi che garantiscano la tutela dei diritti e l'equa allocazione di risorse (quote capitarie, quote capitarie pesate, esenzioni per età, per patologia....); che si occupa di aspetti connessi a questioni giuslavoristiche, alle competenze professionali, con la tenuta dei “professional board” di cui si è ampiamente detto, negli articoli citati;
- un “Governo decentrato” che ridefinisca i ruoli degli assessorati alla salute e gli aspetti connessi all'organizzazione dei servizi sanitari e alla gestione (es. ridurre la variabilità prescrittiva e di spesa tra distretti) ecc.;
- il ruolo dei Comuni che governano le politiche per la produzione della salute primaria con piena autonomia e responsabilità;
- c'è posto anche per le tre grandi istituzioni intermedie tra Governo centrale e governo decentrato: Istituto Superiore di Sanità, Agenas, Aifa, a servizio sia del Governo centrale che del governo decentrato.

Forse l'aspetto più interessante di questa idea di governo multilivello e che va oltre la semplice ridefinizione di competenze delle istituzioni è quella che riguarda una idea di governo aperto e diffuso aspetto, particolarmente interessante ora che si parla di fine della concertazione:

- l'idea di una azienda diversa che consenta un management diffuso sulla quale, soprattutto, l'Anaa in questi anni ha insistito molto e che, specularmente, Cavicchi concretizza con l'idea dell'operatore “autore”, cioè dello scambio autonomia contro responsabilità misurato con i risultati, che per poter essere attuato effettivamente ha bisogno di una cornice aziendale diversa da quella attuale;
- l'idea del professional board che raccolga tutte le professioni proprio per dare risalto al ruolo di governo del lavoro nei confronti della governabilità;
- l'idea di riabilitare il consiglio sanitario nazionale quale contraltare della conferenza stato regioni per dare voce al sistema nella sua complessità di soggetti nei confronti delle grandi decisioni, nelle scelte operative “generali”.

Il tutto nel rispetto di alcuni criteri: criteri di incompatibilità e di valutazione, secondo una cultura del dare conto per coloro che governano che devono possedere competenze trasversali come ad es. le capacità di negoziazione.

Un quadro interessante che richiede l'apertura di un tavolo di riflessione ampia e condivisa, data anche la disponibilità che leggiamo da parte di una così importante sigla come

l'ANAAO.

Il valore aggiunto di tale proposta sta, a mio giudizio, nella capacità di contemperare e coinvolgere, come dicevo, i vari interessi in gioco, rafforzando i ruoli e le identità delle parti; in un momento in cui, come segnala Troise, vi è “la necessità urgente di recuperare un ruolo sociale e politico nei confronti delle decisioni che [...] riguardano” gli operatori, un siffatto framework che propone un governo multilivello sembra aprire un nuovo spazio per autonomia e responsabilità, per il coinvolgimento degli operatori nel rispetto delle loro competenze, in quanto tale *engagement* è uno degli “ingredienti” della filosofia che ispira il modello; in quanto il *feel rouge* che, a mio parere sembra legare i componenti di tale governance è insieme la partecipazione diffusa e la prossimità ai titolari dei bisogni.

Mi permetto di aggiungere un suggerimento con riferimento ad un aspetto che in un siffatto modello di governance non deve mancare e che andrebbe tenuto presente in un tale tavolo di riflessione reale o virtuale che sia: il compromesso sociale di cui parla il dott. Troise è una condizione necessaria ma non sufficiente a produrre un obbligo moralmente vincolante. Esso presuppone un accordo consensuale che non sempre conduce ad equità in quanto i soggetti più forti hanno maggiori vantaggi (asimmetria informativa, abilità di una parte nel trattare, ecc.).

Per evitare che il compromesso si trasformi in un rispetto formalistico dei ruoli e delle parti occorre che una tale governance multilivello e multistakeholders sia fondata su dimensioni intangibili e non tracciabili su un flow-chart, dimensioni come la cooperazione che porta a ricercare un consenso in relazione ai contenuti fondamentali del bene comune.

“Un management diffuso aperto [...] alla responsabilità sociale” deve fondarsi su una teoria del bene comune, una teoria che consente di tenere conto degli interessi di tutte le parti, di tutti “gli attori del sistema”, che aiuta una tale governance a considerare quale tipo di relazione sociale esiste con i vari stakeholders, al fine di identificare il bene comune della società e i diritti e i doveri che derivano da quel bene comune; questo fondamento è la migliore garanzia perché una nuova governance per la sanità possa andare oltre una mera lista di doveri derivanti dal compromesso, a tutto vantaggio dei cittadini e della qualità dell'assistenza della quale beneficeranno.

Fabrizio Russo phd

Direttore Alta Scuola ARCES

DOCTORNEWS33

Bianco, dal nuovo codice un impulso alla legge sugli ordini sanitari

L'obbligo di assicurarsi; la sottolineatura che diagnosi e prescrizione sono atti medici; la dicitura “persona assistita” utilizzata, ma non più ovunque, al posto di “paziente” e le nuove norme sulle visite in remoto, i medici militari e la medicina potenziativa: sono i temi vagliati dai presidenti d'ordine a Torino alla tre giorni indetta dal comitato centrale Fnomceo prima di licenziare il nuovo Codice Deontologico. Il passaggio – che ha comportato il vaglio di 320 emendamenti e l'approvazione del testo finale da parte dei 106 consiglieri Omceo con soli 10 voti contrari- avviene a otto anni dal precedente. Il leader della Federazione degli ordini dei medici Amedeo Bianco spiega perché urge un lifting: «Veniamo da casi come Stamina in cui il Ministero della Salute fa una commissione

scientifico per valutare la sperimentazione e il Tar la sospende, giudici che ordinano di curare i pazienti e altri che indagano per motivi gravi chi ha erogato la terapia, e i medici in mezzo che chiedono di non effettuare trattamenti non validati. Abbiamo una legge che impone la presenza del paziente per certificare la malattia e nel contempo mezzi per visitare in remoto come la telemedicina. Vi sembra poco per non sentire l'urgenza di aggiornare il Codice?». «Persona assistita» o «paziente»? «I due concetti non si contrappongono; il paziente resta il nerbo del rapporto a due ma oggi il medico si rivolge anche ai sani, fa manutenzione dello stato di salute. Fermo restando che parliamo di una «persona», di un vissuto, di diritti e doveri in una relazione che resta di cura».

I 108 presidenti d'ordine - che devono lasciare l'ultima parola al comitato centrale- sono perplessi sull'inserimento all'articolo 54 dell'assicurazione Rc obbligatoria: «Da una parte, la legge impone all'Ordine di fissare i profili sanzionatori per l'iscritto che non si assicura, dall'altra vi sono il disagio di colleghi che non trovano coperture o le trovano a prezzi proibitivi, e il timore che gli obblighi fin qui posti in capo alle aziende possano più facilmente scivolare sul medico dipendente. Qui il Codice non dà risposte ma dice al medico: sei chiamato ad assicurarti anche a tutela del tuo paziente, se poi la legge ti trova inadempiente come fai?» Bianco auspica che il nuovo Codice dia impulso definitivo al ddl sulle professioni, incardinato questa settimana in senato: la parte del ddl omnibus del ministero della Salute che disciplina le professioni sanitarie sarà confrontata con i testi dei ddl di Bianco, Silvestro, D'Ambrosio Lettieri, Bianconi, D'Anna, Mandelli. «Speriamo che la legge arrivi. C'è bisogno non solo di ammodernare la gestione degli ordini, ma anche di riqualificarli: da enti ausiliari dello stato a sussidiari. In altre parole, dove la legge non specifica su una materia intervengono loro a disciplinare. E anche a sanzionare l'iscritto: un potere enorme da utilizzare con cura».

Documento commissioni, più Stato e fondi integrativi per Ssn

«Rafforzare il ruolo dello Stato» in Sanità, anche se questo potrebbe «implicare una revisione del riparto delle competenze previsto dal vigente Titolo V della Costituzione», «in modo da eliminare le differenze regionali» esistenti. Meno frammentazione regionale, dunque, ma anche più sanità integrativa, è quanto contenuto nella bozza delle conclusioni dell'Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del servizio sanitario, svolta dalle Commissioni riunite Bilancio e Affari Sociali della Camera, che verrà discussa dal 27 maggio. Scopo dell'inchiesta condotta attraverso le audizioni dei principali soggetti del settore, quello di «scattare una fotografia» del nostro sistema sanitario per valutarne la capacità di fornire «prestazioni di qualità, informate ai principi di equità e universalità». Dalla proposta di documento conclusivo, dunque ancora da emendare e votare, arriva un incentivo per la sanità integrativa. «Per aumentare l'efficienza del sistema sanitario si potrebbe incentivare la sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive e individuali, attraverso una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche».

GIURISPRUDENZA Corte dei conti: quali danni da intramoenia illecita

Il medico che nasconde all'azienda ospedaliera l'esercizio della libera professione extramuraria, nella fattispecie come fiduciario di una compagnia assicurativa, è obbligato a restituire l'indennità di esclusività e di risultato e la retribuzione di posizione (nella misura del 50%), ma non a rimborsare gli emolumenti percepiti per l'attività illecitamente svolta privatamente.

Questa è l'opinione della terza sezione centrale di appello della Corte dei conti che, con la sentenza n. 277/2014 del 6 maggio, di conferma della pronuncia della sezione giurisdizionale della Calabria, ha obbligato un camice bianco a rimborsare all'ospedale dal quale dipende la somma di 74.980,69 euro (oltre rivalutazione monetaria, interessi legali e spese di giudizio).

La necessità di un'autorizzazione espressa all'esercizio di extramoenia, si legge nella sentenza, è inequivocabilmente imposta dalla legge (art. 53, comma 19 del decreto legislativo 165/2001) che esclude a priori che possa configurarsi un'autorizzazione implicita «per fatti concludenti». Il medico non può portare a giustificazione l'esistenza di caos amministrativo, l'assenza di specifiche disposizioni e l'assenza di controlli che regnava nella propria azienda. Poiché, con tutta evidenza, affermano i giudici, alla richiesta deve seguire l'autorizzazione, la cui mancanza non consente di ritenere rimosso l'ostacolo giuridico che si frappone al libero esercizio dell'attività altrimenti vietata, con tutte le conseguenze che ne seguono sotto il profilo delle connesse responsabilità, sia sul piano disciplinare che su quello delle conseguenze patrimoniali da danno erariale.

Secondo l'impianto accusatorio, il medico era venuto meno all'obbligo assunto con l'opzione per il rapporto esclusivo, che gli avrebbe consentito l'esercizio della libera professione in regime di intramoenia allargata ma non l'attività di fiduciario di una compagnia di assicurazione con contratto libero professionale, in nome e per conto proprio. Conseguentemente egli aveva svolto in maniera palesemente irregolare l'attività intramuraria allargata nel proprio studio medico privato, senza averne concordato le modalità di svolgimento con il direttore generale e versando, inoltre, la sola percentuale del 5% stabilita dalla tabella allegata al regolamento aziendale.

Alla violazione si sommava anche il fatto di avere esercitato altra attività sanitaria a pagamento, aggiuntiva rispetto a quella rendicontata come intramuraria all'azienda sanitaria, in grave violazione, degli articoli 4, comma 7 della legge 412 del 1992, comma 5 della legge 24 dicembre 1996, n. 662 e 72, comma 4 della legge 448 del 1998. A nulla è valso il fatto di avere correttamente dichiarato al fisco i compensi in quanto, afferma la Corte, la regolarità fiscale non sostituisce l'omesso passaggio autorizzativo.