

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE San Raffaele, sarà Renzi a fare l'annuncio Domani (ma forse anche oggi) il premier ufficializzerà da Roma l'accordo Regione-Qatar per far ripartire il cantiere di Olbia

È ufficiale: sarà il presidente del Consiglio, Matteo Renzi, a annunciare la firma dell'accordo Regione-Qatar per l'ospedale San Raffaele di Olbia. Nel bel mezzo della campagna elettorale per l'europree, domani (ma potrebbe essere anche nella tarda serata di oggi) il premier confermerà quello che La Nuova ha anticipato domenica: la Qatar Foundation, insieme all'ospedale Banbin Gesù di Roma, investirà un miliardo per far ripartire lo «scatolone bianco», bloccato da quando si è dissolto nei debiti l'impero del prete-manager Don Verzè. L'annuncio. Da gran comunicatore qual è, Renzi vuole cavalcare la rinascita del San Raffaele, per dimostrare che con lui l'Italia è ritornata autorevole, affidabile e appetibile sui mercati internazionali. Capace di battere anche la concorrenza della Deutsche Bank, ultimo contenitore degli investimenti del Qatar in Europa, e pare decisa a offrire all'emiro un ospedale tipo il San Raffaele ma a Francoforte. Chissà se Renzi aggiungerà che ad aprire per primo la porta alla fondazione guidata da Tamin al Thani non è stato lui, ma chi c'era prima a Palazzo Chigi, Enrico Letta. Ringraziamenti a parte, Renzi la carta dell'accordo multinazionale e dell'investimento miliardario vuole giocarsela alla grande sulla ribalta nazionale, anche per tenere a bada una possibile rimonta di Grillo. La Giunta. Del San Raffaele il presidente Francesco Pigliaru e i dodici assessori, soprattutto quello alla Sanità Luigi Arru, hanno parlato a lungo e nel dettaglio nelle prime tre ore della Giunta di ieri. L'argomento non era all'ordine del giorno, ma la mossa annunciata dall'amico Renzi, ha costretto Viale Trento a modificare la scaletta. Più che dei probabili fuochi d'artificio renziani, pare che intorno al tavolo sia siano soffermati soprattutto sugli effetti che potrà avere l'ospedale della Gallura (300 posti letto) sul sistema sanitario regionale. Gli scenari. I contraccolpi potrebbero essere economici e anche nell'assistenza. Secondo i calcoli del ministero della Salute, ad esempio, la Sardegna dovrebbe tagliare già 200 posti letto ma quando sarà completato il San Raffaele (nel 2016?) la sforbiciata richiesta potrebbe essere più decisa fino a coinvolgere anche le grandi strutture sanitarie di Cagliari, Sassari e Nuoro. Il rischio può essere corso, l'investimento è importante, ma serviranno dei correttivi e delle maglie più larghe da parte del ministero. Stesso discorso vale sul peso economico del prossimo ospedale sul già precario bilancio regionale della sanità. Accreditarne in convenzione altri 300 posti letto potrebbe costare alla Regione 60 milioni all'anno e se così fosse il banco pericolante salterebbe certo per aria. Il futuro del San Raffaele potrebbe essere fruttato allora per vedere soddisfatta a Roma la richiesta che un altro miliardo abbondante sia svincolato dal Patto di stabilità. La trattativa è in corso. Le reazioni. Attilio Dedoni dei Riformatori e Valter Piscedda del Pd hanno incrociato le armi proprio sul San Raffaele. Il primo ha accusato la Giunta di «frenare l'investimento solo per

piccoli interessi e perché vuole mettere le mani sulle Asl». Pisedda è stato netto nella replica: «La solita superficiali di chi ha indebitato la Sardegna fino a trasformarla in una regione canaglia nella sanità».

OLBIA Cisl: nuovo ospedale, una grande occasione

Forse è vicino il passo decisivo per l'apertura dell'ospedale ex San Raffaele a Olbia. Una ipotesi che raccoglie la soddisfazione della segreteria regionale della Cisl, che tiene comunque a precisare, in un documento diffuso ieri, come la nuova struttura sanitaria debba essere un complemento e un completamento delle offerte ospedaliere già esistenti nel territorio isolano. «La notizia di un'imminente possibile svolta, – si legge nel comunicato della segreteria regionale della Cisl – con una relativa firma d'accordo fra la Qatar Foundation e la Regione Sardegna, coincide sicuramente con le attese della Cisl sarda. A una condizione fondamentale – avverte il sindacato – : l'evoluzione positiva del progetto iniziato dal San Raffaele, e oggi in dirittura d'arrivo con una nuova compagine imprenditoriale, dovrà essere complementare rispetto al quadro attuale della sanità dell'isola». L'unico modo, insomma, per poter offrire, secondo la Cisl, un ventaglio di opportunità ai sardi nel fondamentale campo della salute. Evitando così, ad esempio, i viaggi e le spese ingenti che ora si devono sostenere per curarsi al di fuori del nostro territorio. «La nuova infrastruttura di Olbia – infatti recita il documento della segreteria Cisl – dovrà essere compatibile e arricchire il sistema sanitario sardo, implementandone l'offerta e non mettendo in difficoltà l'attuale "distrettualizzazione", ma piuttosto individuando servizi innovativi e aggiuntivi in grado di contenere la mobilità passiva fuori dall'isola e di rafforzare l'attività di ricerca anche con specifici accordi con le Università sarde». Ecco, dunque il ruolo che deve ricoprire la Regione Sardegna in questa partita. «È, importante che la Regione operi per ricercare un punto di equilibrio capace di contemperare le attuali esigenze della sanità pubblica sarda con il nuovo progetto che – secondo quanto sottolinea la Cisl –, rimane un'opportunità da collocare necessariamente all'interno di un modello integrato con il sistema pubblico. Il servizio sanitario regionale non dovrà sopportare alcun contraccolpo e dovrà continuare a svolgere l'importante ruolo di cerniera con il territorio esercitata in ossequio al principio di sussidiarietà». L'obiettivo, insomma, è un'offerta che sia la più ampia possibile. «Il nuovo ospedale di Olbia – scrive la Cisl –, potrà integrare le specialità degli altri presidi ospedalieri. Dovrà essere cura della Giunta regionale evitare un'eventuale condizione di concorrenza tra il nosocomio e le altre strutture sarde. A tale proposito, è fondamentale capire dalla Regione come intenderà operare sul fronte della riorganizzazione della rete sanitaria dell'Isola e delle complesse compatibilità economiche in capo al fondo sanitario regionale, che dovrà continuare a garantire l'attuale offerta sull'intero territorio dell'Isola. Tutti aspetti che richiedono – conclude il documento –, un urgente confronto con le organizzazioni sindacali confederali sarde».

Scoperta a Sassari: infezione provoca il cancro alla prostata Curare una malattia venerea può prevenire il tumore Filo diretto tra i microbiologi turritani e l'Ucla di Los Angeles

Il cancro alla prostata può rivelarsi una malattia da trasmissione sessuale. La scoperta è stata fatta da un'équipe universitaria sassarese a stretto contatto con ricercatori californiani. «La prevenzione e la cura delle patologie dovute a rapporti non protetti servono a bloccare i

tumori, esattamente come smettere di fumare elimina la possibilità di contrarre un carcinoma polmonare a causa delle sigarette», spiega adesso Pier Luigi Fiori, coordinatore delle indagini cliniche sul fronte sardo, andate avanti per oltre 2 anni. Sigillo scientifico. I risultati del report sono stati appena pubblicati su "Proceedings of the National Academy of Science Usa", organo ufficiale dell'Accademia americana. Il periodico è considerato così prestigioso da collocarsi al quinto posto in una classifica che comprende di più di 20mila riviste internazionali. Tant'è vero che nelle ultime 24 ore la notizia sta già facendo il giro del pianeta. E proprio ieri è stata anticipata in Europa dalla Bbc. Rapporti non protetti. «L'infezione studiata è quella da "Tricomoniiasi": molto frequente e, purtroppo, sottostimata», chiarisce Fiori docente ordinario di microbiologia. «Colpisce infatti centinaia di milioni di uomini e donne nel mondo», puntualizzano gli altri autori dell'inchiesta. «Ma l'esito pratico dei nostri esami è già dietro l'angolo: vincere la "Tricomoniiasi" equivale a cancellare la possibilità di ammalarsi di cancro alla prostata», spiegano i protagonisti delle indagini. I quali sottolineano come l'infezione cronica di questa patologia produce una proteina, denominata Mif, che secondo quanto ha rivelato lo studio sassarese favorisce l'insorgenza di tumori. Prevenendo la malattia con l'uso dei preservativi, si possono quindi limitare i carcinomi. «E facendo guarire chi l'ha già contratta si ottiene lo stesso risultato», puntualizzano i membri dell'équipe. Accordo a due con gli Usa. Ma com'è scaturita la collaborazione con i colleghi americani? «È nato tutto in modo molto semplice e in un certo senso casuale, quando nel 2012 a Los Angeles abbiamo presentato i risultati preliminari della nostra indagine sul Mif – risponde Fiori – Alla fine della nostra esposizione dei dati sono stato avvicinato da Patricia Johnson. Lei guida un team sul medesimo filone d'inchieste scientifiche nella prestigiosa Ucla. E in quel momento mi ha detto: "Stiamo studiando anche noi la stessa molecola cattiva"». Intese e sviluppi. «Ci conoscevamo per aver collaborato in passato – prosegue il professore sassarese – E io, sapendo qual è la loro autorevolezza e di quali mezzi possono disporre nei loro laboratori, per un attimo mi sono sentito perduto. Ma, mentre mi domandavo tra me come avremmo potuto competere con un colosso scientifico di quel calibro, lei ha preso un foglio bianco: da una parte ha scritto Sassari e dall'altra Los Angeles, poi ha tracciato una linea verticale tra le due parti della pagina e mi ha detto: "Facciamo in questo modo: voi gestite i vostri campioni e noi nostri, lavoriamo insieme, uniamo gli sforzi". Ed è così che è cominciato tutto».

L'UNIONE SARDA

REGIONE San Raffaele, attacco al centrosinistra La Cisl: «Serve un piano equilibrato»

Una certezza: il presidente della Regione Pigliaru segue direttamente (e pazientemente) l'operazione. A stretto contatto con Renzi. Cosa si attende per l'ultima parola sul San Raffaele di Olbia, e quindi sul futuro della sanità sarda? Il via definitivo della Qatar Foundation dopo - presumibilmente - la riunione dei vertici del gruppo. Che dovrebbe arrivare oggi. In tempo per una dichiarazione ufficiale domani, stando almeno alle dichiarazioni televisive del presidente del Consiglio.

Tutto questo al termine di trattative tese e segrete, per smussare gli angoli e comporre il mosaico di richieste e controrichieste. Non a caso qualche giorno fa l'investimento (di un miliardo in tre anni) sembrava perso e sulla strada della Germania. Poi si è diffusa la voce di

una chiusura positiva con annesso annuncio. Quindi ancora un rinvio. E nel frattempo guerra di posizioni: pro e contro, con toni sempre più accesi. Anche questo un segnale: evidentemente i partiti (ma non solo) avvertono l'accelerata finale, sullo sfondo di una campagna elettorale che sale anch'essa di tono.

Il centrodestra tenta di approfittare delle contraddizioni nel centrosinistra (dove non mancano sponsor e oppositori). L'ex presidente Cappellacci sostiene che «la realizzazione in Sardegna di una struttura sanitaria di eccellenza come il San Raffaele è un'opportunità che la politica sarda non può lasciarsi sfuggire e che tanto meno può essere sacrificata a logiche di piccolo cabotaggio o campanilistiche».

Un attacco nella stessa direzione arriva dal capogruppo in Consiglio regionale dei Riformatori-Liberaldemocratici, Attilio Dedoni: «Sarebbe interessante capire quali sono le scelte della Giunta in materia di politiche sanitarie». Da un lato «sembra che si voglia ostacolare il progetto per il San Raffaele, dall'altro non si fa nulla per difendere gli ospedali pubblici dall'ennesimo progetto di ridimensionamento partorito» dal governo nazionale. «Preoccupanti» soprattutto le voci secondo cui «l'assessore alla Sanità starebbe ritardando il via libera» per l'ospedale di Olbia, mentre «appare sconcertante l'immobilismo della Regione davanti al cosiddetto “Patto per la salute” che il governo si appresta a presentare e che minaccia di tagliare oltre 280 posti letto nell'Isola» attraverso la chiusura di piccoli ospedali.

Immediata la risposta del Pd, per bocca di Valter Piscedda, consigliere regionale e membro del forum sanità del partito: Dedoni «manifesta assoluta superficialità nel sostenere, da una parte, l'aumento dei posti letto nella sanità privata con la nascita della struttura in Gallura», mentre «dall'altra si dichiara contro la riduzione dei posti letto nei piccoli ospedali». La realtà, accusa Piscedda, è che la soluzione dei Riformatori è «lasciare tutto esattamente come ora», ovvero una sanità che «costi sempre di più, come successo nei cinque anni in cui hanno governato loro».

Prendono posizione anche i sindacati: la notizia della svolta sul San Raffaele «coincide con le attese della Cisl sarda». A una condizione fondamentale: «Il progetto dovrà essere complementare rispetto al quadro attuale della sanità dell'Isola», si legge in una nota della segreteria regionale. È quindi vitale che la Regione ricerchi «un punto di equilibrio». Il servizio sanitario isolano «non dovrà subire alcun contraccolpo». A questo punto, insiste la Cisl, è opportuno «un confronto urgente» con i sindacati.

SASSARI Clinica maxillo facciale, reparto a rischio chiusura Lo strano destino di un fiore all'occhiello della Sanità

I pazienti arrivano da ogni parte della Sardegna e anche dalla Penisola. Produce utili o, al massimo, chiude in pareggio. A farla breve, la Clinica maxillo facciale dell'Università di Sassari è riconosciuta da tutti come un'eccellenza. Ragion per cui adesso se ne propone il ridimensionamento. No, non è uno scherzo, ma l'intenzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria e Università che vorrebbero - lo hanno scritto nell'Atto aziendale inviato in Regione - ridurre a “unità operativa semplice” quella che fino a oggi è la sola “unità operativa complessa” isolana in materia.

ECCELLENZA RIDIMENSIONATA In pratica si vorrebbe limitare l'autonomia di una struttura efficiente con una direzione universitaria (la guida il professor Antonio Tullio, affiancato da un team di ricercatori di tutto rispetto) che nel corso degli anni ha dimostrato di essere davvero un fiore all'occhiello nell'offerta sanitaria regionale.

INCIDENTI E TRAUMI Per intendersi, l'importanza della Clinica maxillo facciale è

fondamentale. I traumi derivati dagli innumerevoli incidenti sulle strade dissestate della Sardegna sono all'ordine del giorno. Ma non bisogna dimenticare il lavoro del team nel campo dei tumori al cavo orale, in costante crescita negli ultimi anni e che a Sassari hanno trovato risposte adeguate.

FUGHE NO, INGRESSI SÌ Eppure, a leggere l'Atto aziendale, una sorta di piano sanitario territoriale, tutto questo è stato inutile, o quasi. Non è servito che le "fughe" siano state evitate e che, addirittura, si siano registrati poco meno di cento pazienti in arrivo da altri enti ospedalieri (per le Asl significano guadagno). A parlare, per la clinica del professor Tullio, sono i numeri. Le prestazioni ambulatoriali sono state 1726 nel 2013 (1614 nel 2012), quelle per le urgenze 129 lo scorso anno (170 l'anno precedente). Oltre al direttore e a un ricercatore (inquadriati come universitari) ci sono altri quattro medici (ospedalieri) per otto posti letto (due per il day hospital) sempre al completo.

IL PROFESSORE «Mi auguro che la Regione non confermi quanto proposto - commenta pacatamente il professor Tullio - si tratterebbe di una penalizzazione per i sardi, costretti a emigrare per avere un'assistenza sanitaria adeguata. Non ci resta che attendere».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Facoltà di Medicina. Addio al test d'ingresso. Giannini: "Da luglio operative le nuove regole"

Lo ha annunciato il ministro dell'Istruzione sulla pagina facebook di Scelta Civica, confermando la volontà di cambiare da subito le regole d'ingresso. Il primo anno sarà ad accesso libero, poi, si avvierà una selezione in base al merito e agli esami sostenuti. Quanto alle scuole di specializzazione: "Non ci sono ancora fondi sufficienti".

L'addio al test di Medicina sembra sempre più certo. Il ministro dell'Istruzione, **Stefania Giannini**, ne aveva già parlato lo scorso mese, nel corso di un [incontro con i ragazzi dell'Università di Foggia](#). Oggi, sulla pagina *facebook* del suo partito, Scelta Civica, il ministro ha confermato i suoi intenti facendo sapere di voler cambiare da subito la modalità accesso alla Facoltà di Medicina, promettendo nuove regole entro il prossimo luglio.

Il sistema a cui il ministro sembra ispirarsi, è quello francese: un primo anno aperto a tutti e poi una selezione basata sugli esami sostenuti e sul merito degli studenti. Giannini ha poi affrontato il problema relativo alle scuole di specializzandi, spiegando che i fondi finora trovati non permettono di ripristinare le quote dello scorso anno. Sarà compito del Ministero dell'Economia, eventualmente, aggiungere nuovi fondi.

Chirurgia. "Operazione sicurezza". Vademecum di Cittadinanzattiva per affrontare al meglio il bisturi e scongiurare gli errori

Ogni anno più di 4 milioni di interventi chirurgici. Ortopedia l'area più a rischio d'errore. Consigli pratici e informazioni su diritti, normative e procedure per una migliore collaborazione tra medico e cittadino in chirurgia. Una vera e propria guida, realizzata con il contributo di Baxter, nata grazie alle segnalazioni arrivate al Tribunale per i Diritti del

Malato.

Il ricovero per un intervento chirurgico rappresenta un evento importante sul quale non sono pochi i dubbi e talvolta anche le paure nutrite dal cittadino che si deve operare ma anche dalla sua famiglia. Scegliere il luogo, documentarsi sulle tecniche e sulle dotazioni delle strutture, capire cosa succede nel post-operatorio aiuta il paziente ad acquisire fiducia e sicurezza prima dell'intervento. Spesso, tuttavia, disporre delle informazioni necessarie non è così semplice. Per questo Cittadinanzattiva, partendo dalle segnalazioni giunte al Tribunale per i Diritti del Malato, ha realizzato la guida *Operazione sicurezza, cosa fare e cosa sapere in caso di intervento chirurgico*. La Guida, realizzata con il contributo non condizionato di Baxter - azienda impegnata anche nella promozione di una campagna informativa al medico e al cittadino sulla sicurezza in chirurgia (www.chirurgiapiusicura.it) - è stata presentata al pubblico oggi presso il Salone della Direzione generale del Policlinico Umberto I. La guida è disponibile online sul sito web www.cittadinanzattiva.it

Sono più di 4 milioni gli interventi chirurgici effettuati ogni anno in Italia. Più di un terzo degli errori (36,91%) per i quali i cittadini hanno richiesto un risarcimento ha riguardato l'area chirurgica; le specialità cliniche maggiormente interessate sono: Ortopedia (13,54%), Struttura e parti comuni (11,99%), Chirurgia generale (7,97%), Ostetricia e ginecologia (4,78%), Dea/Pronto soccorso (4,53%), Cardiochirurgia (4,47%), Odontoiatria (4,38%), Oculistica e Oftalmologia (3,90%).

Dai dati del Rapporto PiT Salute 2013 del Tribunale per i diritti del malato emerge che, nell'ambito delle liste di attesa, dopo le visite specialistiche, sono gli interventi chirurgici (28,1%) l'ambito in cui i cittadini lamentano tempi di attesa troppo lunghi. Inoltre, nell'ambito della sicurezza e della malpractice, nel 2012 il 23% dei cittadini si è lamentato delle condizioni delle strutture (era il 15% nel 2011), in particolar modo per la fatiscenza degli ambienti.

L'obiettivo della Guida è rilanciare il tema della sicurezza in chirurgia, fornendo consigli pratici e informazioni su diritti, normative, procedure e aspetti della sicurezza nell'ambito degli interventi chirurgici. Ad esempio: scegliere la struttura nella quale operarsi prestando ascolto ai consigli del medico di famiglia più che al passaparola, e consultando la Carta dei servizi: questa ci aiuta a conoscere l'organizzazione dei reparti, gli standard e gli impegni, le tipologie di prestazioni, i tempi di attesa, le dotazioni strumentali e le tecniche operatorie della struttura scelta.

Ancora, partecipare attivamente al percorso sanitario proposto dalla equipe medica, fornendo tutte le informazioni sulla propria salute e sull'anamnesi, prevenendo le infezioni ospedaliere tramite semplici accorgimenti come il lavaggio delle mani, firmando in maniera consapevole il consenso informato. Pretendendo dai medici e concedendo agli stessi il tempo e lo spazio adeguato prima di tornare a casa dopo l'intervento perché ad esempio, la lettera di dimissioni e la cartella clinica sono strumenti fondamentali per il decorso post-operatorio.

In sintesi un vademecum per il cittadino:

1. Affidarsi ai consigli del medico di medicina generale e dello specialista.
2. Scegliere la struttura adeguata in base alla equipe chirurgica, al comfort, ai servizi offerti, alle innovazioni tecnologiche utilizzate, anche basandosi sulle Carte dei servizi.
3. Collaborare con i sanitari, fornendogli tutte le informazioni cliniche utili, durante

l'anamnesi e l'esame obiettivo.

4. Prepararsi all'intervento seguendo le indicazioni dei medici ed infermieri (dieta, terapia, indumenti, altre accortezze).
5. Fare la propria parte per ridurre il rischio di infezioni, lavandosi frequentemente le mani, curando l'igiene personale, segnalando eventuale febbre o permanenza prolungata di cateteri.
6. Esprimere in maniera consapevole il consenso informato, ovvero accettare il percorso diagnostico-terapeutico proposto dal medico, dopo aver chiarito ogni dubbio e preso coscienza delle eventuali alternative.
7. Non soffrire inutilmente! Dal 2010 esiste una legge (n.38) che tutela il diritto del paziente a non soffrire inutilmente e che obbliga i sanitari a porre attenzione al dolore, misurandolo e trattandolo adeguatamente
8. Dopo l'intervento, è opportuno fare attenzione allo stile di vita, ai comportamenti da tenere (quando e come muoversi, cibi si/no, farmaci da assumere).
9. Prima di andare a casa, richiedere copia della documentazione clinica.
10. Fidarsi, collaborare e partecipare: tre parole d'ordine per una operazione in sicurezza.

La guida "Operazione Sicurezza" è stata realizzata da Cittadinanzattiva, con il contributo non condizionato di Baxter, in collaborazione con il Ministero della Salute, Acoi (Associazione chirurghi ospedalieri italiani), Aiop (Associazione italiana ospedalità privata), Anmdo (Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere), Cic (Collegio italiano dei chirurghi), Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) Fcc (Fondazione chirurgo e cittadino) Gise (Società italiana di cardiologia invasiva), Collegio Ipasvi, Nuova Associazione sindacale chirurghi ortopedici traumatologici italiani, Siaarti (Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva), Sicob (Società italiana di chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche), Sicoop Società Italiana Ortopedici, Sicut (Società italiana di chirurgia d'urgenza e del trauma), Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia), Siot (Società italiana di ortopedia e traumatologia) e Siust (Società italiana ustioni).

Permessi e distacchi sindacali. In Gazzetta le regole del nuovo Contratto nazionale quadro

Dai permessi ai distacchi, dalle riunioni fino alla partecipazione a congressi e convegni di interesse sindacale. Le nuove regole che aggiornano rappresentanze sindacali e prerogative utilizzabili da parte dei dirigenti sindacali delle Aziende per l'espletamento del loro mandato. Il Testo del Ccnq

Passa da 37 minuti a 52 minuti il monte ore di permessi aziendali per ogni Dirigente medico a tempo indeterminato e a 60 minuti per ogni Dirigente sanitario a tempo indeterminato. Per l'anno in corso vale il pro rata, ovvero 37 minuti fino al 4 maggio e 52 minuti dal 5 maggio in poi, con una media di 47 minuti per i dirigenti medici; mentre per i dirigenti sanitari si passa dai 37 minuti fino al 4 maggio a 60 minuti dal 5 maggio con una media di 52 minuti. Dal 2015 la disponibilità di 52 minuti (per i medici) e 60 minuti (per i dirigenti sanitari) sarà piena.

Sono queste alcune delle novità su permessi e distacchi sindacali per la dirigenza, previste dal nuovo Contratto nazionale quadro 2013-2015 sottoscritto all'Aran il 5 maggio scorso e

pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 112 del 16 maggio.

Grazie al nuovo Ccnq vengono aggiornate sia le rappresentanze sindacali che le prerogative utilizzabili da parte dei dirigenti sindacali delle Aziende per l'espletamento del loro mandato: quindi dai permessi ai distacchi, dalle riunioni fino alla partecipazione a congressi e convegni di interesse sindacale.

Secondo quanto stabilito dal nuovo regolamento, come spiega una circolare dell'Anaa Assomed: "la differenza tra dirigenti medici e dirigenti sanitari è dovuta al fatto che questi ultimi non utilizzano distacchi ed alla necessità che essi, essendo in numero inferiore, abbiano a disposizione un monte ore tale da consentire un minimo di permessi per le attività associative". I permessi aziendali (definiti come art.10 Ccnq 7 agosto 1998) andranno richiesti direttamente all'azienda di appartenenza dagli interessati in accordo con il Segretario aziendale.

In ogni modo le associazioni possono decidere autonomamente come utilizzare il monte orario a disposizione dei rappresentanti sindacali, ossia se lasciare gran parte dei permessi a livello periferico oppure convertire le ore di permesso aziendali per ottenere ulteriori distacchi nazionali. È stato infatti stabilito che: "Il dipartimento della Funzione pubblica, a richiesta dell'associazione sindacale interessata, può valutare l'opportunità di trasformare i distacchi ottenuti per cumulo di permessi sindacali in permessi per la partecipazione a organismi direttivi statuari previsti all'articolo 11 del Ccnq 7 agosto 1998".

In totale per ogni Area (Area III Dirigenti sanitari e Area IV Dirigenti Medici) sono previsti 42 distacchi (di cui 38 per le Organizzazioni sindacali e 4 per le Confederazioni). In totale le ore di permesso previste per la partecipazione alle riunioni di organismi direttivi statuari sono 9.754 per l'Area III e 12.302 per l'Area IV.

Le sigle rappresentative uniche titolari di tutte le prerogative sindacali (permessi, distacchi, diritto di assemblea, uso dei locali e delle bacheche aziendali) dal 5 maggio 2014 sono:

- per l'area III (area della dirigenza sanitaria): Anaa Assomed, Fassid, Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl, Fedir-Sanità.

- per l'area IV (area della Dirigenza medico veterinaria): Anaa Assomed, Cimo-Asmd, Aaroi-Emac, Fp Cgil, Cisl medici, Fvm, Fassid, Fesmed, Anpo-Ascoti Fials, Uil Fpl.

DOCTORNEWS33

Oliveti: Enpam non ha bisogno di economisti ma di medici responsabili

Caso Sopaf, presunte truffe, medici "inesperti" in CdA, tensioni sul nuovo statuto: **Alberto Oliveti** presidente Enpam sottolinea come l'ente previdenziale dei medici in questi anni

abbia consolidato il patrimonio e le tutele, senza bisogno di consiglieri di amministrazione provenienti dal mondo della finanza. «Sulla vicenda Sopaf, osservo che 100 milioni di euro investiti in titoli del Fondo investimenti pubblici in quattro anni hanno fruttato ad Enpam 39 milioni. L'investimento con la società di Magnoni (indagato con figlio e fratelli per aver lucrato un prezzo esagerato sulla compravendita dei titoli in questione, ndr) si sta dimostrando redditizio per la Fondazione. Ciò detto – chiarisce Oliveti - quel tipo d'investimento non può essere più fatto dal 2011, anno in cui Enpam ha adottato una nuova governance e una nuova strategia, anche dopo una ricerca sulle migliori pratiche a livello europeo fatta da Mario Monti. Una strategia che prevede di diversificare al massimo gli impieghi minimizzando il rischio. A presiedere ogni fase di questa procedura, sono operatori scelti con gare ad evidenza pubblica che garantiscono la trasparenza del sistema. Questa settimana tocca al bando per il nuovo investment advisor. Il suo ruolo è supportare la struttura tecnica della Fondazione nell'organizzare gli asset e, proprio per le regole procedurali di cui sopra, si tratta di un soggetto diverso da quello preposto al risk management degli stessi titoli».

Non è tutto qui. «Stiamo applicando il principio dello “zero virgola” – continua Oliveti – per cui le commissioni pagate non possono superare l'1% del valore; ci siamo dotati di un codice etico, di un bilancio sociale e di un percorso di qualità contabile cui è preposto un magistrato della Corte dei Conti attivo. Con tali misure abbiamo messo il patrimonio in sicurezza senza ricorrere ad “esterni “».

Eppure, mentre il nuovo statuto prevede un CdA di soli medici, alcuni presidenti d'Ordine in Consiglio nazionale vorrebbero economisti specializzati dei rami mobiliare e immobiliare. «Lo statuto persegue un metodo: il medico eletto ha il compito portare in Cda le esigenze della categoria e di mediare tra la necessità di dare assistenza-previdenza e di investire per accrescere il patrimonio. Siamo una cassa autonoma, e i passi fatti dalla privatizzazione ad oggi vanno visti con orgoglio. Qualcuno ricorda che siamo stati commissariati, ma è accaduto nel 1993 quando eravamo una cassa pubblica; ci si accusa talora di avere bassi rendimenti, ma ogni anno i risultati consuntivi sono sempre stati migliori di quelli previsti nei bilanci preventivi, sia per quanto riguarda gli attivi previdenziali che il rendimento del patrimonio. Questo non sempre viene messo in giusta evidenza: quest'anno a bilancio azzereremo il fondo di oscillazione (nato per far fronte ai rischi dei titoli, ndr). Insomma, con la nuova governance abbiamo dotato la struttura tecnica della Fondazione di tutte le competenze necessarie, perciò –conclude Oliveti - in CdA a noi non interessano medici esperti investitori, ma rappresentanti della professione che governino la macchina, facciano scelte condivise e ne rendano conto. Delegare agli “esperti” come qualcuno chiede sarebbe un ritorno al passato».

Codice deontologico, Rossi: su competenze e assicurazione testo inaccettabile

Un codice deontologico a Milano, uno a Bologna, uno a Roma. Uno scenario da non escludere alla luce dell'esito del confronto sul codice che ha portato, domenica a Torino, al varo del nuovo testo. Un varo non all'unanimità, visto che dieci ordini si sono dichiarati contrari oltre a due astensioni. Tra gli oppositori più agguerriti l'Ordine di Milano guidato da Roberto Carlo Rossi, che si sofferma in particolare su due aspetti che ritiene inaccettabili, l'articolo 3 sulle competenze del medico e quello che prevede l'obbligo di assicurarsi. «In effetti» conferma Rossi «sono questi i due punti maggiormente “caldi”. L'art. 3 sente la necessità di definire le competenze nell'intento di proteggere la classe medica. In realtà un

passaggio simile è fuori luogo in un codice deontologico, mentre servirebbero interventi sostanziali a livello legislativo. Di fatto» sottolinea il presidente dell'Ordine milanese «non è congruo con le finalità dichiarate. Per di più rimanda il medico per le competenze cui deve attenersi al Collegio dei presidi delle Facoltà di medicina. Consegnando così la categoria nelle mani dell'Università e delle Regioni». Rossi è molto critico anche verso i riferimenti all'obbligo per i medici di assicurarsi contenuti nel Codice. «La giustificazione del presidente Bianco è che si tratta di contenuti scritti nella legge, ma far riferimento a disposizioni di legge è sbagliato, visto che si parla di un ambito che è "metalegislativo". Non solo» aggiunge Rossi «il problema non sono i medici che non si vogliono assicurare ma le compagnie che non li assicurano. Servono, perciò, correttivi legislativi che fino ad ora, anche in questo caso, non ci sono stati anche per colpa del fallimento della strategia federale e del Senatore Bianco in particolare». Le cose che non vanno nel testo, secondo Rossi, sono anche altre come per esempio le valutazioni sulle Dat, le dichiarazioni anticipate di trattamento, o la definizione di eutanasia. Ma «quelle veramente complicate da digerire» ribadisce il presidente di Omceo Milano «sono le prime due». A questo punto che cosa ci si deve aspettare? «In linea di principio sono contrario a 106 codici deontologici diversi, per questo si deve trovare un'alternativa sui nodi sollevati, prima di arrivare a fratture. A Torino» conclude Rossi «è stato impossibile trovare una quadra. Spero ci sia rimedio». Altrimenti la possibilità del codice deontologico per ogni singolo Ordine non è da escludere. Anzi.

Sirm, il 40% macchinari ospedali ha più di 10 anni

Il 40% dei macchinari presenti negli ospedali italiani risale a circa 10 anni fa. Secondo una recente indagine del Censis, il 74% degli italiani considera i soldi pubblici spesi per acquistare tecnologie medicali come un investimento utile, e non come un costo da tagliare. Le apparecchiature medicali sono nell'immaginario collettivo immediatamente ricondotte alla produzione di salute a strettamente connesse alla crescita economica del Paese. Tuttavia, da un'indagine Swg, il 50% dei giovani tra i 18 e i 24 anni ritiene che il parco macchine del Sistema Sanitario Nazionale non sia all'altezza degli altri Paesi. Delle possibili e auspicabili soluzioni per rinnovare il parco macchine e migliorare così le prestazioni senza aumentare la spesa sanitaria, si parlerà al 46° Congresso nazionale Sirm - Società Italiana di Radiologia Medica che si terrà dal 22 al 25 maggio, a Firenze. «Rinnovare il parco tecnologico per migliorare il nostro Sistema Sanitario è possibile, ma è necessaria un'Authority e una fase "costituente" - spiega **Adelfio Elio Cardinale**, Vicepresidente del Consiglio Superiore della Sanità, che interverrà al Congresso. - In Italia, vengono effettuati un numero eccessivo di esami anche per la medicina difensiva, che pesa 13 mld l'anno, e grazie alla quale si potrebbero ottenere risparmi significativi. Ci sono, inoltre, altre questioni importanti che devono essere risolte, ad esempio, l'obsolescenza degli apparecchi medicali: da una ricerca Sirm emerge che il 40% dei macchinari presenti nei nostri ospedali risale almeno a 10 anni fa. Il problema deve essere affrontato se vogliamo restare competitivi - e ancora - spiega Cardinale - è importante rottamare le apparecchiature tecnologiche, prevedendo un sistema che le faccia tornare alla ditta di origine. Ad oggi, la sanità italiana potrebbe risparmiare diversi miliardi di euro riducendo gli esami inutili, favorendo la Sanità Elettronica, combattendo inadeguatezza organizzativa e di indagini, istituendo centrali uniche di acquisto. È necessario, inoltre, un cambiamento di mentalità - i fondi per la sanità non devono essere intesi come una spesa, ma rappresentare un investimento. Nonostante la situazione attuale, la Radiologia italiana, essendo altamente qualificata, riesce a competere

per capacità scientifica con l'Europa». «Portare l'innovazione tecnologica al servizio del sistema sanitario - ha dichiarato **Emilio Gianni**, Presidente dell'Associazione Elettromedicali di Assobiomedica - rappresenta la vera sfida per una Sanità moderna, evoluta e sostenibile. Investire in nuove apparecchiature di diagnostica per immagini aiuterebbe non solo a indirizzare gli interventi terapeutici in modo più mirato e diversificato, ma porterebbe anche a una riduzione delle liste di attesa e dei tempi di degenza grazie alla migliorata efficienza delle nuove tecnologie. Un processo di sostituzione, anche progressivo nel tempo, delle apparecchiature più obsolete, comporterebbe infatti un'ottimizzazione dei costi che, nel medio termine, sarebbero agevolmente ammortizzati».

DIRITTO SANITARIO Nomina direttore Uoc, risarcimento del danno per incarico al “meno bravo”

Il fatto

Un dirigente medico di secondo livello presso una struttura ospedaliera con funzioni dirigenziali anche del Pronto Soccorso con annessa astanteria - osservazione breve del presidio, partecipava ad una procedura selettiva indetta dalla ASL per il conferimento dell'incarico quinquennale in relazione al medesimo posto già ricoperto.

All'esito della procedura, previa valutazione dei curricula e il successivo svolgimento di un colloquio, erano stati individuati tre candidati idonei, compreso il ricorrente. L'incarico veniva però conferito al sanitario che aveva riportato una valutazione complessiva di “discreto” e non quella superiore di “buono”, ottenuta invece dal candidato che aveva poi agito in giudizio.

Profili giuridici

Nella procedura di selezione del dirigente di vertice della struttura complessa non sussiste un dovere di motivazione comparativa tra i diversi aspiranti, l'eventuale inosservanza in detta valutazione, dei doveri di correttezza e buona fede, mentre può giustificare una pretesa risarcitoria dei candidati non prescelti (anche per perdita di chances), non può giustificare l'annullamento dell'atto di conferimento dell'incarico, non esistendo un principio generale secondo il quale la violazione dei suddetti principi comporti di per sé la nullità o l'annullabilità dell'atto.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

Troise (Anaa) verso il congresso 2014: «I Lea siamo noi e le nostre abilità e competenze»

Ventitreesimo congresso nazionale Anaa-Assomed: gli ospedalieri, dopo la definizione del loro nuovo statuto (**VEDI**) partono all'attacco di quella che definiscono "l'indifferenza" verso la loro professione e lottano per la tutela del Ssn. E lo fanno nel loro appuntamento nazionale che si svolge come sempre in concomitanza del rinnovo delle cariche sindacali.

Ques'anno l'appuntamento è ad Abano Terme dal 17 al 21 giugno e il congresso ha un titolo

significativo: «La salute ha un cuore antico: la passione, l'impegno, l'orgoglio del nostro lavoro».

«Con il trascorrere del tempo è apparso chiaro come il costo del lavoro pubblico fosse stato individuato come il fattore principale per il riequilibrio dei conti e l'attacco al sindacato rappresentasse una scelta lucida che mirava a ridiscuterne ruolo e funzioni», scrive il segretario nazionale del sindacato Costantino Troise nel suo editoriale sul n. 4/2014 di *Dirigenza Medica* ([VEDI](#)), organo del sindacato.

E, aggiunge, «i Lea siamo noi e le nostre abilità e competenze, che spesso fanno la differenza tra vita e morte, tra malattia e salute, sono un pre-requisito del rilancio del Ssn» superando la «logica anti ospedaliera imperante». «Una logica - scrive Troise - che poggia su di una visione di medicina territoriale quale panacea per tutti i mali, i ritardi, le inefficienze e gli sprechi della sanità, che sta dominando da tempo programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali e accademiche, rispetto alla quale manteniamo un atteggiamento a metà tra il fastidio e il fatalismo».

Ecco l'editoriale integrale di Costantino Troise.

Il Congresso di Silvi Marina (giugno 2010) si aprì a ridosso della approvazione del DL 78, che poi diventerà la famigerata L. 122/2010, che inaugurò la stagione dei blocchi di contratti, nazionali ed aziendali, del turnover, specie nelle Regioni in piano di rientro, dei tagli ai fondi contrattuali ed al finanziamento della sanità pubblica. E si chiuse con le nostre dichiarazioni di protesta che culminarono nello Sciopero nazionale di 24 ore del 9 luglio.

Sono passati 4 anni ma nessuno dei problemi aperti da quella logica emergenziale si è risolto. Anzi, con il trascorrere del tempo è apparso chiaro come il costo del lavoro pubblico fosse stato individuato come il fattore principale per il riequilibrio dei conti e l'attacco al sindacato rappresentasse una scelta lucida che mirava a ridiscuterne ruolo e funzioni. Di qui la ulteriore proroga dei blocchi al 2014, e poi a tempo indeterminato, l'abuso incontrollato di contratti atipici con un Dpcm propagandato come risolutivo ma di fatto desaparecido, la crisi della formazione medica assurta a vera emergenza nazionale, l'avanzare, sotto la spinta di Governo e Regioni, delle nuove professioni sanitarie che erodono i tradizionali ambiti di competenza medica promettendo risparmi sui costi.

Mentre la crisi economica fa da alibi ad operazioni politiche malamente travestite da opzioni tecniche che mirano a fare cassa con i tagli alla sanità, ed ai redditi dei suoi operatori, indifferenti al destino di sgretolamento cui condannano il servizio sanitario nazionale ed alla sua deriva verso una sanità duale. In mezzo ai due Congressi abbiamo avuto altri due giorni di sciopero nazionale, una marea di comunicati, assemblee dentro e fuori agli ospedali fino alla grande manifestazione del 27 ottobre 2012, per la quale non finirà mai di ringraziare ed esaltare la partecipazione della Anaao, con la quale abbiamo messo in piazza il disagio di una professione e lanciato, inascoltati, l'allarme sul tracollo prossimo venturo dell'intero sistema di welfare. In questo processo tumultuoso, insomma, non siamo stati immobili, afasici o rassegnati, ma in prima linea impegnati ad arginare attacchi incessanti per evitare il peggio.

In queste settimane la Associazione è impegnata in una nuova fase congressuale, in cui la sostanziale tenuta degli iscritti, rispetto al 2010, ad onta di una incipiente gobba demografica e di una crisi della rappresentanza comune a tutte le organizzazioni, accompagna la nascita di un nuovo soggetto sindacale che con la storica sigla Anaao

Assomed mira a rappresentare il lavoro medico, a prescindere dalla natura giuridica del rapporto contrattuale, insieme con quello della dirigenza sanitaria, per continuare ad essere il più forte sindacato anche nelle nuove aree contrattuali disegnate dalla L.150/2010. Un nuovo sindacato per certi versi ma anche un sindacato nuovo che, dopo il congresso statutario di Caserta, insedia i giovani e le donne all'interno dei propri organismi statuari per farne il perno di un cambiamento necessario.

La stagione degli eroi che pensarono, alla fine degli anni 50, ad un nuovo sindacato medico autonomo e quella di coloro che lo fecero grande e protagonista della nascita del servizio sanitario nazionale, si avvia, infatti, alla conclusione. Ciò che rimane di quelle generazioni si trova a percorrere l'ultimo miglio, nel quale governare e favorire la transizione che sarà anagrafica e di genere, essendo il tempo ed i numeri i primi fattori di entropia, per cambiare non solo giocatori ma anche moduli di gioco. I prossimi 4 anni saranno ancora più duri perché tutto ciò che non ha trovato soluzione si porrà come problema e perché ci scopriamo orfani di tradizionali punti di riferimento, quali la politica e gli ordini professionali, ed alle prese con nuove modalità di comunicazione che ancora non padroneggiamo. In tempi in cui, per di più, qualsiasi rappresentanza, compresa la nostra, è messa in discussione dai cambiamenti che oggi esprimono poteri permeati da una logica autoritativa che, in quanto tale, va al di sopra della rappresentanza obbligandola a ridefinirsi e reinventarsi se vuole sopravvivere. Ricostruire un ruolo politico ed un ruolo sociale sono compiti necessari ed interdipendenti, perché nemmeno il medico può essere refrattario alle discontinuità del contesto sociale cui appartiene e da cui ritiene, a torto, di essere autonomo. Nei nuovi scenari la crisi di identità della professione e la estrema frammentazione della sua rappresentanza, specie nel mondo della dipendenza, costituiscono fattori strutturali di debolezza. Ed il nostro lavoro reclama un diverso valore, anche salariale, come contropartita di un cambiamento, alla ricerca di diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

I Lea siamo noi e le nostre abilità e competenze, che spesso fanno la differenza tra vita e morte, tra malattia e salute, sono un pre-requisito del rilancio del Servizio Sanitario pubblico e nazionale e del suo incremento di efficacia ed efficienza, anche superando a piedi pari la logica anti ospedaliera imperante. Una logica che poggia su di una visione di medicina territoriale quale panacea per tutti i mali, i ritardi, le inefficienze e gli sprechi della sanità, che sta dominando da tempo programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali e accademiche, rispetto alla quale manteniamo un atteggiamento a metà tra il fastidio e il fatalismo.

Quasi assuefatti all'idea che tutto il bene risieda ormai fuori dalle mura ospedaliere e tutto il male all'interno, abbiamo subito progressive operazioni di smantellamento o ridimensionamento della rete nosocomiale, sempre in fiduciosa (anche se scettica) attesa di una parallela costruzione di una rete alternativa e complementare. Tl che non è avvenuto, anche perché è più facile trasferire risorse che funzioni.

Il Congresso è l'occasione per analizzare e discutere (e decidere), senza tesi preconcepite e soprattutto con la mente libera di accogliere il nuovo, che occorre innanzitutto concepire per renderlo possibile, alcune questioni forti. Ruolo sociale, sindacale, giuridico-contrattuale e professionale da ri-pensare con audacia e voglia di arrivare in alto. E con una forte assunzione di responsabilità verso le nuove leve, che contrasti l'idea di una chiusura in sé stesse delle categorie storiche del lavoro dipendente che privilegiate non

sono ma che tali rischiano di apparire. Trasformando anche la immagine e la percezione diffusa che del sindacato hanno troppi colleghi, evitando di viverlo come una seconda casa in cui invecchiare, attenti a non trasmettere l'idea di una occupazione vitalizia di ruoli e incarichi che, anche se a fin di bene, può diventare di fatto una preclusione a priori verso nuove leve. Il farsi da parte al momento opportuno è un elemento di crescita e rinnovamento per far sì che il sindacato sia sempre in linea rispetto al mondo del lavoro cui si rivolge.

I giovani e le donne sono il futuro al quale abbiamo avuto la capacità di aprire la porta dei nostri organismi centrali e periferici. Ora occorre accogliere le loro energie e le loro visioni per guardare alle prossime sfide con ottimismo e con una rinnovata capacità di porre soluzioni nuove per problemi antichi.

Verso il Congresso 2014, quindi. Con passione, orgoglio, intelligenza e fiducia per ritrovare in noi stessi il cuore antico della salute.

*di **Costantino Troise**, Segretario Nazionale Anaa Assomed*

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