

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
24 GENNAIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Primo bilancio in pareggio per la Asl Ieri il documento contabile, già vistato dai revisori dei conti, è stato approvato a maggioranza dalla Conferenza dei sindaci

Forse per la prima volta nella storia il bilancio di esercizio della Asl è stato chiuso in pareggio. Lo ha annunciato con orgoglio ieri nella sala Angioy della Provincia il manager dell'azienda Marcello Giannico che alla fine di una lunga e dettagliata relazione ha incassato l'approvazione (a maggioranza) dei sindaci del territorio riuniti in conferenza. Voto contrario da parte degli amministratori del Meilogu in segno di protesta perché, a sentir loro, il futuro degli ospedali di Thiesi e Ittiri è stato completamente trascurato. «Si tratta di un documento contabile davvero eccezionale – ha detto Giannico –, anche nel panorama nazionale. Nel 2012 le perdite si attestano sui 500mila euro, in pratica siamo al pareggio. Mentre si pensi che nel 2009 il rosso riguardava 23 milioni, nel 2010 18 e nel 2011 13 milioni. Da un lato siamo riusciti a contenere i costi, dall'altro la Regione ha ripianato con un suo intervento che per il 2012 è stato di 19 milioni di euro». Ma il dato che secondo Giannico è positivo riguarda la bassa percentuale di ripianamento chiesto dalla Asl 1 rispetto a quello di altre aziende sanitarie dell'isola. I vertici della Asl hanno anche illustrato i dati patrimoniali del documento che prima della presentazione di ieri era stato approvato dal collegio dei revisori dei conti. Ne è emersa la necessità di far quadrare i conti con l'azienda ospedaliero universitaria in modo che debiti e crediti coincidano con la realtà. «Inoltre – ha detto Giannico – l'Aou acquista i nostri servizi e non li paga in tempi ragionevoli così noi siamo costretti a posticipare il pagamento dei nostri fornitori. Una situazione che deve assolutamente cambiare». Un accenno anche al ricorso al lavoro interinale che tante critiche aveva suscitato. «Nel 2011 avevamo cento contratti interinali ciascuno dei quali fa ruotare molte più persone. Oggi abbiamo 15 contratti di cui 5 per amministrativi e 10 per tecnici in aiuto dei veterinari. Possiamo dire che il lavoro interinale è stato eliminato dalla nostra azienda». Dal documento risulta anche che i posti letto nel territorio della Asl sono passati da 870 a 800 («ma di fatto non venivano più utilizzati») mentre, dato confortante, gli accessi al pronto soccorso sono passati da 46.819 nel 2010 a 44.017 nel 2017. Alla fine della relazione e dopo la votazione finale dei sindaci le conclusioni sono state affidate alla Presidente della Provincia Alessandra Giudici, in qualità di presidente della Conferenza dei distretti sanitari, che ha espresso apprezzamento sul miglioramento dei conti Asl evidenziando come unica nota negativa la disparità di trattamento tra Sassari e Cagliari per quanto riguarda i finanziamenti regionali.

OLBIA Tre medici in pensione, lunghe file alla Asl per il cambio

Tre medici di base di Olbia sono andati in pensione alla fine del 2013, migliaia di pazienti

sono al momento scoperti di assistenza. Molti di loro sono andati a scegliersi il nuovo medico, nell'ufficio del vecchio ospedale, ma si sono scontrati con lunghe file causate dalla presenza di un solo impiegato e per una limitata fascia oraria. «Non è possibile che la Asl non abbia considerato i disagi cui i pazienti sarebbero andati incontro» dice uno di loro. Che ieri, per l'ennesima volta, si è messo in fila senza poter cambiare il proprio medico. «Sappiamo che i medici in meno sono tre - spiega il paziente -. Questo vuole dire che, avendo ciascun medico almeno mille pazienti, ci so tremila persone che si trovano nella mia stessa condizione: ovvero devono trovarne un altro». Nell'ufficio del vecchio ospedale, in una bacheca, ci sono i nomi dei medici che possono accettare altri pazienti (alcuni della città sono già al massimo, quindi non compaiono per questa ragione). L'ufficio è aperto tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 12; il lunedì e il giovedì c'è anche un altro turno, dalle 15,30 alle 17. «Troppo poco per smaltire tante domande - continua il paziente -. Anche perché ho visto che in quell'ufficio non vengono ricevuti solo i pazienti di Olbia, ma anche quelli dei paesi vicini. Allora mi chiedo: perché non rinforzare l'ufficio con un altro dipendente? Non credo possibile che i vertici della Asl olbiese non sappiano che tre medici di base sono andati in pensione. È impossibile, questo. Avrei preferito maggiore attenzione, anche perché molti pazienti hanno necessità del medico spessissimo e ora rischiano di restare senza assistenza per un bel po. Tra questi - continua il paziente - ci sono anche molti anziani, che hanno maggiori difficoltà a muoversi. Spero solo che la Asl provveda al più presto». Ci sarebbero anche un altro modo per cambiare medico: è quello via online. Si entra nel sito della Asl, si segue una procedura, ci si registra e con pochi click l'operazione è fatta. Il problema è che l'Italia (e Olbia non fa eccezione) è uno dei paesi in cui l'uso di internet è più basso, regnando ancora una certa diffidenza verso il mondo virtuale

L'UNIONE SARDA

SASSARI Asl, un bilancio da record Gestione corretta della contabilità. Il documento chiuso in pareggio

Quello del 2012, per l'Asl di Sassari, è il primo bilancio della storia chiuso in pareggio. Grazie ai fondi più consistenti della regione e alla gestione corretta della contabilità. Azienda che, tra quelle sarde, ha ottenuto la percentuale più bassa di soldi per ripianare i debiti. Un trionfo per la famiglia Asl, ieri mattina in Provincia, davanti ai sindaci che hanno approvato il bilancio, con 16 favorevoli su 21. Sino all'intervento guastafeste del sindaco di Thiesi Gianfranco Soletta, con i colleghi di Siligo, Pozzomaggiore e Cossoine. Perché, tra le tante cose buone, niente è stato fatto per l'ospedale del Meilogu. Ne è nato uno scontro verbale: «Non voterò a favore del bilancio» ha detto Soletta. «A Thiesi il reparto di lungodegenza ha problemi di personale, come i servizi sanitari». Manca l'ecografista, il radiologo, il funzionario dell'ufficio ticket. «Il punto di primo intervento - ha aggiunto Soletta - non è stato mai attivato. Faceva parte degli accordi del 2012 ma non c'è niente». Pronta la replica del manager: «La lungodegenza era una soluzione provvisoria per scongiurare la chiusura. Nel nuovo atto aziendale dell'Asl, si era poi prospettata la trasformazione di Ittiri e Thiesi in casa della salute, ospedale di comunità o residenza sanitaria». Per il resto, il direttore ha potuto parlare di un bilancio 2012 perfetto. Occasione per togliersi qualche sassolino dalle scarpe: «Nel 2011 siamo finiti su tutti i giornali per 11 milioni di euro spesi in consulenze. Nel 2012 ne abbiamo speso 250 mila». Stesso discorso per gli interinali: tre anni fa un milione di euro, nel 2012 14 mila.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Snami celebra il medico “non sostituibile”. Testa: cambiare decreto Balduzzi

Medico di medicina generale non sostituibile: così oggi trovano scritto i pazienti sul camice di 8 mila medici di famiglia in tutta Italia. Gli iscritti al sindacato Snami si presentano ai pazienti con un badge in cui sono ritratti cinque professionisti ma solo quello in primo piano ha un volto. «E' il primo passo di una stagione di lotte in cui spiegheremo ai cittadini perché siamo contrari alle aggregazioni forzate previste dal decreto Balduzzi e in cui chiederemo incontri alle istituzioni», dice il presidente Snami Angelo Testa. «In autunno porremo questionari a medici e cittadini per vedere dalle risposte se si deve rimettere mano al decreto: la sua spinta alle aggregazioni per farci coprire 24 ore su 24 le esigenze del cittadino, ha come primo effetto quello di rimuovere il rapporto di fiducia. Se un servizio va coperto 24 ore al giorno è chiaro che i medici devono ruotare sul presidio e il cittadino non sarà mai sicuro di trovare il suo curante, che è il suo riferimento sulle patologie e le prescrizioni. Oggi Snami ribadisce che non siamo sostituibili come i farmaci, e che il decreto “finge” di dare di più al cittadino estendendo orari di presenza del mmg, ma alla fine – con l'obiettivo di fare economie - gli toglie il riferimento». Per la verità più che lo stato sono le regioni al centro dell'accusa di voler snaturare la medicina generale. «In realtà il decreto Balduzzi, che prefigura le convenzioni “a costo zero” è stato voluto contro la volontà delle regioni. Se per la prima volta, all'indomani di un'ipotetica approvazione della convenzione, i medici apriranno la busta paga e invece di trovarci gli arretrati ci troveranno il taglio del 20% dello stipendio, destinato alle nuove aggregazioni, sarà colpa di una norma dello stato e non dell'autonomia regionale. Oggi c'è la moda di far passare le regioni come cattive e lo stato come buono, magari per aprire alla revisione del Titolo V della Costituzione. Ma fu il governo a volere una legge di fatto inapplicabile, e noi non lo dimentichiamo».

Patto per la salute, Anaa: rimossa la questione lavoro

«Alcuni elementi positivi» ma anche «diverse omissioni e ambiguità». Così in una nota Anaa Assomed sintetizza l'audizione sul Patto per la salute tenuta mercoledì dal ministro Lorenzin in Commissione Affari Sociali della Camera. «Bene un budget certo, almeno fino al 2017» rileva tra gli aspetti positivi il sindacato «nonché la volontà di riportare a livello centrale il controllo sulla erogazione dei Lea sottraendolo, almeno in parte, al ministero dell'Economia per restituirlo al ministero della Salute». Terminati gli elementi positivi, però, la nota mette in evidenza gli aspetti più discutibili. «Colpisce» sottolinea Anaa «la rimozione della questione “lavoro in sanità”, e dei suoi agenti, le famose “risorse umane”, delle loro condizioni di lavoro specie nei punti del sistema maggiormente sottoposti a stress quali i Pronto Soccorso, sempre più gravose e rischiose. L'unico accenno è una critica ingenerosa al ruolo e alle funzioni dei direttori sanitari, dimenticando che nella gerarchia della cosiddetta direzione strategica essi sono l'anello debole, spesso non messo in condizione di svolgere il lavoro per cui è assunto. Il punto» continua la nota «è che le

Regioni assegnano ai Direttori Generali obiettivi che non sono quasi mai obiettivi di salute, ma si limitano alla riduzione dei costi, a prescindere dalle conseguenze su quantità e qualità dei servizi erogati, per cui il paradosso è che i Direttori Generali sono gli unici a vedere crescere le loro retribuzioni grazie agli incentivi ricevuti per compiti che esulano dalla missione delle loro aziende. Vedremo i fatti che seguiranno queste parole» si conclude la nota, «ma non dimentichi il Ministro la promessa di coinvolgere le organizzazioni sindacali della Dirigenza medica e Sanitaria nella definizione del Patto. In caso contrario, l'esercizio laboratoristico che Regioni e Governo si preparano a concludere, non supererà la prova dei fatti, cioè della proiezione nelle realtà in cui oggi si è costretti a curare e a rivendicare l'esigibilità del diritto alla salute».

L'appello della Simg: bisogna bere di più

Gli italiani sanno che la quantità di liquidi che devono essere introdotti quotidianamente nell'organismo è di due litri, ma si fermano al 50%. Ieri, nel presentare a Milano i risultati di Liz (Liquidi e zuccheri in Italia), uno studio condotto su duemila persone in tutto il Paese, i medici di famiglia hanno rivolto un appello per abitudini alimentari che garantiscano una maggiore idratazione, che deve essere esteso a tutta la popolazione. Secondo lo studio, realizzato in collaborazione tra la Società italiana di medicina generale (Simg) e la Nutrition foundation of Italy (Nfi), il fenomeno è particolarmente comune tra i più piccoli: due bimbi italiani su tre, infatti, non bevono a sufficienza prima di sedersi sui banchi di scuola, con il conseguente rallentamento delle prestazioni cognitive. «Ma assumere pochi liquidi è un aspetto comune a tutte le età. – spiega il presidente Simg **Claudio Cricelli** – La prescrizione dell'esercizio fisico come un vero e proprio farmaco, rivoluzionario concetto che si sta facendo sempre più strada, non può prescindere da una valutazione dei “bisogni liquidi” dell'atleta». Viene dunque ribadita l'importanza della prevenzione e «il medico di famiglia deve essere il protagonista di questo cambiamento». Anche **Ovidio Brignoli**, vice presidente Simg, delinea il ruolo del medico di base come congiunzione tra territorio e ospedale: «È nei nostri ambulatori che deve trovare una risposta efficace alle proprie esigenze assistenziali; l'errore è l'aver trasformato una struttura ad alta intensità di cura come l'ospedale in un luogo in cui trattare le malattie croniche». L'indagine, unica nel suo genere, ha analizzato anche il consumo di zucchero nella popolazione e su questo fronte fornisce una buona e forse inattesa notizia. «Gli uomini – riferisce il presidente Nfi **Andrea Poli** - consumano infatti ogni giorno 68 grammi di zuccheri e le donne 66 grammi: un dato che, in media, è ben al di sotto della soglia limite indicata come accettabile dai recenti Larn (Livelli di assunzione raccomandati di energia e nutrienti)».

Tumore seno in fase iniziale, studio italiano apre a interventi meno invasivi

La chirurgia per il trattamento dei tumori del seno in fase iniziale è sempre meno invasiva: lo dimostra uno studio italiano, condotto dai ricercatori dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano e pubblicato sulla rivista *Cancer*. Gli autori hanno preso in esame l'intervento chirurgico di tipo conservativo di quadrantectomia, che consiste nell'asportazione dei tessuti malati circoscritti alla neoplasia, senza la totale asportazione del seno. Dopo la quadrantectomia viene eseguito l'esame del linfonodo sentinella che ha la funzione di drenare la linfa dell'area del tumore. Se questo linfonodo contiene cellule tumorali tutti i linfonodi ascellari, la procedura corrente ne prevede l'asportazione con un ulteriore

intervento chirurgico. L'asportazione dei linfonodi ascellari è stata ritenuta finora parte fondamentale del trattamento del tumore mammario in fase iniziale, ma in base ai risultati ottenuti dai ricercatori milanesi potrebbe non essere più necessaria. La sperimentazione ha coinvolto 565 pazienti dai 30 ai 65 anni, operate dal 1998 al 2003 e seguite con un follow-up medio superiore ai dieci anni. Suddivise in modo randomizzato in due gruppi, le donne che dopo la quadrantectomia hanno subito l'asportazione dei linfonodi ascellari non hanno evidenziato benefici rispetto a quelle inserite nell'altro gruppo, sottoposte solo alle terapie mediche post-operatorie, né in termini di sopravvivenza libera da malattia né di sopravvivenza complessiva. «Questo studio – commenta **Marco Pierotti**, direttore scientifico della Fondazione Irccs Istituto nazionale dei tumori di Milano - si colloca nella tradizione dell'Istituto nella cura dei tumori della mammella segnata da ricerche innovative pionieristiche che hanno cambiato anche a livello internazionale i paradigmi di questa malattia. Dieci anni di osservazione e l'integrazione di ricerca clinica e biologica, altra caratteristica dell'Istituto, hanno portato a questo risultato che permette, a parità di esito clinico, di modulare gli interventi con migliore qualità di vita dei pazienti e anche significative ricadute di risparmio economico».

Antipiretici: abbassare la febbre scatena il contagio

Migliorare i sintomi facilitando il contagio? È proprio questo ciò che fanno i farmaci contro l'influenza secondo **David Earn**, matematico della McMaster University di Hamilton, Ontario, e autore di uno studio appena apparso sulla rivista *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. «Abbassare la febbre rende il virus più capace di diffondersi, e i risultati possono essere anche mortali» ammonisce il ricercatore, stimando che in Nordamerica muoiano fino a mille persone l'anno a causa della maggiore diffusione dell'influenza dovuta all'uso di antifebbrili come ibuprofene, paracetamolo e acido acetilsalicilico, il cui utilizzo sempre più diffuso può portare a decine di migliaia di casi in più ogni anno. «Abbassando la febbre in modo artificioso con un antipiretico, l'organismo del malato d'influenza reagisce meno favorendo l'aumento del carico virale, ridotto invece dalla temperatura corporea elevata» continua il matematico canadese. I ricercatori della McMaster hanno condotto lo studio secondo un modello matematico costruito sui furetti, creature con sintomi influenzali simili a quelli dell'uomo, osservando che gli animalletti ammalati diventano più contagiosi se vengono trattati con antipiretici. «La febbre alta stimola il sistema immunitario a lottare contro l'infezione. E se la temperatura si abbassa calano le difese immunitarie, facilitando la diffusione del virus influenzale. Per questo se si prende l'influenza è meglio rimanere a casa, magari sotto le coperte» continua il ricercatore. Oggi invece c'è l'abitudine di inghiottire una pastiglia per tornare subito all'asilo, a scuola o in ufficio, imbottiti di virus e più contagiosi che mai. «La febbre è un meccanismo di difesa che protegge noi stessi e gli altri» commenta **David Price**, presidente della medicina di famiglia alla scuola medica McMaster. E conclude: «Lo studio è importante perché ci aiuta a capire come frenare meglio la diffusione dell'influenza». Ma **Ian Jones**, ricercatore all'Università di Reading, aggiunge: «L'influenza è una malattia complessa, e la temperatura potrebbe certo essere un elemento che ne condiziona la diffusione. Tuttavia, sono in gioco talmente tanti altri fattori che è difficile pensare che per fermare il virus basti evitare gli antipiretici».

DIRITTO SANITARIO Irap: l'efficienza del servizio e la presenza del dipendente

Fatto e profili giuridici

L'Agenzia delle Entrate ha impugnato in Cassazione la sentenza della Commissione Tributaria Regionale della Campania che respingeva l'appello dell'Ufficio, stabilendo il rimborso in favore di un medico di base delle somme versate a titolo di Irap. La Corte ha ritenuto corretta la motivazione del giudice di merito in ordine alla non sussistenza di una stabile organizzazione di supporto all'attività del contribuente e ha precisato che la presenza di un dipendente part time non costituisce elemento che di per sé provi l'esistenza di autonoma organizzazione. In particolare, i giudici, hanno affermato che il medico di base è tenuto, nell'interesse della sanità pubblica, alla efficienza e continuità del servizio, con ciò riconoscendo la specificità del ruolo del convenzionato e la opportunità che si possa dotare degli elementi strumentali finalizzati alla realizzazione di tale obiettivo.

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

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Patto per la salute. Troise (Anaa) “L'audizione di Lorenzin tra luci ed ombre”

Secondo Costantino Troise, segretario nazionale Anaa, l'audizione di Lorenzin in Commissione Affari Sociali sul Patto per la salute ha elementi positivi: budget certo fino al 2017 e la volontà di riportare sotto il controllo della Salute l'erogazione dei Lea; ma anche negativi come l'elusione della questione “lavoro in sanità”, e delle “risorse umane”.

Bene, secondo **Costantino Troise**, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, la ministra della Salute Beatrice Lorenzin quando davanti alla Commissione Affari Sociali, in audizione per concludere la relazione sul Patto per la Salute, ha parlato di “budget certo, almeno fino al 2017, ed in crescita sia pure in misura tale da non recuperare il differenziale di spesa nei confronti degli altri paesi europei”, e altrettanto bene quando ha manifestato la “volontà di riportare a livello centrale il controllo sulla erogazione dei Lea sottraendolo, almeno in parte, al ministero dell'economia per restituirlo al ministero della salute”.

Meno bene invece secondo Troise quando Lorenzin ha rimosso “la questione lavoro in sanità”, e dei suoi agenti, le famose risorse umane, delle loro condizioni di lavoro specie nei punti del sistema maggiormente sottoposti a stress quali il pronto soccorso, sempre più gravose e rischiose. L'unico accenno è una critica ingenerosa al ruolo ed alle funzioni dei direttori sanitari, dimenticando che nella gerarchia della cosiddetta direzione strategica essi sono l'anello debole, spesso non messo in condizione di svolgere il lavoro per cui è assunto”.

Il punto, fa sapere Uil segretario nazionale, “è che le regioni assegnano ai direttori generali obiettivi che non sono quasi mai obiettivi di salute, ma si limitano alla riduzione dei costi, a

prescindere dalle conseguenze su quantità e qualità dei servizi erogati, per cui il paradosso è che i direttori generali sono gli unici a vedere crescere le loro retribuzioni grazie agli incentivi ricevuti per compiti che esulano dalla missione delle loro aziende”.

“Vedremo – aggiunge Troise – i fatti che seguiranno queste parole, ma non dimentichi il ministro la promessa di coinvolgere le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e sanitaria nella definizione del patto”.

In caso contrario – conclude l’Anaa – l’esercizio laboratoristico che regioni e governo si preparano a concludere, non supererà la prova dei fatti, cioè della proiezione nelle realtà in cui oggi si è costretti a curare e a rivendicare l’esigibilità del diritto alla salute”.

Camera. Prevenzione ferite taglio e punta. Affari Sociali: "Norme Ue siano estese a tutte professioni e ad assistenza domiciliare"

L’indicazione è contenuta nel parere favorevole sul Dlgs di adeguamento all’Ue, espresso assieme alla Commissione Lavoro. Chiesta inoltre la definizione di informazione specifica per volontari che operano fuori da strutture sanitarie. Necessarie sanzioni con importi più elevati per inadempienti. IL PARERE

Le norme comunitarie circa la prevenzione di ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero devono necessariamente riguardare ogni operatore e ogni professione impiegati in ambito ospedaliero, sanitario e sociosanitario. Un principio che si applica, senza distinzione alcuna, a chi lavora con contratto indeterminato, di apprendistato o con un rapporto interinale. E’ quanto hanno espresso **le commissioni Lavoro e Affari sociali della Camera** nel loro parere favorevole sul Dlgs di adeguamento all’Ue in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario.

Il parere include inoltre la richiesta di una specifica disposizione affinché le Regioni applichino principi e norme di tutela contenute nel Dlgs anche all’interno dei protocolli che regolano il convenzionamento e l’accreditamento dei soggetti privati operanti nel campo sanitario e socio-sanitario. Le commissioni chiedono poi di introdurre tra i luoghi di lavoro coinvolti dall’applicazione anche le case dei pazienti presso cui gli operatori sanitari erogano assistenza domiciliare. Il principio è infatti che tutela e prevenzione devono essere rispettate, senza alcun genere di eccezione, anche nell’ambito di prestazioni e attività fornite all’esterno delle strutture sanitarie. Per quanto concerne le cure domiciliari è anche necessario che vengano definite specifiche modalità di informazione destinate ai volontari. Nel complesso, per chi commette inadempienze, le commissioni chiedono che, per incrementare la deterrenza, vengano fissate sanzioni con importi più alti.

Balduzzi (ScpI): "Sanità sistema 'chiuso'. Rischio avvitamento per troppa burocrazia"

Lo ha detto il deputato montiano, già ministro della Salute, nel corso di un seminario di studio il cui titolo era "La sanità è un mondo vitale?". Comunque secondo Balduzzi "la sanità è ancora un sistema in grado di promuovere la crescita e il consolidamento delle relazioni intersoggettive". La relazione di Balduzzi.

Nella giornata cruciale per la legge elettorale e con il palazzo in fermento, il deputato di

Scelta Civica e già ministro della Salute nel governo Monti, **Renato Balduzzi**, ha organizzato all'interno degli spazi della Camera dei deputati un seminario di studio nel ciclo di incontri dell'Associazione Mondì Vitali incentrato sui temi della sanità.

I lavori sono stati incentrati intorno alla domanda "La sanità è un mondo vitale?" e la risposta che è arrivata dal confronto tra i discussant, ovvero Mariella Enoc, Vicepresidente di Fondazione Cariplo, Alberto Oliveti, Presidente di Fondazione Enpam e Angelo Vescovi, Direttore scientifico Irccs Casa Sollievo della Sofferenza, se è positiva da un lato, dall'altro si deve registrare che comunque non mancano elementi di forte preoccupazione.

Secondo Renato Balduzzi, che ha introdotto i lavori, uno degli elementi di criticità sono le "componenti burocratiche e di resistenza all'innovazione che sono presenti in tutti i sistemi complessi, inclusa la sanità. Anche la sanità infatti può correre il rischio di avvitarci come sistema organizzativo chiuso e formalmente amministrato".

Comunque ha aggiunto Balduzzi "la sanità è ancora un sistema in grado di promuovere la crescita e il consolidamento delle relazioni intersoggettive".

Per dirla con il ricercatore **Angelo Vescovi** "la sanità è viva e vitale" ma poi ha aggiunto "Io la vedo come un grande organismo che ha degli organi malati". E la cosa più preoccupante secondo Vescovi è che "praticare la cura può essere difficile". Perché la cura è "riallocare l'uomo, ovvero mettere al centro dell'intero sistema di cura". La sanità, ha detto ancora Vescovi è un "sistema malato perché ha perso la sua missione iniziale del dare salute". E qui, ricollocandosi a quanto detto da Balduzzi in avvio di lavori, ha ribadito come l'eccesso di burocratizzazione rischia di far "passare in secondo piano la salute del paziente".

"Curare sempre, guarire se possibile" è il monito di Monsignor **Enzo Leuzzi**, delegato pastorale della Salute, anche lui presente all'incontro per un saluto. "Dobbiamo liberare la medicina da prospettive inadeguate di guarire sempre. Perché – ha concluso Monsignor Leuzzi – la malattia e la morte sono esperienze della vita imprescindibili nella biografia dell'uomo".

Le osservazioni di Monsignor **Giuseppe Merisi**, hanno fatto riferimento al fatto che "dal curare è necessario passare al prendersi cura", e anche al concetto di sostenibilità. Questa, secondo il monsignore "non deve dimenticare l'efficienza della cura".

Sulla linea della sostenibilità l'intervento di **Mariella Enoc**, secondo la quale "abbiamo abusato di un sistema distributivo. La mia generazione è la più colpevole, abbiamo preso senza chiederci come e quanto dovesse essere ridato al sistema". Oggi, ha aggiunto Enoc, "non è più possibile dare senza chiedere in cambio qualcosa. E questo non solo in termini economici ma anche di prestazioni e di volontariato".

In rappresentanza del mondo delle professioni sanitarie, **Alberto Oliveti**, presidente della Fondazione Enpam, ha ribadito "l'esigenza di una nuova alleanza tra le persone e i professionisti chiamati a prendersi cura". Comunque anche per Oliveti la sanità è un mondo vitale e i problemi che come presidente della Fondazione Enpam ha posto sul tavolo sono essenzialmente due: l'invecchiamento della popolazione, fatto assolutamente positivo da un punto di vista delle politiche sociali, ma pericoloso da un punto di vista economico se non viene governato; e la tecnologia che sta evolvendo ma non sempre seguendo logiche legate a esigenze di salute.

Sardegna. Cagliari. De Francisci: “L’ospedale San Giovanni di Dio non sarà abbandonato”

L’assessore alla sanità ha confermato l’intenzione di trasformare l’ospedale civile in un centro geriatrico e in una Casa della salute. Presto sarà convocata una conferenza di servizi per discutere sul futuro dello storico presidio “non è più in grado di garantire standard di sicurezza adeguati”

“L’ospedale San Giovanni di Dio di Cagliari non sarà abbandonato e conserverà la sua vocazione sanitaria. Presto sarà convocata una conferenza di servizi tra tutti i soggetti che hanno competenza per discutere sul futuro dello storico presidio sanitario del capoluogo sardo”.

Parola di assessore della Sanità. **Simona De Francisci**, ha infatti confermato l’intenzione della Regione di trasformare il polo realizzato dall’architetto Gaetano Cima nel 1844 in un centro geriatrico e in una Casa della salute, nell’ambito della territorializzazione dei servizi sanitari portata avanti in questi anni dalla Giunta regionale. Un dibattito di attualità, anche in vista dell’imminente trasloco dei reparti nei nuovi Blocchi del Policlinico universitario di Monserrato.

“Convocheremo una conferenza – ha annunciato l’assessore – con l’Università di Cagliari, l’Azienda ospedaliero-universitaria e il Comune per discutere insieme i progetti per un’adeguata valorizzazione della struttura. Noi come Regione rilanceremo l’idea di ubicare al San Giovanni un Centro di specializzazione geriatrica, considerato anche il tipo di utenza della zona. In più, pensiamo di farlo diventare il poliambulatorio di Cagliari”.

L’assessore interviene poi sulle perplessità avanzate da alcuni cittadini, preoccupati per il trasferimento dei reparti al Policlinico: “Capisco i loro timori – ha sottolineato De Francisci – ma dopo oltre 150 anni di onorata carriera l’ospedale civile non è più in grado di garantire standard di sicurezza adeguati, né per i pazienti né per il personale che ci lavora. Ricordo anche che nel centro di Cagliari opera comunque il Santissima Trinità, che assieme alla Asl 8 stiamo potenziando e in questi anni abbiamo riqualificato. Dunque il capoluogo continuerà ad avere tutti i servizi sanitari, dal pronto soccorso fino alla Geriatria”.

SOLE24ORE/SANITA'

Codice deontologico: i medici Fnom a Terni per varare la seconda bozza

L'appuntamento è a Terni, da oggi a sabato, quando sarà messa a punto la seconda bozza del [nuovo Codice deontologico Fnomceo](#). Nella "due giorni" che proprio in queste ore entra nel vivo, spetterà alla Consulta guidata da Roberta Chersevani tenere conto dei tanti input, lessicali e concettuali, arrivati dagli Omceo provinciali. Se sarà possibile, il Comitato centrale di sabato darà il suo avallo alla versione che innova il Codice attuale, varato nel 2006; altrimenti il sì arriverà comunque a stretto giro. In ogni caso, dopo via libera dell'esecutivo della Federazione il testo sarà inviato ad associazioni mediche, società scientifiche e mondo del volontariato e tornerà al vaglio degli Ordini locali, che fino all'ultimo potranno proporre ulteriori modifiche. Nel mese di aprile, il Consiglio nazionale convocato a Torino per l'approvazione definitiva.

Il Codice che verrà innova il concetto di paziente, mira a fortificare la relazione terapeutica in risposta all'invasività dell'Ict e alle sfide poste dalla medicina potenziativa, rilancia il modello bio-psico-sociale valorizzando la qualità della vita e il rapporto con l'ambiente, introduce la new entry assoluta della medicina militare.

Vedrà dunque la luce dopo un confronto serrato, che ha riguardato negli ultimi mesi una serie di innovazioni: prima tra tutte, la proposta di inserire nel testo il termine "persona", come sostitutivo di "paziente". Scelta su cui il dibattito è stato particolarmente acceso, data la differente valenza che, sulla scorta del proprio orientamento etico, filosofico o morale, ciascuno può attribuire a un termine piuttosto che a un altro. «Senz'altro la persona assistita è il malato - ricorda il presidente della Federazione Amedeo Bianco - e in questo senso è "compatibile" usare anche la parola paziente. Per tutti gli aspetti che riguardano la tutela della salute, proporremo invece di impiegare "persona". Una cosa è certa: fino all'ultimo il ragionamento su questo aspetto resterà aperto e solo con il varo finale del Codice, in primavera, la Federazione assumerà una posizione ufficiale».

Altro tema caldo su cui si concentra il nuovo Codice è quello del ruolo che l'Ict viene ad assumere nella relazione medico-paziente. «Poiché non si tratta di meri dati ma delle applicazioni di telemedicina, teleconsulenza e teleconsulto, occorre sventare il rischio che il paziente si riduca a una mail o a un file», sottolinea ancora Bianco. «Spetta al medico potenziare la relazione terapeutica, che non può vedersi surrogata da uno strumento elettronico. Consenso informato ed empowerment sono parimenti, tutte le volte che ci siano le condizioni, frecce all'arco da scoccare per mantenere l'Ict nel giusto ruolo che le compete».

Gli stessi strumenti saranno utili per affrontare il tema della cybermedicina, trattato nell'articolo sulla medicina potenziativa. «Qui ci assiste l'ippocratico "primo non nuocere", pure in un ambito che, portato ai suoi confini più estremi e al momento soltanto futuribili, sconfinava dai limiti di scienza e morale propri della medicina. Nel nuovo Codice ci sforziamo di tracciare alcune direttrici che servono da indicazioni di massima, aspettando di capire come e quando questi ambiti evolveranno», continua il presidente.

Anche in questo caso, si può dire che il testo riveduto e corretto rispetto al 2006 si sforza di "gettare il cuore oltre l'ostacolo?" «Più che altro, c'è l'ansia di far sì che il cuore - l'etica - riesca ad andare di pari passo e a non essere superato dalla tecnica. E c'è, ancora, l'esigenza di offrire più risposte possibili sul piano deontologico, capaci di evitare il proliferare di una legislazione invasiva che, negli ultimi anni, non ha certo prodotto buoni frutti. L'idea - conclude Bianco - è di fornire ai professionisti ma anche ai cittadini un elemento di garanzia in un momento di oggettiva difficoltà a orientarsi».

Senato, Igiene e Sanità: per l'abusivismo sanitario è necessario modulare meglio le sanzioni

Parere favorevole sui disegni di legge contro l'abusivismo sanitario della commissione Igiene e Sanità del Senato. Bene l'adeguamento delle sanzioni, scrive la commissione, anche per alzare «il livello di deterrenza nei riguardi di condotte antigiuridiche sempre più diffuse, che incidono, tra l'altro, sul diritto fondamentale alla salute». Ma il parere favorevole contiene anche in questo caso tre osservazioni.

La prima riguarda l'eventualità di mitigare la previsione dell'articolo 348 del Codice penale nella parte in cui prevede la sanzione accessoria dell'interdizione perpetua dall'esercizio della professione: appare eccessiva e non modulabile dal giudice in relazione alle peculiarità

del caso concreto, secondo i senatori.

La seconda è la richiesta di un approfondimento sempre sull'articolo 348 del Codice penale che equipara nel trattamento sanzionatorio, in caso di morte o lesioni della persona assistita, due comportamenti caratterizzati da livelli di disvalore diversi: l'esercizio abusivo di una professione, «certamente più grave in relazione alle sue astratte potenzialità lesive, e quello di un'arte sanitaria».

La terza osservazione, infine, chiede di «accompagnare l'adeguamento delle sanzioni con misure intese a sensibilizzare l'opinione pubblica circa i rischi derivanti dal ricorso a figure sanitarie sprovviste della necessaria qualificazione».



Mediadue Comunicazione

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