

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI **Volontaria ko, medico denunciato** Il professionista aveva tirato un pugno a un paramedico del 118 ad Alà dei Sardi

Un pugno e una scarica di calci alla volontaria del 118 intervenuta con la équipe di un'associazione di Buddusò per soccorrere due turisti tedeschi feriti in un incidente stradale ai quali lui, il medico che avrebbe dovuto prestare le prime cure, si era rifiutato per oltre un'ora di aprire la porta della guardia medica. È costata una denuncia in stato di libertà per lesioni personali e omissione di atti d'ufficio l'aggressione compiuta da un medico resosi protagonista di un inqualificabile episodio ad Alà dei Sardi. I carabinieri del comando provinciale di Sassari, al termine degli accertamenti svolti dai militari della stazione di Alà, hanno segnalato alla Procura della Repubblica A.G.R., 44 anni, originario di Bitti, ma residente a Sassari. Il professionista, del quale sono state rese note solo le iniziali, sarà chiamato a dare spiegazioni da un magistrato, dai responsabili della Asl di Olbia e dai suoi colleghi dell'Ordine dei medici di Sassari. Tre, infatti, le inchieste aperte per far chiarezza sull'episodio: la Procura e l'Asl si stanno già muovendo mentre l'Ordine presto dovrebbe formalizzare l'apertura di un procedimento disciplinare nei confronti del proprio iscritto. La denuncia penale di R.G. segna la svolta investigativa di una vicenda che la Nuova Sardegna ha raccontato nei giorni scorsi. Il 3 maggio la sede della guardia medica di Alà dei Sardi era stata lo scenario di un'assurda escalation di violenza. Tutto era cominciato quando una coppia di turisti tedeschi, che stavano girando le zone interne della Sardegna a bordo della loro motocicletta, era rimasta vittima di un incidente stradale. Niente di grave: il conducente della moto aveva perso il controllo del mezzo a causa della pioggia e i due occupanti erano caduti procurandosi varie escoriazioni. La coppia, soprattutto la donna che aveva riportato le ferite più preoccupanti, era stata soccorsa da un passante che l'aveva accompagnata alla guardia medica. Ma il medico, nonostante il servizio di primo soccorso fosse attivo, non aveva aperto la porta. Nel giro di pochi minuti davanti all'ambulatorio si era formata una piccola folla e qualcuno aveva chiamato il 118. La centrale operativa di Sassari aveva mandato sul posto l'ambulanza dell'associazione di Buddusò. Dopo avere prestato i primi soccorsi ai due feriti, i volontari avevano suonato a più riprese il campanello dell'ambulatorio ma inutilmente. Dopo un'ora, mentre il clima fuori dalla guardia medica si surriscaldava, qualcuno aveva chiamato i carabinieri ai quali il dottore aveva finalmente aperto la porta. Incalzato dalle proteste dei presenti, il professionista aveva prima accampato scuse poco plausibili e poi aveva perso il controllo scatenando la sua rabbia su una sanitaria del 118. Prima di essere bloccato dai militari, il medico era riuscito a sferrare un pugno e alcuni calci alla volontaria. La donna era stata soccorsa e accompagnata, insieme con i due turisti feriti, alla guardia medica di Padru dove le sono stati assegnati cinque giorni di prognosi per le lesioni subite. La volontaria ha presentato una denuncia contro il medico che adesso sarà chiamato a difendersi. Ma quello dell'aggressione fisica della sanitaria non è l'unico episodio di violenza si cui si è reso protagonista il medico. Qualche giorno dopo

l'aggressione di Alà dei Sardi, infatti, lo stesso professionista alla guida della sua Jaguar ha arrotato un vecchio cane in via Bellieni a Sassari e ha poi sputato in faccia alla sua padrona perché stava protestando. Motivo dell'aggressione, compiuta sotto gli occhi di numerosi passanti: la rabbia del medico per la lentezza con cui la passante e il suo pointer di 18 anni avevano attraversando la strada.

L'UNIONE SARDA

ALA' DEI SARDI **Aggredisce i pazienti: un medico finisce nei guai**

Medico impegnatissimo e stressato dai pazienti? La soluzione è semplice: una buona dose di colpi a chi suona il campanello dell'ambulatorio. E la persona che le ha buscate, soltanto perché chiedeva che venissero curati due motociclisti coinvolti in un incidente, è un'infermiera del 118. È successo qualche giorno fa ad Alà dei Sardi e un medico sassarese di 42 anni, a quanto pare già protagonista di episodi del genere, si è beccato una denuncia per omissione di atti d'ufficio e lesioni. Secondo i carabinieri è stato lui, infatti, a malmenare la malcapitata infermiera del 118, alla quale sono stati assegnati 5 giorni di cure. La vicenda è oggetto di un'indagine condotta dai militari del Comando provinciale di Sassari e dai colleghi di Alà.

TEDESCHI NEI GUAI I carabinieri hanno chiuso l'inchiesta a carico del medico, dopo avere sentito diverse persone. A quanto pare i problemi nell'ambulatorio della guardia medica di Alà dei Sardi sono iniziati dopo un incidente stradale avvenuto poco lontano dal paese. Due motociclisti tedeschi stavano percorrendo i tornanti di una strada panoramica e, a causa dell'asfalto reso viscido dalla pioggia, sono caduti malamente, procurandosi traumi ed escoriazioni. Stando alle indagini dei militari, i due feriti hanno raggiunto Alà per ricevere cure mediche. Ma qualcosa, una volta raggiunta la guardia medica, è andato storto.

ARRIVA IL 118 I tedeschi avrebbero chiesto più volte di essere medicati, senza avere risposta. Quindi si sarebbero rivolti al 118 e, sul punto non ci sono dubbi, anche ai carabinieri della stazione di Alà dei Sardi. I militari, tra l'altro, avrebbero più volte sollecitato il medico presente in ambulatorio, a prendere in carico i pazienti.

L'INFERMIERA La situazione è degenerata con l'arrivo del personale del 118 che, dopo avere prestato le prime cure mediche ai tedeschi, è intervenuto per "stanare" il medico che continuava a restare chiuso dentro il suo ambulatorio. Sino a quando un infermiera del 118 non lo ha messo alle strette bussando e chiamandolo ripetutamente. Per tutta risposta, il medico avrebbe malmenato la signora. Alla fine, i due tedeschi feriti e l'infermiera picchiata sono finiti tutti nell'ambulatorio di Padru. Mentre il medico insofferente è stato denunciato dai carabinieri.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Agenda settimanale di Camera e Senato. Dopo la pausa elettorale si riparte con il Ddl Lorenzin e il superamento Opg

La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha in agenda l'esame del Ddl Lorenzin in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, riordino delle professioni sanitarie e altre tematiche sanitarie. La Commissione Affari Sociali della Camera invece conclude per

l'Aula il ddl superamento Opg.

Conclusasi la pausa parlamentare per le elezioni europee e le amministrative Camera e Senato riprendono le loro attività. A Montecitorio in settimana, prevedibilmente già da mercoledì, l'Aula dovrà esaminare con una certa fretta il DL: Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Il provvedimento scade sabato 31 maggio e per questo si ipotizza che il Governo ponga la fiducia.

Sempre alla Camera, la Commissione Affari Sociali ha in agenda anche l'esame dei documenti conclusivi di due indagini conoscitive, la prima riguardante "La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica", la seconda "Sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia".

In Senato invece la Commissione Igiene e Sanità riprende il Ddl Lorenzin "Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di enti vigilati dal Ministero della salute, di sicurezza degli alimenti, di sicurezza veterinaria, nonché disposizioni di riordino delle professioni sanitarie, di tutela della salute umana e di benessere animale".

I lavori prevedono per martedì l'audizione, tra gli altri, della Fofi.

Sul provvedimento è stato acquisito il parere favorevole con osservazioni e proposte emendative della Conferenza unificata in massima parte accolte e inserite nel testo. In particolare, per quanto concerne la richiesta dell'introduzione dell'intesa in luogo del parere, è stata recepita tranne che per gli articoli 9, sul presupposto che la norma interviene per realizzare il coordinamento delle disposizioni recate dai decreti legislativi di riordino degli enti vigilati dal Ministero, in ordine ai quali per espressa previsione della legge di delega, articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183, la Conferenza unificata esprime parere, pertanto l'introduzione dell'intesa non sarebbe coerente con il dettato normativo e con la procedura seguita per l'adozione dei predetti decreti legislativi di riordino; 14, commi 1 e 3, e 20, comma 1, in quanto le misure ivi previste rientrano nell'ambito della profilassi internazionale ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, della Costituzione.

Sempre la Commissione Igiene e Sanità questa settimana audirà nell'ambito dell'indagine sul caso Stamina il Comitato nazionale per la Bioetica.

XIII Giornata Nazionale del Sollievo. Indagine al Niguarda di Milano: "Il 70% degli intervistati non sa che esiste una legge ad hoc contro il dolore"

E non sa quindi della possibilità di accedere a cure efficaci nonché dell'obbligo da parte degli operatori sanitari di misurare e curare il dolore in tutte le sue forme. Al contrario migliora la conoscenza dell'esistenza delle Strutture di Terapia del Dolore e delle prestazioni erogate al loro interno. L'indagine effettuata dall'onlus "Nopain".

Domenica 25 maggio si è celebrata in Italia la XIII Giornata Nazionale del Sollievo per la promozione della terapia del dolore. La Giornata del Sollievo è un'occasione per mettere al centro dell'attenzione la persona sofferente e informare tutti i cittadini dell'esistenza della Legge n. 38 del 2010 che tutela e garantisce l'accesso alla Terapia del Dolore e alle Cure Palliative.

In occasione di questa giornata, NOPAIN Onlus, Associazione Italiana per la cura della malattia dolore, denuncia dalla voce del suo Presidente il dottor Paolo Notaro, Responsabile della Struttura di Terapia del Dolore dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, le difficoltà all'accesso alla cura e il disagio psicosociale delle persone con malattia dolore e presenta i risultati di un'indagine conoscitiva sulla legge 38 effettuata presso la struttura ospedaliera su un campione di 250 persone.

Ancora scarsa la conoscenza della legge 38 ma migliora la conoscenza dell'esistenza delle Strutture di Terapia del dolore. Il 70% di coloro che hanno risposto al questionario NOPAIN non è a conoscenza dell'esistenza della legge e della possibilità di accedere a cure efficaci nonché dell'obbligo da parte degli operatori sanitari di misurare e curare il dolore in tutte le sue forme.

Al contrario migliora la conoscenza dell'esistenza delle Strutture di Terapia del Dolore e delle prestazioni erogate al loro interno. Nonostante ciò il paziente spesso è disorientato oppure, quando orientato, è molto confuso. Ciò è dovuto alla marcata disomogeneità dei servizi offerti e alla variegata denominazione delle medesime strutture. La conseguenza è che resta elevata la percentuale di pazienti che continuano a soffrire inutilmente.

“Nonostante si siano registrati importanti progressi, questi risultati- dichiara Paolo Notaro - testimoniano il grande bisogno di informazione e orientamento dei cittadini su questo tema e la necessità di attuare una rete algologica ospedale territorio secondo livelli di cura standardizzati e omogenei a livello nazionale. Purtroppo ancora oggi nella maggior parte delle Regioni si riscontrano notevoli difficoltà e ostacoli organizzativi e di risorse per applicare concretamente la legge.”

“Per migliorare la qualità di vita del paziente e della sua famiglia, occorre considerare il malato nella sua interezza e porre attenzione a tutti i suoi bisogni, psichici, fisici, sociali e spirituali – spiega Notaro– E per rispondere a questi bisogni è necessario attuare ancora grandi cambiamenti nei contesti di cura e nelle organizzazioni professionali.”

Comunicato stampa NOPAIN Onlus

Allarme Hiv in Lombardia, Lazio ed Emilia Romagna. Più della metà dei nuovi casi in queste tre regioni. Al via a Roma il Congresso ICAR. Test gratuiti in Piazza di Spagna

Attesi più di mille delegati da tutta Italia, di cui il 45% rappresentato da donne. In occasione del congresso test gratuito per l'HIV con informazioni sulla malattia e sulle corrette misure di prevenzione in collaborazione con l'Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani di Roma. Ogni anno in Italia 4mila nuovi casi. Si stimano 150mila sieropositivi

Si è aperta domenica a Roma (fino al 27 maggio) la VI edizione di ICAR (Italian Conference on AIDS and Retrovirus), promosso da SIMIT (Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali). Il congresso propone un inedito e tridimensionale approccio tra scienza di base, ricerca diagnostico-clinica, competenze delle associazioni di pazienti e/o delle comunità colpite dall'HIV. Un obiettivo ambizioso da parte della comunità scientifica

infettivologica italiana, delle Associazioni dei pazienti e delle istituzioni, in un momento in cui gli standard di assistenza e cura raggiunti in Italia devono confrontarsi con esigenze di sostenibilità, mettendo così costantemente in discussione i percorsi intrapresi nei diversi ambiti.

In questi ultimi anni il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV si è stabilizzato su circa 4000 nuovi casi all'anno. Nel 2012, più della metà delle segnalazioni sono pervenute da tre regioni: Lombardia (27,6%), Lazio (14,5%) ed Emilia-Romagna (10,4%). E' possibile stimare che circa 150mila persone in Italia siano sieropositive. Il dato allarmante è che l'età in cui viene posta la diagnosi sia sempre più alta con una età mediana di 38 anni per i maschi e di 36 anni per le femmine. Questo dato si accompagna alla conferma che la diagnosi viene posta sempre più frequentemente troppi tardi, quando l'infezione ha già determinato gravi danni all'immunità.

La continua riduzione dei finanziamenti per la ricerca che si è registrata negli ultimi anni in Italia, l'ha fatta retrocedere agli ultimi posti delle classifiche dell'Unione europea e dell'Ocse. Stiamo assistendo, infatti, ad un progressivo smantellamento della rete scientifica con il pretesto che le università, così come ospedali e altre istituzioni, sono troppe e quindi inutili e costose. Tutto ciò sta determinando una continua emigrazione di giovani laureati in altri paesi europei e del resto mondo. Per contro, nonostante i tagli dei finanziamenti, la ricerca italiana continua a classificarsi fra le migliori in Europa e nel mondo.

*“In questo scenario – spiega il Prof. **Massimo Andreoni**, Presidente del Congresso e Presidente SIMIT, Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali - saranno i giovani ricercatori italiani a presentare i risultati della loro ricerca. Infatti, gran parte del convegno sarà dedicato alla presentazione di studi condotti in Italia da circa 100 giovani ricercatori selezionati per le ricerche svolte. La conferenza quest'anno vede partecipare più di mille delegati di cui il 45% rappresentato da donne”.*

“Il Lazio rappresenta una delle regioni maggiormente colpite – aggiunge Andreoni - con una incidenza di nuovi casi di infezione di HIV pari a 8,8 casi per 100.000 persone residenti. Nella nostra regione sono stati segnalati circa 10.000 casi di AIDS. In conclusione, la sensazione che si percepisce è che la nuove possibilità terapeutiche che rendono oggi questa malattia controllabile nella maggior parte dei casi e un ridotto interesse da parte dei media abbia determinato una perdita di attenzione da parte della popolazione alla trasmissione di questa malattia. E' utile ricordare che i farmaci che oggi possediamo sono estremamente efficaci ma non in grado di eradicare l'infezione e quindi il trattamento della malattia deve essere considerato cronico per tutta la vita con le conseguenze che questo può determinare”.

In occasione della conferenza, sempre nella giornata sarà fornito gratuitamente il test per l'HIV con informazioni sulla malattia e sulle corrette misure di prevenzione In collaborazione con l'Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani di Roma.

*“La sensazione di noi specialisti è che le denunce di infezione possano essere sottostimate rispetto ai casi effettivi - aggiunge il **Prof. Perno**, Professore Ordinario di Virologia Università di Roma Tor Vergata e Direttore Scuola di Specializzazione in Microbiologia e Virologia - Al di là dei numeri, ciò che ci colpisce sono le nuove popolazioni: aumentano le*

infezioni per i giovani omosessuali, che pensavamo protetti dalle campagne d'informazione. Inoltre l'Italia è tra i fanalini di coda in Europa come tempo della diagnosi: è troppo tardiva, in fase avanzata, e questo significa minori chance di tornare alla normalità anche con una terapia antivirale efficace, nonché maggiori chance di contagio di altre persone nel lungo periodo che intercorre tra l'infezione e la diagnosi (tardiva). La colpa è, purtroppo, semplice: la totale assenza della percezione della malattia e la completa incoscienza di fronte alla gravità della stessa”.

Tra le tematiche che verranno affrontate, la centralità del rapporto comunicazionale tra paziente e medico, l'esplorazione delle possibilità ad ampio raggio in campo preventivo, la valutazione complessiva del paziente al fine di favorire un monitoraggio d'insieme, l'attenzione a particolari problematiche di popolazione e di condizione clinica, l'imprescindibile correlazione tra il dato di successo virologico e le conseguenti sfide cliniche in funzione della promozione della qualità della vita dei pazienti.

In linea con la tradizione e la filosofia ICAR, anche l'edizione 2014 dedica ampio spazio al contributo dei giovani ricercatori italiani: nelle comunicazioni orali, nei poster e attraverso il premio ICAR-CROI 2014. Stessa grande attenzione alle persone con HIV ed alle Associazioni, con diversi momenti dedicati nell'ambito del programma scientifico e con l'introduzione di un nuovo topic “scienze sociali e aspetti di comunità” tra gli argomenti portanti del Congresso. Infine ICAR-LAB, una nuova sessione pensata proprio per confrontarsi e indirizzarsi verso percorsi comuni nei vari ambiti.

DOCTORNEWS33

Enpam si affida a esperti certificati ma per Cda punta su medici e dentisti

Enpam in primo piano: la vicenda Sopaf (possibile truffa di 20 milioni di euro ai danni della cassa dei medici e dentisti ipotizzata dalla Procura di Milano) e la richiesta di rinvio a giudizio per l'ex presidente Eolo Parodi e tre ex dirigenti (altra truffa ipotizzata dalla Procura di Roma stavolta per 200 e passa milioni) s'intrecciano con quella del nuovo statuto. In consiglio nazionale, il parlamento Enpam formato dai 106 leader ordinistici, dieci presidenti hanno chiesto un CdA con tre economisti. Gli altri ordini e l'attuale CdA preferirebbero “camici” eletti e formati in economia. Che la linea prevalente sia quest'ultima, potrebbe dimostrarlo la nomina di **Emilio Giorgi**, già numero due Merrill Lynch, a Chief investment officer e responsabile del settore immobiliare e di Pierluigi Curti, già chief Financial officer della Fondazione Roma, a “monitor” del servizio degli investimenti finanziari. Intanto, è partita la gara europea per l'investment advisor che gestirà i 15 miliardi di patrimonio. Tutte strutture esterne al CdA. Quest'ultimo, espresso dai contribuenti, secondo un comunicato dell'ente resterebbe responsabile della coerenza dell'investimento rispetto agli obiettivi previdenziali; ma prima di arrivare ai consiglieri eletti, le proposte d'investimento andranno vagliate «dai tecnici interni e dall'investment advisor esterno, seguendo procedure vigilate dal Comitato per il controllo interno dell'Enpam, oggi presieduto da un magistrato della Corte dei Conti. Tutti gli investimenti

sono inoltre monitorati dal risk advisor, recentemente nominato a seguito di un'altra gara europea. La Fondazione si è inoltre dotata di un Codice etico aggiornato e di una policy sul conflitto di interesse».

Per le vicende giudiziarie, a malincuore, l'ente guidato da **Alberto Oliveti** si costituirà parte civile per il procedimento avviato nel 2011 dalla procura di Roma contro Eolo Parodi, l'ex consigliere Maurizio Dall'Occhio e gli ex dirigenti Leonardo Zongoli e Roberto Roseti. Sulla recente vicenda Sopaf, Oliveti ribadisce di non aver ricevuto nessun atto né contestazione dalla Procura di Milano e rimarca che fino a prova contraria l'Ente ha guadagnato, i 100 milioni dell'investimento ora ne valgono 139 e di questi 54 sono stati incassati.

DIRITTO SANITARIO Attività lavorativa remunerata durante corsi di specializzazione

Il fatto

La Procura regionale presso la Sezione Giurisdizionale della Corte dei Conti - Regione Lombardia, con atto di citazione ha chiamato in giudizio una dottoressa che aveva frequentato una scuola di specializzazione. L'accusa era quella di aver percepito indebitamente una borsa di studio per Euro 30.942,08 in qualità, appunto, di ammessa alla frequenza dei corsi di formazione obbligatori di cui al D.Lgs. n. 256 del 1991 e decreto legislativo n. 368 del 1999 ed in esito all'espletamento di apposito pubblico concorso indetto con Decreto del Ministero della Salute.

La citazione specifica si fondava sul presupposto che, nel caso di specie, il medico avesse percepito la borsa di studio pur svolgendo attività lavorative remunerate da terzi, in palese violazione del principio di incompatibilità vigente in materia ed espressamente richiamato dal Regolamento del corso di formazione all'articolo rubricato "Incompatibilità", dove si prevedeva che "Per la durata della formazione a tempo pieno al medico è inibito l'esercizio di attività libero professionale e ogni rapporto convenzionale o precario con il S.S.N. o enti e istituzioni pubbliche e private (art. 24, comma 3, D.Lgs. n. 368 del 1999)". Precetto regolamentare, avente contenuto meramente ricognitivo della disposizione normativa dallo stesso evocata ovvero dell'art. 24, comma 3, D.Lgs. n. 368 del 1999 (nella versione all'epoca vigente) ai sensi del quale "Per la durata della formazione a tempo pieno al medico è inibito l'esercizio di attività libero-professionale ed ogni rapporto convenzionale o precario con il servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private".

Profili giuridici

La corresponsione della borsa di studi è strettamente correlata all'effettivo svolgimento del periodo di formazione.

Non sussiste, pertanto, alcuno sviamento o deviazione della pubblica erogazione dalle finalità previste dalla legge, se la borsa è stata erogata - come nel caso specifico - a seguito di effettivo svolgimento del periodo di formazione secondo modalità e tempi previsti. Il fatto che la studentessa, secondo tesi della procura, abbia contravvenuto al divieto di cui all'art. 24, comma 3, D.Lgs. n. 368 del 1999, non ha inciso minimamente sull'effettivo svolgimento del periodo di formazione cui era correlata la corresponsione del trattamento.

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

SOLE24ORE/SANITA'

Bianco (Fnom) difende il «suo» Codice: «Scelta d'attacco necessaria per restare al passo con i tempi»

Difende il nuovo Codice a spada tratta, anche perché questo è davvero il "suo" Codice. Quello che ha strenuamente voluto e difeso nei due anni di dibattito e nelle ultime 16 ore di maratona che il 18 maggio hanno portato a Torino a un'approvazione non priva di fronda interna ([VEDI](#)). Amedeo Bianco ha più di un'argomentazione per giustificare il cambio di passo che - come ribadisce in questa intervista - era necessario rispetto alla versione 2006 del testo, varata quando era già lui a presiedere la Fnomceo.

Il 2006 non è poi così lontano eppure avete deciso di metter mano al Codice fino a ieri in vigore. Perché?

I grandi cambiamenti intervenuti in questi anni non sono certo trascorsi senza lasciare il segno: il Codice 2006 era datato su più fronti. Penso, sul piano operativo, ai rilievi con cui la Cassazione ci aveva invitato, ai fini della sanzione disciplinare, a una più puntuale valutazione anche dei comportamenti assunti dai colleghi al di fuori dell'attività professionale, ma che comunque abbiano una connessione con la sfera di attività del medico. Penso, ancora, alla valutazione disciplinare dei periti, che il testo votato a Torino tratta adeguandosi, anche in questo caso, all'orientamento della Cassazione secondo cui il medico che svolge funzione peritale è comunque sottoposto a sanzione disciplinare dell'Ordine, ferma restando la valutazione penale in capo al giudice. Penso, infine, alla novità introdotta con la legge Turco-Fazio sulle cure compassionevoli e rispetto alla quale il Codice era rimasto indietro e ha dovuto adeguarsi: all'articolo 13 infatti la versione 2006 autorizzava la prescrizione soltanto di farmaci con documentate prove di efficacia.

Questo, per quanto riguarda il restyling. Il nuovo testo introduce poi 4 articoli nuovi di zecca in più

Certamente e anche questo dà il segno di quanto fosse necessario ripensare la nostra deontologia. Tutto l'ampio tema dell'Ict necessitava una puntualizzazione: il nostro intento non era certo negare la portata enorme del cambiamento e delle potenzialità introdotte con l'Information communication technology, ma piuttosto puntualizzare quegli aspetti di valore deontologico che devono accompagnarla. Perché è innegabile che l'Ict si presta, potenzialmente, all'estraneità del rapporto medico-paziente, che pone problemi di utilizzo e di impiego delle informazioni e di trasmissione tra banche dati differenti. Serviva mandare un "warning", affinché la relazione medico-paziente rimanga caratterizzata dall'incontro e non avvenga via file. Era doveroso dare indicazioni stringenti e anche per questo è stato previsto un allegato tecnico, che approveremo insieme agli altri a Bari, a metà giugno. Altro tema forte è quello della ricerca e della sperimentazione, anche su animali. La sintesi, anch'essa espressa nel dettaglio in uno degli allegati al Codice, è letteralmente il portato di anni di confronto e di discussione sul significato e i limiti, sui meccanismi e le modalità del fare ricerca. Perché è ovvio che linee guida e raccomandazioni sono necessarie ma non sufficienti: cioè non esimono mai il medico dal soprassedere alla propria responsabilità nei confronti del singolo paziente, pure se inserito in un protocollo sperimentale. Del resto, la rivalutazione dell'esclusività e dell'unicità del paziente, inteso come co-protagonista della relazione terapeutica, è la cifra che caratterizza tutto il nuovo Codice.

Quanto la crisi economica e l'incertezza che ha determinato hanno influito sulle scelte

riprodotte nel nuovo testo?

La crisi è stata sempre presente in questi due anni di apertura e confronto con centinaia di persone. Questa revisione è anche il prodotto del contesto difficilissimo della crisi di sistema che stiamo vivendo, che inevitabilmente comporta un rischio di dissolvimento dei valori fondanti, anche della nostra professione. Dovevamo scegliere tra un Codice ripiegato su se stesso e un Codice "d'attacco", che partendo dalla crisi valorizzasse l'obiettivo per cui è pensato, cioè esaltare il significato etico e sociale della scelta di fare il medico. Ha prevalso la seconda opzione e questo è evidente, per restare su un tema che ha un forte aggancio con la crisi, nel nuovo articolo sulle relazioni tra medico e organizzazioni sanitarie e con l'ordinamento stesso. Il Codice ribadisce con chiarezza che mai il camice bianco può essere piegato a scelte meramente economicistiche.

Il cuore oltre l'ostacolo, quindi... Eppure come ben sa la fronda non è mancata e non mancherà di farsi sentire....

Resta il dato di fatto che molti tra gli articoli più dibattuti sono poi stati approvati con il 98% dei voti e che l'88% dei presidenti, in definitiva, ha detto sì al nuovo Codice. Le critiche sono essenzialmente spaccate tra chi afferma che sarebbe stato meglio "non muoversi" dalla versione precedente e chi, al contrario, considera questa ultima ancora poco coraggiosa e innovativa. Io dico che, dato il contesto in cui abbiamo lavorato e da cui mai si può prescindere, questo testo è probabilmente il migliore che potessimo portare a casa. Certo è che sui giudizi pesano anche i vissuti professionali e di comunità dei singoli colleghi, ma vorrei ricordare che il nuovo Codice non nasce dal nulla: è frutto di un lavoro propedeutico portato avanti in tantissime occasioni di incontro a livello locale.

Non sono mancati appunti anche sul nuovo lessico bioetico...

Sulla bioetica le argomentazioni sono curiose: chi ci dice, da un lato, di essere troppo ripiegati sulla legislazione; chi ci accusa, dall'altro, di voler anticipare le leggi. Anche qui, ciò che ha prevalso è la valorizzazione dell'atto medico e del rapporto con il paziente. Ricordo che se nel 2006 sul fine vita il Codice prevedeva «direttive anticipate» - e una direttiva "si esegue" - noi oggi abbiamo optato per «dichiarazioni anticipate», definendo semplicemente quella struttura che come tale può consentire al medico che riceve la dichiarazione di tenerne conto, ove sia stata concordata dal paziente, quando era ancora nelle sue piene facoltà, con un collega. Quanto al rapporto con le leggi, continuiamo a propugnare quel diritto mite che si limiti a dettare solo i principi generali, nella consapevolezza che le decisioni bioetiche vadano poi sempre strutturate e contestualizzate all'interno della relazione terapeutica.

Nel corso del workshop organizzato a Torino durante l'approvazione del Codice sono intervenuti suoi colleghi parlamentari. L'esperienza di senatore ha inciso nella sua scelta di innovare il Codice?

Il percorso di revisione era partito ben prima della mia elezione al Senato. In ogni caso, credo sia vero il contrario: come presidente della Fnomceo penso di aver fornito utili spunti di riflessione, portando le istanze più forti della professione. Senz'altro la priorità assoluta resta la questione della responsabilità professionale, che richiede una risposta immediata ed efficace della politica ai professionisti, oggi in condizioni drammatiche. In questa direzione, ma in seconda battuta, vi è poi la riforma degli ordini professionali. La responsabilità, però, resta il tema clou.

Tanto che lo avete inserito anche nel Codice

Dove abbiamo recepito quanto previsto dalle ultime due leggi finanziarie, che ci chiedevano di inserire l'obbligo di copertura assicurativa nel nostro ordinamento. E il nostro

ordinamento, ricordiamolo, è il Codice. Vorrei però ricordare che abbiamo previsto l'obbligo di polizza soltanto per i liberi professionisti, per la responsabilità civile verso terzi. Con ciò, sgomberando il campo da un equivoco corrente: nel caso di lavoratori dipendenti, la responsabilità civile verso terzi è a carico delle strutture, ferma restando la possibilità che queste hanno di muovere azioni di rivalsa sui dipendenti stessi.

Sulla medicina potenziativa avete scelto, tra le due, la versione dell'articolo che poneva meno paletti...

Questo non è un Codice oscurantista, ma guarda anzi all'innovazione con grande apertura, sforzandosi però di mantenere fermi i principi di beneficalità, equità nell'accesso alle cure, giustizia, rispetto dell'autonomia del medico e della persona assistita.

Già, la "persona assistita" è stato un suo cavallo di battaglia...

Infatti. Alla fine, poiché anche il lessico ha un suo profondo significato, abbiamo scelto di valorizzare il significato della moderna medicina, che non si limita a curare ma a mantenere o a perseguire lo stato di benessere. È un cambio di paradigma, dalla malattia alla salute, che andava recepito. Il lessico pesa - e molto - anche sulla scelta di eliminare i termini eutanasia ed eugenetica: letteralmente il prefisso "eu" taglia fuori tutte le attività dei colleghi impegnati, ad esempio, nelle cure palliative, nelle terapie del dolore o nelle azioni quotidiane di sollievo dalla sofferenza: forse che tutti loro non si adoperano per la "buona morte"? Anche se i principi restano gli stessi, agire sulle parole è comunque importante: una volta tanto, non ci adeguiamo ma siamo fautori del cambiamento. Anche, ma certo non solo, a partire dal lessico.

Relazione 2012 sugli incarichi nella Pa: Ssn al pranzo di gala delle consulenze

Secondo in classifica tra i comparti della Pubblica amministrazione per il numero di incarichi ai suoi dipendenti (prima è la scuola) e a consulenti e collaboratori esterni (prime Regioni e autonomie locali), il Ssn ha utilizzato nel 2012 un quarto di tutti gli incarichi della Pa (il 25,8%), con un lieve aumento del 2,6% circa dei dipendenti e un calo del -10,02% di collaboratori e consulenti. Spendendo - e questa volta è al primo posto per i costi rispetto al totale di 1,05 miliardi della Pa - circa 275,5 milioni, il 26,1% della spesa complessiva della Pa. E gran parte di quella nel mirino dei controlli che, soprattutto sulle consulenze (la fetta maggiore della spesa con 223,5 milioni) la Corte dei conti esegue a tappeto e su cui la Guardia di Finanza interviene per stroncare e prevenire illeciti. E che sono nel mirino della spending review in particolare per ciò che è speso al di fuori delle aziende sanitarie. Con l'elenco delle sentenze Regione per Regione, la Corte ha documentato a inizio anno che nel 2013, in primo grado, si è verificato un danno di quasi 4,9 milioni nelle consulenze, mentre in appello si supera il milione: una tavola ricca di portate per chi tenta di mangiare più di quel che può al tavolo della Pa.

Certo è che l'"effetto spending" si fa sentire: rispetto al 2011 il Ssn ha ridotto del 31,8% la spesa per i dipendenti e del 34,4% quella per consulenti e collaboratori. Nel complesso, il calo medio di spesa registrato nell'ultimo anno è del 34%. Non calano, ma aumentano di ben il 10,86%, gli incarichi conferiti ai dipendenti (che quindi se ne vedono assegnare più di uno a testa), mentre sono stabili (-0,32%) le assegnazioni esterne.

È questo il quadro che emerge dal rapporto del ministero per la Semplificazione relativo al 2012, appena trasmesso al Parlamento dal ministro Marianna Madia ma messo a punto a

fine dicembre dal suo predecessore Gianpiero D'Alia, anticipato nei contenuti generali su Il Sole-24 Ore ([VEDI](#))

In tutta la Pa le consulenze sono costate 825 milioni, a cui si aggiungono altri 239 milioni di incarichi ai dipendenti, soprattutto dirigenti: in tutto sono 1,05 miliardi. Cifre che hanno riguardato nel 2012, sempre in tutta la Pa, 138mila dipendenti con incarichi e 157mila consulenti. Con scuola e sanità che continuano a fare la parte del leone e che insieme cumulano oltre 300 milioni di spesa per consulenze, poi enti locali e Regioni con altri 221 milioni e a seguire le università con 105 milioni di euro.

I numeri dei dipendenti e consulenti nel Ssn.

Rispetto agli altri comparti della Pa, il Ssn, con i ministeri e la Scuola, è quello che ha assegnato nel 2012 la maggior percentuale di incarichi (24,2%) ai propri dipendenti, lasciando a collaboratori e consulenti l'11,26 per cento.

Per la prima volta nel 2012 - e solo per i dipendenti pubblici - compaiono i dati di genere. Che mostrano un Ssn più "bilanciato" rispetto agli altri comparti: se il 52,86% degli incarichi è affidato a uomini, il restante 47,14% è andato alle donne (che prevalgono solo nella scuola con il 62,26% di assegnazioni).

Un equilibrio analogo si riscontra a leggere i dati sugli incarichi tra i dipendenti, per qualifica. Come negli anni scorsi - si legge nella relazione - si conferma la tendenza (controcorrente rispetto al resto della Pa) a conferire un numero di incarichi tra dirigenti o equiparati e personale: rispettivamente il 52,14% e il 47,86 per cento.

Il 62,6% dei dipendenti è "monoincarico", ma nell'ultimo anno sono cresciuti quelli che di incarichi ne hanno più d'uno: nel 2012 sono aumentati del 9,31% i dipendenti con oltre 5 incarichi e del 7,49% quelli con 5 incarichi.

La tipologia degli incarichi

Docenze, partecipazione a commissioni e "altre tipologie" di incarichi (come attività di supporto ai servizi amministrativi e tecnici dell'ente) fanno la parte del leone per quelli assegnati ai dipendenti: sono in tutto 65.709 su 70.391, con le 36.392 docenze al primo posto assoluto (e in aumento del 10% rispetto al 2011). Ma le docenze non sono quelle pagate di più: nel 2012 assorbono infatti poco più di 15 milioni, contro i quasi 90 della partecipazione alle commissioni.

Consulenti e collaboratori sono "arruolati" con contratti di prestazione occasionale (quasi 17mila, in aumento nel 2012 dell'1,35%) e co.co.co. (10.600 circa, in calo di quasi il 3%). Proprio quelli che in realtà si cerca di combattere nella Pa, tranne casi di effettiva necessità. E svolgono soprattutto "altra attività" (nel 92,2% dei casi), mentre per il resto si dedicano principalmente ad attività legali, tecniche e di ingegneria.

I compensi conferiti e quelli liquidati per gli incarichi

Il Ssn con Regioni ed enti locali e scuola si aggiudica la fetta più grossa dei compensi erogati per consulenze: 565 milioni di tutti gli 825 milioni. Nel solo servizio sanitario i costi sono stati di 223,5 milioni, contro "appena" poco meno di 52 milioni per gli incarichi assegnati ai dipendenti. In sostanza, una consulenza vale in media circa 15mila euro, mentre un incarico interno vale poco più di 1.200 euro, dal momento che gli incarichi conferiti ai dipendenti sono oltre 70mila contro le 27.500 consulenze.

L'effetto della minore riduzione delle consulenze rispetto agli incarichi ai dipendenti si riflette sui compensi liquidati: sono in percentuale maggiore per le consulenze e minore per gli incarichi ai dipendenti.

Prendendo in esame i compensi liquidati ai dipendenti, la relazione sottolinea che la sanità

registra il 22,6% (al secondo posto dopo la scuola), mentre per i consulenti la sanità raggiunge il 27,07%, seconda ancora una volta, ma dopo Regioni ed enti locali (33%). Il 53,8% degli incarichi liquidati ai dipendenti in tutta la Pa è nella classe di importi più bassa: fino a 500 euro, mentre - come già avvenuto in passato - il maggior numero di incarichi affidati a consulenti o collaboratori esterni (40%) rientra nella classe di importo compresa tra 501 e 2.500 euro. Quanto poi agli incarichi liquidati con importi oltre i 10mila euro, nella pubblica amministrazione in generale il 4,88% viene liquidato a consulenti e collaboratori esterni e solo lo 0,93% ai dipendenti. Stesso discorso per gli importi oltre i 15mila euro, che sono andati per il 6,93% agli esterni e per l'1% agli interni.

La sanità, sottolinea ancora la relazione, è la regina dei compensi ai dipendenti sotto i 500 euro: sono il 26,58% di tutti i 42.779 incarichi liquidati nel 2012. Ma è seconda solo alle Regioni anche per gli importi oltre 15mila euro (23,13%) erogati sempre agli interni. I super-incarichi, insomma, non fanno certo difetto al Servizio sanitario nazionale. Per le 41.041 consulenze liquidate nel 2012 dal Ssn (con il 22%) prevale invece la classe di importo tra 501 e 2.500 euro, che sommata alla fascia inferiore a 500 euro e a quella tra 2.501 e 5.000, assorbe poco meno del 65% di tutti gli importi.

Test a medicina modello francese. Anaaio Giovani: «Metodo discutibile, serve una programmazione "chirurgica" dei medici da formare»

Le dichiarazioni del ministro dell'Istruzione Stefania Giannini sulla volontà di abolire l'attuale sistema di accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia per sostituirlo con una selezione "sul campo", da svolgere durante il primo anno di studi, sul modello attualmente in vigore in Francia (**VEDI**), appare «per più aspetti discutibile» secondo Anaaio Giovani.

Il sindacato sottolinea che «il fallimento della lotteria dei quiz alla grattachecca sul piano dell'equità e della capacità di selezionare il merito è stato denunciato da tempo e da più parti. Ma è necessario non dimenticare che insieme con la soluzione di giganteschi problemi organizzativi e strutturali connessi con il cambiamento auspicato, c'è bisogno di una programmazione "chirurgica" dei medici da formare per il futuro impiego nel sistema sanitario, anche per evitare ciò che è accaduto nel Paese transalpino che in questi mesi è alla spasmodica ricerca di medici italiani e non. Ed occorre pensare da subito ad una alternativa certa per gli studenti che non riusciranno ad accedere al secondo anno di Corso che non li costringa a "buttare alle ortiche" un intero anno della propria vita o a essere etichettati come scarti».

Soprattutto però secondo Anaaio Giovani occorre avere chiare le modalità con cui garantire la formazione e i servizi per il primo anno di medicina ad una platea di oltre 80mila aspiranti medici, senza abbassare sensibilmente la qualità formativa dell'iter di studi, e non ridurre la ragione del cambiamento «a un tentativo, nemmeno troppo mascherato, di aumentare il fondo di finanziamento ordinario universitario (Ffo) e dare respiro alle casse ormai vuote degli atenei italiani restituendo loro discrezionalità e potere».

«Quello che è certo - conclude il sindacato - è che non occorre rinunciare al numero programmato quanto alla pretesa di avere circa 10mila nuovi medici ogni anno e di fornire solo a meno della metà la possibilità di accedere a un corso di formazione post-laurea, foriera della attuale e futura disoccupazione medica. Problemi comunque che non possono essere delegati al solo Miur, ma esigono il coinvolgimento attivo del ministro della Salute per

le evidenti ripercussioni sul sistema sanitario del Paese».

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