

# **RASSEGNA STAMPA**

**DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI**

**(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)**

**VENERDI' 26 SETTEMBRE 2014**

**LA NUOVA SARDEGNA**

## **REGIONE Asl, parte la rivoluzione in Regione Concluso in commissione l'esame del nuovo assetto con 12 aziende, entro ottobre via tutti i manager**

Le Asl saranno commissariate non prima di fine ottobre. Solo fra due settimane la proposta di riordino del sistema regionale sanitario sarà inserita all'ordine del giorno del Consiglio regionale. Ieri la commissione Sanità, presieduta da Raimondo Perra, ha concluso l'esame degli articoli della bozza presentata dal Partito Democratico e poi sospeso la votazione finale in attesa del necessario parere della commissione Bilancio. Parere che dovrebbe arrivare entro la fine della prossima settimana e a quel punto il testo dovrebbe essere licenziato dalla commissione che ha cominciato a esaminarlo due mesi fa. Resta da capire ancora se l'inserimento nella mappa della dodicesima Azienda (è quella che dovrà gestire il servizio urgenza 118 e pronto soccorso, ora diviso a metà fra Cagliari e Sassari) basterà da solo a far saltare gli attuali manager tutti nominati dalla vecchia giunta di centrodestra. Secondo alcune indiscrezioni, alcuni partiti della maggioranza (a cominciare dal Centro Democratico) vorrebbero inserire all'ultimo momento anche un emendamento che riduce, invece di aumentare, il numero delle Asl. Se questo tentativo non dovesse avere successo, la proroga dei direttori generali in carica potrebbe addirittura allungarsi. Un articolo della proposta di legge prevede che sia la Giunta a «completare il riordino del sistema regionale» con un disegno di legge da presentare entro novanta giorni dal prossimo voto del Consiglio. Tempi ancora più lunghi, dunque, anche se il Pd è sicuro che con l'ingresso dell'Azienda per le emergenze, la sigla è Areu, la stessa Giunta potrà commissariare molto prima e comunque entro ottobre le otto vecchie Aziende sanitarie, l'ospedale Brotzu e i due policlinici di Cagliari e Sassari. È evidente che il centrosinistra vuole spingere sull'acceleratore, soprattutto ora che i rapporti fra l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, e i manager nominati dal centrodestra si sono deteriorati. L'ultimo scontro è con il direttore generale dell'Asl 7 (Sulcis) che sarebbe deciso a citare in giudizio la Regione dopo che l'assessorato alla sanità gli ha bocciato il bilancio 2012. Una scelta subito contestata dalla consigliera regionale del Centro Democratico, Anna Maria Busia: «Maurizio Calamida – è lui il manager

dell'Asl 7 – invece di fare causa alla Regione deve dimettersi per l'uso improprio di denaro pubblico che ha fatto finora». Sono tesi anche i rapporti tra l'assessorato e il manager dell'Asl 1 di Sassari. A suo tempo anche Massimo Temussi ha dato incarico a un legale di valutare se fosse o meno regolare la direttiva con cui mesi fa l'assessore alla Sanità aveva imposto ai direttori generali di limitarsi solo all'ordinaria amministrazione. Circolare, a quanto pare, che nessuno ha rispettato e proprio da lì sarebbero cominciati i contrasti più duri. Ma ormai è chiaro: il conto alla rovescia è cominciato e per le Asl il commissariamento è solo questione massimo di un mese. Bisognerà poi vedere come Giunta e maggioranza si muoveranno nella scelta dei traghettatori verso il nuovo sistema sanitario. Le scelte non saranno facili e anzi possibile che proprio sugli incarichi risaltino fuori vecchi malumori.

## **FECONDAZIONE ETEROLOGA Nell'isola la spesa più bassa il ticket costerà 400 euro Sono un centinaio le coppie che ogni anno si recano fuori dall'isola per la cura**

Per la fecondazione eterologa la Sardegna punta a garantire il ticket più basso all'interno della forbice fissata ieri dalle Regioni che va dai 400 ai 600 euro. È la scelta dell'Assessorato della Sanità che porterà in Giunta una delibera con cui recepire le linee guida nazionali approvate in accordo con le altre regioni italiane, in attesa della legge parlamentare. L'eterologa sarà inserita all'interno dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza per le donne in età fertile. In Sardegna la fecondazione eterologa si può già effettuare nei reparti di Ginecologia dell'Ospedale Microcitemico e nelle Cliniche universitarie di Cagliari e di Sassari. Le richieste di fecondazione eterologa nell'isola sono più alte rispetto alle altre regioni perché l'età delle coppie è più elevata e le condizioni economiche e sociali più disagiate impediscono di rivolgersi all'estero. Sono un centinaio le coppie che ogni anno si recano fuori dalla Sardegna per questo motivo. Al momento le Regioni sono in attesa delle nuove linee guida ministeriali sulla procreazione medicalmente assistita, che per legge devono essere aggiornate ogni 3 anni e invece sono ferme al 2008. L'accordo tra tecnici e funzionari regionali sulle nuove norme siglato il 4 settembre scorso - la Sardegna al tavolo tecnico è rappresentata da Giovanni Monni, primario di Ginecologia al Microcitemico - era necessario dopo la sentenza del 9 aprile della Corte Costituzionale che ha tolto il divieto di ricorrere a un donatore esterno di ovuli o spermatozoi nel caso di infertilità assoluta. I costi, complessivi, individuati per la fecondazione eterologa ammontano a 1500 euro, compresi 500 euro per i farmaci, per l'eterologa da donatore con inseminazione intrauterina; 3500 euro per l'eterologa con seme da donatore in vitro e 4000 euro per eterologa con ovociti da donatrice. Il limite è stato fissato a 43 anni. Tra le altre novità il bambino nato da eterologa potrà chiedere di conoscere l'identità del padre o della madre biologici una volta compiuti i 25 anni, ma sarà il donatore a decidere se rivelarsi o restare anonimo. La fecondazione eterologa è la fecondazione in cui il seme oppure l'ovulo che servono per la fecondazione non appartengono ai genitori ma a una persona esterna alla coppia. Esistono anche del seme in cui viene custodito il liquido seminale. I donatori

lasciano dei campioni che poi vengono conservati e utilizzati dalle coppie. Fanno ricorso alla fecondazione eterologa le coppie che desiderano un bambino ma non possono averne per problemi di infertilità di uno dei due componenti della coppia.

## **SASSARI Sclerosi multipla in aumento tra i piccoli Secondo una ricerca della Neuropsichiatria Infantile dell'Aou l'incidenza nel nord Sardegna è tra le più elevate al mondo**

È ancora guerra aperta contro la sclerosi multipla, malattia che purtroppo per la Sardegna rappresenta una vera e propria piaga. Arrivano infatti nuovi dati allarmanti sulla diffusione di questa grave patologia, dati che pongono il nostro territorio in cima alle classifiche mondiali sull'incidenza della sclerosi nella popolazione non solo adulta ma anche in quella in età pediatrica. Si parla di 2,7 nuovi casi all'anno ogni centomila bambini e ragazzi da zero a 18 anni. Preso così il numero non sembra alto ma bisogna considerare che la media mondiale è di un caso all'anno ogni centomila ragazzi. Questi numeri allarmanti, e in continua crescita nella nostra isola, verranno esposti oggi durante un seminario incentrato proprio sulla "Sclerosi multipla in età pediatrica" in programma nell'aula magna dell'università centrale a partire dalle 9,15. L'evento è organizzato dall'Unità operativa di Neuropsichiatria dell'Aou diretta dal professor Stefano Sorgiu che ha raccolto i dati nella provincia di Sassari e Olbia-Tempio. «Questa malattia invalidante e progressiva - afferma il responsabile del reparto che ancora oggi è ospite in un piano del Policlinico Sassarese - si manifesta con tutte le sue più pesanti problematiche quando i pazienti sono bambini e adolescenti. Rispetto alla forma adulta infatti la sclerosi multipla pediatrica si caratterizza per maggiori problemi inerenti funzioni cognitive quali l'attenzione, la memoria e il linguaggio con comprensibili ripercussioni non solo sul paziente ma sull'intero nucleo familiare». La sclerosi multipla è una malattia a carico del sistema neurologico che porta progressivamente a problemi oltreché cognitivi anche di mobilità degli arti. Le cause che la determinano sono ancora oggi sconosciute così come il motivo per cui la diffusione della patologia è così alta nella nostra regione. «L'ipotesi maggiormente accreditata - spiega Stefano Sotgiu - è che il nostro corredo genetico abbia caratteristiche che lo rendono particolarmente sensibile ad alcuni fattori ambientali considerati a rischio». Tra i fattori su cui le ricerche si stanno concentrando ci sono alcuni virus, l'alimentazione la carenza della vitamina D che è stata riscontrata nei sofferenti di sclerosi multipla e, per i ragazzi e bambini, l'obesità. Ma si tratta di ipotesi e ci vorranno ancora tanti sforzi da parte degli studiosi per arrivare a risultati più concreti. Intanto, è di febbraio scorso l'autorizzazione da parte dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, alla somministrazione di medicinali cosiddetti immunomodulanti anche ai ragazzi dai 12 anni in su. Sono in grado di rallentare la progressione della malattia ma non se ne apprezzano gli effetti se non da adulti. «Al momento abbiamo in cura 9 pazienti perché altri 17 che si erano ammalati dal 2002 al 2014 sono diventati maggiorenni e sono stati presi in carico dall'Unità di neurologia - dice il professor Sotgiu -. Ai nostri ragazzi e bambini offriamo, oltre che la terapia da 12 anni in su, anche l'indispensabile supporto psicologico perché mentre

un adulto non è costretto a utilizzare di continuo le proprie capacità cognitive un bambino in età scolare è continuamente sottoposto a stimoli e le difficoltà pesano di più soprattutto sotto il profilo del tono dell'umore. Naturalmente va supportata anche la famiglia che si ritrova in una situazione molto penosa da affrontare». Il corso di oggi, al quale parteciperanno esperti di livello nazionale, si prefigge di insegnare a conoscere i vari aspetti clinici, epidemiologici, psicosociali, terapeutici e riabilitativi della sclerosi multipla pediatrica. In questa fascia d'età la malattia coinvolge non solo il ragazzo ma anche il suo nucleo familiare, gli amici e i compagni di scuola, e può necessitare di specifici adattamenti. L'intento è dunque quello di fare il punto sulle cure per i ragazzi e di affermare ancora la necessità di incrementare la ricerca in questo campo. Con lo stesso obiettivo l'Unità operativa di neuropsichiatria infantile dell'azienda ospedaliera universitaria è entrata a far parte di un gruppo nazionale di ricerca: «Scopo principale - conclude il responsabile del reparto pediatrico di viale Italia - è lo studio della malattia e il reperimento di fondi che consentano di accelerare il cammino verso l'individuazione delle cause che generano questa grave patologia la cui diffusione nella nostra isola sta assumendo le caratteristiche di una vera e propria epidemia».

## **OLBIA Pediatria, convegno sulle emergenze Presente il capitano De Falco del caso Concordia-Schettino**

Gestire al meglio le emergenze pediatriche: questo è il tema che verrà affrontato stamane nel corso del convegno "La Pediatria di fronte alle maxi-emergenze", organizzato dalla Asl di Olbia, con la collaborazione delle sezioni regionali della Società Italiana di Medicina di Emergenza - Urgenza Pediatrica (Simeup) e della Società Italiana Pediatria Ospedaliera (Sipo). La curiosità che si aggiunge al già interessante programma stilato dalla Asl, è data dalla presenza fra i partecipanti del convegno, di Gregorio De Falco, il capitano di fregata divenuto famoso per la telefonata con il comandante Schettino in cui gli intimò di tornare a bordo la sera del disastroso naufragio della Concordia all'isola del Giglio. Gli organizzatori hanno confermato la presenza di De Falco, nonostante il capitano in questi giorni sia stato al centro di polemiche dopo la notizia del suo trasferimento dalla sala operativa della capitaneria di Livorno agli uffici amministrativi. Per quanto riguarda il convegno, Antonio Balata, direttore del reparto di Pediatria dell'ospedale di Olbia e presidente regionale della Società italiana pediatri ospedalieri (Sipo) spiega che «gli eventi catastrofici mettono a prova la capacità di risposta dei servizi sanitari e le capacità individuali degli operatori sanitari sia ospedalieri che del soccorso territoriale. Il paziente pediatrico – continua Balata, uno degli organizzatori dell'evento – presenta caratteristiche e bisogni propri, che devono esser riconosciuti e gestiti anche da chi è più avvezzo alla gestione del paziente adulto», I lavori nella sala congressi del Jazz Hotel di Olbia, prenderanno il via intorno alle ore 9. «Durante la giornata di formazione – spiega ancora Balata – i partecipanti acquisiranno conoscenze tecnico-pratiche sulle procedure da seguire in presenza di maxiemergenze e sulla gestione clinica del bambino vittima di catastrofe. Saranno inclusi gli aspetti psicologici della maxiemergenza e del soccorso, con focus sia sulle vittime che sui soccorritori».

All'incontro è prevista la presenza dei manager della Azienda sanitaria locale numero 2 di Olbia, di Alberto Pullano, presidente regionale della Società italiana di medicina di emergenza (Simeup), e di esperti regionali e nazionali che si occupano di gestione delle emergenze. Verrà, ad esempio, analizzata la gestione del massiccio afflusso di feriti all'ospedale in caso di eventi catastrofici. Ancora, si parlerà dell'emergenza in mare, argomento che dovrebbe essere appunto trattato dal capitano De Falco. Infine, particolare attenzione verrà data alla trattazione dell'argomento della gestione dell'emergenza registrata in Sardegna in occasione dell'alluvione del 18 settembre 2013 che ha causato in totale 18 vittime, 9 delle quali nella sola città di Olbia, la più colpita nell'isola dal passaggio del Ciclone Cleopatra.

## L'UNIONE SARDA

### **OLBIA Tra pubblico e privato, ecco il futuro della sanità Oggi alla Asl 2 il numero di posti letto più basso dell'isola**

Oltre diecimila galluresi nel 2013 sono andati a curarsi in altri ospedali, in Sardegna o fuori. Una mobilità passiva che ha un costo di circa trenta milioni l'anno. Tra questi, pazienti oncologici o cardiopatici che hanno avuto necessità di interventi chirurgici. Ma non si tratta solo di alta specializzazione. Basta, molto più banalmente, un'operazione di cataratta per dover emigrare.

**I NUMERI** Pochi posti letto e poche specialità rallentano il passo della sanità pubblica gallurese, che pure ha eccellenti professionisti. Il dato della mobilità è il più stridente tra quelli forniti ai sindaci e all'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru. Che si accompagna a quello, già arcinoto, dei posti letto. L'indice sardo (posti letto per mille abitanti) è di 3,78, quello gallurese complessivo di 2,3 ma quello di Olbia si abbassa fino all'1,8. È soprattutto la città, e la fascia costiera che ad essa fa riferimento, ad avere finora sofferto della penuria di posti letto.

**PUBBLICO E PRIVATO** Molti di questi problemi saranno risolti dall'arrivo dell'ex San Raffaele. Ma il messaggio recapitato alla Regione è chiaro: la domanda di salute del territorio non si esaurisce con l'ospedale privato. «L'assetto possibile dell'ospedale privato ex San Raffaele dovrà essere integrato con quello dell'attuale offerta pubblica della Asl di Olbia in una visione coerente di rete locale e rete regionale», si legge nella relazione consegnata all'assessore. Ci dovrà quindi essere un tavolo di collegamento tra la direzione dell'Asl e il management dell'ospedale privato. Un punto di collegamento sarà senz'altro il dipartimento di emergenza del Giovanni Paolo II. Nella visita in ospedale sono stati espressi anche i timori dei medici che oggi lavorano nei settori che saranno coperti dall'ex San Raffaele. Per esempio la pediatria che vedrà sbarcare una potenza come il Bambin Gesù. O i servizi di emodinamica e terapia intensiva coronarica che saranno presenti nella cardiologia del nuovo ospedale. Chiarimenti sono stati chiesti anche dai professionisti del laboratorio analisi che, nel vecchio progetto, sarebbe dovuto essere un riferimento anche per il

San Raffaele. Tra i motivi per chiedere la sopravvivenza della Asl c'è anche il delicato governo dell'integrazione tra sanità pubblica e privata.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Concorso medicina generale, Sigm: "Bene Fnomceo, ma anche Ordini Provinciali si assumano loro responsabilità"**

*Sono loro, infatti, a designare i membri delle Commissioni di concorso. Laddove le segnalazioni trovassero riscontro, per l'Associazione dei Giovani Medici occorrerebbe quantomeno una condivisione di assunzione di responsabilità per la mancata presa di posizione, contestualmente allo svolgimento delle prove, da parte dei commissari.*

"Apprezziamo il richiamo del Presidente del Comitato Centrale della Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo) all'assunzione di responsabilità da parte delle Regioni in merito ai disservizi ed alle presunte irregolarità registratesi nel corso delle selezioni per l'accesso ai corsi regionali di formazione specifica di Medicina Generale". Lo ha dichiarato l'Associazione italiana giovani medici (Sigm).

Ed in verità qualche segnale in tal senso si è già registrato, si veda il caso della Regione Sicilia, il cui Assessore Regionale della Salute ha congelato le procedure in attesa di effettuare le opportune verifiche sulle segnalazioni pervenute. Di contro, i Giovani Medici (Sigm) esprimono perplessità per la fretta registratasi in altre Regioni nel procedere alla pubblicazione delle graduatorie, senza dare credito alcuno alle numerose lamentele dei candidati. "Rileviamo, ad esempio, come la Campania, nonostante il numero di partecipanti al concorso di quest'anno sia sensibilmente aumentato rispetto all'anno precedente, abbia impiegato meno di una settimana per pubblicare le graduatorie a fronte del mese impiegato nel precedente concorso", spiegano i Giovani Medici (Sigm).

In queste Regioni, adesso, è lecito attendersi il proliferare di ricorsi da parte di candidati, rimasti esclusi, che legittimamente impugneranno tanto le palesi lacune presenti nei bandi regionali, quanto le numerose criticità rilevate nel porre in essere le procedure concorsuali.

Ma per Sigm non è sufficiente la presa di posizione della sola Fnomceo. "Ci attendiamo che anche gli Ordini Provinciali (ovviamente quelli eventualmente chiamati in causa), che designano i membri delle Commissioni di concorso, e le compagini sindacali, che degli Ordini sono i principali 'azionisti', facciano altrettanto. Laddove le segnalazioni trovassero riscontro, occorrerebbe quantomeno una condivisione di assunzione di responsabilità per la mancata presa di posizione, contestualmente allo svolgimento delle prove, da parte dei commissari. Le criticità organizzative, autorevolmente confermate dalle dichiarazioni del Presidente Bianco, sono state da subito sotto gli occhi di tutti e delle due l'una: o si vuole fare credere

che centinaia di candidati in tutta Italia abbiano visto un film diverso dalle commissioni, oppure si deve assumere che le segnalazioni abbiano fondamento - incalzano i giovani medici -. Ci aspetteremmo, di conseguenza, una sana autocritica per la non sempre ottimale gestione delle procedure concorsuali".

Sigm, invece, rimanda al mittente ogni tentativo maldestro di scaricare le responsabilità sui giovanissimi candidati. "Certamente, vista la recente scomparsa del celebre attore Robin Williams, sarebbe stato lecito attendersi da parte dei candidati uno scatto d'orgoglio al grido 'Capitano, mio Capitano', salendo sui banchi e bloccando le prove a fronte dei disservizi e delle presunte irregolarità rilevate, ma non ci sentiamo di condannarli, atteso che nella stragrande maggioranza dei casi si trattava di neolaureati che si cimentavano per la prima volta in un pubblico concorso. - continuano i Giovani Medici (Sigm) -. C'è da rilevare, peraltro, che decine di candidati sosterebbero di aver chiamato in causa le Commissioni, contestando sul momento le criticità maggiori, ma non trovando in queste il supporto richiesto. Anche su tali aspetti è indispensabile fare chiarezza". D'altra parte, occorre ricordare come, nelle ore immediatamente successive alla fine delle prove, prima attraverso i social network e poi attraverso l'invio di e-mail firmate, centinaia di candidati abbiano inviato segnalazioni, molte di queste dettagliate e circostanziate, all'Associazione italiana giovani medici, che per prima le ha raccolte e sottoposte all'attenzione delle Istituzioni competenti.

"E, facendo un passo indietro nel tempo, ci permettiamo di ricordare che siamo di fronte alla stessa coorte di laureati che, nei mesi trascorsi, ha combattuto al nostro fianco una battaglia che ha portato all'adozione di un sistema di selezione meritocratico e trasparente per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria - dichiarano i Giovani Medici -. Pertanto, non accettiamo che l'operato di questi giovani colleghi possa essere messo in discussione, fosse anche per il solo difetto di esperienza. Nessuna giustificazione, invece, per quanti avessero fatto ricorso ad espedienti, quali l'utilizzo di smartphone, approfittando delle falle dell'organizzazione".

In conclusione, i Giovani Medici (Sigm) si appellano affinché si ponga fine al gioco delle parti: "Non appaiono credibili gli annunci di alcuni Ordini in merito all'avvio di loro indagini su quanto segnalato, perché ci troveremmo nella situazione in cui il controllato si propone quale controllore. Non a caso abbiamo chiesto al Ministero della Salute di provvedere all'invio di propri ispettori".

I Giovani Medici (Sigm) ricordano che i Commissari di un pubblico concorso, nell'espletamento delle loro mansioni, sono a tutti gli effetti pubblici ufficiali ed è da questi, prima di ogni altro, che si esigono prese di posizioni lineari. "Da qui al mese di dicembre, si dovranno svolgere le elezioni per il rinnovo dei Consigli degli Ordini Provinciali. Notoriamente, la partecipazione a tali scadenze elettorali è bassa e, soprattutto quando si presentano alle elezioni singole compagini, è sull'entusiasmo dei medici più giovani, ed in particolare dei neoabilitati, che si fa affidamento per raggiungere il quorum di votanti necessario a rendere valide le elezioni. Ma, negli ultimi tempi, per le giovani generazioni c'è poco da essere entusiasti. La credibilità dell'Istituzione Ordinistica e della Professione tutta, agli occhi dei giovani medici,

passa anche dal sostegno di una discontinuità culturale, dando priorità agli interessi di sistema rispetto a quelli di parte", conclude l'Associazione italiana giovani medici. Su un punto, infine, Sigm non concorda col Presidente della Fnomceo: "Non è tecnicamente possibile allineare temporalmente le procedure concorsuali per l'accesso ai corsi regionali di formazione specifica di Medicina Generale, la cui data è stabilita centralmente dal Ministero della Salute, con quelle per l'ammissione alle scuole di specializzazione di area sanitaria, da quest'anno in carico esclusivamente al Miur; ciò in ragione della procedura prevista per lo scorrimento delle graduatorie nazionali per tipologia di specializzazione, innovazione introdotta dalla Riforma Carrozza, che non può essere condizionata da variabili esterne. Salvo che non si intenda rendere la partecipazione a ciascuna delle due selezioni mutualmente esclusiva. Ma allora lo si dica chiaramente".

## **Orario lavoro. Anaa: "I medici sono consapevoli dei diritti garantiti dal contratto"**

*L'associazione ricorda che "milioni di ore eccedenti il debito contrattuale, non recuperabili e non retribuite, fanno dei medici e dei dirigenti dipendenti uno dei primi creditori delle Aziende sanitarie". Resta quindi prioritaria "l'applicazione della direttiva europea che stabilisce per tutti i lavoratori un orario di lavoro settimanale non superiore a 48 ore".*

25 SET - "I medici dipendenti italiani sono perfettamente consapevoli dei diritti garantiti loro dal contratto e dalla Costituzione, tanto che da tempo hanno promosso iniziative sindacali, e legali, per il loro riconoscimento". E' quanto sottolinea, tramite una nota, l'Anaa Assomed.

L'associazione dei medici dirigenti ricorda che "milioni di ore eccedenti il debito contrattuale, non recuperabili e non retribuite, fanno dei medici e dirigenti sanitari dipendenti uno dei primi creditori, ancorchè misconosciuti, delle Aziende sanitarie, e sono già state oggetto di numerosi contenziosi che hanno prodotto vantaggiosi accordi extragiudiziali o giudicati con esito alterno, alcuni dei quali ora in Cassazione".

Altra aspetto rimarcato dall'Anaa è il mancato rispetto della direttiva europea 2003/88/CE, "che stabilisce per tutti i lavoratori un orario di lavoro settimanale non superiore a 48 ore, straordinario compreso, e un periodo di riposo giornaliero di 11 ore". Si tratta di una direttiva recepita dallo Stato italiano, "ma derogata per i soli dirigenti medici, prima dal Governo Berlusconi, attraverso la Legge Finanziaria 2008, poi dal governo Prodi". E' stata l'Anaa Assomed, sottolinea la nota, di intesa con la Federazione europea dei medici salariati (Fems), "a segnalare i rischi per la sicurezza degli operatori e dei cittadini derivanti dal mancato recupero psico-fisico in un sistema delicato e complesso quale quello sanitario".

La Commissione europea ha, così, intimato all'Italia di mettersi in regola entro luglio 2013, per poi aprire, "di fronte alla latitanza del Ministro, una procedura di infrazione

dinanzi alla Corte di Giustizia Europea, il cui esito sarà oneroso per i contribuenti italiani costretti a pagare la ignavia di ministri e governi, che hanno rinviato alla fine del 2015 l'applicazione senza deroghe della direttiva". Nel frattempo, come annunciato a febbraio, l'Anaa Assomed ha avviato, "in favore non solo dei suoi iscritti, richieste di risarcimento, patrimoniale e non, del danno subito".

I medici e dirigenti sanitari "che, in tempi aridi di risorse decrescenti e di penalizzazioni del lavoro pubblico, costituiscono con la loro abnegazione ed il loro senso di responsabilità, la colonna portante del sistema sanitario, non sono, quindi, ignoranti o sciocchi, e – conclude la nota - sanno riconoscere gli specchietti per le allodole e separare il grano dal loglio".

SOLE 24ORE SANITA'

## **Lusenti in audizione alla Camera su riforma Aifa, Agenas e Iss: «Prima il restyling costituzionale»**

«Una volta delineata con la Riforma costituzionale in atto la cornice nazionale di garanzia e di tenuta finanziaria del sistema, vanno definite le regole rafforzando e qualificando la sinergia fra ministero della Salute, ministero dell'Economia e delle Finanze e le Regioni. Fra i due livelli di governo, quasi a fungere da cerniera con un ruolo trasversale e di tenuta del sistema, vanno riviste le funzioni delle Agenzie nazionali (Agenas, Aifa nonché dell'Istituto superiore di Sanità). Così come vanno ripensati e adeguati i ruoli».

Il messaggio inviato dalle Regioni al Parlamento, nell'ambito dell'audizione di oggi alla Camera sulla riforma delle Agenzie, suona forte e chiaro: prima definiamo con il restyling costituzionale ruoli e competenze tra livello centrale e locale, poi in questa cornice facciamo chiarezza su Agenas, Aifa e Iss.

E' toccato a Carlo Lusenti, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, farsi portavoce della posizione delle Regioni: «Siamo ancora in una fase di considerazioni preliminari e istruttorie. Questo perché è in corso una revisione del quadro istituzionale e quindi la stessa riorganizzazione di questa governance è ancora in una fase di evoluzione. Serve maggiore chiarezza in merito a ruoli e competenze. In tal senso è auspicabile un confronto anche con il Governo per lavorare meglio alla razionalizzazione e all'efficacia delle funzioni delle agenzie. Il nuovo Patto della Salute fra Governo e Regioni va anche questo collocato in una cornice di sistema anch'essa certa, ben delineata nelle funzioni e nei ruoli di entrambi i livelli di governo, Stato e Regioni, e di tutti i soggetti istituzionali che operano nel servizio sanitario».

Poi, una serie di considerazioni sui tre enti che «hanno svolto in questi anni un ruolo molto importante di tenuta del sistema», ma di cui necessariamente vanno adeguati ruolo, organizzazione e competenze per tutte le evoluzioni che hanno riguardato in questi anni il nostro Ssn. In particolare, secondo le Regioni vanno meglio distinti i ruoli di Agenas e Iss, per cui si registrano «sovrapposizioni di competenze» ad esempio sull'emanazione di linee guida e sulle buone pratiche come sull'Hta». Infine, l'Aifa: «a oltre dieci anni dalla riforma istitutiva, i compiti si sono realizzati solo parzialmente, determinando un progressivo scollamento tra le decisioni di Aifa e le politiche regionali». Sotto la lente delle Regioni proprio la mancata realizzazione della «condivisione di decisioni strategiche tra Aifa e Regioni, da un lato per la difficoltà di Aifa a svolgere un ruolo di servizio nei confronti delle Regioni, dall'altro la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome dovrà svolgere un ruolo più incisivo sugli indirizzi programmatori. Questa situazione può determinare un rischio di frammentazione con comportamenti diversificati nell'erogazione di un Lea quale è quello dei farmaci».

## **Cricelli (Simg): nuova organizzazione, information technology e formazione i tre pilastri delle nuove cure primarie**

«Nuova organizzazione, information technology e formazione costituiscono le tre vie da seguire. Nel Patto per la salute sono privilegiate forme organizzative estese e complesse, che superano l'azione professionale del singolo medico. Il quadro che sta emergendo si presenta in continua e rapida evoluzione. In aggiunta alle Aft e alle Uccp, già cardine della nuova assistenza sul territorio, le cooperative di medici si configurano sempre più come un'offerta integrata di servizi, soprattutto in termini di prestazioni sanitarie che spaziano dalla cura fino alla riabilitazione. Più del 20% delle cooperative del settore ritiene che la gestione imprenditoriale delle attività di provider di servizi complessi, rivolti a pazienti cronici, sia un'opportunità di sviluppo».

Così Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale, delinea dal congresso di Capri il nuovo profilo delle cure primarie. Alla luce del Patto per la salute approvato a ottobre ma non solo. «La nuova organizzazione delle cure primarie costituisce la più grande trasformazione del Servizio sanitario nazionale dopo la sua istituzione nel 1978. I benefici di ogni riforma del Ssn sono oggi prevalentemente ricercati in termini economici. In realtà, siamo di fronte alla transizione storica dalla medicina generale a quella primaria, che consentirà di realizzare risparmi funzionali, gli unici in grado di determinare un reale impatto sulla vita dei cittadini, perché rendono più facile l'accesso ai servizi sanitari. La nuova organizzazione del territorio deve offrire nuove prestazioni, servizi innovativi, un'eccellente assistenza al domicilio del paziente tagliando le liste di attesa e dimezzando le migrazioni sanitarie.

La Simg negli ultimi anni ha investito e promosso lo sviluppo di strumenti informatici sempre più potenti e sofisticati. «Questi programmi supportano il

professionista in tutte le fasi del processo di cura e nella governance - continua Cricelli -. Oggi infatti siamo in presenza della quasi totale dematerializzazione della ricetta, che segue la già avvenuta informatizzazione del certificato di malattia e delle pratiche Inail e, dalla fine di settembre, delle esenzioni». Infine la formazione. «È assolutamente velleitario affrontare queste grandi trasformazioni – conclude Cricelli - senza definire un percorso di insegnamento rivolto ai medici e ai collaboratori delle cure primarie. Per questo il 5 ottobre a Firenze apre la Scuola di Alta Formazione della Simg con l'obiettivo di addestrare nuove figure professionali. Cioè medici di medicina generale "con interessi disciplinari speciali", in grado di coordinare al meglio le attività svolte sul territorio con quelle dell'ospedale. Una vera e propria interfaccia, una cerniera evoluta con la medicina specialistica, già presente in altri Paesi Europei ma non ancora in Italia. Il medico di famiglia non è più il 'muro di gomma' contro cui un tempo 'rimbalzava' il problema clinico del paziente, che poi veniva subito indirizzato allo specialista. Diventa invece il recettore che può affrontare direttamente ogni disturbo del cittadino. Per raggiungere questo obiettivo, ogni unità di cure primarie dovrà essere dotata di tutti gli strumenti necessari, che vanno dagli ecografi alle apparecchiature per la diagnostica di base. Il cambiamento a cui assistiamo trova un riscontro anche nel nome della nostra associazione. Proporrò infatti all'Assemblea Simg una nuova denominazione che potrebbe chiamarsi Società italiana di Medicina generale e delle cure primarie».

## **GIURISPRUDENZA Cassazione, medici e falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici**

Integra il reato di falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici la condotta del medico del Ssn, che attesti falsamente di aver sottoposto a visita per fini assicurativi determinati soggetti. Lo stesso, rilasciando certificazioni su carta intestata di medico convenzionato, ha creato un documento comunque proveniente da un sanitario esercente funzioni pubbliche, "il cui falso contenuto integra gli estremi del delitto di falso ideologico commesso dal pubblico ufficiale in atto pubblico fidefacente, in quanto il medico convenzionato con il Ssn non rilascia una semplice certificazione o una ricetta, ma attesta come da lui compiuti, nella sua sfera di attività, fatti produttivi di effetti giuridici". Sono queste le conclusioni a cui pervengono i Giudici della V Sezione Penale della Corte di Cassazione nella sentenza n. 35100/2014 del 7.08.2014.

Il tema affrontato dagli Ermellini nella pronuncia de qua, riguarda la difficile distinzione tra i reati di "Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici" ex art. 479 c.p. e "Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità" ex art. 481 c.p. commesso dal medico del Ssn. In particolare veniva demandato ai Giudici della Suprema Corte il compito di stabilire se l'attività posta in essere del sanitario che rediga falsi certificati medici in qualità di mero specialista di parte (come consulente in contenziosi con le assicurazioni), integri la prima figura di reato oppure il delitto di falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità,

caratterizzato da un trattamento sanzionatorio notevolmente più mite.

Uno dei ricorrenti sosteneva infatti che i Giudici di merito avessero erroneamente ritenuto integrato il reato di cui all'art. 479 c.p., in luogo di quello di cui all'art. 481 c.p., nonostante questi, anche se convenzionato con il Ssn, avesse rilasciato certificati di malattia per uso assicurativo privato in regime di libera professione medica, tanto che nessuno dei soggetti indicati nei certificati era un suo paziente, e che quindi il sanitario, in tale circostanza, non potesse essere considerato un pubblico ufficiale.

I Giudici di piazza Cavour però respingono con decisione tale tesi affermando che il sanitario, consapevole del fatto che tali certificazioni sarebbero state utilizzate per ottenere indebiti risarcimenti dalle compagnie assicuratrici e rilasciando i propri certificati su carta intestata del Ssn, ha creato un documento comunque proveniente da un medico convenzionato, nell'esercizio delle sue funzioni pubbliche, che attesta fatti da lui compiuti produttivi di effetti giuridici. Pertanto, non può che essere considerato altro che pubblico ufficiale.

DOCTOR 33.IT

## **Università, Lorenzin: modello francese da discutere. A rischio capacità di programmazione**

«I nostri medici li vogliono tutti e vengono assunti in tutto il mondo. Questo succede grazie a un percorso formativo duro e selezionato. Perciò, qualunque sia il sistema scelto per l'università è fondamentale che ci sia meritocrazia e che ai ragazzi si dia la certezza di un lavoro ben pagato e ai pazienti la garanzia dei medici migliori». Lo sottolinea il ministro della Salute Beatrice Lorenzin intervistata da DoctorNews a margine dell'incontro informale coi ministri dell'Unione europea svoltosi a Milano. Il ministro preferisce non esprimersi sulla riforma ventilata dalla collega del Miur Stefania Giannini «finché non l'ho vista e non ne ho valutato insieme ai tecnici di programmazione sanitaria tutti i pro e i contro" anche se sottolinea come «non si cerchi consenso su queste cose».

***Ministro nell'ultimo periodo si è fatto un gran parlare di riforma dell'Università e in particolare di un possibile modello francese con selezione solo a partire dal primo anno. Che cosa ne pensa?***

Ho chiesto al ministro Giannini di avere un tavolo di lavoro con un approfondimento sul tema. Il ministro del Miur sostiene che quanto riportato dai giornali non sia preciso e come ci sia un'idea più avanzata alla base della riforma. Per questo ho chiesto un confronto. Certo c'è il timore che salti la capacità di programmare i posti di

lavoro perché il sistema al momento è basato su una ferrea programmazione. Quanti medici ci servono tra 10 anni? Quanti infermieri? Quanti radiologi? In più l'università è organizzata con lavoro frontale, pochi allievi per un professore e sulla disponibilità di laboratori. Condizioni organizzative che permettono l'eccellenza, tanto che dagli indicatori di performance risulta come i nostri medici laureati li vogliano in tutto il mondo proprio per effetto di un percorso duro ed estremamente selezionato. Il problema è il test non adeguato? Si modifichi ma si eviti di cercare il consenso su queste cose e si mantenga una selezione meritocratica che dia ai ragazzi la certezza di un lavoro ben pagato e vero ma anche ai pazienti i medici migliori.

***Quindi niente accesso generalizzato al primo anno?***

Garantirlo è possibile solo a partire da una selezione valida nella scuola secondaria ossia già nell'ultimo triennio del liceo, come avviene in Francia, offrire orientamento sulla formazione universitaria. Poi bisogna avere presente che ci si troverà di fronte a un primo anno rivoluzionato non solo per medicina ma anche per farmacia, biologia e chimica. Una rivoluzione alla quale non mi sento di dire sì o no prima di averla vista e averne valutato insieme ai tecnici della programmazione sanitaria tutti i pro e i contro. E valutare così se sia una cosa fatta bene e soprattutto necessaria.

***Intanto il concorso per la formazione in medicina generale si è svolto tra le polemiche e le denunce di irregolarità. Pensate di intervenire?***

Noi, budget permettendo, mandiamo ispettori per le opportune verifiche dove necessario.

***Veniamo alla professione. Un'indagine Anaa-Swg appena presentata dipinge i medici come "stressati, delusi ed economicamente insoddisfatti". Che cosa ne pensa?***

Li capisco. Basta andare in un Pronto soccorso di una grande città italiana per vedere operatori che lavorano tantissimo e in condizioni di stress enorme, anche perché c'è il terrore dell'errore. Non solo si lavora in situazione di emergenza e urgenza ma, oltre a pensare di salvare una vita, ciò per cui sei addestrato, devi pensare che se fai una cosa un po' a rischio ti faranno causa. A questa situazione si aggiunge il blocco del turnover, la precarizzazione della professione e il mancato rinnovo contrattuale. La situazione del settore degli operatori sanitari ha una specificità, non solo economica, per cui mi rendo conto che ci sia stress per un lavoro che non si può considerare "normale" nel bene e nel male.

***E a chi dice che al Governo manca un'idea di sanità del futuro che cosa risponde?***

Io l'idea di sanità del futuro ce l'ho molto presente e l'ho presentata nel Patto per la salute. Ciò premesso per realizzare questa sanità dobbiamo capire dove ci troviamo. Siamo attraversando una crisi economica terribile e dobbiamo lavorare con i mezzi a nostra disposizione. Questo significa che tutti gli attori devono essere responsabilizzati: operatori, Governo e Regioni. La riforma del titolo V, per intendersi, è una delle principali cause dei nostri problemi sanitari, ma io non posso prescindere e devo lavorare con l'esistente e con le regole che ho, anche se non escludo per il futuro una riforma del titolo V.

***Quali sono le linee guida della politica sanitaria attuale perciò?***

Non sprecare, essere efficienti e misurare le performance prima durante e dopo. A questo bisogna fare riferimento non alle teorie. Tutto questo è scritto nero su bianco nel Patto per la salute che contiene il Patto per la salute digitale che a sua volta contiene nuovi accordi sul personale, ma per realizzare tutto questo ho bisogno di tempo. Perché la Sanità del futuro si fa col presente.

***Un accenno infine alla due giorni coi ministri Europei. Una due giorni informale ma densa di contenuti. Com'è andata?***

E' andata molto bene. Gli incontri informali non portano a conclusioni ma permettono di avviare un ragionamento più profondo utile per i successivi consigli europei. L'aspetto più rilevante, dal mio punto di vista, è stata l'introduzione di un tema che non c'era nell'agenda europea e di grandissima attualità anche per i prossimi anni, che è quello dell'innovazione farmacologica sia rispetto all'approccio al paziente sia rispetto alla sostenibilità dei costi. Il tutto mettendo intorno a un tavolo investitori, player, regolatori, industria, associazioni di pazienti. Il punto è trovare un bilanciamento tra chi investe in innovazione farmaceutica e i pazienti che acquistano i farmaci. Gli investimenti devono essere ripianati in modo sostenibile per i sistemi.

***Il caso Sofosbuvir, il farmaco per l'epatite C, è emblematico***

Assolutamente è un caso che fa scuola. Del resto per 15 anni non abbiamo avuto nuove molecole ora invece arrivano e arrivano anche nuove tecnologie. Per rapportarsi a questi sviluppi bisogna avere un Health technology assessment molto forte e più coordinato a livello europeo in modo da verificare che l'innovazione sia reale e che ci sia appropriatezza. Poi c'è il capitolo prezzi e il caso del farmaco anti epatite C è eclatante. Per l'Italia ma anche per la Spagna e la Francia pagare il farmaco a prezzo di mercato rispetto alle quote di pazienti, fa saltare i sistemi sanitari. Questo è insostenibile per gli Stati ma anche per le industrie farmaceutiche. Una cosa, però, è emersa da questo incontro: serve una procedura più condivisa per essere più forti e per tenere ricerca e produzione nei nostri ambiti nazionali.

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**