

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

L'UNIONE SARDA

SAN RAFFAELE. Il 24 giugno la firma dell'accordo con la Regione. Dal 25 i lavori La Qatar Foundation: gli acquisti solo da aziende locali

«Sua Altezza ha dato precise disposizioni: ogni cosa deve essere acquistata in Sardegna. Dal cibo ai servizi di lavanderia, dalle attrezzature agli arredi. Si può comprare fuori soltanto quello che non esiste nell'Isola». Stessa filosofia anche per i lavoratori, sia quelli che serviranno per il cantiere, che quelli per far funzionare il centro d'eccellenza. Dieci miliardi di euro di investimenti (spalmati in dieci anni) e seicento dipendenti a regime. Il “miracolo” dell'ex ospedale San Raffaele di Olbia si è (sarebbe) chiuso in quattro e quattr'otto mercoledì scorso, dopo un'attesa biblica. Se ne parlava da diciotto anni, poi nel 2006 l'accordo con Soru, quindi, dopo il crac miliardario della Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor di don Luigi Verzé, Cappellacci con i nuovi (aspiranti) proprietari sigla a fine 2013 un *Memorandum of understanding*, infine la Giunta di Francesco Pigliaru, che stava cercando di prendere tempo e pensarci ancora (rischierebbero tagli altri ospedali, a Nuoro, ad esempio) è stata costretta dal premier Renzi a chiudere velocemente l'intesa la settimana scorsa. Mancavano pochi giorni alle elezioni europee e comunque i rapporti tra i reali del Qatar e i governi italiani, compreso quello attuale, sono sempre stati ottimi, in considerazione dell'enorme quantità di denaro spesa nel nostro Paese per «la cooperazione nel settore della difesa» e per lo shopping di alberghi di lusso. Come, ad esempio, oltre quelli della Costa Smeralda, il Palazzo della Gherardesca a Firenze, capolavoro dell'architettura rinascimentale con parco storico di 4 ettari e mezzo, sede dell'hotel Four Seasons, pagato un anno fa agli imprenditori fiorentini Corrado e Marcello Fratini - grandi amici del premier - circa 150 milioni di euro.

Presentando l'accordo a palazzo Chigi, il sottosegretario alla presidenza del Consiglio, Graziano Delrio, ha detto: «L'ospedale si propone di diventare un centro di eccellenza e per noi è molto importante che gli investimenti internazionali siano in ricerca. Significa che l'Italia non è solo il Paese per investire in alberghi». E il governatore ha assicurato «risposte rapide entro tempi certi».

Lucio Rispo, investment project manager della Qatar Foundation, è il portavoce di Sua Altezza Sheikha Moza bint Nasser, madre dell'emiro, presidente dell'organizzazione no profit privata per lo sviluppo dell'educazione, della scienza e della comunità, una delle cento donne più potenti del mondo e uno dei 25 business leader più influenti del Medio Oriente. Pensa Rispo, con encomiabile diplomazia, «che questo accordo sia uno dei pochi esempi di collaborazione tra istituzioni, nel segno della continuità». Il 23 giugno «sarà acquisito il *building*, il giorno successivo sarà firmato l'accordo di programma con la Regione, poi i lavori e, il primo marzo 2015 il taglio del nastro». Ottimismo sfrenato, ma tant'è: se Sua Altezza ordina, bisogna eseguire.

In ballo ci sono due società. La prima, per il versante immobiliare, è formata dalla Qatar Foundation e dagli imprenditori genovesi Malacalza (siderurgia, alta tecnologia, finanza e

mattoni) che ha fatto un'offerta su edificio (35 mila metri quadrati) e terreni intorno (600 mila metri quadri non edificabili) ai commissari liquidatori, offerta - spiega Rispo - «ritenuta accettabile e soltanto da perfezionare». La seconda società è composta anche dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, proprietà del Vaticano e board nominato dal segretario di Stato del Papa: si occuperà dell'attività clinica e di ricerca. «Non c'è un solo euro di denaro pubblico, né dal Governo né dalla Regione».

Il 40 per cento dei posti sarà destinato alla riabilitazione «È solo l'inizio, pronti altri investimenti»

Dentro è tutto da rifare. Il grande edificio affacciato sul mare gallurese è già vecchio. I lavori dovranno ripartire da zero, all'interno, per farne un Centro al livello del Marymount Hospital di Cleveland o del Gemelli di Roma. Oltre al diabete (malattia diffusissima anche nel Golfo Persico e in Finlandia) e all'oncologia, a Olbia il 40 per cento dei posti sarà destinato alla riabilitazione (di tutti i tipi), inoltre, ci sarà la medicina sportiva («arriveranno gli atleti dei più importanti club del mondo»). Spiegano che la Fondazione «spende ogni anno 6 miliardi di dollari in ricerca». Resta l'incognita del numero di posti-letto, tra i 260 e i 280, compresi 50 “solventi”, a pagamento: «Ci sono due Commissioni volute dall'assessore regionale alla Sanità, anche con nostri rappresentanti, che stanno lavorando per definire i dettagli». «Il San Raffaele di Olbia, al quale presto cambieremo nome, è soltanto uno degli investimenti che vogliamo fare in Sardegna. Stiamo iniziando, quest'operazione farà da apripista, ci saranno altri business, sia legati al centro clinico, che attirerà nell'Isola gente da tutto il mondo, sia in relazione alla chirurgia robotica e all'intelligenza artificiale, con il Brotzu e il Crs4». Lucio Rispo, manager della Qatar Foundation, ricorda che questa promessa la fece l'amministratore delegato della stessa Fondazione, Rashid al Naimi, quando firmò il Memorandum, a dicembre 2013, con l'allora governatore Ugo Cappellacci e il presidente del cda del Bambino Gesù, Giuseppe Profiti. Documento che prevedeva, tra le altre cose, l'attivazione di un progetto di collaborazione pubblico/privato di Medicina nucleare.

«Ma ora servono le risposte giuste» di Franco Meloni

In questi giorni ho ricevuto parecchie telefonate da parte di persone che volevano sapere il mio parere sull'operazione San Raffaele. Il soggetto che farà l'investimento sembra certo, la Fondazione, tutto il resto è in questo momento a dir poco confuso. Sia io personalmente, che i Riformatori Sardi, siamo assolutamente favorevoli all'apertura di un nuovo ospedale di alto livello nella nostra Isola, l'abbiamo sempre sostenuto. Ora il presidente Pigliaru, spalleggiato dal premier Renzi, riprende la cosa e gli dà un impulso forte verso uno sbocco positivo. Bene, gli facciamo i complimenti.

Però abbiamo qualche dubbio che, più da cittadini che da politici, vorremmo esternare. Il primo: esiste una strategia dietro all'operazione o si tratta solo di un evento casuale? Cioè, si vuole fare un presidio di altissima specializzazione che crei competizione con il resto del sistema sanitario dell'Isola (in particolare con il Brotzu e con le due aziende miste)? Oppure avrà solo un carattere di completamento delle strutture già operanti in Gallura secondo il disegno originario dell'ex assessore Dirindin (che però pensava a 150 letti e non a 280)? Sono già stabilite le discipline che saranno accreditate? Si parla di ortopedia, cardiologia, neurologia e oculistica, importanti ma non strettamente classificabili tra quelle di alta

specializzazione. Addirittura si sente parlare di pediatria e di chirurgia pediatrica: sicuri che in un'Isola dove nascono circa 12.000 bambini l'anno servano ulteriori servizi pediatrici? Altro punto è quello della natura che si intende dare al nuovo ospedale: Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico oppure presidio privato che sarà accreditato e poi contrattualizzato dalla Regione? Questa è una risposta importante, perché se si trattasse di un IRCCS il costo graverebbe sulle tasche dello Stato, in caso contrario sarebbe in tutto o in parte a carico della Regione.

Il Governatore annuncia risposte entro un mese, ma è sicuro che in questo breve lasso di tempo la sua Giunta e la sua maggioranza riusciranno a fare una nuova stesura della rete ospedaliera regionale e ad approvarla? Soprattutto, ha considerato che in Sardegna siamo già al 3,7 per mille di posti letto per acuti e che pertanto dobbiamo ridurre i posti letto e non incrementarli? Quello che posso dire ora è che se la Qatar Foundation vuole davvero investire più di un miliardo nella sanità sarda si tratta di una opportunità che non si può perdere: sta alla Giunta trovare la soluzione giusta.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Vaccino Aids. Ensoli (Iss): "Sarà pronto nel 2018 ma solo se ci saranno i fondi privati. Necessari quasi 100 milioni"

Così la vicepresidente della Commissione Nazionale Aids ha commentato le polemiche relative alla 'privatizzazione' del vaccino, finanziato con 49 mln di soldi pubblici, che ha visto passare i brevetti in mano ad una società per il 70% appartenente alla stessa Ensoli. "Il Pubblico questi soldi non li ha. La cosa peggiore in Italia è l'ignoranza: prima di parlare occorrerebbe studiare la situazione".

Fondi permettendo, il vaccino dell'Aids potrebbe essere registrato entro la fine del 2018. L'ha dichiarato **Barbara Ensoli**, vicepresidente della Commissione Nazionale Aids, a margine della VI edizione di Icar (Italian conference on Aids and retrovirus), promosso da Simit (Società italiana malattie infettive e tropicali). “Abbiamo completato la fase 2 in Italia, con 168 persone, ottenendo risultati incoraggianti – ha dichiarato Ensoli -. Stiamo terminando una fase 2 in Sudafrica, con 200 persone, dove partirà a breve la fase 3, quella finale. Circa tale vaccino terapeutico, i dati preliminari sono estremamente promettenti, ma ci vogliono ancora alcuni anni per renderlo disponibile. Quest'attesa dipende dalla mancanza di fondi, ma per fine 2018 dovremmo riuscire a registrare il vaccino nel Sudafrica, per poi procedere in Europa e in America”.

A margine del congresso, Barbara Ensoli commenta la notizia sul vaccino “privatizzato”. Secondo l'[inchiesta del mensile Altreconomia ripresa da Quotidiano Sanità](#), pubblicata sul numero di maggio, infatti, sono stati stanziati finora 49 milioni di euro di soldi pubblici per la ricerca del vaccino, ma dei risultati potrebbe beneficiarne un ente privato. Secondo l'approfondimento, oggi una parte rilevante dei brevetti è stato ceduto alla Vaxxit srl, con un capitale sociale pari a 10 mila euro per il 70% appartenente alla stessa Barbara Ensoli.

“I fondi per registrare il vaccino in Sudafrica oscillano tra i 35 e i 40 milioni di euro. Per le fasi successive serviranno altri 50-60 milioni per procedere in Europa e in America. Noi

finora abbiamo speso 26,8 milioni di euro pubblici. Fare una startup è l'unico modo per reperire questi fondi, perché il pubblico non li ha. La cosa peggiore che trovo in Italia è l'ignoranza: prima di parlare occorrerebbe studiare correttamente la situazione che si commenta. Saranno gli investitori stessi a cogliere i frutti economici di questa ricerca; stesso discorso per quanto riguarda lo Stato Italiano”.

“Dall’Aids non si guarisce, ci si cura – ha concluso Ensoli -. E ancora non è neanche certo che il vaccino riesca ad eradicare il virus. La terapia costante, inoltre, non è in grado di risolvere tutti i problemi: persiste un difetto nel sistema immune, e c’è una forte immunoattivazione, che è causa di molte malattie legate alla vecchiaia, quali l’infarto cardiaco, i tumori, invecchiamento precoce. Si calcola che i pazienti in cura abbiano sette volte maggior rischio di morte rispetto ai soggetti mai infettati”.

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.

“Le nuove possibilità terapeutiche – ha spiegato **Massimo Andreoni**, Presidente del Congresso e Presidente Simit - rendono oggi questa malattia controllabile nella maggior parte dei casi. Il ridotto interesse da parte dei media ha 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”.

"Non assumono la terapia con un’aderenza ottimale, pari al 95% del trattamento proposto, il 15/20% dei pazienti – ha proseguito Andreoni - Questo costituisce la prima causa di fallimento della terapia. Tra le altre questioni che provocano una interruzione delle terapie la tossicità e la tollerabilità”. “Un fallimento, invece, si conta intorno all’80% - ha concluso il presidente Simit - La “perdonabilità” vale soltanto per alcuni farmaci, ma la buona aderenza permette il successo del regime. Ma questo discorso vale anche per tutte le altre malattie croniche. I tossicodipendenti o ex sono meno aderenti, idem per i più giovani. Ma anche lo stile di vita e la professionalità contribuisce all’aderenza”.

Dirigenza Ssn. La proposta Cimo Asmd per "una nuova carriera del medico". Sì alla categoria speciale

Dopo i risultati del sondaggio pubblicati la scorsa settimana, Cimo Asmd ha presentato a Roma un'ipotesi di riforma per rivedere la carriera del medico. Il cambiamento suggerito parte dal riconoscimento di una “categoria speciale professionale”, sola in grado di soddisfare pienamente le esigenze della professione medica, che includa l’area della dipendenza e quella della convenzionata. L’IPOTESI DI RIFORMA

I medici non vogliono più una carriera come quella degli altri dirigenti della Pubblica amministrazione. Un dato emerso dal sondaggio Cimo diffuso la scorsa settimana e che ha costituito il tema centrale del convegno **‘Medico oggi. Una professione in cerca d’autore’**, svoltosi presso l’Hotel Massimo D’Azeglio di Roma. Nel corso dei lavori è stata presentata una proposta per riformare la carriera del medico.

Alla base dell’ipotesi di riforma, c’è una valutazione strutturale. “La legge 502 del 92 – ha esordito **Riccardo Cassi**, presidente Cimo Asmd - che ha attribuito ai medici del servizio sanitario nazionale una qualifica dirigenziale ha stravolto la figura del medico dipendente e se non ci saranno gli interventi che chiediamo la riforma Madia della dirigenza pubblica aggraverà irreversibilmente una situazione che è già al limite”.

Secondo Cassi i medici avvertono oggi una condizione di profondo disagio, in quanto “da un lato, devono ottemperare ai propri doveri deontologici e professionali che richiedono una forte autonomia tecnico-professionale nella diagnosi e terapia e, dall’altro, in qualità di dirigenti dello Stato, devono ottemperare alle disposizioni di una P.A. che, per ovvi motivi, basa le proprie necessità su esclusivi aspetti di natura burocratico-amministrativa. Il prevalere di questa seconda condizione ha, di fatto, fortemente condizionato sia la carriera sia la valutazione del medico che non è di natura professionale, come in passato, ma, soprattutto, ha ridimensionato quella necessaria autonomia professionale, condizione indispensabile per garantire la salute dei cittadini”.

Una situazione che, secondo Cimo Asmd, ha determinato un appiattimento della retribuzione e della carriera e quotidiane difficoltà nella gestione delle dinamiche interne e nell’identificazione delle responsabilità decisionali.

Da qui la proposta, incentrata su un “radicale cambiamento della figura e della carriera del medico dipendente del Ssn, a partire dalla formazione, trasformando le attuali borse di studio degli specializzandi in contratti a tempo determinato con il servizio sanitario, prevedendo il progressivo inserimento del medico nelle attività assistenziali territoriali e nelle strutture ospedaliere con una verifica finale per consentire il passaggio ad un contratto a tempo indeterminato”.

Per trovare soluzioni più adeguate viene quindi suggerita una riforma che parta dal riconoscimento di una “categoria speciale professionale”, sola in grado di soddisfare pienamente le esigenze della professione medica, che includa l’area della dipendenza e quella della convenzionata.

La proposta prevede quindi: **due profili gestionali di clinical governance con incarico quinquennale**, attribuito dopo una selezione effettuata con una valutazione del curriculum professionale da una commissione esterna e una verifica annuale sul raggiungimento degli obiettivi; **quattro profili non gestionali** con accesso per pubblico concorso al primo profilo di durata quinquennale e attribuzione dei successivi profili, con incarico triennale, motivata previa comparazione curriculum.

Test medicina. Lorenzin su proposta Giannini: “Ho dubbi, voglio capire come intende strutturarlo”

La ministra della Salute, all'Adn Kronos Salute che l'ha interpellata in materia, non nasconde le sue perplessità sulla proposta della responsabile del Miur che intende abolire il numero chiuso alle facoltà di medicina e per questo dice che vuole capire "bene capire come Giannini lo vuole strutturare".

Trasferire nel nostro Paese il modello d'oltralpe senza quindi il test d'avvio per l'ingresso nella facoltà di medicina, con il primo anno ad accesso libero e successivamente con una selezione in base al merito e agli esami sostenuti, lascia perplessa la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**.

E questo essenzialmente per due motivi: il primo secondo Lorenzin "è che le nostre Facoltà di Medicina sono fortemente interdisciplinari e quindi sono state costruite per avere un rapporto diretto tra lo studente e il medico, cioè il professore, sul campo. È evidente che se noi passassimo all'improvviso all'abolizione del numero chiuso, con un aumento di 70-80.000 studenti anche solo per il primo anno, questa interdisciplinarietà tipica del nostro sistema verrebbe meno. E' un problema grande perché' adattare a questo le università in tempi immediati significherebbe fare un grosso investimento economico, che mi pare non ci sia, visto che non si riescono a coprire gli specializzandi".

Il secondo problema per la responsabile della Salute "è che dovremmo ipotizzare un diverso modo di programmare: in questi anni abbiamo pensato a un certo numero di borse di specializzazione per tot studenti. Sia per le specialità che per la medicina generale. E poi un ingresso nel mondo professionale, che è stato tra l'altro fermato dal blocco del turn over. Quindi questa cosa andrebbe vista nel suo insieme: se si pensa a un modello come quello americano o francese, in cui c'è la soglia al primo anno di università, ma già al liceo c'è una preparazione e una specie di lavoro di selezione, poi però l'università costa molto di più. Ho visto preoccupazione da parte dei giovani medici, dei professori".

"Durante la campagna elettorale – conclude Lorenzin parlando con l'Agenzia di stampa *Adn Kronos Salute* che l'ha interpellata – non ne ho voluto parlare, ma prima di partire con una riforma del genere voglio capire bene come si immagina di poterla impostare".

DOCTORNEWS33

Bancomat, Fimmg: possibile alleviare oneri a medici di gruppo

Pos meno "virulento" per i medici di famiglia? Le disposizioni sulla riscossione accentrata del 2007 potrebbero venire in soccorso alle medicine di gruppo sostenute da società o cooperative della medicina generale. L'obbligo di introdurre negli studi il lettore bancomat (o "Point of sale-Pos") vigerà da luglio per tutti i medici per i pagamenti delle sole prestazioni libero-professionali sopra i 30 euro, ove il paziente li chiedesse in tale forma. Nei prossimi giorni, la Commissione Fisco Fimmg valuterà un documento dove ipotizza che in un gruppo, anziché esservi tanti lettori e contratti quanti sono i Mmg, un contratto per un solo lettore sia preso in carico dalla società che mette a disposizione personale e locali. Mentre non c'è dubbio che il convenzionato "single" debba dotarsi di terminale Pos, nei gruppi, dove molti medici si dividono ogni giorno tra sede principale e studi periferici, l'ipotesi è che il Pos personale si possa evitare qualora il gruppo abbia una "persona

giuridica” di riferimento o lo sia esso stesso. La Finanziaria 2007 obbliga le strutture sanitarie private e tutti gli enti o soggetti privati operanti nei servizi sanitari a incassare i compensi libero-professionali dovuti ai sanitari in esse attivi, per poi girarglieli. Coop e società di servizio che concedono in uso i propri locali al mmg sembrano ben rientrare tra questi enti e perciò – è il ragionamento che Fimmg potrebbe proporre ai primi di giugno al Fisco – il Pos potrebbe essere intestato solo ad essi, preposti a riscuotere al posto del medico del gruppo. La circolare 13/E/2007 dell’Agenzia delle Entrate articola il tema, distinguendo le prestazioni eseguite dal medico in un rapporto diretto con il paziente e quelle rese dalla struttura per il tramite del sanitario. Nel primo caso è il medico a emettere la fattura e la struttura fa da cassiere; nel secondo è la società a fatturare a proprio nome al paziente, e il sanitario fattura a sua volta il suo apporto alla struttura applicando la ritenuta d’acconto. In entrambi i casi però – ragiona la Commissione guidata da **Carmin Scavone**- la struttura potrebbe utilizzare lo stesso Pos per riscuotere al paziente e poi girare sempre via Pos il compenso al medico. Nello stesso documento in itinere, gli esperti di Fimmg valutano di aprire a un tema ulteriore: la possibilità che anche i compensi convenzionali del medico di famiglia in futuro siano gestiti con riscossione accentrata, oggi preclusa dalla Risoluzione 304/2008.

Test medicina, Lorenzin: dubbi su stop numero chiuso

Non si placa il dibattito sulla proposta del ministro Giannini di abolire il numero chiuso per l’accesso alla Facoltà di medicina. Questa volta “scende in campo” il ministro della Salute Beatrice Lorenzin che si dichiara perplessa «nel senso che» ha detto «voglio capire bene come lei la vuole strutturare». Due i problemi più eclatanti per il ministro. «Le nostre Facoltà di medicina» sottolinea «sono fortemente interdisciplinari e quindi sono state costruite per avere un rapporto diretto tra lo studente e il medico, cioè il professore, sul campo. È evidente che se noi passassimo all’improvviso» all’abolizione del numero chiuso, «con un aumento di 70-80.000 studenti anche solo per il primo anno, questa interdisciplinarietà tipica del nostro sistema verrebbe meno. È un problema grande perché adattare a questo le università in tempi immediati significherebbe fare un grosso investimento economico, che mi pare non ci sia, visto che non si riescono a coprire gli specializzandi». L’altro problema è quello della programmazione dei posti. «Dovremmo ipotizzare» aggiunge il ministro «un diverso modo di programmare: in questi anni abbiamo pensato a un certo numero di borse di specializzazione per tot studenti. Sia per le specialità che per la medicina generale. E poi un ingresso nel mondo professionale, che è stato tra l’altro fermato dal blocco del turn over. Quindi questa cosa andrebbe vista nel suo insieme: se si pensa a un modello come quello americano o francese, in cui c’è la soglia al primo anno di università, ma già al liceo c’è una preparazione e una specie di lavoro di selezione, poi però l’università costa molto di più. Ho visto preoccupazione da parte dei giovani medici, dei professori. Durante la campagna elettorale non ne ho voluto parlare, ma prima di partire con una riforma del genere voglio capire bene come si immagina di poterla impostare», conclude il ministro.

Cassi (Cimo), riformare la carriera del medico

Una categoria frustrata e sottomessa a regole e procedure che niente hanno a vedere con la

professione medica. È questa la descrizione dei medici dipendenti fatta dal presidente di Cimo Asmd **Riccardo Cassi** in occasione del convegno “Medico Oggi, una professione in cerca d’autore”. «La legge 502 del ‘92 che ha attribuito ai medici del servizio sanitario nazionale una qualifica dirigenziale ha stravolto la figura del medico dipendente e se non ci saranno gli interventi che chiediamo la Riforma Madia della dirigenza pubblica aggraverà irreversibilmente una situazione che è già al limite» sottolinea la nota del sindacato. La proposta di Cassi è quella di una nuova carriera medica dopo che la legge 229 ha «appiattito tutti i medici dipendenti in un unico livello giuridico, senza riconoscerli la peculiarità della professione che è naturalmente diversa da qualsiasi altro dirigente della pubblica amministrazione». Per il presidente di Cimo «è arrivato il momento di rivedere questa riforma ormai superata e cominciare a pensare di rivalorizzare la componente professionale rispetto a quella professionale. Questa è la nostra scommessa – afferma Cassi - servirebbe una riforma che preveda il riconoscimento di una categoria speciale professionale, ma nell’attesa occorre introdurre da subito modifiche significative per differenziare una dirigenza prevalentemente professionale dalle altre tipologie di dirigenza pubblica». Attualmente l’organizzazione delle aziende sanitarie va sempre più verso il modello dipartimentale con una condivisione di risorse ed attrezzature, continua la nota «ed è possibile prevedere che il capo di dipartimento abbia una funzione organizzativa e gestionale. Per garantire invece la funzionalità dei reparti o di un qualsiasi altro servizio sanitario è necessario che l’attuale direttore di struttura sia anche il leader professionale dell’equipe medica. Per tutti gli altri medici è prevista una carriera con specificità riguardanti solo ed esclusivamente la professione medica. «Questo significa che la carriera dei medici dipendenti deve tener conto delle peculiarità che derivano, non solo da un percorso formativo di elevata specialità, ma soprattutto da un’attività che richiede elevate competenze tecniche rivolte prevalentemente ai processi decisionali e gestionali di natura clinica-assistenziale – prosegue il Presidente Cimo Asmd – l’obiettivo del Convegno è confrontarsi con le istituzioni per definire quale deve essere oggi il ruolo del medico e chiedere norme nazionali chiare e uniformi che indichino i livelli di carriera, i requisiti e le modalità di verifica, correlate alla sua nuova funzione».

DIRITTO SANITARIO Indennità rischio radiologico percepita illegittimamente

Con atto di citazione la competente Procura Regionale presso la Corte dei Conti chiamava in giudizio alcuni medici dipendenti per sentirli condannare al pagamento in favore dell’Erario di una somma superiore ad euro 30 mila.

Secondo la Procura, il danno erariale derivava dall’aver il dipendente ottenuto anche grazie ad un collega l’indennità e il congedo annuale per rischio radiologico in assenza delle condizioni previste dalla legge. La Procura riportava una serie di rilevamenti effettuati dai Carabinieri. Nella sostanza, i NAS accertavano che la dipendente aveva fruito dei benefici connessi all’esposizione al rischio radiologico senza che la certificazione che la riguardava fosse veritiera.

Per poter fruire dell’indennità di rischio radiologico è richiesto di avanzare specifica istanza, compilando e firmando un apposito modulo, che viene poi controfirmato dal responsabile. In tale documento sono riportate le mansioni che comportano esposizione a radiazioni ionizzanti, la frequenza delle stesse e se tale attività viene eseguita nelle cosiddette "zone

controllate".

In giurisprudenza si è anche affermato che per il personale sanitario diverso dai medici e dai tecnici di radiologia è necessario (ed imprescindibile) un accertamento sulle singole situazioni concrete (modalità e orario di lavoro, intensità dell'esposizione) a cura della apposita Commissione, che deve procedere all'accertamento basandosi su dati formali certi, quanto alla rilevazione e all'interpretazione, e idonei a rappresentare con continuità il concreto svolgimento dell'attività degli interessati comportante una esposizione (anche non continuativa) alle radiazioni ionizzanti, gravando su di essa la responsabilità degli esborsi conseguenti all'eventuale riconoscimento dei presupposti per l'attribuzione dell'indennità. Nel caso specifico l'azienda sanitaria, discostandosi dalla giurisprudenza citata, aveva erogato detti benefici e riconosciuto il congedo aggiuntivo senza che fosse intervenuto l'accertamento tecnico della Commissione.

In ogni caso la dipendente è stata condannata al risarcimento del danno a titolo di dolo. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

SOLE24ORE/SANITA'

Sostenibilità: «Ci vuole coraggio. E l'onestà delle scelte». *Intervista a Piepaolo Vargiu, presidente della Affari sociali della Camera*

«Il nostro sistema sanitario scricchiola in modo inquietante. Siamo di fronte a ventuno diversi sistemi sanitari che stentano a garantire la stessa equità e universalità a un sardo o a un veneto» spiega Piepaolo Vargiu, presidente della commissione Affari sociali della Camera, commentando le conclusioni dell'indagine «La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica», che giovedì sarà conclusa in una riunione delle commissioni riunite Affari sociali e Bilancio di Montecitorio.

Tre gli ingredienti secondo Vargiu: «Onestà culturale; capacità di confronto; coraggio, tanto coraggio».

Presidente Vargiu, perché l'indagine delle due commissioni?

Perché la politica deve fare il suo mestiere. Non è tempo di tirare a campare, meno che mai con i diritti di salute dei cittadini, roba su cui non si scherza. È importante ascoltare, conoscere, confrontarsi. Questo si fa anche nei convegni. Alla politica però è chiesto qualcosa in più: alla fine dei giochi, la politica è chiamata a fare le scelte che sono necessarie a evitare che il sistema crolli.

Cosa è emerso dalle audizioni a catena che avete fatto?

Che il nostro sistema sanitario scricchiola in modo inquietante. Siamo di fronte a ventuno diversi sistemi sanitari che stentano a garantire la stessa equità e universalità a un sardo o a un veneto. Già questo la dice lunga, no?

Certo, ma non che non lo sapessimo. Da dove partire, allora?

È indispensabile cambiare la governance. Ma non è sufficiente. Servono anche nuove risorse economiche. Non è accettabile che alla domanda di innovazione tecnologica e di nuovi bisogni di salute, risponda assai più spesso il ministro dell'Economia che quello della

Salute. Qualcosa non torna.

Cosa ha avvertito con più amarezza nel corso dell'indagine?

Il sistema regge ancora grazie alla passione e all'impegno di chi ci lavora dentro e, con il proprio sacrificio, si sforza di tappare ogni giorno i buchi di risorse. Economiche, umane, tecnologiche. È emerso in Commissione, l'ho visto con i miei occhi visitando gli ospedali, al Sud come al Nord. Pochi lo comprendono, quasi nessuno lo dice. Il sistema non è organizzato per valorizzare la capacità e il merito, né dei singoli, né delle aziende.

La domanda è d'obbligo: cosa fare?

Tre ingredienti, non sempre diffusi in politica. Il primo: onestà culturale. Perché dobbiamo raccontare sino in fondo qual è l'attuale situazione del nostro sistema senza più nascondere la polvere sotto il tappeto. Il secondo: capacità di confronto. Perché dobbiamo ragionare sul cambiamento superando antichi pregiudizi ideologici, che ci impediscono di discutere i problemi veri, mettendo in campo possibili soluzioni concrete e non mantra di buoni principi. Il terzo: coraggio, tanto coraggio. Non ci salviamo senza il coraggio di fare scelte difficili, che siano utili agli interessi generali e, in particolare, a quelli dei più deboli, che aspettano risposte e non buone parole e buone intenzioni.

Anche dal Parlamento, non solo dal Governo, si attendono passi concreti. Dove e come potete incidere?

Intanto ricordare che il tema della sanità e della salute è al centro degli interessi dei cittadini e delle sfide future di civiltà del nostro Welfare. L'aumento dell'aspettativa di vita media è un successo del sistema sanitario, non può essere percepito come un peso. Poi dobbiamo spiegare bene che la sanità non è un bancomat per i tagli lineari. È giusto mettere i conti a posto: non un euro che vada alla sanità deve essere speso male. Ma la sfida dell'innovazione, il riequilibrio acuti/cronici o tra ospedale/territorio, non si fa certo con i convegni e le tavole rotonde e neppure con i fichi secchi: servono soldi nuovi! La salute è un bene prezioso per tutti. Il Parlamento si rimbocchi le maniche perché, leggendo le conclusioni dell'indagine, nessuno può fare il finto tonto e dire che non si sapeva.

[VEDI L'ANTICIPAZIONE DELLE CONCLUSIONI DELL'INDAGINE](#)

[VEDI IL DOCUMENTO CONCLUSIVO COMPLETO DELL'INDAGINE](#)

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