

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
4 GIUGNO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Nuovo San Raffaele, un coro di sì Il Centro democratico segue gli sviluppi del progetto in Parlamento e in Regione

La Direzione Regionale del Centro Democratico si è riunita a Tramatzu lunedì. Fra gli argomenti trattati nel corso dell'incontro, si è discusso anche del protocollo firmato in Roma il 21 maggio tra Presidenza del Consiglio rappresentata dal Renzi, Regione con il governatore Pigliaru e la Qatar Foundation Endowment sulla realizzazione del San Raffaele di Olbia. «Si tratta – ha detto il commissario regionale Roberto Capelli –, di un importante progetto nel settore medico-scientifico, imperniato sulla ricerca avanzata in materia di malattie derivanti da alterazioni del genoma umano, nonché sulla creazione di reparti ospedalieri di altissima specializzazione in collaborazione con l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma». La Direzione del partito, ritenendo l'intervento proposto di grandissimo interesse non solo per la Sardegna e l'Italia, ma anche per l'Europa intera, ha dato mandato al Commissario Regionale Capelli, ed ai componenti del Gruppo di Centro Democratico in Consiglio Regionale, Anna Maria Busia e Roberto Desini, di seguire con particolare attenzione l'iter del progetto proposto, ognuno nelle proprie sedi istituzionali. «Abbiamo anche dato mandato al Coordinatore Provinciale della Gallura, Gianni Urtis – ha aggiunto Capelli –, di seguire presso il Comune di Olbia, anche in qualità di consigliere comunale, in stretto rapporto con gli altri rappresentanti del partito,, gli aspetti amministrativi locali messi in opera dallo stesso Comune di Olbia».

L'UNIONE SARDA

OLBIA San Raffaele: arriva lo Sceicco

Due vertici in un giorno solo. Uno a Cagliari, l'altro a Olbia per una visita al cantiere triste del San Raffaele, da rivitalizzare con un'iniezione di (almeno) un miliardo e duecento milioni.

Il Qatar non perde tempo (anche perché ce n'è davvero poco), e fa diventare il 5 giugno 2014 una data fondamentale nel cammino che dovrà (o dovrebbe?) portare al sì del Consiglio regionale sulla struttura di eccellenza.

Atterra in Sardegna **Faisal bin Thani Al Thani**, un pezzo da novanta dello staterello arabo, che ha pronto un bonifico di 100 milioni per le prime spesucce (i vertici del Banco di Sardegna e della Bper stanno preparandosi al brindisi). Come marito della sorella dell'Emiro, lo sceicco ha pieni poteri perché deve vigilare sull'iter e sul rispetto dei tempi.

«La struttura - ama ripetere **Lucio Rispo**, plenipotenziario italiano della *Qatar Endowment* - dev'essere aperta il 1° marzo del 2015. Se non sarà possibile centrare l'obiettivo in Sardegna, ci sono altre realtà pronte ad accoglierci».

I SUMMIT Il cognato dell'Emiro comincerà dalla Regione. Dopo un appuntamento, all'ora

del cappuccino, con l'ex governatore **Ugo Cappellacci** (che ha sempre sostenuto l'intervento dei qatarini), alle dieci e mezzo del mattino lo Sceicco vedrà **Francesco Pigliaru** a Villa Devoto. È probabile che sia presente anche un drappello di assessori capeggiato da **Luigi Arru**, titolare della Sanità, in una prima fase un tantino scettico sulla fattibilità del progetto, al pari di altri esponenti del Pd (**Silvio Lai**, **Paolo Fadda** tanto per fare un paio di nomi, ma la compagnia è più numerosa di quanto si pensi).

L'emissario dell'Emirato illustrerà il piano industriale che prevede un investimento di 1,2 miliardi di euro nell'arco di quindici anni e la creazione di almeno mille nuovi posti di lavoro. Quel gigantesco palazzone bianco che sorge a sud di Olbia, subito dopo l'aeroporto, sarà trasformato e adeguato alle nuove norme che regolano l'edilizia sanitaria. Grazie a una sinergia con il "Bambin Gesù" di Roma, Olbia ospiterà un ospedale d'eccellenza dotato di 260 posti letto, oltre che un polo di ricerca di livello internazionale.

IL SOPRALLUOGO Alla fine del vertice cagliaritano, l'esponente della famiglia reale e Rispo andranno a Olbia per incontrare il sindaco **Gianni Giovannelli**, il deputato del Pd **Gian Piero Scanu**, il presidente del Consiglio comunale **Vanni Sanna**, il vicesindaco **Carlo Careddu** (con questi quattro amministratori c'è già stato un summit con Lucio Rispo, nei giorni scorsi) e la maggioranza di governo del capoluogo gallurese. Poi, comincerà la visita al cantiere: Faisal bin Thani Al Thani tiene particolarmente a questa parte del programma perché non ha mai visto il sito.

NUOVO PARTNER Intanto si apprendono nuovi particolari sull'investimento. La *Qatar Foundation* mette a correre 1,2 miliardi, ma pare che altri 3-400 milioni arrivino dalla *General Electric Company*, la multinazionale statunitense fondata nel 1892 che, secondo la classifica stilata da Forbes, è la prima società al mondo per vendite, profitti, assetti e valore di mercato nel campo di della tecnologia e dei servizi. Il colosso americano (150 miliardi di dollari di fatturato, 7700 dipendenti in Italia) investirebbe esclusivamente nel campo della ricerca per malattie come il diabete, l'anemia mediterranea, l'oncologia, la terapia molecolare e le cellule staminali.

IL GOVERNO La *mission* dell'autorevole esponente della famiglia Al Thani proseguirà anche nella prossima settimana, a Roma, dove è previsto un incontro con il Presidente del Consiglio **Matteo Renzi** e il sottosegretario **Graziano Delrio**, l'uomo di Governo più sensibile, e alla fine determinante per il sì all'iniziativa. Da medico (endocrinologo), e da ricercatore universitario (prima che diventasse sindaco di Reggio Emilia e presidente dell'Anci), Delrio ha posto domande pertinenti e profonde nel momento della presentazione del piano industriale a Palazzo Chigi, e ora segue passo passo l'evolversi della vicenda, convinto com'è che una struttura di eccellenza come quella ipotizzata dai qatarini debba essere ospitata in Italia, e non in Germania (si è candidata la città di Heidelberg, pronta a stendere tappeti rossi al Qatar). Un altro incontro infine si terrà con la Ministra per lo Sviluppo Economico **Federica Guidi**.

GLI SPONSOR Il Qatar è consapevole di poter contare su un nutrito e autorevole gruppo di sostenitori. Di investimenti qatarini da realizzare in Italia si parla da anni, e pare che un impulso in questo senso l'abbia dato immediatamente **Giorgio Napolitano**, anche lui molto attento nel monitorare lo stato della pratica San Raffaele. Anche **Enrico Letta**, durante il suo mandato di premier, ha appoggiato l'iniziativa anche in occasione di una visita a Doha, alla quale presero parte l'allora governatore della Sardegna Cappellacci e i sindaci di Olbia e Arzachena. Il testimone è poi passato nelle mani di Renzi (e Delrio), i quali, per fissare un paletto importante, alla fine di maggio hanno convocato a Palazzo Chigi Francesco Pigliaru per una conferenza stampa nel corso della quale è stata "battezzata" ufficialmente l'intesa.

I SÌ E I NO Lo schieramento dei sì è molto meno affollato in Sardegna, dove non mancano

non solo gli scettici ma anche i contrari. E lo schieramento del no è formato da un partito trasversale che comprende settori del Pd (il Centro Democratico con **Roberto Capelli** ha detto sì) e di Forza Italia. Il nodo da sciogliere è quello dei 260 posti letto da accreditare: sarà il Consiglio regionale a doversi esprimere dopo la proposta della Giunta e il passaggio in Commissione. Pigliaru ha annunciato che la firma dell'accordo è prevista per il 24 giugno prossimo, al termine della discussione e del voto nell'assemblea regionale. Non è azzardato ipotizzare che in questi giorni le telefonate, i pranzi, e le cene si sprechino. Tra i Dem pare che **Antonello Cabras** stia lavorando per convincere i riottosi a dire sì. E la stessa cosa sta facendo Ugo Cappellacci.

REGIONE I dubbi in commissione: «Dove prendiamo i soldi?» Ma Pigliaru replica al presidente Perra: «Sarà una struttura di eccellenza»

Sul San Raffaele c'è chi, alla Regione, si pone qualche domanda: chi coprirà i costi? Il governo Renzi avrà un occhio di riguardo per la Sardegna? E chiede chiarezza sui numeri di un'operazione senza precedenti, che alla Regione pone subito problemi legati al funzionamento. In poche parole, la necessità di nuove risorse.

La vicenda del grande ospedale gallurese ieri è rimbalzata nel maxivertice Giunta-maggioranza. L'affare con il Qatar porterà investimenti per 1,2 miliardi ma parte del centrosinistra ha storto il naso sulle modalità della gestione e sulle risorse. È il caso di Raimondo Perra, il consigliere socialista di Sardegna Vera, presidente della commissione Sanità: «La realizzazione di un ospedale così importante, escludendo le 56 suite, avrà costi enormi per mandare avanti i 260 posti letto pubblici di cui si parla», ha detto Perra. «Da qualche parte bisognerà tagliare, a meno che il governo non ci conceda altre risorse». Il governatore Francesco Pigliaru (parso a qualcuno per un attimo risentito) ha replicato: «Stiamo parlando di un'eccellenza», è il senso del suo pensiero. «Anche perché lì si farà anche ricerca. Ma sull'accordo dovrà esprimersi il Consiglio». Il che, dal punto di vista politico, potrebbe non essere una passeggiata: prima il piano dovrà passare per la commissione. In ogni caso, dopo l'accordo firmato a Roma due settimane fa col premier, alla Regione sono stati attivati due tavoli di lavoro: il primo ha il compito di monitorare tutti i posti letto ospedalieri sardi; il secondo - composto dal direttore generale dell'assessorato alla Sanità Giuseppe Sechi, da rappresentanti della Qatar Foundation e del Bambin Gesù - si occupa invece di definire quanti posti letto ospedalieri offrirà il San Raffaele e a quali costi per la sanità pubblica. Oltre a quella di Perra, sono emerse posizioni diverse e dubbi sull'impatto che la struttura potrebbe avere sulla rete ospedaliera sarda.

Se il capogruppo Pd Pietro Cocco ha difeso l'operazione su tutta la linea, più scettico è parso il capogruppo di Sel Daniele Cocco. «Da parte nostra c'è massima vigilanza, perché neanche un posto di lavoro negli ospedali sardi dev'essere perduto». E Lorenzo Cozzolino (Pd) ha ricordato perplesso «che da qualche parte i soldi per gestire una struttura così grande bisognerà prenderli». Durante il vertice Pigliaru ha affermato che il punto «non è tagliare sulla sanità ma armonizzare l'esistente: per migliorare bisogna fare rete e puntare sui servizi al territorio».

DALL'ITALIA

Precari Ssn. Su Dpcm il ministero della Salute si allea con i sindacati contro il Mef

Ascoltate le motivazioni dei sindacati, il sottosegretario De Filippo ha assunto l'impegno di trattare con l'Economia per il reinserimento nella bozza del Dpcm del riferimento alle linee guida sul personale approvate dalle Regioni nel 2011 per applicare il DL 78/2010.

Finché la bozza del Dpcm sul precariato non sarà corretta, la situazione resterà “preoccupante”, ma l'esito dell'incontro di ieri è stato “positivo”, perché i sindacati hanno portato a casa l'impegno del sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**, a farsi portavoce nei confronti del Ministero dell'Economia e delle Finanze della necessità di reinserire nel Dpcm il riferimento alle linee guida sul personale approvate dalle Regioni nel 2011 per applicare il DL 78/2010.

L'alleanza tra sindacati e De Filippo, secondo quanto riferito da fonti sindacali al termine dell'incontro, è arrivata dopo un ampio confronto nel corso del quale i sindacati hanno illustrato al sottosegretario le loro preoccupazioni rispetto alle modifiche alla bozza di Dpcm apportate dal Mef. Modifiche contro le quali si erano già espresse Cgil, Cisl e Uil in una lettera inviata al ministro Lorenzin e alle Regioni e anche l'Anaa Assomed.

Le ragioni dei sindacati sono state attentamente ascoltate da De Filippo che, da ex presidente di Regione (Basilicata) ben conosce quelle linee guida e la loro importanza. Per la Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fp, “l'esclusione del riferimento alle linee guida del 10 febbraio 2011” e il “rigido richiamo ai vincoli imposti dal decreto 78/2010” comporterebbero “serissimi problemi al Ssn”. Primo tra tutti quello della stabilizzazione dei precari che rischiano di perdere presto il posto di lavoro dal momento che in molte Regioni la stabilizzazione proposta al momento dell'elaborazione del Dpcm è stata introdotta solo per un breve periodo tempo proprio in attesa della norma definitiva. La questione, per i sindacati, è quindi anzitutto “strutturale”: “Occorre tenere conto della specificità del settore sanitario e, pure nei limiti economico finanziari previsti, permettere alle Regioni di investire nel personale per garantire l'erogazione delle prestazioni ai cittadini”.

Ora spetterà a De Filippo il compito di convincere il Mef. Il sottosegretario ha intanto assicurato ai sindacati che saranno presto riconvocati.

Giovani medici in piazza. “Vogliamo più formazione, lavoro, merito e trasparenza”

Le giovani generazioni della sanità (neolaureati, specializzandi e precari) unite ieri per far valere le proprie istanze in tutti gli ambiti che vanno dall'accesso alla formazione all'accesso al mondo del lavoro. Iniziative in tutta Italia e tre grandi appuntamenti davanti a Montecitorio, Ministero della Salute e Miur.

Programmazione, Formazione e Lavoro. Più Merito e Più Trasparenza. È questo che chiedono i giovani della sanità italiana, medici in primis, (neolaureati, specializzandi e precari), che oggi sono scesi in piazza per far valere le loro istanze e “per imprimere una svolta alla sanità Italiana e per garantire un futuro al SSN che ha bisogno come non mai delle energie e della passione dei propri giovani professionisti”.

Saranno promosse iniziative in tutta Italia, ma il fulcro della protesta sarà Roma, con tre grandi appuntamenti: dimostrazione a Piazza Montecitorio in concomitanza con Flash-mob coordinati in tutta Italia, flash-mob davanti il MIUR per chiedere ed ottenere un concorso in tempi rapidi e con un regolamento certo e un incontro al ministero della Salute dove i delegati del Segretariato Giovani Medici sono stati invitati in occasione della presentazione della bozza del DPCM “salvaprecari”.

Ecco, in particolare, il manifesto diffuso dai giovani medici per spiegare le ragioni della protesta:

1) Adeguata programmazione del fabbisogno di medici, di specialisti e di altri professionisti sanitari

Al pari degli altri Paesi, nell'epoca dell'Europa della libera circolazione di pazienti e medici, l'Italia definisca con metodo rigoroso quanti e quali professionisti formare, in relazione al quadro epidemiologico ed all'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Si ponga in equilibrio il sistema professionale, garantendo la giusta dotazione di professionalità: tanti accessi alla formazione quanti al mondo del lavoro. Nelle more del ripianamento della preoccupante forbice tra domanda ed offerta, ingenerata dall'adozione di non adeguate politiche di programmazione, si trovino soluzioni per impiegare la professionalità dei giovani della sanità in attività che siano di utili al sistema salute ed alla salute dei cittadini.

2) Accesso a Medicina e Chirurgia basato su numero programmato, criteri oggettivi, trasparenti e meritocratici

In tema di accesso a Medicina nessuna decisione sia presa di fretta per un sistema che nelle risorse umane ha la sua principale ricchezza; venga istituito un tavolo di lavoro tecnico per valutare le criticità e le possibili soluzioni, a partire dal “blindare” dai ricorsi l'attuale test e, solo laddove ciò non sia possibile, ci si sforzi di trovare un sistema alternativo che faccia salva la adeguata programmazione dei fabbisogni di professionalità mediche. Perché in assenza di soluzioni si continueranno a verificare accessi in sovra numero che abbasseranno gli standard formativi e daranno vita a nuove coorti di futuri precari. Nessuna barriera ideologica va posta ad un'ipotesi di riforma che voglia migliorare l'esistente, ma da alcuni punti non si può derogare: accesso programmato, valutazione basata su criteri oggettivi, trasparenti e meritocratici, qualità della formazione. Difatti, al di là del sistema di accesso, una società moderna deve potere e sapere orientare i giovani sulla base di un approccio vocazionale, a partire dalle scuole superiori, onde evitare un sovraffollamento "non consapevole" dei corsi di studio, a partire dall'ambito bio-sanitario.

3) Maggiori fondi per la formazione post laurea di area sanitaria ed indizione del Concorso di accesso in tempi rapidi e certi

Risolvere l'emergenza per i fondi aggiuntivi per le scuole di specializzazione, valorizzare i corsisti di medicina generale e gli specializzandi non medici di area sanitaria. Il MIUR ha annunciato di aver individuato col MEF possibili fonti di risorse (dall'account Twitter MIUR Social)? Bene. Il Decreto Legge Irpef in approvazione al Senato (in aula a partire dal 3 giugno) è uno strumento normativo adeguato per incardinare le richieste dei giovani della sanità. Due gli emendamenti già presentati su proposta dell'Associazione Italiana Giovani Medici (SIGM) con un rationale chiaro: "No ai rischi per la salute: SI all'investimento nei giovani della Sanità!". Messaggio rafforzato anche dall'Organizzazione Mondiale della

Sanità che invita i Governi a tassare i prodotti da tabacco e reinvestire le risorse nell'ambito socio-sanitario. Si chiede che il Governo li supporti ovvero, alla luce del tweet del MIUR che ha annunciato avere individuato possibili fonti di coperture, che presenti un emendamento governativo al DL Irpef per reperire le risorse necessarie a risolvere l'emergenza. Da troppo tempo gli aspiranti specializzandi sono in attesa del nuovo Regolamento di accesso. Basta promesse, servono certezze.

4) Nessuna deroga alla qualità della formazione post laurea di area sanitaria. I medici specializzandi non siano tappabuchi delle mancanze di organico né delle Università né del Servizio Sanitario Nazionale

Si a reti integrate di formazione di qualità, costruite con strutture identificate in modo trasparente a mezzo di indicatori di performance. Sia la formazione il punto di partenza e di arrivo, superando le contrapposizioni in tema di competenze formative specialiste e generaliste. Non si sacrifichi la formazione dei professionisti della salute sull'altare della sostenibilità di assetti politico-sindacali non più attuali, ma si pongano le basi per cambiamenti di sistema. Si garantisca una formazione vocata al saper essere e saper fare, che sappia coniugare alle competenze tecniche i valori delle medical humanities, ponendo sempre al centro dell'assistenza la persona.

5) Sblocco del turn-over immediato e valorizzazione dei giovani professionisti della Salute nel nostro SSN

I Giovani Medici (SIGM) intendono dare voce al disagio di migliaia di giovani camici bianchi nel giorno in cui saranno presentati i contenuti del nuovo testo del DPCM "salvaprecari" (il 3 giugno presso il Ministero della Salute). Se le risorse più preziose del sistema sanitario italiano sono le risorse umane è su di queste che bisogna investire. Si attui lo sblocco del turn over e si provveda alla stabilizzazione dei precari della Sanità. Si valorizzino i giovani, favorendone la maturazione professionale e la possibilità di accedere ai ruoli di responsabilità: si adottino modalità di selezione meritocratiche e si liberi la sanità dall'influenza della politica. Accountability, valutazione degli esiti e delle performance. Stop al criterio unico dell'anzianità per la progressione di carriera! Misuriamoci. I giovani professionisti della sanità non hanno paura di farlo.

Ci si impegni tutti nella segnalazione di inappropriately e di sprechi per reperire le risorse da re-investire nel sistema salute, a partire dal nostro SSN pubblico, equo e solidale. Si proceda alla depenalizzazione dell'atto medico per superare la medicina difensiva e per eliminare il contenzioso e speculazioni in sanità. Credibilità e fiducia per un nuovo patto con i cittadini/pazienti nascono solo se c'è trasparenza.

Sprechi e buone pratiche. Cittadinanzattiva lancia indagine su "i due volti della sanità"

Fino a metà giugno, attraverso appositi form sul sito dell'associazione, cittadini e professionisti potranno segnalare le buone pratiche e gli sprechi della sanità italiana. Dalla raccolta verrà redatto un Rapporto. L'obiettivo è "fornire uno strumento utile per combattere le inefficienze del sistema sanitario ed investire sui servizi offerti".

Disegnare una mappa della sanità che funziona e di quella che non funziona. È questo l'obiettivo di "I due volti della sanità, tra sprechi e buone pratiche", l'iniziativa promossa da Cittadinanzattiva, con il sostegno di Farmindustria, che fino a metà giugno permetterà ai

cittadini di segnalare i casi di buona sanità e quelli di sprechi e inefficienze

“Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del Malato, riveste tradizionalmente un ruolo di sentinella civica rispetto ai disservizi, allo spreco di risorse, alla burocrazia inutile, che si ripercuotono sui cittadini mettendo a rischio la garanzia del diritto ad un accesso tempestivo e qualitativamente adeguato a servizi e prestazioni sanitarie”, spiega l’associazione in una nota che illustra il progetto.

“Le attività che ci vedono quotidianamente impegnati in questi ambiti – prosegue - hanno l’obiettivo di sensibilizzare le istituzioni e l’opinione pubblica rispetto alle criticità avvertite dai cittadini nel rapporto con i servizi sanitari, e rappresentare uno strumento concreto per modificare e impattare sulle politiche di salvaguardia e tutela dei beni comuni, come la sanità”.

Secondo Cittadinanzattiva, gli sprechi sono rintracciabili in particolare alcuni ambiti:

- burocrazia inutile;
- procedure poco chiare o trasparenti;
- investimento di risorse economiche in servizi (es. acquisto macchinari o strutture edificate) poi non utilizzati;
- allocazione di risorse umane in servizi inutili o facilmente sostituibili da una tecnologia più avanzata (a volte disponibile ma non utilizzata);
- sotto-utilizzo di beni e servizi (es. materiali in comodato d’uso mai recuperati dalle ASL, mancato utilizzo di TAC, etc.);
- mancata organizzazione dei servizi;
- inappropriata.

“Tutto questo – osserva Cittadinanzattiva - si ripercuote sulla capacità di tenuta del SSN, che, come noto, ormai da più parti è messo a dura prova da tagli lineari oltre che da luoghi comuni e pregiudizi che rischiano di mettere in secondo piano l’importanza strategica della Sanità per il nostro Paese. Cittadinanzattiva, inoltre, ha sempre creduto nella forza innovativa che le buone pratiche portano al nostro Paese: lo dimostra chiaramente il successo riscosso nel 2012 dal Premio Andrea Alesini, giunto alla sua 11° edizione, che ha raccolto, nonostante il clima “negativo” acuito dalla crisi e dai tagli alla sanità, 120 progetti quali esempi di sanità che funziona e a misura di cittadino”.

I risultati del progetto “I due volti della sanità” saranno trasformati in un Rapporto contenente le ombre e le luci del Sistema Sanitario Nazionale visto con gli occhi dei cittadini e che sarà presentato ad ottobre.

Il nuovo Codice dei medici. “Caro Amedeo...”. Lettera aperta al presidente della Fnomceo da un libero pensatore

Ho deciso di scriverti perché se penso ai nostri medici, mi spaventa l’idea che essi possano tirare a campare per un altro pugno di anni con un codice inservibile. Il rischio che vedo se si procedesse lungo questa china è quello che i doveri del medico, cioè i fondamenti della sua deontologia, siano sempre più definiti in modo extra o para deontologico cioè fuori dagli ambiti ordinistici

Caro Amedeo,

mi consentirai in ragione della nostra lunga amicizia e delle tante cose fatte insieme, ma soprattutto per l’affetto che provo per te e per la Fnomceo, di scriverti in modo non formale

e con ciò di fare un “*gesto deontologico*”, dal momento che sento il dovere di parlare a ciò che tu rappresenti per i medici italiani.

Ho studiato, con i mie strumenti analitici, il nuovo codice deontologico che avete approvato, e su questo giornale troverai le analisi che ne sono conseguite (vedi [primo](#), [secondo](#) e [terzo articolo](#)). La mia conclusione che ripeto, sento il dovere di segnalarti, è che il codice è privo di quelle basilari garanzia di pertinenza che ne dovrebbero fare uno strumento, insieme ad altri strumenti, di governo della realtà particolarmente problematica del medico.

La bassa pertinenza del codice, caro Amedeo, non sarebbe un problema insormontabile, (gli ultimi codici a loro volta sono stati obiettivamente a bassa pertinenza dal momento che i processi che li attraversano vengono da lontano), ma oggi è diverso perché quella che mi ostino a chiamare “*questione medica*” sta progressivamente accentuandosi degenerando sempre di più in una pericolosa delegittimazione senza ritorno.

Se un codice deontologico non è pertinente con la realtà del medico, è inutile...e proporre ai medici di servirsi di uno strumento inutile per risolvere i loro problemi è come abbandonarli alla loro difficile condizione professionale.

Mi sono chiesto come sia possibile approvare un codice inutile, cioè come sia possibile che la Fnomceo alla quale non mancano risorse finanziarie, professionali, apparati, e con un super presidente come tu sei e un quadro dirigente esteso come è quello degli ordini provinciali, possa bucare clamorosamente una scadenza così importante.

E le mie spiegazioni sono diverse e articolate:

- il codice è diventato un rito formale interno del sistema ordinistico funzionale prima di tutto alle necessità dei suoi apparti, gestito come si gestisce una pluralità di interessi ma non di competenze effettive e per questo del tutto funzionale alle esigenze interne di legittimazione degli incarichi;
- ritenere che la deontologia sia un “*affaire*” esclusivo di una commissione di medici ormai è un grave errore, è come pensare di volere costruire una casa senza l’ausilio delle tante specialità che la casa richiede a partire dal progettista. Oggi la deontologia è per antonomasia complessità filosofica scientifica organizzativa, economica e i medici pur autorevoli della commissione devono imparare a discutere con chi questa complessità ha imparato ad usarla;
- non si scrive o si riscrive un codice deontologico senza un “*progetto di medico*” la cui definizione non spetta alla commissione ma agli organismi dirigenti della Fnomceo;
- questo progetto di nuova professione era iniziato a definirsi nel giugno del 2008, a Fiuggi, con la prima conferenza nazionale della professione medica, ma quell’idea non solo non fu sviluppata ma a mano a mano fu abbandonata;
- in questi anni abbiamo assistito su molte questioni primariamente deontologiche (che non cito.. tanto ci capiamo) quasi ad un disimpegno dell’ordinistica, e al crescere di fatto di una sorta di sindacalizzazione della deontologia. Ma la “*questione medica*” nonostante l’indubbio contributo dei sindacati, resta primariamente questione deontologica;
- l’atteggiamento da parte di molti medici nei confronti del codice deontologico, è spesso nichilista, nel senso che lo percepiscono per lo più come uno strumento senza nessun valore pratico, e poi troppi sono i medici che non conoscono il significato non banale di deontologia.

Questo codice quindi, caro Amedeo, ci dice soprattutto dei problemi dell'ordinistica italiana e proprio per questo a mio parere, ritengo che non sia così facile scrivere una deontologia pertinente se l'ordinistica a sua volta non si sforza di essere pertinente con la realtà. Io sono convinto che "aggiornare" vecchi codici a bassa pertinenza non sia sufficiente, i problemi strutturali dei medici richiedono secondo me un pensiero riformatore, ma so che su questo punto la pensiamo in modo diverso, tu sei, come hai dichiarato più volte, per la manutenzione del sistema, io sono per la sua riforma.

Ti confesso Amedeo che ho sempre pensato, te lo dico con sincerità, che i manutentori della sanità siano tali non perché sia oggettivamente necessario esserlo ma solo perché non hanno idee per fare diversamente. Resta il fatto che la conseguenza della logica della manutenzione, è ritenere, come fa il codice, che sia possibile poter inseguire la perdita centralità del medico nel vano tentativo di recuperare ciò che si è perso e senza mai mettersi in gioco.

Oggi questo codice deontologico, mio caro amico, nel tradire i suoi problemi di pertinenza sembra dirci che la famosa "*questione medica*" non è primariamente questione deontologica. E questo, consentimi la franchezza, è semplicemente folle.

A Fuggi tutti noi eravamo convinti che il medico fosse finito in una antinomia devastante tra una nuova domanda di salute e i forti limiti non solo finanziari imposti alla sua autonomia di giudizio. Dalla mia analisi emerge che il codice:
- accetti di stare nell'antinomia non di superarla, limitandosi per l'appunto ad "aggiornare" un vecchio modello di deontologia anziché porre mano ad un'altra idea di deontologia;
- imbocchi la strada dell'adattamento della professione ai contesti di lavoro come propria strategia inseguendo un pericoloso ideale compatibilista.

Il rischio che vedo se si procedesse lungo questa china e che, insisto, mi sento in dovere di segnalarti, è quello che i doveri del medico, cioè i fondamenti della sua deontologia, siano sempre più definiti in modo extra o para deontologico cioè fuori dagli ambiti ordinistici. Ma mi chiedo e ti chiedo, se le deontologie saranno definite oltre gli ordini che senso ha per un medico pagare dei contributi per un ordine che non c'è più?

Caro Amedeo, so che questa lettera non ti farà piacere, e ne sono dispiaciuto...sinceramente credimi.. resto un libero pensatore che nonostante le tante botte ricevute soprattutto da coloro che si sentono accusati sul piano personale dalla mia critica, crede ancora nella discussione leale. So anche sulla mia pelle che chi scrive lettere aperte rompe le scatole e questo non fa mai piacere perché crea problemi e complica la vita, e so anche che questa lettera sarà digerita dallo stomaco potente dell'ordinistica e che tutto continuerà come deve continuare.

Tuttavia ho deciso di scriverti perché se penso ai nostri medici, mi spaventa l'idea che essi possano tirare a campare per un altro pugno di anni con un codice inservibile. Ora ti saluto a modo mio, con un pizzico di irriverenza, immaginando il medico attraverso una canzone di quando entrambi eravamo ragazzi: "*Rotola, rotola, rotola... strada facendo rotola... rimbalza qua e là... come fosse un barattolo... dove mai finirà?*"
Ciao Amedeo un abbraccio affettuoso a te e a tutta la Fnomceo.

DOCTORNEWS33

Congresso nazionale Sid: nuova sinergia tra ricerca, innovazione, clinica

Ricerca, innovazione, clinica, con l'intento di prendere spunti dalla prima e, attraverso la seconda, trovare applicazioni nella terza. Questi i 3 filoni fondamentali nei quali si sono articolati i lavori del 25° Congresso nazionale della Sid (Società italiana di diabetologia), che si è svolto a Bologna dal 28 al 31 maggio. «È stato un evento importante, al quale hanno partecipato circa 1.600 delegati, e che ha evidenziato l'elevato livello qualitativo della ricerca diabetologica italiana attraverso 86 comunicazioni orali e 450 poster» afferma Stefano Del Prato, Presidente Sid, che alla conclusione del congresso ha passato la mano a Enzo Bonora. Inoltre, si è celebrato il 50° anniversario di fondazione della società. «Nella sezione clinica si è cercato di rispondere a una serie di quesiti che il diabetologo clinico incontra quasi quotidianamente» spiega Del Prato. «In particolare sono state identificate 7 sfide: la gestione del paziente diabetico in ospedale, il trattamento del diabete di tipo 1 in condizioni di grave scompenso in ambito sia ambulatoriale che ospedaliero, la prevenzione del piede diabetico e la reintroduzione nella vita sociale del soggetto amputato, l'armonizzazione del team e delle procedure per un uso ottimale delle tecnologie (come i microinfusori insulinici), il diabete in gravidanza (l'iperglicemia è presente in circa il 17% dei casi), il miglioramento della capacità di autogestione della persona con diabete, la gestione della nefropatia». Nell'ambito della ricerca si è discusso dei meccanismi che portano allo sviluppo della malattia e delle complicanze «tra i quali un ruolo di primo piano sta assumendo la nefropatia» specifica il Presidente Sid, ma «si è anche parlato dei meccanismi che l'organismo mette in atto a fronte di un insulto diabetico e del ruolo di cellule progenitrici potenzialmente stimolabili per recuperare non solo la funzione renale ma in genere tutte le complicanze, quali danni microvascolari o a carico dei grandi vasi. Si sono identificati inoltre potenziali nuovi target per la terapia del diabete di tipo 2, quali le alfa-cellule, da modulare per calibrare il controllo glicemico». Passando all'innovazione, «un problema molto dibattuto ha riguardato la natura del diabete: se dovuto a un numero molto ridotto di cellule che secernono normalmente insulina o alla disfunzione complessiva di un normale numero di beta-cellule. È evidente che chiarito ciò si può impostare una terapia atta a correggere uno o l'altro difetto. Infine» conclude Del Prato «si è sottolineato che esistono, oltre a quelle più note, altre forme di diabete di cui occorre tenere conto, come il Mody (di tipo 2 in età giovanile, di origine genetica) e i Lada (di tipo 1 ma a lenta progressione)».

Oncologici in fascia Cnn. Cascinu (Aiom): disparità intollerabili tra pazienti

«Esistono disparità di accesso ai farmaci e quindi disuguaglianze di cura e questo francamente non è tollerabile»: da Chicago, dove si è appena svolto il 50° Congresso dell'American society of clinical oncology (Asco), il presidente Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) Stefano Cascinu denuncia la situazione che si è venuta a creare in Italia, dove alcuni farmaci oncologici, inseriti in fasce C non negoziata, non sono

rimborsabili e ogni azienda può decidere se acquistarli o meno e renderli disponibili al paziente. «Non è in discussione l'efficacia di questi principi, stabilita dall'Ema, – afferma Cascinu – e neppure l'appropriatezza, perché certamente gli oncologi li userebbero con le indicazioni corrette; il problema è che non tutti i pazienti li possono ricevere, perché alcune aziende li comprano e altre no: è comprensibile poiché, in quanto servizio sanitario pubblico, non comprano qualcosa che l'Aifa non ha negoziato. E non è certo colpa dell'Aifa, che ha semplicemente subito un decreto: è una norma che non ha alcun senso pratico e genera molti più problemi di quelli che intendeva risolvere, chiediamo quindi che venga rivista, dopo un confronto con le società scientifiche e l'Aifa». Il presidente Aiom ricorda che nella maggior parte dei Paesi europei questi farmaci sono disponibili; non così in Gran Bretagna, che non è tra i primi posti riguardo ai risultati complessivi nel trattamento dei tumori. «Tra i tagli alle sanità operati negli anni scorsi, c'è stata anche una riduzione nell'accesso ai farmaci, ma almeno gli inglesi hanno mostrato coraggio e, a salvaguardia di un sistema sanitario universalistico, si sono assunti delle responsabilità e hanno preso atto di non potersi permettere alcuni farmaci troppo cari. In Italia invece si sceglie di non decidere e si adotta un atteggiamento ipocrita e ambiguo per cui i farmaci ci sono ma tanti meccanismi ne ritardano l'uso; ci dicano rapidamente se possiamo usare quei farmaci, non fra sei mesi: i pazienti ne hanno bisogno subito e non possiamo privarli delle cure perché si sono ammalati nel momento sbagliato».

Obbligo Pos e Rc. Lala (Omceo Roma): urgono strumenti a tutela redditi medio-bassi

«I redditi dei medici, non di tutti, crollano pesantemente. A molti italiani la crisi ha tolto la possibilità di rivolgersi al medico privato, di averne un secondo parere “di fiducia”, o un servizio in luogo di una carenza riscontrata nella struttura pubblica». È amara l'analisi di **Roberto Lala** presidente dell'Ordine dei Medici di Roma di fronte ai dati del ministero delle Finanze sui redditi 2012 dei professionisti. La categoria ha perso il 6,6 per cento sul 2011, facendo meglio di notai (-25%) farmacisti (-13%) ingegneri e avvocati (-15%) ed altri sanitari (-10%) ma peggio dei dentisti, stabili. «La riduzione del reddito costringe gli italiani a porre in secondo piano la salute, bene primario, rispetto a esigenze familiari improrogabili: di fronte a una lunga attesa nel pubblico non si ricorre al privato ma si rinuncia, con buona pace dell'articolo 32 della Costituzione. Ne fanno le spese non i luminari famosi, ma piuttosto lo zoccolo duro dei liberi professionisti. Idem per gli odontoiatri: molti chiudono, altri fanno affari d'oro». Al crollo dei redditi si contrappone per la chiusura del regime precedente dei contribuenti minimi- l'aumento del 6% dei professionisti sottoposti a studi di settore. La categoria è sempre meno ricca, ma è in “emersione”, e da luglio le transazioni saranno ulteriormente sorvegliate dal lettore bancomat, il cui obbligo è previsto dal decreto “crescita” 179/2012. I consulenti del lavoro osservano però come il “Pos” costi tanto più quante più sono le prestazioni e quanto minore ne è il valore. Su un incasso di 1000 euro, potrebbero volatilizzarsene fino a 170 tra canone, commissioni e costo chiamata. «Per l'Ordine è importante tutelare il reddito dell'iscritto. Per il Pos stiamo sondando gli istituti di credito affinché se ne possa fruire in forma gratuita o quasi; quest'obbligo diventa un peso se si pensa che la prestazione libero professionale tipo è la certificazione da 50 euro che di fronte a utenti meno abbienti qualche collega è portato a scontare ulteriormente. Altrettanto urgente è intervenire per la polizza Rc del medico. C'è chi –ginecologo, ortopedico etc – può permettersi di pagare un premio da 20 mila euro annui e passa, e chi non può; noi dobbiamo andare incontro a tutti i colleghi e nel decreto in

uscita entro agosto, prima che viga l'obbligo di assicurarsi, cercheremo di fare in modo vi siano elementi "calmieranti" e strumenti in grado d'imporre all'assicurazione di non disdettare al primo accenno di danno, quando dopo 10 anni si scopre sistematicamente che quel danno non c'era».

Collaboratori di studio: arduo applicare ipotesi alternative a dipendenza

Apprendistato, tirocinio formativo, co.co.co: sono alcuni modi di declinare il rapporto di lavoro del collaboratore di studio, insieme al contratto dipendenti studi professionali (IV livello super) che sarebbe la regola "aurea". Benché le assunzioni crescano e nel 2013 siano stati assunti negli studi di medici e dentisti 1200 dipendenti in più rispetto a quanti sono usciti, i medici di famiglia sono incerti sulle scelte. Per aiutarli, nelle Marche, Fimmg e Associazione nazionale consulenti del lavoro hanno concluso un accordo, modello a livello nazionale, con l'obiettivo di elaborare studi e pareri sui migliori contratti possibili. Primo prodotto, una scheda per raffrontare i rapporti alternativi all'assunzione. «Part o full time, a tempo determinato o indeterminato, per Fimmg l'opzione migliore sugli assistenti di studio medico è il contratto dipendenza degli studi professionali siglato per i dipendenti degli studi dai sindacati della "triplice" e per le parti datoriali da Confprofessioni, la federazione delle associazioni dei professionisti cui per i medici siamo associati anche noi», dice **Massimo Magi**, leader Fimmg Marche e presidente di Fondoprofessioni, l'organo di Confprofessioni che si occupa della formazione dei dipendenti dei professionisti. «In subordine, a forme di collaborazione a progetto o mini co.co.co, che comporterebbero una quota di autonomia del lavoratore forse difficile da dimostrare a un controllo dell'Ispettorato in uno studio medico convenzionato con il Ssn, dove gli orari sono definiti e i compiti vincolanti, potrebbe essere preferibile un contratto di formazione o tipo apprendistato». Questi ultimi contratti, ammette Magi, presentano per ora almeno due debolezze. «Intanto, vanno disciplinati con accordi regionali tra Confprofessioni e sindacati; infatti, possono presentare vantaggi – come la contribuzione ridotta – non concedibili illimitatamente e subordinati al raggiungimento di un tetto. In secondo luogo, l'apprendistato, che dà la possibilità di costruire un lavoro a un giovane tra 18 e 29 anni, pur normato lodevolmente in Piemonte, Veneto, Lombardia, è ritagliato più sullo stare in bottega o in fabbrica che sulle esigenze specifiche di noi medici, che pure potremmo trovarlo conveniente, al pari dei tirocini formativi. Gli apprendisti che vogliamo non si formano dove e come chiediamo. Siamo convinti che la collaborazione con Acnl nello scovare le 'best practices' nell'esercizio della professione possa contribuire a portare tutte le parti a intraprendere i passi giusti».

SOLE24ORE/SANITA'

Irregolare quasi il 5% dei 2,8 milioni di invalidi italiani. Le tabelle Inps

Il piatto è ricco per chi vuole colpire sprechi ruberie e certamente Carlo Cottarelli, il commissario per la spending review, non si lascerà sfuggire l'occasione. Perché magari non saranno tutti falsi invalidi – quei ciechi che ci vedono da un miglio o gli zoppi che corrono sprint o maratone che la Guardia di Finanza non raramente riesce a stanare – ma insomma, che tra gli invalidi d'Italia i conti non tornino, questo è sicuro.

Ce lo dicono una volta di più i numeri dell'Inps, che, appena chiamato in Parlamento a dar conto del fenomeno dei titolari di benefici economici di invalidità civile e di disabilità, ha reso note cifre da capogiro. Sono infatti 2,78 milioni gli italiani con pensioni di invalidità o di indennità varie. Sono soprattutto al Sud, oltre il 50% del totale. Napoli e Roma sono le province a più alta densità di invalidi, la Campania è la prima Regione per frequenza di casi.

Ma non solo. Le verifiche straordinarie hanno portato negli ultimi anni a ben 67.225 revoche e a 41.862 ricostituzioni delle indennità. Come dire che quasi il 5% delle situazioni di invalidità esistenti, e i relativi benefici economici, nel giro pochi anni sono state pressoché cancellate. Con una minore spesa a carico della finanza pubblica di 352,7 milioni dal 2010 al 2013, benché oltre 100 milioni siano stati spesi per gli accertamenti medici. In pratica, un terzo dei risparmi per spese mediche di accertamento eseguite da personale esterno.

A rivelare alla Camera gli ultimi numeri Inps disponibili del "pianeta invalidità" è stata Franca Biondelli (Pd), sottosegretaria al Lavoro, in risposta a un'interrogazione della capogruppo del Pd in commissione, Donata Lenzi, proprio nell'imminenza dell'avvio, a fine settimana dei Ddl che dovrebbero occuparsi dell'assistenza dei disabili gravi rimasti senza alcun sostegno familiare. Una ragione in più per far chiarezza su un fenomeno che, laddove ci sono furbizie, finisce per togliere risorse, e dunque assistenza, a chi davvero ha bisogno. «Adesso lavoreremo a fondo anche predisponendo valide e rigorose procedure di accertamento» promette Lenzi.

Intanto le tabelle predisposte ad hoc dall'Inps, relative a gennaio 2013, raccontano di un fenomeno avvolto nell'ombra. I titolari di prestazioni economiche di invalidità sono stati suddivisi in 857.641 beneficiari di pensione e in 1 milione e 924mila intestatari di indennità, per un totale di 2,781 milioni di casi. In Lombardia (351mila) se ne contavano di più in assoluto ma meno in percentuale rispetto alla popolazione. A seguire Campania (328mila) e Lazio (282mila), con la prima che però ne contava di più (il 6% circa) rispetto ai residenti. La provincia di Napoli sarebbe la regina delle invalidità tra pensioni e indennità: 184.957, circa il 7% dei residenti.

Dalle 854mila verifiche straordinarie compiute dall'Inps dal 2009, sarebbero emerse 67.225 revoche per mancata conferma dei requisiti sanitari o assenza di visita medico-legale. Ma anche 41.862 ricostituzioni delle rendite e delle situazioni. Con un boom di 24mila casi totali in Campania e 16mila in Sicilia. Da revisioni e azzeramenti tout court delle rendite si stima, secondo l'Inps, un risparmio di spesa calcolato in 352,7 milioni in quattro anni, dal 2010 al 2013. Ma anche 103 di costi sostenuti dall'Inps per aver fatto ricorso a personale non dipendente tra medici convenzionati, medici rappresentanti di categoria operatori sociali.

Altro dato riguarda le patologie verificate e le revoche disposte. Spiccano le revoche nei casi di tumore (il 32% delle verifiche disposte), seguite da quelle per disturbi psichici e del sistema nervoso. Segno, si dubita, di una stretta disposta nei confronti di quanti magari hanno eseguito i primi cicli di chemioterapia o altro. Una stretta che si teme stia avvenendo anche nei confronti dei chi ha contratto l'Hiv. Come dire che i falsi invalidi vanno cercati altrove.

REGIONI E AZIENDE **Cure odontoiatriche, cresce in Toscana**
l'offerta pubblica

La crisi economica picchia duro, e uno dei tanti effetti è la rinuncia, da parte di chi non se le può più permettere, alle cure odontoiatriche, o l'interruzione di percorsi di cura già intrapresi. A oggi, solo l'8% dei cittadini beneficia del servizio di odontoiatria pubblica. La sfida lanciata dalla giunta regionale è dunque quella di ampliare l'accesso alla prevenzione e alle cure per tutti i cittadini toscani.

Per questo la Regione Toscana ha deciso di avviare un percorso di sviluppo dell'offerta pubblica di prestazioni odontoiatriche, introducendo - prima in Italia - tale attività come un Lea.

I cittadini per i quali ricorrono le condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria saranno esentati da qualsiasi pagamento; altri accederanno attraverso il pagamento del solo ticket; altri parteciperanno fino alla tariffa intera. Una politica sanitaria coerente, con la quale si riafferma il principio dell'equità dell'accesso per tutti i cittadini, a prescindere dal reddito.

La delibera approvata ieri dalla giunta dà a tutte le aziende sanitarie le linee di indirizzo per ottimizzare l'offerta pubblica in questo settore, avvalendosi anche della collaborazione di professionisti privati, che forniranno le loro prestazioni all'interno delle strutture pubbliche. Il contenuto della delibera è stato illustrato stamani nel corso di una conferenza stampa dall'assessore al diritto alla salute, che ha ricordato che il miglioramento dell'offerta di prestazioni odontoiatriche è una delle sette azioni prioritarie legate al Piano sanitario: azioni che via via la giunta sta varando. Sono già state approvate la delibera sulla Salute di genere e quella sulla Rete chirurgica oncologica (in fase di implementazione); quella sulle liste di attesa e la riorganizzazione dell'offerta specialistica sarà discussa nelle prossime settimane.

La salute orale e l'accesso alle cure odontoiatriche - ha sottolineato l'assessore - sono un obiettivo prioritario di sanità pubblica, in particolare per i bambini, gli anziani, i malati cronici. Il bisogno di salute orale aumenta proprio in relazione alla fragilità sociale, alla longevità, all'aumentato peso delle patologie cronico-degenerative e dei relativi fattori di rischio (dieta, fumo, alcol, igiene, stress) e nelle situazioni di maggior esposizione (età evolutiva, gravidanza, disabilità).

Secondo le indicazioni contenute nella delibera, tutte le prestazioni odontoiatriche dovranno essere garantite a tutti i cittadini con il regime della compartecipazione, ovvero con il pagamento dell'intera tariffa prevista dal nomenclatore tariffario regionale, tranne i casi in cui ricorrano condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria.

Per esempio, i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee fino a 8.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione; quelli con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee tra 8.000 e 14.000 euro accederanno secondo le modalità di compartecipazione previste per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale (pagamento del ticket). I soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria (handicap gravi, patologie rare o croniche, ecc.) accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione.

L'accesso alle prestazioni odontoiatriche sarà libero, cioè senza prescrizione medica, su prenotazione tramite Cup aziendale. La prestazione sarà erogata esclusivamente nelle strutture pubbliche da professionisti dipendenti, da specialisti ambulatoriali o da privati con i quali le aziende stipuleranno specifiche convenzioni, per le quali un ruolo importante viene attribuito agli ordini professionali. Per le prestazioni di alta specialità, i progetti potranno prevedere anche il coinvolgimento delle aziende ospedaliere universitarie.

Le aziende sanitarie garantiranno l'erogazione delle prestazioni urgenti nell'arco delle 24

ore, 7 giorni su 7, nei pronto soccorso ospedalieri e, nelle ore di attività, nelle strutture ambulatoriali dedicate.

Nella stessa delibera, si conferma la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prevenzione rivolti ai bambini (0-14 anni): prevenzione prenatale, primaria e secondaria.

I dispositivi protesici verranno acquistati dalle Asl mediante procedure di evidenza pubblica per Area vasta. Le protesi dentarie saranno garantite in regime di gratuità nei casi di vulnerabilità sociale per i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con ISEE fino a 8.000 euro e nei casi di vulnerabilità sanitaria.

Ecco alcuni esempi di tariffe a carico dell'utente: l'estrazione di un dente costerà 43 euro, un'otturazione 45, la ricostruzione di un dente 70, una cura canalare da 50 a 90, l'ablazione del tartaro 30, l'applicazione di una corona 150.

Il progetto prevede una fase sperimentale di tre anni, che secondo una logica di progressiva implementazione andrà a completo regime nell'arco di 18 mesi, consentendo alle aziende di acquisire da subito le risorse umane e tecnologiche che un progetto di questa portata implica. A tal fine la giunta ha stanziato 2.500.000 euro per il 2014, 1.250.000 per il 2015 e 1.000.000 per il 2016.

I sindacati odontoiatrici, intervenuti alla conferenza stampa, sono stati informati del nuovo progetto e intraprenderanno un percorso di sperimentazione per l'attuazione della delibera. Anche l'Ordine dei Medici si è dichiarato soddisfatto di una delibera che va nella direzione di offrire un servizio sanitario alle persone che ne hanno bisogno ed è nello stesso tempo un'apertura ai privati, e ha espresso il desiderio che questo accordo venga gestito con la massima trasparenza.

LA GIURISPRUDENZA Corte costituzionale: borse di studio per Mmg, mani libere alle Regioni

È legittima la norma regionale che assegna borse di studio per accedere alle scuole di diploma in medicina di famiglia, in numero superiore a quelle assegnate dal ministero, da destinare ai giovani laureatisi nelle università della Regione. Fermo restando che, nel predisporre le clausole da apporre ai contratti aggiuntivi da essa finanziati, dovrà farlo in maniera compatibile con quanto disposto nello schema tipo del contratto nazionale.

È questa l'opinione della Corte costituzionale, che con la sentenza n. 126/2014 del 15 maggio dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 della legge della Regione Veneto 9/2013 (Contratti di formazione specialistica aggiuntivi regionali), promossa, in riferimento all'art. 117, comma 2, lettera l, della Costituzione, dal presidente del Consiglio dei ministri.

Il Dlgs 368/1999, all'art. 37, comma 1, spiegano i giudici della Consulta, stabilisce che all'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula uno specifico contratto annuale di formazione specialistica, disciplinato dal medesimo decreto legislativo e dalla normativa vigente. Il contratto è finalizzato all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea. Il contratto non dà diritto all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale e dell'università o ad alcun rapporto di

lavoro con gli enti predetti.

È la stessa normativa statale, afferma la sentenza, a lasciare aperto uno spazio per il legislatore regionale, che risulta giustificato alla luce del Dm 24 aprile 2013, n. 333 (assegnazione contratti di formazione specialistica a.a. 2012/2013), con cui il ministero dell'Istruzione ha fissato il numero totale degli specialisti da formare e il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione.

L'art. 3 di tale decreto, infatti, prevede che «possono essere attivati contratti finanziati dalle Regioni, nonché quelli derivanti da finanziamenti comunque acquisiti dalle Università che si aggiungono ai contratti statali, così come deliberato nella Conferenza Stato-Regioni nell'incontro del 15 marzo 2012, al fine di colmare, ove possibile, il divario tra fabbisogni e numero dei contratti statali».

In questo contesto si è inserita la legge della Regione Veneto risultando, di conseguenza, perfettamente aderente alla normativa statale.

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