

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Lo sceicco: San Raffaele, pronti a partire Il rappresentante del governo del Qatar in visita a Olbia per vedere la struttura e prendere contatto con gli amministratori

«Wonderful. Speriamo sia l'inizio di un lungo, duraturo rapporto di amicizia». Lo sceicco Faisal Bin Thani Al Thani è rimasto colpito dall'accoglienza che la Sardegna e ieri Olbia gli hanno riservato. Lo dice nel pomeriggio in un breve incontro con il consiglio comunale del capoluogo gallurese, con in testa il presidente Vanni Sanna e la giunta guidata dal sindaco Gianni Giovannelli. «Grazie per l'accoglienza, la gentilezza e la cortesia», aggiunge. L'acquisto dell'ex ospedale San Raffaele per trasformarlo nel nuovo "Qatar-Bambin Gesù" è cosa fatta? L'operazione è in itinere, bene avviata ma ancora non approdata al traguardo. Anche se all'ottimismo del governo regionale e del panorama politico territoriale si aggiunge l'ulteriore bene augurante valutazione pronunciata da Lucio Rispo, plenipotenziario della QF in Italia al termine della visita a Olbia: «Non vedo problemi», risponde ai giornalisti. Insomma, la strada è aperta, spianata ma non del tutto percorsa. Per dare il via a quella che Giovannelli definisce «la Silicon Valley della sanità in Sardegna e nel Mediterraneo», mancano due passaggi determinanti: il sì del consiglio regionale, che dovrebbe arrivare entro il 24 giugno, e una favorevole (per i tanti creditori in attesa di un verdetto da due anni) chiusura del concordato fallimentare che si trascina dalla vicenda originaria della Fondazione Monte Tabor di don Verzè. Il caso. In breve. L'attuale struttura sanitaria alle porte di Olbia, sul versante all'ingresso dell'Orientale sarda, incastonata su una proprietà di 300 ettari che dovrebbero diventare parco pubblico del benessere, è ora nella proprietà di alcune società di leasing, in testa la Sardaleasing (Banco di Sardegna) che per poter vendere attendono la definizione del valore da parte dei periti. Se questo sarà ritenuto congruo per saldare i creditori, la vendita potrà andare in porto. Ma a dare la decisione finale sarà il giudice di Milano. Basterà sciogliere questo nodo per aprire le porte all'eccellenza sanitaria che tanto interessa il Qatar? Il voto. Per l'emiro Tamin Bin Hamad Al Thani, vero regista dell'operazione e cognato dello sceicco al quale è stata affidata la missione in Sardegna, la questione tecnico-bancaria-giudiziaria è di interesse relativo. «Ne stanno discutendo gli avvocati – spinge in secondo piano Lucio Rispo –. A noi interessa il sì delle istituzioni sarde e del territorio, che attendiamo e rispettiamo». Questo è il crocevia. Il consiglio regionale deve decidere e votare l'accreditamento dei posti letto in regime pubblico per il Qatar-Bambin Gesù (260, con circa 80 solventi, quelli riservati all'esclusiva gestione privata), con i quali completare la dotazione di circa 530 posti letto che nella rete sanitaria regionale spettano alla Gallura. Con questo nullaosta il Qatar non avrà problemi ad acquistare la struttura secondo il valore determinato dal giudice. L'unità. Rispo guarda avanti: «Sono ottimista», dice concludendo la visita al museo archeologico che male mitiga

i 32 gradi pomeridiani di Olbia. Come a volere congiungere simbolicamente la Sardegna al Qatar, il consiglio comunale si dispone in cerchio per salutare lo sceicco e la sua delegazione. Il sindaco Giovannelli presenta allo sceicco Antonio Satta, il sindaco di Padru presidente del Distretto Olbia della Asl 2 (un comitato di 17 sindaci) che ha svolto (come anche Giovannelli su altri fronti) un delicato lavoro politico di tessitura per cementare il sì del suo Distretto all'ingresso del Qatar e del Bambin Gesù (struttura del Vaticano) nella costruzione del grande polo di ricerca e di servizio sanitario. Il primo cittadino di Olbia ribadisce le valutazioni già espresse in mattinata al termine del sopralluogo nella struttura ospedaliera: «Puntiamo a fare di Olbia, intorno all'ex San Raffaele, una Silicon Valley sanitaria e della tecnologia applicata alla medicina, con un polo per la ricerca, sfruttando le nostre infrastrutture con il porto e l'aeroporto, la compagnia aerea Meridiana, senza dimenticare il turismo congressuale che porta fino a 500 congressi l'anno». Ercole. La delegazione qatarina dichiara soddisfazione per questo «progetto ambizioso». Che Faisal Bin Thani abbia spiccato interesse per il futuro si intuisce dalla grande curiosità che mostra per il passato. È affascinato dal tour nel museo archeologico. Alle spiegazioni proposte dal soprintendente Rubens D'Oriano infila domande su domande: a quando risale quel reperto? che uso si faceva di quest'altro? chi è costui? chiede volgendo lo sguardo su uno statuario Ercole di due metri. Dove è stato trovato questo? vuol sapere di un bronzetto domandando l'indicazione sulla carta archeologica. La fregola. Il tour si conclude in circa venti minuti per una piccola incomprensione diplomatica. Una volta fuori dal museo, lo sceicco si consulta riservatamente con i suoi: «Già finito, vorrei vedere altro. Abbiamo ancora un poco di tempo». Nuovo tour, stavolta nell'ala del piano superiore ignorata prima e riservata a Fenici e Greci che mostra di gradire tanto. Come pure ha apprezzato la degustazione di gamberetti, fregola sarda e un assaggio di porchetto che gli sono stati proposti nel menù del pranzo al ristorante di Eccelsa, l'aeroporto privato del Costa Smeralda. L'accoglienza. Il mattino la delegazione del Qatar è stata accolta in municipio. Con Giovannelli e Vanni Sanna, c'erano tra gli altri il parlamentare del Pd Giampiero Scanu, i due consiglieri regionali galluresi, Giuseppe Meloni (Pd) e Giuseppe Fasolino (Forza Italia), il sottosegretario alla Cultura Francesca Barraciu e il deputato del Partito democratico Marco Meloni.

E la politica si divide sull'opera Il centrodestra provoca la giunta prima del voto in Consiglio

Ogni giorno sul San Raffaele il centrodestra provoca la maggioranza in Regione e gli tira la giacchetta. È una strategia, e chi sta all'opposizione lo fa per due motivi. Il primo, dopo essere scattato in testa con Cappellacci, nel 2010 fu l'ex governatore ad aprire la trattativa col Qatar, dopo 4 anni rischia di essere retrocesso nelle retrovie del progetto. E non può permetterselo dopo la batosta elettorale e perché il centrodestra ufficiale non vuole darla vinta alle sue frange interne (quelle più vicine alla sanità privata) che vedono il San Raffaele con sospetto. Il secondo motivo delle provocazioni è questo: i sostenitori nel centrodestra del nuovo ospedale hanno capito che sul fronte opposto, nel centrosinistra, i perplessi cominciano ad alzare la voce e ora sperano di essere, soprattutto al momento del voto in Consiglio, indicati come i salvatori della patria. Sta di fatto che il capogruppo dei Riformatori, Attilio Dedoni, un'altra stoccata alla maggioranza l'ha tirata: «Per riuscire ad arrivare in tempo all'appuntamento del 24 giugno (è la scadenza per firmare l'accordo

Regione-Qatar) ci vorrà un miracolo, perché il percorso armonico auspicato da Pigliaru significa tempi biblici. Non è stata convocata ancora la commissione Sanità, il cui presidente (Mondo Perra) sembra appartenere alla corrente del centrosinistra meno convinta dell'operazione. Non si ha neanche notizia dei tavoli tecnici voluti dall'assessore alla Sanità che, dopo l'iniziale contrarietà, potrebbe essersi convertito». A sparare cannonate sulla maggioranza è stato il capogruppo di Forza Italia, Pietro Pittalis: «Auspichiamo che il governatore mostri un atteggiamento più convinto sul San Raffaele e più convincente nei confronti di quei settori della sua maggioranza che in passato hanno criticato il centodestra per le aperture al Qatar e oggi appaiono tiepidi sul percorso da seguire. Noi saremo coerenti, ma auspichiamo che la maggioranza sia in grado di garantire numeri e impegni». Interviene anche l'ex consigliere dei Riformatori Franco Meloni, manager sanitario: «Se dietro al San Raffaele c'è una strategia allora è ben accetto. Se sare solo a far nascere un clinica di lusso, non sono d'accordo».

ITTIRI Guardia medica, terremoto nel Pd : tre assessori e il capogruppo si sospendono dal partito

Dopo la totale assenza dei dirigenti politici, alla manifestazione di protesta a Sassari per la soppressione della guardia medica, preceduta un lungo periodo di silenzio da parte dell'Assessore Regionale alla sanità Luigi Arru e del dg dell'Asl Marcello Giannico, che non ha neppure voluto ricevere una delegazione per discutere del problema, è arrivata l'autosospensione dal Partito Democratico degli assessori Dedola (che è anche Vice Sindaco), Gianni Simula, Giovanna Scanu e del capo gruppo in Consiglio Giovanni M. Pinna. «Ci dimettiamo dal partito - si legge in una nota a firma degli autosospesi - in seguito alla scarsa considerazione dimostrata dall'amministrazione regionale e dai politici del Pd, assenti e chiusi in un assordante silenzio, in occasione delle ultime vicende che hanno riguardato l'ospedale Alivesi. La guardia medica diurna - continua il documento - istituita tempo fa a seguito di un accordo con l'amministrazione comunale viene soppressa in modo unilaterale dal direttore generale Giannico, lo stesso che ne condivise, assieme alla Regione, l'esigenza». Un provvedimento che arriva «subito dopo la vittoria del centro sinistra alla Regione, assumendo il sapore della sfida a cui non è seguita, inspiegabilmente e nella totale indifferenza, nessuna dichiarazione né tanto meno provvedimenti da parte dell'assessore regionale alla Sanità che, seppur sollecitato più volte dal sindaco di Ittiri, ha ripetutamente declinato la possibilità di un incontro. Consapevoli che l'autosospensione rappresenta un atto di forte critica - sostengono il capo gruppo e gli assessori - verso il partito che ha la maggioranza in Regione e al governo nazionale, ma certi che solo un atto forte possa smuovere qualche sensibile coscienza politica, ci auto sospendiamo dopo aver atteso, a lungo e inutilmente, una minima e dovuta presenza. Attendiamo segnali chiari e precisi. Auspichiamo maggiore considerazione da parte della dirigenza del partito per le istanze sollevate. Ovviamente - conclude la nota - l'autosospensione non intaccherà la responsabile presenza in maggioranza, i ruoli ricoperti e il sostegno incondizionato al sindaco che, a dispetto delle critiche, continua a lavorare alacremente per ottenere i migliori risultati per Ittiri, nonostante le difficili imposizioni dettate dalle normative vigenti».

L'UNIONE SARDA

Il San Raffaele piace agli olbiesi

L'accolgono a braccia aperte, con l'abito buono, e il cuore che batte forte. Credono, scommettono, sperano che la rinascita di un territorio che un tempo - a torto o a ragione - veniva paragonato a un *Eldorado* in salsa sarda, passi per l'iniziativa di un ricchissimo staterello arabo che invia in Sardegna uno sceicco di peso (il marito della sorella dell'Emiro) e destina sei miliardi all'anno allo sviluppo della cosiddetta "economia della conoscenza". Roba che, in soldoni, significa: tecnologia di altissimo livello, ricerca, cervelloni con il capo chino su libri e computer per sconfiggere, sì, malattie comuni (in Qatar sono all'avanguardia nell'assistenza a chi è colpito dai tumori al seno), ma soprattutto patologie croniche per le quali non si è ancora trovato un rimedio definitivo. Diabete, in primis, che ha percentuali di diffusione altissime in Qatar (17 per cento) e qui da noi, in Sardegna. Eppoi anemia mediterranea. Eppoi ancora malattie dell'infanzia, terapie di riabilitazione, medicina dello sport.

ABBRACCIO C'è molto più di una svolta epocale nel settore della sanità, in questo abbraccio. C'è una richiesta di aiuto nel campo dei trasporti (Meridiana boccheggia), una speranza d'indotto nel settore del turismo congressuale, in quello dello sport (calcio) con un'offerta di servizi che altre *location* non possono vantare. Di più. Nel piano dei Paperoni qatarini c'è anche spazio per un poderoso polmone verde, fruibile almeno in parte anche dai comuni mortali. Alle spalle dell'ospedale di Olbia, la cui costruzione verrebbe "addolcita" per diminuire l'impatto con l'ambiente circostante, gli uomini dell'Emiro vogliono realizzare un parco vistamare con annesso centro sportivo di livello eccelso: tutto ciò che occorre ai ritiri delle squadre di calcio di rango internazionale come ad esempio il Paris Saint Germain, roba di proprietà. Come se non bastasse, investimenti aggiuntivi a cura di multinazionali come Siemens, Philips, Cisco. Anche in questi casi, si tratta di società nelle quali il Qatar ha una partecipazione azionaria.

ECCELLENZA Se **Francesco Pigliaru**, l'altro ieri a Cagliari, è rimasto colpito dalla serietà e la qualità dell'intervento, basato su ricerca ed eccellenza, proposto dalla *Qatar Foundation Endowment*, ieri lo sceicco **Faisal Bin Thani Al Thani**, nella sua lunga (quasi un giorno intero) visita a Olbia, ha colto ottimismo in quantità industriale, perfino momenti di entusiasmo, tappeti rossi, un benvenuto con i fiocchi. Com'è pensabile, del resto, che un amministratore comunale, ma anche l'unico parlamentare del territorio (il Pd **Gian Piero Scanu**, che per primo ha sposato l'idea del San Raffaele), i consiglieri regionali (**Giuseppe Meloni** del Pd e **Giuseppe Fasolino** di Forza Italia), il presidente del distretto sanitario (**Antonio Satta**), a nome di un territorio che non presenta pareri contrari, si possa far scappare un investitore che mette a correre 1,2 miliardi di euro provenienti dalle proprie casse, cui bisogna aggiungerne altri 300 da un colosso come la General Electric (destinati sempre alla ricerca)? Com'è possibile che un politico quale che sia possa privarsi dell'opportunità di dire la propria sull'assunzione di mille persone, con la fame che c'è in giro?

DOPPIO APPUNTAMENTO Un coro di sì, insomma. Questo l'incasso della due giorni sarda dei vertici dell'Emirato alla fine della seconda tappa di Olbia, caratterizzata da cene, visite ufficiali, sopralluoghi in cantiere, visite guidate al museo archeologico e confronto con i sindaci del territorio. A benedire l'evento, c'era anche il deputato del Pd **Marco Meloni**, legatissimo a **Enrico Letta**, ex premier con all'attivo un rapporto diretto con il Qatar. Ma c'era anche un rappresentante del Governo nazionale come il sottosegretario alla Cultura **Francesca Barracciu**, che doveva suggellare l'ok dell'esecutivo nazionale guidato da **Matteo Renzi**, ma anche dal sottosegretario **Graziano Delrio**, convintissimo sostenitore dell'intervento. «Non potevo mancare - ha osservato la Barracciu -: il Governo apprezza molto gli investimenti di qualità che arrivano dagli Stati esteri».

LA VISITA Tutto è cominciato l'altro ieri notte, quando la delegazione qatarina - con lo Sceicco c'erano il superconsulente finanziario **Tidu Maini**, **Sheika Moza Bint Nasser** e ovviamente **Luigi Rispo**, plenipotenziario in Italia di tutti gli affari della Fondazione - è stata ospitata a cena alla Caffetteria della Nonna. Ha pensato a tutto Gian Piero Scanu. Alle 10,30 di ieri mattina, invece, la delegazione araba ha fatto visita al municipio di Olbia, dove è stata ricevuta dal sindaco **Gianni Giovannelli**, dal vice **Carlo Careddu**, dal presidente del Consiglio comunale **Vanni Sanna**. Un'oretta scarsa di colloquio nel palazzo umbertino, poi un lunghissimo sopralluogo (un'ora e mezzo abbondante) nel cantiere del San Raffaele che lo Sceicco vedeva per la prima volta. Visita blindatissima: cronisti, operatori tv e fotografi sono stati costretti ad arrostire al sole. Alla fine, ha parlato per tutti il primo cittadino di Olbia.

«E' stata una giornata molto intensa e positiva - ha raccontato Gianni Giovannelli - nel corso della quale i nostri interlocutori hanno confermato il loro impegno a investire nel territorio una quota importante senza chiedere contropartite di alcun genere. Questa non è un'occasione irripetibile per Olbia, ma per tutta la Sardegna, per l'Italia, l'Europa. Avere a che fare con una realtà che ogni anno impiega sei miliardi per la ricerca, è garanzia di serietà, eccellenza e solidità economica che sorregge un progetto di largo respiro. Loro si sono detti fiduciosi sul rispetto dei tempi, e mi auguro anch'io che tutto venga risolto secondo un calendario che è stato già stabilito. D'accordo anche il deputato Gian Piero Scanu. «È andato tutto molto bene: il Qatar e noi siamo accomunati dalla condivisione di un progetto ampio e di qualità che farà bene a tutta la Sardegna. Ho fiducia che le ultime residue resistenze alla fine verranno meno».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Codice Deontologico e Statuto Enpam. Lo Smi bocchia i nuovi testi

La bocciatura è arrivata ieri dalla Segreteria nazionale del sindacato, riunita a Roma. Cali: "Il conformismo ha partorito un Codice paleontologico, frutto dell'istinto di conservazione. Stesso discorso per lo Statuto Enpam. Senza un vero cambiamento le nostre istituzioni verranno travolte dalla modernità".

"Un'occasione persa: il nuovo codice deontologico dei medici è appena nato ma è già vecchio: anzi è addirittura paleontologico ed è la fotografia di una categoria che subisce le sfide della modernità, rifugiandosi su posizioni difensive e conservatrici. Lo dimostra anche l'ampia maggioranza che lo ha approvato, espressione di un sistema ordinistico che fa fatica sia a difendere i camici bianchi che a proporsi come bastione della tutela del diritto alla salute dei cittadini. Ma come è possibile che nessuno si preoccupi di verificare la percezione e il gradimento che hanno gli italiani delle nostre istituzioni locali e nazionali?". Questo il commento su i due documenti di **Salvo Cali**, segretario generale dello Smi, rilasciato dopo la segreteria nazionale, tenutasi a Roma oggi:

Lo Smi, oltre ai profili evidenziati da alcuni presidenti di Ordini, che hanno votato contro il nuovo Codice, ha voluto sottolineare tre ulteriori nodi critici. Anzitutto "rimane irrisolto il nodo del conflitto di interessi: il codice non interviene sul tema del rapporto tra le istituzioni mediche e la Politica. Nonostante non si faccia (a parole) altro che denunciare l'invadenza

della partitocrazia nel governo della sanità pubblica e delle Asl, assistiamo, invece, a processi emulativi preoccupanti: non diamo il buon esempio e pecchiamo di 'collateralismo'. Non è possibile che un presidente di Ordine sia anche parlamentare, la rappresentanza istituzionale non si può identificare con nessun partito o schieramento. Come dimostra anche il caso dello stesso massimo esponente della Fnomceo (anche presidente del collegio di Torino), Amedeo Bianco, che al contempo è senatore. Per fare bene lobby i ruoli devono essere distinti. Ma questo problema riguarda anche la gestione dell'ente previdenziale (che ha appena riformato con molti punti fortemente critici, appunto, il proprio statuto): un presidente di ordine non può concentrare più ruoli, come essere anche componente del consiglio di amministrazione dell'Enpam o della direzione di fondazioni immobiliari".

Per lo Smi "manca – inoltre - la questione di genere, nonostante la professione medica sia sempre più al femminile. Un'amnesia quantomeno sospetta". Infine si "circostrive l'ambito di competenza della professione medica, per meglio precisarla, ma sembra un riflesso condizionato della paura della concorrenza del mondo infermieristico. Un atteggiamento evidentemente (o inconsciamente) difensivistico".

"Nella deontologia, (ma non solo: anche nei meccanismi democratici di partecipazione elettorale, che sono antiquati, per non dire "feudali") che è il fulcro stesso dell'esistenza dei collegi professionali - continua il segretario Smi - manca un vero salto in avanti: la Fnomceo non riesce ad avviare un processo virtuoso di autoriforma, a percepire nei tempi giusti i cambiamenti della nostra società. Stesso discorso vale anche per l'Enpam, dove il processo che ha portato al nuovo statuto (nella forma e nei contenuti) è sulla falsariga di quanto avvenuto in ambito ordinistico: (fare finta di) cambiare tutto per non cambiare niente. D'altronde l'Ente previdenziale dei medici non è eletto direttamente dai medici, come avviene per esempio con gli avvocati, ma dagli stessi consigli degli ordini, che quindi sono gli unici azionisti di riferimento. Il rischio con questo triste panorama è che l'assenza della giusta dose di coraggio e di una forte visione di futuro, finirà con il travolgere anche quanto di buono c'è nell'idea stessa di avere un sistema basato sui collegi e una cassa professionale privata. Finiremo rovinosamente sotto le macerie di un nostro "muro di Berlino"".

"Invece – conclude Calì – non possiamo non apprezzare la voce, purtroppo minoritaria, di chi, come Ivan Cavicchi, ha posto problemi di merito, chiedendo un confronto alto sulla modernizzazione della professione medica. Questioni rimaste inascoltate. E, al contrario, non criticare l'atteggiamento di Amedeo Bianco, che di fronte a una osservazione puntuale sul problema del conflitto di interessi, prova a dare sul Corriere della Sera (lunedì scorso) una cattiva lezione su cosa è il lobbismo e su come funziona il sistema ordinistico. Temo di doverlo smentire –conclude Calì - e di poter dire che negli Stati Uniti non esista un congressista che sia allo stesso tempo a capo di un'organizzazione sindacale (negli Usa non esistono gli albi, ma se esistessero, per analogia, sarebbe comparabile). Bene in Italia manca una legge sulle lobby e manca un codice deontologico che impedisca a chi rappresenta istituzionalmente i medici di poter sedere al Parlamento. Anzi, nel nostro Paese, si diventa politici proprio perché si è presidenti della Fnomceo o del collegio dei farmacisti o degli infermieri. E poi ci lamentiamo se ci considerano una "casta"".

Il nuovo Codice deontologico dei Medici. Agli Studenti in Medicina

non piace: “E’ inadeguato e già vecchio”

Gentile direttore,

questa lettera è frutto di riflessioni da parte di noi, un gruppo di studenti prossimi all’essere medici, che nel momento in cui, nella nostra città Torino, la Fnomceo nazionale approvava il Codice deontologico si è riunito spontaneamente più volte per leggerlo, comprenderlo e commentarlo. Questo gruppo da tempo riflette sul futuro della professione perché questo futuro lo percepiamo incerto, difficile e problematico. Non ci riferiamo solo al problema del precariato, della disoccupazione che pur ci preoccupa e non poco, ma anche alla difficoltà, ammesso di trovare lavoro, di essere in condizioni di svolgerlo bene, di vivere la professione secondo regole che la tutelino e la sviluppino.

Caro direttore, caro On. Bianco, la prima sensazione che ci è giunta, leggendo i vari punti del Codice e gli articoli dei giornali che si sono susseguiti, è un senso di smarrimento per due motivi: il primo è perché ci troviamo, alla fine del percorso di studi, senza basi e senza competenze deontologiche (di deontologia in facoltà quasi non se ne parla); il, secondo perché la lettura degli articoli del Codice ci ha mostrato gravi spaccature e discrepanze tra gli ordini, politici entusiasti ([QS 23 Maggio](#)), sindacati tiepidi e ambigui (vedi Sole24ore-Sanità del 27 Maggio), medici critici (vedi dichiarazioni del Dr. Riccio, [QS 29 Maggio](#), del Prof. Gianfrate, [QS 31 Maggio](#), quelle del dott Polillo, [QS 5 Giugno](#)) e soprattutto le analisi precise e critiche del Prof. Cavicchi ([QS 26 Maggio – 29 Maggio – 31 Maggio](#)) culminate in quel “gesto deontologico” quale è la sua lettera aperta ([QS 3 Giugno](#)) così pregnante per le preoccupazioni che esprime e così leale nelle modalità con le quali le esprime.

Insomma da una parte manca una unanimità che da quel che sappiamo non ha precedenti storici e dall’altra manca la profondità di una attenta valutazione del grado di pertinenza della deontologia nei confronti della realtà del medico.

Molte dichiarazioni, soprattutto dei sindacati, ci sono sembrate di pura circostanza autorizzandoci a pensare due cose: che il Codice è stato letto in fretta o che nei medici che si sono pronunciati manchi una vera cultura deontologica per capire davvero cosa sia il Codice.

Prima di procedere con la nostra umile osservazione e analisi, vorremo ringraziare il Prof Cavicchi perché, conducendoci passo per passo nello studio approfondito dei diversi contenuti, ci ha permesso di comprendere l’essenza del Codice. Egli, come un perito della sala settoria, isola e separa i vari blocchi:

- la professione medica, la titolarità del medico, la presenza o meno dei criteri di pertinenza del Codice;
- il malato e la relazione con lui;
- i rapporti con le altre professioni;
- l’epistemologia ossia “come fare ciò che si deve fare”.

Il tutto senza dimenticarne l’interezza! Ma soprattutto ponendo il quesito giusto che a quel che pare il Codice ha dimenticato di porre: quale medico? Un quesito che ci ha sgomentato perché implica che noi che non siamo ancora medici siamo già, come direbbe il prof Cavicchi, nostro malgrado inadeguati sul nascere nei confronti di quello che ci aspetta fuori dall’università; cioè non siamo ancora medici ma non siamo il futuro e meno che mai la risposta a quel quesito.

Per questo ci sentiamo in debito con il prof Cavicchi che ci ha fatto comprendere anche in modo spietato ma nello stesso tempo rigoroso il perché egli ritenga che “all’analisi, il nuovo Codice, risulta contraddittorio, regressivo e per questo non pertinente” (QS 31 maggio).

Noi abbiamo capito che il nuovo Codice colpisce certo anche chi è già occupato, o chi ha già intrapreso la sua carriera professionale, perché la tutela deontologica che offre loro è insufficiente, ma colpisce soprattutto con le sue inadeguatezze il nuovo, cioè noi giovani e il nostro futuro. Lo chiediamo a tutta la Fnomceo: ma quale professione pensate di consegnarci? Quali problemi che avreste dovuto risolvere voi, che siete già nel mondo del lavoro, ci state scaricando addosso? E perché? Quale professione avremo se la professione è prima di tutto così poco compresa dalla deontologia e così impoverita nelle sue prospettive e nelle sue prerogative?

Capirà, signor direttore, che il nostro riferimento va a quel principio di responsabilità che noi giovani abbiamo adottato in pieno ma che ci fa venire il sospetto che chi è più anziano non abbia capito, dal momento che con i suoi limiti progettuali sta ipotecando il futuro della nostra professione attraverso un mercato del lavoro incerto, una professione mal definita, una pratica medica ormai concepita prima di tutto come compatibile con i problemi della gestione e solo dopo con i bisogni dei malati.

Analizzando il Codice abbiamo notato che la realtà che affronteremo un dì non avrà nulla a che vedere con la vecchia realtà descritta negli articoli del Codice, ci troveremo dunque, in una realtà in cui saremo obbligati a fronteggiare problematiche che il Codice non considera. Saremo obbligati, e questo senza che nessuno ci possa istruire, ad adeguarci al nuovo e alla sua complessità ma sempre restando dipendenti da vecchie modalità riduzioniste. Per il prof Cavicchi, l’aggiornamento del nuovo Codice (perché secondo lui è un restyling e non una riforma) non considera i cambiamenti importanti della medicina e della sanità, pertanto l’idea che traspare è di una professione medica regressiva.

La titolarità del medico è presentata decontestualizzata e teorica; essa non riesce a soddisfare le nuove richieste e i mutamenti necessari che la società richiede a gran voce e non garantisce a noi, futuri medici, l’autonomia necessaria e la responsabilità per essere i medici del terzo millennio in grado di mediare tra principi, valori e realtà e i fini della medicina con i mezzi della sanità.

Se non saremo in grado di mediare tra i fini medici e la realtà, come potremo noi essere e sentirci medici? Senza autonomia e quindi libertà, potremo noi continuare ad essere responsabili? Secondo Mario De Caro (filosofo della morale e docente presso la Facoltà di Roma Tre coinvolto proprio a Torino in una iniziativa organizzata dall’Ordine alla quale abbiamo partecipato) “noi siamo responsabili per le nostre azioni solo nella misura in cui le compiamo liberamente...”.

Il prof Cavicchi insiste sul tema dell’autonomia e propone lo scambio con la responsabilità, ma il suo fine è in partecia quello di cui parla De Caro la libertà quale condizione per la responsabilità. Questa problematica, a noi pare, non solo non è affrontata dal codice che si limita a delle dichiarazioni di principio, ma per certi versi laddove è affrontata è affrontata in modo sbagliato (art 6) cedendo ai condizionamenti dell’economicismo della gestione. Il

che, noi che crediamo nel principio di responsabilità di Jonas, non vuol dire ignorare le ragioni della spesa e dell'economia, ma solo affrontare tali questioni in modo non subalterno e subordinato. L'autonomia si può usare anche per qualificare la spesa, rinunciare alla autonomia per ragioni di spesa è la morte della nostra professione. Attualmente pare che la nostre possibilità di scelta siano limitate a codici, linee guida, ed evidenze basate sulle prove di efficacia. Ovviamente sarebbe sciocco negare la loro importanza, ma la mancanza di autonomia comporta il venir meno della comprensione della complessità del reale e della nostra responsabilità, saremo dunque "automi irresponsabili convinti di essere liberi e responsabili..."

Per quanto riguarda il concetto di malato o persona assistita, ha ragione il prof Cavicchi il malato ormai si presenta da noi in ospedale, in ambulatorio, come colui che è "esigente" non più passivo bensì emancipato, partecipe, attivo, informato, ed egli stesso "chiede e richiede un altro tipo di medico e di approccio clinico".

Sia il nuovo malato che l'economicismo condizionano tanto il concetto di autonomia del prof Cavicchi quanto quello di libertà responsabile del prof De Caro, il tutto ormai impregnato in un'atmosfera di contenzioso legale e medicina difensiva. Altra questione è quella della relazione . Può essere che l'unica vera relazione con il malato sia quella legale? Può essere che ancora non siamo in grado di ripensare la professione dentro dei comportamenti quindi delle deontologie ripensate a loro volta nella relazione? Possiamo dare alla relazione ancora la giusta importanza? E ancora a breve verrà richiesto, a noi giovani medici, di co-evolvere con le altre professioni senza il doversi barricare dietro a rigide competenze. Saremo in grado di farlo? Non ci resta che sperare nella sua attuabilità mentre si sta consumando un conflitto interminabile con gli infermieri al quale nessuno pare voglia porre rimedio.

Concludiamo con la speranza che le nostre osservazioni possano essere accolte e capite ma soprattutto chiediamo scusa della lunghezza della lettera, ciò è dovuto al fatto che l'argomento è alquanto ricco ed elaborato e le idee e le menti che vi hanno partecipato sono state numerose.

Ma prima di concludere vorremmo ricordare attraverso il "gesto deontologico" che il prof Cavicchi ha fatto con la sua lettera aperta, e che convintamente facciamo nostro un altro famoso "gesto deontologico" che nel 1972 ha fatto storia e il cui autore fu Giulio Maccacaro (stiamo preparando l'esame di "sanità pubblica") quando ha scritto una lettera all'ordine dei medici di Milano con la quale denunciava un ordine professionale apertamente "regressivo" se non "repressivo" nei confronti dei medici che volevano rinnovarsi nelle idee, nella scienza e nella pratica.

Noi ci rivolgiamo al presidente Bianco per chiedergli di prendere in mano la cosa, di adoperarsi perché nelle facoltà di medicina sia insegnata la deontologia e che la deontologia da insegnare sia all'altezza delle sfide che ci attendono, ma soprattutto chiediamo al presidente Bianco di difendere le future generazioni di medici impedendo prima di tutto che si scarichi su di loro i problemi che questo codice mostra di non saper governare.

Eleonora Franzini Tibaldeo

Studentessa in Medicina

Gastroenterologia. Aigo: "Possibili 180 mln di risparmi migliorando le cure"

In occasione dei propri stati generali l'Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti digestivi ospedalieri segnala che è possibile risparmiare 158 mln ricoverando i pazienti con malattie digestive nei reparti di gastroenterologia e non inappropriatamente in altri. Inoltre, applicare le cure migliori in gastroenterologia consentirebbe ulteriori 25 mln di risparmio.

Si può conseguire un risparmio di oltre 158 milioni di euro all'anno grazie al ricovero dei pazienti con malattie digestive in unità di gastroenterologia invece che in reparti di medicina generale: è il messaggio positivo che lanciano gli specialisti dell'Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti ospedalieri (Aigo) in occasione degli stati generali dell'associazione, in programma a Marsala in Sicilia dall'8 al 10 giugno.

Un risparmio molto significativo che nasce dalla constatazione, emersa dall'analisi dei dati contenuti nel Libro bianco della gastroenterologia italiana, che solo il 9% dei pazienti con malattie digestive è ricoverato in unità gastroenterologiche e che in unità operative di medicina generale la degenza media è di circa tre giorni più lunga. Poiché i ricoveri in medicina per queste malattie sono 211.402 all'anno, il numero delle giornate di ricovero sovrabbondanti, e quindi "sprecate", è circa 634.206. Fissando un costo medio della giornata di ricovero pari a 250 euro, emerge un risparmio possibile quantificabile in 158.551.500 euro all'anno. Un primo passo in questo senso potrebbe essere compiuto se i pazienti fossero indirizzati sin da subito verso gli ambulatori afferenti alle unità di gastroenterologia presenti sul territorio.

Questo è uno dei temi centrali affrontati nel corso degli stati generali Aigo a Marsala, a cui partecipano cinquanta gastroenterologi in rappresentanza di tutte le sezioni italiane. Oltre all'importante richiesta di indirizzare i pazienti sofferenti patologie digestive sempre allo specialista dedicato, il gastroenterologo, al centro del dibattito vi è anche l'esigenza di una migliore allocazione delle risorse sanitarie e si terrà un confronto sull'esperienza di ogni singola regione alla ricerca di un modello di efficienza.

Come sottolineato da **Antonio Balzano**, presidente Aigo: "Per ottenere risparmi in sanità non è possibile operare tagli orizzontali, semplicemente indicando un limite di spesa che non può essere superato o un budget massimo che può essere speso per acquistare una fornitura o erogare una prestazione. Ciò che è necessario è spendere meglio i fondi disponibili: il possibile risparmio di 150 milioni di euro che abbiamo rilevato ne è la prova. Per conseguirlo, infatti, è sufficiente l'appropriatezza delle cure, cioè affidare un paziente che soffre di patologie digestive al suo specialista di elezione, il gastroenterologo".

"Inoltre – ha continuato Balzano – riteniamo importante che si avvii un processo di redistribuzione territoriale dei posti letto dedicati alla gastroenterologia e che si definisca un percorso per il paziente affetto da malattie dell'apparato digerente, declinato per livelli di complessità clinica e procedurale. Infine, è prioritaria l'organizzazione di una rete dell'emergenza gastroenterologica, che associ a ogni Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) un'unità di gastroenterologia. In Italia oggi, invece, vi sono 174 unità di gastroenterologia a fronte di 351 DEA attivi".

Inappropriatezza delle cure

Gli specialisti dell'Aigo, inoltre, rilevano che le prestazioni endoscopiche sono l'ambito in

cui si concentrano i maggiori sprechi: infatti, circa il 30% delle oltre 1.710.000 prestazioni endoscopiche effettuate ogni anno è inappropriata. In particolare il 15% di queste prestazioni in pazienti ricoverati è inutile. Anche in gastroenterologia, quindi, sono stati identificati ambiti di possibile miglioramento. In particolare, in questa specialità è evidenziata la necessità di eliminare tutte le terapie e i trattamenti inappropriati, cioè quelli che non sono i più efficaci o che non sono previsti dalle linee guida internazionali. In questo modo si stima sarebbe possibile risparmiare oltre 25.352.482 euro all'anno.

Secondo i dati del Libro bianco della gastroenterologia italiana, infatti, nelle unità di gastroenterologia il tasso dei ricoveri inappropriati è il 25,5% degli oltre 56.900 effettuati all'anno. Se si considera che queste 14.530 ospedalizzazioni hanno una durata media di sette giorni, è stato calcolato che sarebbe possibile risparmiare oltre 101.400 giorni di ricovero inutili per una spesa di più di 25 milioni di euro.

Tra le proposte allo studio dei gastroenterologi per fare fronte a questo problema vi sono un ampliamento dei servizi e dei trattamenti da erogare in day hospital e la creazione di servizi di terapia domiciliare.

I gastroenterologi in Italia

Per poter attuare queste forme di risparmio è necessario, tuttavia, poter disporre di un numero sufficiente di gastroenterologi. Purtroppo - denuncia Aigo - oggi questi specialisti sono meno del necessario: secondo i dati del censimento Aigo in Italia sono operativi 1425 gastroenterologi ed endoscopisti mentre per le sole prestazioni endoscopiche ne sarebbero necessari ben 1224. Viene rilevato, inoltre, che secondo stime dell'associazione entro il 2020 in Lombardia e in Piemonte saranno pensionati il 44% dei gastroenterologi senza essere sostituiti.

Si tratta di un numero "insufficiente", anche per gli stessi obiettivi fissi dal Sistema sanitario nazionale, e pari a solo un decimo di quanto effettivamente necessario.

Secondo i dati del Libro bianco della gastroenterologia, infatti, le malattie dell'apparato digerente costituiscono la causa del 10% di tutti i ricoveri necessari per patologie acute.

"Poiché il Ssn ha fissato come obiettivo di dedicare alle patologie acute 3000 posti letto per milione di abitanti - conclude Aigo - risulta evidente che i posti letto in gastroenterologia dovrebbero essere 300 per milione e non gli attuali 34".

DOCTORNEWS33

Cali: nuovo codice nato vecchio, non affronta conflitto d'interesse

«In Italia manca una legge sulle lobby e manca un codice deontologico che impedisca a chi rappresenta istituzionalmente i medici di sedere al Parlamento. Anzi, nel nostro Paese, si diventa politici perché si è presidenti della Fnomceo o del collegio dei farmacisti o degli infermieri. E poi ci lamentiamo se ci considerano una "casta"». È l'aspro commento con cui Salvo Calì presidente del Sindacato medici italiani, terza forza della medicina di famiglia, al termine della Segreteria nazionale, boccia il nuovo Codice Deontologico, carente sul tema del conflitto d'interesse tra posti in politica e in professione. Ma ci sono altri punti di debolezza nella Carta, che Calì definisce "paleontologica", approvata da una maggioranza «espressione di un sistema ordinistico che fa fatica sia a difendere i camici bianchi che a

proporsi come bastione della tutela del diritto alla salute dei cittadini». Intanto, manca la questione di genere; poi, non è stato bene inserire l'obbligo di polizza Rc per medici e dentisti. E ancora, male hanno fatto i 106 presidenti a precisare le competenze del medico (all'articolo 3, dove si fa riferimento agli insegnamenti universitari): «Sembra un riflesso condizionato della paura della concorrenza del mondo infermieristico: un atteggiamento evidentemente o inconsciamente difensivistico». Il problema chiave però sta a monte, il mondo medico non è adeguatamente rappresentato. Per Cali, sedere nel contempo in parlamento e al vertice di una rappresentanza professionale, come avviene per il leader Fnomceo Amedeo Bianco che è anche senatore, non aiuta a crescere insieme società e professionisti. «Negli Usa (patria del lobbismo, ndr) non esiste un congressista che sia allo stesso tempo a capo di un'organizzazione sindacale». Il conflitto d'interesse vale pure per l'Enpam, «dove il processo che ha portato al nuovo statuto (nella forma e nei contenuti) è sulla falsariga di quanto avvenuto in ambito ordinistico: (fare finta di) cambiare tutto per non cambiare niente. D'altronde l'Ente previdenziale dei medici non è eletto direttamente dai medici, come avviene per esempio con gli avvocati, ma dagli stessi consigli degli ordini».

Bonora, neopresidente Sid: potenziare Fad, rapporti con Istituzioni e fondi ricerca

Al termine del 25° Congresso nazionale della Società italiana di diabetologia (Sid), da poco concluso a Bologna, è stato nominato presidente in carica per il biennio 2014-2015 **Enzo Bonora**, ordinario di Endocrinologia all'Università di Verona. Tre le direttrici principali sulle quali il neopresidente intende muoversi: aumentare l'offerta formativa ai diabetologi, migliorare il rapporto con le Istituzioni e potenziare la raccolta dei fondi per la ricerca in diabetologia. «Puntiamo ad aumentare il ventaglio delle possibilità di diffusione delle conoscenze della nostra disciplina, specie con la formazione a distanza (Fad) che può consentire di raggiungere migliaia di persone» afferma Bonora. «Non ci rivolgeremo solo ai diabetologi, ma a tutte le competenze professionali che debbano gestire la malattia in qualsiasi contesto di comorbilità: infermieri, dietisti, nutrizionisti e, ai fini della gestione condivisa del diabete tra cure primarie e secondarie, ai medici di famiglia». Riguardo al secondo obiettivo, il presidente Sid evidenzia la necessità, nell'attuale momento di riorganizzazione delle cure primarie e di attivazione del piano nazionale diabete, «di una partecipazione sempre più attiva e costruttiva con le Istituzioni (dal ministero della Salute all'Agenzia regionale dei farmaci, dagli Assessorati regionali sanitari fino alle stesse direzioni generali e sanitarie delle Usl) acquisendo strumenti e capacità dialettiche per trattare messaggi complessi in modo che siano fruibili per l'interlocutore» ossia il decisore e il pagatore. Quanto alla ricerca sul diabete, scarsamente finanziata dallo Stato e poco 'attraente' per la donazione spontanea, diretta spesso alle malattie cardiovascolari (che di frequente traggono substrato proprio dal diabete), Bonora specifica che «la nostra azione si esplicherà attraverso due modalità: la Fondazione Diabete Ricerca che già da tempo finanzia molte ricerche, e da quest'anno la tecnica del crowdfunding, ovvero la richiesta di piccolissime somme individuali via Internet da investire su obiettivi specifici». Quali sono invece i "rischi" per la diabetologia italiana che occorre combattere? «Bisogna evitare che sia depotenziata la rete delle strutture diabetologiche stabilita dal piano nazionale, come purtroppo a volte si tende a fare a livello locale. Inoltre, nella revisione delle cure primarie, occorre rendere corresponsabili specialisti e generalisti nella gestione comune del paziente con diabete dal momento della diagnosi tramite una condivisione costante di dati clinici su base telematica». È una strada avviata da poco, conclude Bonora, ma su cui bisogna agire

con molta decisione.

SOLE24ORE/SANITA'

Proseguono al Senato le audizioni sull'omnibus Lorenzin. La settimana in Parlamento

In aula alla Camera è previsto per tutta la settimana il dibattito sul provvedimento n. [2365](#) – «Conversione in legge del decreto-legge 12 maggio 2014, n. 74, recante misure urgenti in favore delle **popolazioni dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto** e dai successivi eventi alluvionali verificatisi tra il 17 ed il 19 gennaio 2014, nonché per assicurare l'operatività del **Fondo per le emergenze nazionali**» (da inviare al Senato – scadenza: 11 luglio 2014) e la discussione sulle linee generali generale del disegno di legge S. [1465](#) «Conversione in legge del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 , recante **misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale**» (approvato dal Senato – Scadenza: 23 giugno 2014).

In aula al Senato c'è il Ddl n. [1479](#) «Decreto-legge n. 73, **proroga gestioni commissariali opere pubbliche**» (Voto finale entro l'11 giugno) (Scade l'11 luglio).

La commissione Affari sociali della Camera ha all'esame in sede consultiva il Dl 66/2014 «**Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale**. Deleghe al Governo per il completamento della revisione della struttura del bilancio dello Stato, per il riordino della disciplina per la gestione del bilancio e il potenziamento della funzione del bilancio di cassa, nonché per l'adozione di un testo unico in materia di contabilità di Stato e di tesoreria» (seguito esame C. [2433](#) Governo, approvato dal Senato rel. Casati) e il provvedimento «Ratifica ed esecuzione della Convenzione sulla competenza, la legge applicabile, il riconoscimento, l'esecuzione e la cooperazione in materia di **responsabilità genitoriale e di misure di protezione dei minori**, fatta all'Aja il 19 ottobre 1996, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno» (seguito esame C. [1589](#) Governo rel. Scuvera).

In sede referente c'è il provvedimento su «Disposizioni in materia di assistenza in favore delle **persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare**» (esame C. [698](#) Grassi, C. [1352](#) Argentin e C. [2205](#) Miotto – rel. Carnevali) e in sede legislativa quello su «Disposizioni in materia di **utilizzo del corpo post mortem** a fini di studio e di ricerca scientifica» (seguito discussione testo unificato C. [100](#) Binetti, C. [702](#) Grassi e C. [1250](#) Dorina Bianchi – rel. Grassi)

La commissione Igiene e Sanità del Senato prosegue le **audizioni** sul Ddl [1324](#) (norme varie in materia sanitaria, **l'omnibusd Lorenzin**). Questa settimana è la volta di: Coordinamento nazionale associazioni delle professioni sanitarie (**Conaps**), Associazione italiana di oncologia medica (**Aiom**), Associazione italiana di radioterapia oncologica (**Airo**), Società italiana di ematologia (**Sie**) .

Prosegue poi l'esame degli **atti preparatori alla legislazione comunitaria** con l'esame dell'Atto comunitario [246](#) (questioni scientifiche relative a **prodotti alimentari**) - Rel Bianconi.

In sede referente è previsto l'esame del Ddl [998](#) (**screening neonatale**) . Rel: Aiello, mentre tra le procedure informative c'è l'**indagine conoscitiva caso Stamina** con il seguito dell'**audizione del ministro della Salute, l'interrogazione n. 3-00972**, della presidente De Biasi, sulla **cessione dal pubblico al privato dei brevetti relativi a sperimentazione sull'Hiv** e l'**audizione** di rappresentanti dello **Stabilimento Chimico farmaceutico di**

Firenze.

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