

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 13 GENNAIO 2015

LA NUOVA SARDEGNA

PORTO TORRES La Asl ha cambiato idea, gli uffici restano in città Il commissario Sussarellu ha disposto la riapertura dei servizi decentrati Anche Odontoiatria e Otorinolaringoiatria saranno trasferiti ad Andriolu

La direzione dell'Asl di Sassari conferma gli impegni assunti a suo tempo con l'amministrazione comunale per il trasferimento degli uffici amministrativi decentrati dell'Azienda sanitaria nel poliambulatorio di Andriolu. Il trasferimento si completerà entro la prossima settimana, come riporta una nota ufficiale Asl, dopo che il nuovo commissario Agostino Sussarellu ha preso atto degli accordi presi col Comune: ha sollecitato gli uffici competenti a riprendere rapidamente le attività di trasferimento di alcuni servizi temporaneamente sospesi dopo la chiusura del presidio di via delle Terme. Dalla prossima settimana ritorneranno dunque operativi anche gli sportelli ticket, Sau e scelta e revoca del medico, e verrà inoltre ripristinato il servizio di Oculistica. Una notizia positiva che non può che tranquillizzare i migliaia di utenti che fanno affidamento proprio sulla presenza in città di questi servizi e ambulatori, per non affrontare viaggi verso le strutture pubbliche e private di Sassari. Il commissario Sussarellu, assicura la nota aziendale, ha anche sollecitato i lavori di adeguamento di alcuni locali dell'ala sud del poliambulatorio che dovranno ospitare altri servizi ambulatoriali, tra i quali Otorino e Odontoiatria. Un giro di vite improvviso che ridà dignità alla sanità cittadina, il più delle volte trascurata nonostante il Comune avesse messo a disposizione gratuitamente da anni l'ex carcere mandamentale (mai entrato in funzione) per ospitare una moderna cittadella sanitaria. C'è voluta invece la chiusura improvvisa della sede di via Delle Terme, più volte dichiarata inidonea, per mettere in moto quel trasferimento che doveva avvenire diversi anni fa, con una coda antipatica che i cittadini stanno pagando ancora a caro prezzo per i ritardi rispetto a quanto previsto. Nell'immobile in regione Andriolu sono attualmente presenti il punto Prelievi, Servizio pazienti Tao, Cardiologia,

Chirurgia, Diabetologia, Dermatologia, Neurologia, Ortopedia e Urologia. Oltre all'attivazione del nuovo punto del Centro unico di prenotazione, che prima funzionava in via delle Terme. Scongiurato il trasferimento dei servizi decentrati nei locali sassaresi di via Tempio, è necessario comunque non abbassare la guardia e provvedere a far ritornare altri servizi importanti (Radiologia e Fisiatria) visto che nella struttura periferica ci sono ancora numerose stanze vuote a disposizione. Nel frattempo, però, l'Asl attende che anche l'amministrazione comunale renda fruibili i locali di piazza Garibaldi che dovranno accogliere il Centro di igiene mentale. Il commissario Agostino Sussarellu convocherà a breve un incontro con il sindaco Beniamino Scarpa per fare il punto sugli impegni presi dalla direzione generale a favore della comunità portotorrese.

OLBIA Tecleme ai sindaci riuniti: io ottimizzo, non chiudo Tutti presenti i 26 primi cittadini galluresi per l'incontro dei distretti con l'Asl Il commissario: non vorrei che le aspettative fossero troppo lontane dalla realtà

Nella riunione congiunta dei due distretti sanitari di ieri si è compiuto un piccolo miracolo: all'incontro con il commissario della Asl 2, Paolo Tecleme, erano presenti tutti e ventisei i sindaci della Gallura, un fatto accaduto molto raramente, anche in occasioni molto importanti. Quello nella sede dell'azienda sanitaria, nonostante l'argomento spinoso, si è rivelato un confronto sereno. «La Giunta con la nomina dei commissari ha voluto avviare un nuovo ciclo lavorativo che dovrà dare un volto differente alla sanità regionale: il mio mandato è quello di delocalizzare e ottimizzare i servizi; nulla verrà chiuso, ma tutto verrà riorganizzato. Il paziente e il cittadino non si dovranno render conto di nulla, se non del miglioramento dei servizi offerti». In questi termini il commissario Paolo Tecleme ha accolto la platea dei sindaci, convocati dai presidenti dei due comitati dei distretti sanitari di Olbia e Tempio Pausania, Antonio Satta e Romeo Frediani. Durante il partecipato incontro il manager della Asl ha illustrato ai sindaci e al commissario della provincia, Giovanni Carta, il fulcro del suo mandato: «Ci troviamo dinanzi a scenari nuovi – ha detto Tecleme –: il nostro territorio ha una popolazione anziana estesa e malattie croniche sempre più frequenti. Dinanzi a queste prospettive dobbiamo utilizzare modelli organizzativi nuovi che mettano il cittadino al centro della nostra programmazione, la quale deve esser fatta sulla base di una conoscenza delle sue esigenze; della nostra popolazione dobbiamo conoscere la situazione socio-sanitaria. Solo attraverso la conoscenza approfondita dei nostri cittadini saremo in grado di stimare, anticipandoli, i bisogni e saremo quindi in grado di offrire una sanità adeguata alle reali esigenze della popolazione». Futuro dell'offerta ospedaliera e territoriale, l'integrazione del servizio offerto dalle Asl con la nascente Azienda regionale per l'emergenza-urgenza Sardegna (Areus); il futuro delle Residenze sanitarie e la riabilitazione; finanziamenti per l'edilizia ospedaliera ma anche per quella tecnologica: sono questi alcuni dei temi

affrontati durante l'incontro tra gli amministratori. «Ho una grande preoccupazione – ha ammesso Teclame, rivolto ai sindaci –: non vorrei che le aspettative del territorio fossero troppo lontano dalla realtà. È necessario conoscere e condividere i parametri ispiratori delle norme nazionali e regionali, il tutto a tutela della salute della popolazione. Tra gli obiettivi da perseguire – ha rassicurato – ci sarà quello di portare avanti un progetto ambizioso, che passerà per l'Atto aziendale, ma anche per l'emissione di nuove linee guida e nuove dotazioni organiche, affinché ciascun servizio sia adeguatamente dimensionato per funzionare correttamente».

L'UNIONE SARDA

REGIONE Proposta di Perra (Commissione salute) **«Patologie croniche, i registri»**

«Subito i registri delle patologie croniche per aggiornare al più presto il Piano sanitario regionale. Una priorità che non avrà solo una valenza epidemiologica ma aiuterà a capire dove c'è più bisogno di interventi a livello territoriale», spiega Raimondo Perra (Psi), presidente della sesta commissione Salute del Consiglio regionale sul sito Sardegnamedicina.it. Un passaggio verso il forum sulla salute e le politiche sociali, evento nato dalla collaborazione fra Consiglio regionale e Giunta che l'esponente di Sardegna Vera annuncia per i primi mesi del 2015, «una giornata di studio e condivisione durante la quale la Regione si confronterà con i vari attori che operano quotidianamente sulla scena: specialisti, ordine dei medici, società scientifiche e associazioni».

Un appuntamento che metterà in evidenza luci e ombre della sanità in Sardegna, in modo particolare sul fronte delle patologie croniche. Per la sclerosi multipla, ad esempio, Perra pone l'accento sulle lacune dell'assistenza: «La Sardegna è una delle regioni con la più alta incidenza al mondo di persone affette da Sclerosi multipla. Non possiamo permetterci di trattarla come una malattia qualunque o come lo si farebbe in altre parti del Paese. Dobbiamo essere al fianco dei malati e delle loro famiglie. Alcune zone sono lontane dai centri oggi esistenti, dobbiamo risolvere l'assenza in Gallura e in provincia di Oristano. Dobbiamo evitare le ospedalizzazioni inutili e cercare di garantire un buon tenore di vita a chi è affetto da malattie neurodegenerative».

Brotzu, favorita Pintus Dopo la rinuncia di Lenzotti

La nomina del nuovo commissario dell'ospedale Brotzu non è nell'ordine del giorno ufficiale della Giunta Pigliaru, convocata per le 9 di oggi (neppure nell'odg suppletivo apparso sul sito web della Regione). Ma secondo indiscrezioni circolate in serata è possibile che l'assessore alla Sanità Luigi Arru ridiscuta oggi con i colleghi la sostituzione di Giorgio Lenzotti, commissario designato un mese fa che poi ha rinunciato per motivi personali.

Sempre stando alle voci non ufficiali, per la poltrona forse più ambita della sanità sarda la favorita sarebbe adesso Graziella Pintus. L'ex manager dell'Asl di Lanusei (ora direttore sanitario all'ospedale marino di Cagliari) avrebbe superato Giovanni Maria Soro, che fino a qualche giorno fa sembrava avere la nomina in pugno. A penalizzare il manager bocconiano sarebbe la sfiducia ricevuta il mese scorso dal cda del Pio albergo Trivulzio di Milano, dov'era direttore generale. Sul suo nome, poi, Arru e Pigliaru avevano registrato il netto dissenso di Sel, che pur non avanzando proprie proposte chiede che sui commissari ci sia condivisione generale. Su Pintus, invece, i vendoliani non hanno fatto obiezioni.

ALGHERO Ospedale nuovo, si decide a febbraio **L'emergenza Sanità approda in Consiglio**

L'emergenza sanità approda in Consiglio comunale tra i fanatici del nuovo ospedale a tutti i costi e chi invece si accontenta di migliorare l'esistente. A febbraio è prevista una assemblea civica aperta per discutere delle croniche carenze delle due strutture cittadine.

Il sindaco Mario Bruno ha già fatto sapere che per la cittadella sanitaria nuova di zecca servirebbero non meno di 80 milioni di euro, mentre con una trentina di milioni si potrebbe creare una nuova ala all'ospedale Civile realizzando una piattaforma tecnologica in cui accorpate le sale operatorie. «Ritengo che la costruzione del nuovo ospedale rappresenti un grande passo verso il futuro della sanità locale», commenta Giampietro Moro della lista Sinistra Civica. L'esponente di maggioranza non rifiuta però l'ipotesi di dirottare i finanziamenti disponibili nell'ammodernamento dei vecchi ospedali. «Credo che ogni amministrazione debba sempre puntare al massimo per riuscire ad ottenere almeno un'alternativa soddisfacente».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Bianco, Mandelli e Silvestro. La “svolta” di Cantone: “Incompatibilità solo per gli 'amministratori' e comunque la decisione spetta al Parlamento e non all'Anac”

Con una nuova delibera l'Authority torna sul tema. Eventuali incompatibilità vanno accertate “non dall'Autorità nazionale anticorruzione, ma dalla Giunta delle elezioni del Senato e della Camera”. E poi chiarisce come in ogni caso esse riguardino solo gli "amministratori" degli enti e che "non si estendono alle funzioni pubbliche elettive negli organi costituzionali di rappresentanza politica dello Stato a livello nazionale".

Colpo di scena nella vicenda dei “tre presidenti/senatori”. Con una nuova delibera datata 9 gennaio l’Authority anti corruzione si lava di fatto le mani dalla decisione di stabilire “le cause di incompatibilità tra il mandato parlamentare e lo svolgimento di cariche di natura elettiva ricoperte all’interno degli ordini professionali”. Secondo la nuova delibera esse “devono essere accertate non dall’Autorità nazionale anticorruzione, ma dalla Giunta delle elezioni del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, ai sensi della normativa vigente in tema di incandidabilità, ineleggibilità e incompatibilità”.

Ma non basta l’Authority presieduta da **Raffaele Cantone** di fatto “anticipa” il suo parere sulla vicenda sottolineando che le attuali incompatibilità sono riferite solo a incarichi “amministrativi” negli ordini e che “non si estendono alle funzioni pubbliche elettive negli organi costituzionali di rappresentanza politica dello Stato a livello nazionale”.

Ma come si è arrivati a questa conclusione che in qualche modo conferma quanto scrivevamo il 7 dicembre scorso? Lo spiega la stessa Authority sottolineando per l’appunto come “il decreto legislativo n. 39/2013 stabilisce l’incompatibilità di coloro che, all’interno di un ente pubblico, svolgono incarichi amministrativi di vertice, di amministratore, nonché incarichi dirigenziali. Tuttavia, le incompatibilità previste da tale norma non si estendono alle funzioni pubbliche elettive negli organi costituzionali di rappresentanza politica dello Stato a livello nazionale”.

“Infatti – prosegue l’Authority - l’art. 11, primo comma del d.lgs. n. 39/2013 statuisce solo le incompatibilità tra gli incarichi “amministrativi” all’interno di enti pubblici e le cariche di governo, mentre le incompatibilità previste dai successivi articoli e commi sul punto fanno riferimento soltanto alle funzioni pubbliche elettive eventualmente ricoperte a livello regionale e locale”.

A questo punto quindi non resta che attendere il parere della Giunta per le elezioni del Senato che, a quanto ci risulta, è già al lavoro e dovrebbe emettere il suo verdetto a breve.

■ [Delibera Anac del 9 gennaio 2015 su incompatibilità](#)

La “battaglia” sul comma 566. Massimo Cozza (Fp Cgil Medici): “È stato un errore. Ma ora basta con i balletti delle responsabilità”

La misura “tenta di ridefinire le nuove competenze. Ma lo fa in modo confuso”. “Valorizzare le diverse professionalità rappresenta un'opportunità”. Ma occorre “chiarezza delle responsabilità, sia delle funzioni assistenziali sia dei singoli atti diagnostici e terapeutici nell'ambito dell'unitarietà del percorso clinico diagnostico-terapeutico”.

“L’introduzione nella legge di stabilità del [comma 566](#) che tenta di ridefinire, in modo confuso, le competenze in sanità, senza sentire tutti gli attori coinvolti,

rappresenta un errore che rischia di dividere il mondo professionale sanitario, a danno di tutti. Per quanto ci riguarda, con coerenza, torniamo a ribadire che le diverse figure professionali, a partire dal medico, devono concorrere alla tutela della salute avendo come stella polare i bisogni del paziente in un quadro sempre più innovativo nei processi di assistenza”. Lo afferma in una nota **Massimo Cozza**, segretario nazionale Fp Cgil Medici, che interviene nel dibattito sulle nuove competenze per le professioni sanitarie.

“Il cambiamento – sottolinea - , già in fase avanzata nei paesi anglosassoni, riconosce alle diverse professionalità sempre maggiori competenze – intese come conoscenze, abilità e comportamenti - sulla base di percorsi formativi ed abilitativi, in una organizzazione più funzionale ai bisogni del paziente”.

Per Cozza quindi “l’affidamento condiviso a diverse figure professionali sanitarie di specifici atti nell’ambito della diagnosi e della cura, con una definizione chiara delle responsabilità, non può che migliorare l’appropriatezza e rappresenta una opportunità, purché l'utilizzo alternativo di alcune professionalità non abbia il solo fine del risparmio a danno dell'appropriata assistenza ai cittadini”.

“Si devono implementare le competenze – conclude - e valorizzare le diverse professionalità nella chiarezza delle responsabilità sia delle funzioni assistenziali (infermiere) sia dei singoli atti diagnostici e terapeutici (le diverse professionalità sanitarie) nell'ambito dell'unitarietà del percorso clinico diagnostico-terapeutico (medico), avendo come stella polare la salute dei cittadini. Su queste linee chiediamo che il Governo e le Regioni pongano fine al confuso balletto delle responsabilità e riaprano subito la stagione contrattuale, ferma da sei anni”.

Ancora sul comma 566. Il vero “delitto” è che per gli infermieri tornerà il "mansionario" di Ivan Cavicchi

La responsabilità è di Regioni, Ipasvi e sindacati, con la complicità del ministero della Salute. Gli scopi di questa vera e propria “controriforma” rispetto alla “vecchia”, e mai applicata appieno, legge 42 sono quelli, da un lato (Regioni e Governo) di risparmiare sul costo del lavoro e dall’altro (Ipasvi e sindacati) di provare a nascondere il loro fallimento strategico

Quello che ho letto fin qui sul comma 566 mi basta per sciogliere la riserva dell’epochè ed esprimere la mia opinione. Come di fronte ad un delitto misterioso vorrei partire però non dai *motivi* di questa norma ma dai *moventi* di coloro che la vogliono a tutti i costi.

I *moventi* riguardano principalmente tre soggetti : Regioni, Ipasvi e sindacato. Come chiunque di noi sa l’iniziativa sulle competenze avanzate è stata presa ormai 3 anni fa da alcune Regioni (non da altri...), con delle motivazioni radicalmente difformi quindi per nulla sovrapponibili a quelle che hanno indotto l’Ipasvi e i sindacati del comparto ad accordarvisi ad assecondarle e a sottoscriverle. Siamo di fronte ad un gioco reciprocamente strumentale che definirei di “*cooperazione paradossale a retroazione incerta*” in cui le Regioni e il Governo si sono serviti

dell'Ipasvi e dei sindacati e il contrario ma con *moventi* radicalmente diversi :

- per le Regioni e il Governo si tratta di risparmiare in tutti i modi possibili e per farlo hanno bisogno di rendere flessibile ciò che ora non lo è e di avere le mani libere sul terreno dell'uso del lavoro professionale;

- per l'Ipasvi e il sindacato si tratta di sopravvivere come gruppo dirigente che, dopo quasi 20 anni di potere incontrastato, si presenta ai suoi iscritti con un bilancio oggettivamente disastroso. Essi si trovano a dover fronteggiare una *crisi profonda della professione* di cui sono coautori dal momento che non sono riusciti ad attuare la riforma della professione sancita con la Legge 42/99.

Attraverso il comma 566 l'Ipasvi e il sindacato riempiono un vuoto strategico che se non fosse riempito li mostrerebbe ai propri iscritti del tutto delegittimati cioè completamente privi di proposte per governare la crisi delle professioni che rappresentano. In cambio essi riconoscono alle Regioni di fatto il potere di accrescere enormemente il grado di discrezionalità delle loro politiche nell'impiego delle professioni tutte e quindi accettano egoisticamente di svendere il patrimonio di famiglia incuranti delle conseguenze.

In cosa consiste l'intesa, cioè la *cooperazione paradossale a retroazione incerta*?
Sostanzialmente in tre punti:

- *contro riformare con un accordo la legge 42* vale a dire usare il comma 566 per aggirare una legge del Parlamento con lo scopo di tornare alla mansione quale postulato base per contro definire il lavoro dell'infermiere. Mentre la L. 42 proponeva un profilo superando la mansione quale porzione del compito, il comma 566 propone di decostruire il profilo andando dal compito alla mansione. Le espressioni "*competenze avanzate*" o "*competenze specialistiche*" o ancora "*atti semplici*" sono modi eufemistici per riattualizzare l'idea di mansione. *Atto, mansione, operazione* sono praticamente la stessa cosa cioè sono "*pezzetti*" di un processo scorporabili dal processo. L'accordo sulle competenze avanzate soprattutto per le Regioni è giocato sul terreno della *redistribuzione*" di singoli atti o mansioni o operazioni tra la professione medica e quella infermieristica e tra questa e altre figure professionali e il contrario... arrivando ,se il caso, fino alle badanti (delibera Emilia Romagna);

- *creare condizioni favorevoli alla massima flessibilità dell'impiego di mano d'opera professionale* facendo corrispondere ad un gioco di demansionamento/rimansionamento , da una parte di qualcuno che costa di più e dall'altra di qualcun altro che costa meno, una divisione del lavoro ancor più divisa cioè più scomponibile quindi super tayloristica. Ai fini della flessibilità per forza di cose alla scomposizione del profilo professionale deve corrispondere una organizzazione del lavoro che consenta alle Regioni di avere le mani libere;

- compensare la questione del *profilo demansionato* vale a dire la mancata attuazione della L42 con una ipertrofia specialistica che da quello che si può capire ha tutte le caratteristiche della "*rincorsa alle tecniche*" (Cavicchi 2010). Va ricordato che le "*tecniche*" sono ovviamente fondamentali ma non possono da sole configurare l'identità professionale dell'infermiere pena la sua trasformazione da "*infermiere*" a "*tecnico di...*". Siccome in basso non si è riusciti a fare

dell'assistenza, la base fondante di una nuova professione, si sposta il tiro in alto sulle specificazioni specialistiche cioè su un'altra forma di frammentazione del profilo che si va ad aggiungere a quella incompiuta della L.43 (4 qualifiche) a quelle specialistiche già esistenti (4 qualifiche) a quelle che conseguiranno dalle "nuove aree di competenza" (?) e a quelle proprie alle operazioni di ri-mansionamento (?). La questione dell'assistenza che resta centrale e meriterebbe per questo un ripensamento radicale sembra risolta con un "generico" infermiere di famiglia. Questo è in contraddizione con le tendenze epidemiologiche che al contrario impongono di spostare l'asse degli interventi verso il luogo di vita delle persone, verso malati complessi, cronici, non autosufficienti per i quali l'assistenza molto più della tecnica è e resta la primaria risorsa. Questo sbilanciamento sulla specialistica costerà caro agli infermieri perché di fatto si introduce una discriminazione pesante tra coloro che resteranno gli infermieri demansionati di sempre e che sono la maggioranza e gli specialisti rimansionati ...che comunque saranno una parte minoritaria. I pochi anziché i tanti.

Deleuze, uno dei più importanti filosofi del xx secolo, sosteneva che un evento non è ciò che accade ma è in ciò che accade. L'evento vero quindi, che è nel comma 566, è il contro riformismo di coloro che rappresentano gli infermieri e che colpisce prima di tutto il loro progetto storico che è quello di riformare la professione a scala di categoria. *Cioè ne tanti ne pochi ma tutti in modi diversi.*

Questo inusitato autoritario contro riformismo deciso comunque da pochi sulla testa di tutti, delegittimando in modo subdolo con l'aiuto del ministero della Salute, una legge del Parlamento, pone un quesito strategico inquietante che da solo meriterebbe la convocazione straordinaria degli stati generali: se sino ad ora non si è riuscito ad attuare la Legge 42 abbiamo per caso fatto il passo più lungo della gamba? Cioè la nuova idea di infermiere è una idea possibile o un'idea impossibile? O al contrario questa idea è impossibile per questo quadro dirigente ma sarebbe possibile per un altro quadro dirigente? In sintesi che si fa? Si va avanti o si torna indietro?

L'Ipasvi spalleggiata dai sindacati del comparto appoggiando la controriforma della L42 senza un mandato congressuale si prende una grave responsabilità politica che alla categoria degli infermieri costerà cara.

Essa è come se sostenesse due cose:

- si è fatto il passo più lungo della gamba bisogna tornare indietro ...con ciò spiazzando un intero progetto di riforma ...ma anche alcune generazioni di infermieri...specialmente coloro che si sono presi con non pochi sacrifici una laurea che rischia così di essere inutile;

- per come sono andate le cose noi che dirigiamo la professione da quasi 20 anni non abbiamo nessuna responsabilità al riguardo...siamo stati semplicemente troppo ambiziosi...e i problemi degli infermieri vengono da una crisi più generale.. per cui non è colpa nostra...anzi siamo noi con il comma 566 i salvatori della patria.

L'analisi storica dei fatti dice il contrario: il passo che si è deciso di fare negli anni '90 era giusto e necessario anche se la Legge 42 non avrebbe dovuto essere considerata il punto di arrivo ma il punto di partenza, per cui quell'idea è possibile a condizioni di dare corso ad una nuova progettualità riformatrice rispetto alla quale

non vi è dubbio che l'attuale quadro dirigente della professione è oggettivamente inadeguato.

La mia opinione è che:

- non va bene che pochi decidono sui destini di molti in modo così radicale senza una esplicita autorizzazione democratica cioè senza uno straccio di consultazione per cui suggerisco una sospensione dell'accordo per consultare gli infermieri sulla strategia da adottare ...sospensione che per ovvi motivi...spetta agli infermieri chiedere con forza e in tutti i modi possibili;
- non va bene cancellare le leggi del parlamento con degli accordi spuri;
- sarebbe più saggio ma anche più logico mandare a casa coloro che dirigono la professione in funzione di un nuovo progetto riformatore anziché mandare al macero una intera categoria per permettere a chi ha fallito di sopravvivere ai propri fallimenti;
- il progetto da mettere in campo, diversamente dal comma 566, prima di ogni altra cosa deve essere dialettico cioè non passivamente subordinato all'economicismo delle Regioni e del Governo e quindi il più realistico possibile cioè non deve partire dai problemi della leadership ma da quelli reali degli infermieri che prima di ogni altra cosa sono di demansionamento, occupazionali e di sotto retribuzione.

Di proposte di riforma in questi anni ne sono state avanzate diverse, esse servono semplicemente a dimostrare che se qualcosa è impossibile per qualcuno non è detto che sia impossibile per tutti.

Io sono per andare avanti non per tornare indietro. E voi?

SOLE 24 ORE SANTA'

Lotta al fumo, Lorenzin: linea dura sui divieti e più prevenzione

Sono appena dieci anni, ma sembra passato un secolo. Il 10 gennaio 2005 veniva infatti emanato anche nel nostro Paese il divieto di fumo nei luoghi pubblici e, contrariamente alle aspettative, subito tutti - o quasi - si sono adeguati alle nuove restrizioni imposte dalla legge che porta il nome dell'allora ministro per la Salute, Girolamo Sirchia.

Nessuna sigaretta a scuola, negli ospedali, negli uffici. Sembrava impossibile immaginare pub, discoteche e caffè senza quella coltre fumosa, che faceva parte dell'immaginario di certi contesti ludici. Eppure, senza dubbio la legge ha funzionato. Ma non ci si può accontentare. Lo ha spiegato, dati alla mano il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. La lotta al fumo deve rimanere una priorità, perché cresce il numero di giovanissimi che si avvicinano alle sigarette, nonostante il divieto di vendita del tabacco ai minorenni. In questi dieci anni, in Italia i fumatori sono calati del 6,5% e il consumo di tabacco è sceso del 12,5%.

Lotta senza quartiere. Al di là però dei successi innegabili della legge 3/2003, resta assolutamente attuale l'impegno contro il fumo, che il ministro della Salute Beatrice

Lorenzin ha ribadito «una priorità dell'Italia e dell'Europa. Il fumo è infatti ancora oggi la prima causa di morte. In Italia muoiono per patologie fumo correlate circa 70mila persone l'anno e si registra la tendenza all'abbassamento dell'età in cui si giovani consumano la prima sigaretta, che è intorno agli 11 anni». Eppure, la vendita di tabacco ai minori di 18 anni in Italia è vietata. Ma i divieti nell'adolescenza servono a poco, bisogna agire su altri fronti. «C'è stata una fase dopo la legge Sirchia - ha rilevato il ministro - in cui fumare non era più di moda tra i giovanissimi, non lo si vedeva fare neppure nel mondo dello spettacolo, del cinema o in televisione, oggi tutto ciò sembra superato. Bisogna capire che questi sono campanelli d'allarme a cui mettere rimedio con una grande sensibilizzazione, perché non ci può essere indifferenza - ha concluso - quando si tratta dei minori».

Nuovi divieti in arrivo. Nel frattempo, in attesa dell'applicazione della direttiva europea sul tabacco 2014/40/UE, il ministero ha avviato nuove misure restrittive come il divieto di fumo nei plessi scolastici e loro pertinenze e negli ospedali. E faranno discutere i nuovi aspri divieti anti fumo. Sarà vietato fumare in auto alla presenza di minori, essendo ormai dimostrati i danni da fumo passivo soprattutto tra i giovanissimi, così come sarà bandita la sigaretta nei luoghi pubblici frequentati dai minori, come i parchi, gli stadi e le spiagge attrezzate. In discussione anche i divieti nei film e nelle serie televisive nazionali. «Le statistiche dicono che c'è stato un incremento importante tra i fumatori giovanissimi, in età 11-12 anni, e questo vuol dire che si è abbassato il livello di guardia e di consapevolezza anche di una stigmatizzazione del fumo». I prossimi provvedimenti antifumo saranno l'applicazione di immagini dissuasive sul 65% della superficie dei pacchetti di sigarette e il divieto di aromatizzare le sigarette per renderle più "attraenti" al palato e al naso del fumatore. La direttiva prevede anche l'identificazione e tracciabilità dei prodotti del tabacco per combattere il traffico illecito e il contrabbando.

Stili di vita vincenti. Per questo, a breve sarà presentata una nuova campagna di sensibilizzazione contro le sigarette. Tradizionali e non. Già, perché le "bionde" elettroniche hanno spopolato negli ultimi due anni proprio tra i ragazzi, spesso come prima scelta rispetto alla tradizionale sigaretta. Il cambiamento deve partire - gli scienziati lo ripetono come un mantra da anni - dagli stili di vita. E dunque, una nota ministeriale spiega che saranno trovate nuove forme di sensibilizzazione contro la pubblicità occulta, «cercando di attivare collaborazioni su base volontaria per evitare la diffusione di immagini vincenti, soprattutto tra i giovanissimi, legate al consumo di tabacco e all'abuso di alcol».

Legge di Stabilità, per i medici il regalo dell'indennità di esclusiva sbloccata. E per le Regioni il conto si fa più salato

Il paradosso di una legge di Stabilità che formalmente ha recepito il Patto per la salute, ma che di fatto ha imposto l'imperativo di tagli per almeno 4 miliardi, è

esemplificato dalle norme ambigue introdotte dalla manovra, in tema di personale. Che da una parte prorogano il blocco della contrattazione ma, dall'altra, impongono alle Asl (e quindi ai governatori) una extra-spesa dovuta allo scongelamento del peso massimo "indennità di esclusività". Un automatismo che riguarderà tutti i medici (e una fetta del comparto che però non grava sul bilancio aziendale) e di cui beneficerà soprattutto chi ha un'anzianità professionale di 15 anni.

Per la categoria dei camici bianchi, un "regalo" che «vale ben di più di un rinnovo - spiega l'esperto Stefano Simonetti - . Tornano a essere liberi da vincoli e congelamenti il tetto al trattamento economico ordinario (articolo 1), la definizione del trattamento economico complessivo del dirigente rispetto al predecessore (comma 2), l'ammontare dei fondi per il trattamento accessorio (comma 2-bis), le progressioni di carriera comunque denominate (comma 21). È vero, è stato deciso un altro anno di blocco della contrattazione; tuttavia, poter ricominciare a gestire i fondi contrattuali senza doverli ulteriormente decurtare e poter ricorrere ad alcuni strumenti premianti potrebbe rivelarsi una opportunità formidabile per dare finalmente riconoscimento alla meritocrazia e poter premiare chi lavora veramente e con disagio».

La nuova Finanziaria (legge 190/2014), infatti, non proroga i blocchi previsti dalla legge Tremonti, svincolando di fatto la gestione dei fondi contrattuali come più volte chiesto dai sindacati medici. Un pacchetto di misure che va dalla possibilità di aumentare il valore dell'incarico dirigenziale (sia in caso di rinnovo che di nuovo titolare) all'eliminazione dei tetti ai fondi destinati al trattamento accessorio. Un rompicapo in più per le Regioni, che se entro il 31 gennaio non avranno proceduto con un'Intesa, passeranno al Governo il cerino acceso sotto forma di un Dpcm che dovrà indicare come e dove tagliare. Dopo il via libera a una legge di Stabilità propagandata come espansiva, i governatori si ritrovano infatti con un pugno di mosche: le proposte (si veda tabella in pagina) che avevano gettato sul tavolo degli incontri informali con i rappresentanti dell'esecutivo, in corso di esame della manovra. «Proposte di cui sostanzialmente hanno deciso di non tenere conto - precisa il presidente della Stato-Regioni Sergio Chiamparino - fatta salva l'operazione sul Patto verticale incentivato, che peraltro va essenzialmente a favore dei Comuni. A questo punto spetta al Governo, cui confermiamo la nostra disponibilità, indicare la possibile ricetta dei risparmi».

La prossima Conferenza Stato-Regioni è fissata, senza fretta, giovedì 22 gennaio. Le Regioni, insomma, stanno alla finestra. Chiamate, come del resto era già chiaro fin dai primi passi della manovra in Parlamento, a una quadratura del cerchio che pare sempre più irrealizzabile. Con un Patto per la salute che è stato sì recepito dal testo della legge 190, ma che di fatto è disatteso e pare destinato a rimanere lettera morta (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 47-48/2014). E con l'aggiornamento del Dpcm sui Livelli essenziali di assistenza che, annunciato come ormai prossimo (la deadline fissata dal "Patto" è scaduta il 31 dicembre), è ancora affannosamente in cerca di coperture e inevitabilmente dovrà avvenire al ribasso. Ne è convinto l'assessore al Bilancio della Lombardia Massimo Garavaglia, che nelle ultime settimane prima del varo della legge di Stabilità ha guidato per le Regioni la trattativa con il Governo sulle ricette sostenibili ai fini del taglio da 4 miliardi imposto dalla legge di Stabilità, a cui vanno

a sommarsi circa 2 miliardi di colpi di scure pregressi. «Fino all'ultimo - rilancia Garavaglia - le Regioni hanno provato a mettere sul piatto una serie di proposte d'intervento che salvaguardassero i nodi più sensibili, come la sanità. Il punto è che le nostre ricette funzionavano tutte - attacca - ma il "principe" Renzi non le ha volute. Ciò che ha prevalso è stata la volontà politica di "salvare la faccia", portando avanti promesse come gli 80 euro in busta paga per i redditi più bassi, in barba al principio di leale collaborazione tra le diverse componenti dello Stato». Il risultato è presto detto, secondo Garavaglia: l'inevitabile decurtazione del Fondo sanitario nazionale per almeno 1,5 miliardi e l'aumento delle tasse in tutte le Regioni. «Salvo la Lombardia - tiene a precisare - che però sarà costretta a venir meno all'impegno di eliminare i ticket, che se rispettato avrebbe sgravato i cittadini di circa 500 milioni di imposte. Altro che tagli lineari: questi sono tagli superlineari, anzi proporzionali al Pil».

Il margine di movimento, a questo punto, è decisamente limitato. Questa settimana i governatori torneranno a incontrarsi soltanto con la ministra delle Riforme Maria Elena Boschi, in tema di Titolo V. «Sei miliardi di tagli tra la manovra attuale e quelle pregresse - sentenza tranchant Garavaglia - comporteranno l'azzeramento di tutti i trasferimenti alle Regioni: dalle borse di studio alle scuole paritarie fino al fondo per la non autosufficienza. E inevitabilmente ci imporranno di mettere mano al Fsn, così come del resto prevede la stessa legge di Stabilità. Con un Fondo decurtato non si riuscirà a mantenere l'efficienza dei servizi né tanto meno il buon livello delle prestazioni. L'aggiornamento dei Lea? A questo punto sia Renzi a indicare come farlo, al ribasso. Con buona pace delle promesse della ministra della Salute Lorenzin, che non è stata capace di tenere il punto e di difendere gli interessi del Servizio sanitario nazionale».

Più semplice il riconoscimento degli Irccs, la bozza del Dm Salute

È stato trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni il decreto del ministero della Salute sulla documentazione necessaria per il riconoscimento e la conferma degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) che modifica il Dm 14 marzo 2013. Il provvedimento semplifica il testo vigente in e prevede un allegato più snello per la procedura di conferma. Ad accompagnare il provvedimento una nota del direttore generale della Dg Ricerca del ministero Giovanni Leonardi che spiega la proposta.

Il provvedimento al vaglio delle regioni prevede l'eliminazione dell'articolo 2 comma 1 del Dm 14 marzo 2013. Il testo vigente prevede che gli Irccs ai fini della conferma del riconoscimento scientifico devono trasmettere ogni due anni al ministero della Salute, oltre alla documentazione prevista, anche il provvedimento della Regione che attesta il perdurare della coerenza del riconoscimento con la propria programmazione sanitaria. Una procedura che secondo il ministero della Salute «rallenta l'attività di verifica della sussistenza dei requisiti per il mantenimento della qualifica degli Irccs, in contrasto con la ratio del decreto legge 13 settembre 2012, n.158 convertito nella

legge 8 novembre 2012 n. 189 che invece è volto a rendere più celere il procedimento in questione».

DOCTOR 33.IT

Test medicina. **Oggi Giannini alla Camera. Fnomceo: la strada intrapresa sembra quella giusta**

«Se il Governo conferma la strada che sembra avere intrapreso con riferimento ai test d'ingresso a Medicina, sarà possibile dare una risposta più completa alla domanda di trasparenza che ci arriva dagli studenti». A parlare, alla vigilia dell'audizione di oggi del ministro **Giannini** in Commissione Affari sociali della Camera sulle intenzioni del Governo in merito alla formazione dei giovani medici, è il presidente Fnomceo **Amedeo Bianco**. Stando alle ultime anticipazioni le principali novità riguarderebbero i corsi preparatori, da cominciare già a partire dalle scuole superiori, i contenuti dei test e la possibilità di ripeterlo due volte per ottenere graduatorie più veritiere. E su tutti e tre i punti Bianco si dice favorevole, anche se dei piccoli accorgimenti sarebbero ancora necessari. La prima buona notizia, comunque, sul fronte Fnomceo, è l'accantonamento del modello francese che aveva raccolto parecchio scetticismo tra gli addetti ai lavori nei mesi scorsi. «L'accantonamento del modello francese» premette Bianco «è sicuramente positivo perché era oggettivamente impraticabile. In più la necessità dell'accesso programmato è messa in discussione da pochi». Sul fronte delle novità preannunciate, poi, le novità sembrano tutte positive nella lettura di Bianco. «Equità, trasparenza e valutazione delle attitudini» spiega «devono essere i punti fermi della riforma della formazione dei giovani medici. È evidente che non si può arrivare a un disegno perfetto ma si deve fare il più possibile per avvicinarsi». A cominciare dalle scuole superiori. «Assolutamente» conferma il presidente Fnomceo «Medicina è un ordinamento di studi complesso ma l'attitudine dello studente si può iniziare a verificare già a livello delle scuole superiori. Quanto ai contenuti» continua «ci vuole certezza del merito e bisogna evitare che il candidato venga escluso per domande che non pertengono al piano di studi, per questo l'ideale è effettuare il test su conoscenze definite a priori». Infine c'è il capitolo ripetizione del test per avere una graduatoria più veritiera. «Si tratta di una soluzione intelligente» conferma Bianco «anche se, inevitabilmente pone qualche aspetto problematico in relazione al raddoppio degli aspetti organizzativi e logistici». La via, comunque, sembra essere quella giusta, anche se bisogna mettere in campo anche accorgimenti ulteriori. «Uno che mi viene in mente» conclude «riguarda la definizione di domande di riserva, onde evitare eventuali annullamenti per colpa di una domanda sbagliata».

Certificati facili. Snam: basta inviare paziente da Mmg, Bianco intervenga

L'invito è indirizzato ad **Amedeo Bianco**, presidente Fnomceo, e a tutti gli ordini

provinciali e si inserisce nella polemica che si è scatenata nei giorni scorsi dopo l'ennesima uscita sulla stampa sulle «presunte certificazioni facili». Un invito, quello lanciato dallo Snami, a intervenire per fare in modo che, come indicato dalla normativa, tutti i medici procedano alla certificazione per malattia, online o cartacea, senza inviare il paziente al Medico di Medicina Generale. Ma anche per rettificare le affermazioni rilasciate «dall'ordine più grande di Italia», quello di Roma, secondo cui «i medici di medicina generale possono firmare solamente dopo esami approfonditi». «Che si ignori il fatto che migliaia di medici, tutti i giorni in tutta Italia, incontrino personalmente i propri pazienti e possano, interpretandone i sintomi sulla base della buona pratica clinica, anche certificarne il loro stato di malattia, vuol dire non conoscere la realtà e sostenere soluzioni che attengono alla irrealtà» è il commento di **Gianfranco Breccia**, segretario nazionale dello Snami. «È chiaro che sia irrealistico e demagogico poter effettuare una visita fiscale per ogni assenza per malattia così come ancor di più è "non di questo mondo" che si possano redarre sempre certificati di malattia solo dopo "esami approfonditi"». Da qui la richiesta: «Chiediamo ufficialmente anche al senatore Bianco, presidente della Fnomceo, di intervenire perché ci sia una rettifica da parte dell'Ordine dei Medici di Roma su quanto sostenuto dal suo Presidente». Ma la richiesta è anche «di intervenire presso tutti gli ordini perché prendano provvedimenti nei confronti di chi non certifica direttamente la malattia, obbligatorio per legge, e rimanda il paziente al proprio Medico di Medicina Generale».

DIRITTO SANITARIO No all'anzianità di servizio per attività del 118 del dirigente medico

Il riconoscimento dell'anzianità maturata per il servizio prestato in regime di convenzione, si applica unicamente ai medici transitati nel ruolo sanitario in forza dello speciale procedimento di cui all'art. 8, comma 1 bis del d. lgs n. 502/92 e non può estendersi alla diversa ipotesi in cui il rapporto si sia costituito per effetto del superamento di un pubblico concorso. La disciplina del D.P.C.M. 8 marzo 2001 sulla riconoscibilità dei servizi al personale convenzionato che è inquadrato nella qualifica di dirigente del Servizio sanitario nazionale per effetto del D.lgs. n. 502 del 1992 ha carattere eccezionale e riguarda solo i soggetti tassativamente indicati dal decreto. L'applicazione di tale normativa non può, dunque, essere estesa ai dirigenti sanitari in genere, già a rapporto di impiego (che vantano servizi convenzionali anteriormente all'assunzione), trattandosi di normativa speciale non suscettibile di applicazione non analogica né estensiva. Del tutto irrilevante è il fatto che il medico, dopo essere stato assunto per effetto del superamento del pubblico concorso, sia anche stato dichiarato idoneo secondo il procedimento delineato dal citato articolo 8, in quanto ciò che rileva ai fini della individuazione della disciplina applicabile, è la modalità attraverso la quale il rapporto di pubblico impiego si è costituito e non anche la modalità alternativa attraverso la quale il rapporto medesimo si sarebbe potuto costituire.

[Avv. Ennio Grassini - www.diritto-sanitario.net]

DIRITTO SANITARIO Violazione della regola prudenziale di informare i sanitari del cambio turno

La Corte d'Appello di Torino, rideterminando la pena inflitta, confermava nel resto la sentenza di primo grado che aveva dichiarato responsabili del reato di lesioni colpose il medico chirurgo esecutore di un intervento di plastica addominale ed una infermiera professionale preposta all'assistenza postoperatoria. Secondo l'imputazione, nelle rispettive qualità, gli imputati cagionavano al paziente l'aggravamento della complicanza emorragica insorta - senza colpa - a seguito del trattamento sanitario, facendo insorgere shock emorragico e concreto pericolo per la vita. In particolare al medico imputato si rimproverava che, dopo l'esecuzione dell'intervento e dopo aver personalmente constatato che il paziente lamentava forti dolori, pur se aspecifici, ancorchè fosse nota la possibile insorgenza di complicanza emorragica in conseguenza del tipo d'intervento (in presenza, tra l'altro, di condizioni soggettive - cardiopatia con pregresso infarto del miocardio - annotate nel referto di visita cardiologica inserito in cartella clinica, che lo esponevano a rischio di gravi conseguenze in caso di emorragia) di aver omesso di impartire adeguate istruzioni al personale di assistenza, nonchè di assicurarsi che fosse disposta adeguata vigilanza postoperatoria sul paziente nel corso della notte e, inoltre, a fronte dell'insorgenza di ulteriori sintomi tali da indurre il sospetto di insorgenza della complicanza, dopo aver visitato il paziente, di aver lasciato la clinica comunicando che sarebbe tornato l'indomani. La sentenza è stata confermata in Cassazione. [Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584