

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

GIOVEDI' 19 MARZO 2015

---

## SOMMARIO

LA RASSEGNA STAMPA DEL QUOTIDIANO LA NUOVA SARDEGNA NON C'E' PERCHE' ANCORA NON E' PERVENUTO IN VERSIONE ON LINE . APPENA POSSIBILE VI AGGIORNERO'.

### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Se il medico va in crisi.** Pagati sempre di meno. Sommersi dalla burocrazia e con l'incubo degli avvocati in corsia. **I perché e le soluzioni alla crisi professionale più difficile degli ultimi anni**
- ❖ **L'Anaaò rilancia il ruolo del Comune in sanità: "A loro la gestione di Asl e ospedali 'provinciali'. Alle Regioni l'alta specializzazione. Allo Stato più poteri di verifica e garanzia Lea"**
- ❖ **Odontoiatria. Renzo (Cao) scrive a Orlando: "In Parlamento modifiche a codice penale che rischiano di incentivare abusivismo"**

### SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Consiglio di Stato: nessun obbligo di assicurazione professionale fino al decreto (art. 3 del Dl 158/12)**
- ❖ **GIURISPRUDENZA Cassazione, nascita indesiderata: la corte si rimette alle sezioni Unite**
- ❖ **Sanità, tagli da 1,2 mld con la spending su B&S poi appropriatezza, ospedali e farmaci: 2,3 mld in meno. Il Fondo resta a quota 2014**

### DOCTOR 33. IT

- ❖ **Fnomceo. Domani parte la corsa alla successione.** I programmi dei due candidati
  - ❖ **Ddl antiabusivi. Sarà legge in estate, previsto il carcere per danni ai pazienti**
  - ❖ **DIRITTO SANITARIO** Inosservanza delle linee guida e condanna del medico
- 

### QUOTIDIANO SANITA'.IT

**Se il medico va in crisi. Pagati sempre di meno. Sommersi dalla burocrazia e con l'incubo degli avvocati**

## **in corsia. I perché e le soluzioni alla crisi professionale più difficile degli ultimi anni**

*Forum con i principali sindacati medici e i candidati alla guida della Fnomceo.*

*Interventi di: Costantino Troise (Anaa Assomed), Riccardo Cassi (Cimo), Giacomo Milillo (Fimmg), Roberto Lala (Sumai), Massimo Cozza (Fp Cgil Medici), Biagio Papotto (Cisl Medici), Toti Amato e Roberta Chersevani (Fnomceo).*

La loro busta paga “vale meno” di quella dei loro padri ma anche dei “fratelli” maggiori. Subissati dalle denunce dei pazienti. Preoccupati per le nuove norme sull’accesso al Ssn che potrebbero vedere nascere una nuova categoria di medici di serie B posti fuori dalla dirigenza. Umiliati dal blocco del contratto che dura da cinque anni. Stroncati dall’azzeramento del turn over. Beffati dal miraggio del “governo clinico” promesso da anni ma ormai nel dimenticatoio dei lavori parlamentari. E poi “l’assedio” delle altre professioni. Questo soprattutto per i dipendenti.

Per i convenzionati stessa umiliazione per una convenzione che forse si farà ma a costo zero e dallo spettro di una riforma delle cure primarie della quale dovrebbero essere protagonisti ma che stenta ancora a decollare.

Insomma il medico italiano è in crisi. Ma è possibile uscirne? E come? Lo abbiamo chiesto a: **Costantino Troise (Anaa Assomed), Riccardo Cassi (Cimo), Giacomo Milillo (Fimmg), Roberto Lala (Sumai), Massimo Cozza (Fp Cgil Medici), Biagio Papotto (Cisl Medici), Toti Amato e Roberta Chersevani**, i due candidati alla presidenza Fnomceo che si sfideranno alle prossime elezioni del 23 marzo.

**Costantino Troise (Anaa): “Tra i medici c’è una crisi di ruolo, profonda e vera”.** Il medico è veramente crisi? Per il segretario nazionale dell’Anaa Assomed non ci sono dubbi: “Tra i medici c’è una crisi di ruolo, profonda e vera. I cui effetti però variano a seconda dello stato giuridico, del contesto lavorativo, delle Regioni di appartenenza e della fascia di età. Ma nonostante non ci sia omogeneità negli effetti, gli elementi che costruiscono un quadro di crisi sono comuni a tutti e sono impattanti. Alcuni vengono da lontano, non sono quindi legati all’attuale crisi economica, altri se ne sono aggiunti, ma il risultato è la creazione di un mix che rende difficile individuare una via di uscita”.

Sul banco degli imputati, Troise mette in primis la perdita del ruolo sociale: “Una volta quella medica era una professione con un indubbio potere, anche mediatico, il medico era oggetto di una stima generale, addirittura investito quasi di un poter taumaturgico, aveva un certo peso nelle piccole collettività. Ora tutto questo non c’è più”. Ma non solo, la professione medica paga anche una perdita di “incisività” dal punto di vista politico. “Oggi la sanità non è un’emergenza - continua Troise - non c’è nessun partito disponibile a intraprendere una battaglia in favore del Ssn pubblico e dei suoi operatori. C’è attenzione alle questioni della sanità solo quando si tratta di utilizzarla come un bancomat del sistema”.

C’è poi il dato economico, il potere di acquisto dei pubblici dipendenti è diminuito, i redditi dei medici sono al palo e a questo si aggiunge una “irrilevanza delle organizzazioni mediche che contano poco o niente, sono considerate solo come fattori produttivi da controllare e non sono chiamate a concorrere alle decisioni,

neanche a quelle cliniche di loro pertinenza”. Infine c’è una “sindrome da assedio” che sta contribuendo a mettere ancora di più in crisi il ruolo del medico: “In molti - ha aggiunto - si sentono assediati dalle altre professioni pronte a occupare gli spazi dei medici, anche perché costerebbero meno”.

Qual è allora la strada da intraprendere per uscire dalla crisi? Legare sempre di più i propri destini a quelli dei cittadini: “Il famoso diritto alla cura e il diritto a curare devono essere recuperati insieme” ha detto Troise. Ma bisogna anche creare un nuovo patto tra Stato e professione medica “per riconoscere il valore del lavoro che viene svolto in queste difficili condizioni e, di conseguenza, per costruire un modello organizzativo che riporti il medico al centro del sistema”.

**Riccardo Cassi (Cimo): "Le condizioni di lavoro sono sempre più stressanti e manca un ricambio generazionale".** Che la crisi del medico si ormai un fatto conclamato è una certezza anche per il presidente nazionale della Cimo. “Le condizioni di lavoro dei medici sono sempre più stressanti - ha ricordato - anche a causa del blocco del turn over. Non c’è ricambio generazionale. Il fenomeno della medicina difensiva è devastante. A questo si aggiunge l’aspetto economico: non c’è un rinnovo del contratto da cinque anni”.

Tuttavia, per Cassi, paradossalmente l’aspetto economico non è il punto nodale della crisi che attraversa la professione medica: “C’è una demotivazione del ruolo del medico causata anche dal blocco delle carriere e da un sistema degli incarichi che è in stallo. Anche la crescita di motivazione delle altre figure professionali, come ad esempio gli infermieri, non aiuta e mette in crisi le competenze dei medici, tant’è che in molti vivono il comma 566 come un’aggressione”.

Insomma, i medici si sentono “sbalestrati” e devono recuperare certezze. Ma i rischi più grandi li corrono le nuove generazioni di camici bianchi. “C’è tutta una classe di giovani medici - ha aggiunto Cassi - che vivono in uno stato di precariato senza avere la certezza di uno stipendio e di una pensione. Medici ancora più demotivati e senza prospettive per il futuro”.

Come uscire dall’impasse? Per Cassi, il Governo dovrebbe riportare la sanità ai primi posti della sua agenda: “Renzi punta a una buona scuola, ma la buona sanità sembra non interessare”. Comunque, il presidente della Cimo non perde il suo ottimismo: “Se arriverà rapidamente la riforma del Titolo V qualcosa potrebbe cambiare, anche perché attualmente, non si riesce ad avere un confronto con le Regioni e c’è un forte ingerenza della politica”. Bisognerebbe anche che i medici facessero la loro parte, “devono fare sentire le loro ragioni”. Ma anche i sindacati devono cambiare pelle: “Il modo di fare sindacato al quale ci siamo fin ora abituati non è più proponibile. Serve una maggiore unità. Di fronte ad un momento di crisi così profondo, i sindacati dovrebbero trovare una linea comune. E introdurre nelle proprie fila sempre più giovani”.

**Toti Amato (Omceo Palermo): “Il medico è colpito da una perdita d'identità".** “La perdita d’identità”. È questa per il presidente Omceo di Palermo e candidato in corsa alla guida della Fnomceo, la patologia che sta colpendo il mondo medico causando una profonda crisi della professione. Una patologia che colpisce medici in attività ed anche quelli in pensione che potrebbero continuare a trasmettere

il loro sapere. “Il medico non sa più se deve essere manager o scribacchino - ha sottolineato - la sua vera funzione è stata snaturata, non ha più un reale governo clinico”. Ma sono soprattutto i giovani medici ad essere i più esposti: “Non hanno certezze sul futuro, non sanno cosa dovranno fare e cosa li aspetta. E su di loro pensa anche il tentativo di depenalizzazione l’abusivismo che potrà creare solo un’ulteriore confusione dei ruoli e maggiori incertezze sul futuro. Un problema serissimo”.

Dove affonda questa crisi della professione? Per Amato ci sono due aspetti che hanno profondamente contribuito: uno di carattere economico l’altro normativo. “Il blocco dei contratti e la mancanza di una progressione di carriera, per cui si entra nel mondo del lavoro in un modo e si finisce nello stesso modo, hanno tolto ogni stimolo al medico”. Ma quest’ultimo aspetto, al dunque, è meno incisivo: “L’aspetto economico può ridurre l’insoddisfazione ma non cancellarla.

Noi abbiamo soprattutto un problema normativo, il medico ha la qualifica di dirigente, ma, di fatto, non dirige assolutamente nulla. È per questo dobbiamo definire in via legislativa una volta per tutte l’atto medico, l’unico modo per recuperare l’identità della professione”.

Quali sono quindi le soluzioni? “Definire appunto con chiarezza la ‘medical action’, ossia l’agire del medico, per rivedere i modelli organizzativi della sanità. Come abbiamo sottolineato nel blog [insieme.fnomceo.blog](http://insieme.fnomceo.blog) - ha spiegato Amato - la nostra priorità è arginare l’adagio che vede sminuito l’agire ed il ruolo del medico nel sistema di gestione della salute e nella società civile. Per questo dobbiamo intervenire fattivamente per lo sviluppo della professione, a partire dal percorso formativo dei medici, ed anche batterci per definire i profili di responsabilità penale e civile del medico”. In sostanza la parola d’ordine è riconquistare un reale governo clinico: “Il medico si assume responsabilità senza però avere realmente il potere di poterle gestire. Questo deve cambiare”.

**Roberta Chersevani, Omceo di Gorizia: “Sì i medici sono in crisi, lavoriamo per le giovani generazioni”**. Per Roberta Chersevani, Presidente dell’Omceo di Gorizia e candidata alla presidenza della Fnomceo, è quasi pleonastico affermarlo dal momento che la stragrande maggioranza degli abitanti di questo Paese stanno vivendo problematiche economiche e sociali particolarmente serie, e da tanto tempo. Anche se ciò non toglie che bisogna comunque agire per sollevare i medici dal proprio disagio. Soprattutto occorre agire con determinazione per assicurare un futuro ai giovani medici che troppo spesso si trovano davanti tante porte chiuse. “Ci troviamo di fronte ad un evidente disagio della categoria medica – ha spiegato Chersevani – un disagio, da un punto di vista contrattuale, evidente poiché abbiamo contratti fermi da moltissimi anni. E questo è indiscutibilmente un peso.

Ma ci sono anche tantissime altre difficoltà che impattano pesantemente sulla vita lavorativa dei medici. Orari di lavoro in surplus non recuperabili, pensiamo al fenomeno del burnout che colpisce molti colleghi. Ci sono problemi del rapporto con il paziente. Ci sono anche difficoltà di aggiornamento. Un elenco lunghissimo. A questo – ha aggiunto – si sommano le criticità dei giovani medici: hanno entusiasmo da vendere, ma troppo spesso trovano nel nostro Paese tante, troppe, porte chiuse, e altrettante porte aperte all’estero”.

Come arginare quindi il disagio? Per la presidente dell'Omceo di Gorizia bisogna innanzitutto creare un rapporto più incisivo con l'Università per dare, realmente, una mano ai giovani, rivedendo, quindi, il percorso formativo dall'ingresso all'Università allo sviluppo professionale continuo: "Dobbiamo monitorare i bisogni delle nuove generazioni di medici per individuare progetti, strumenti e servizi a sostegno del loro percorso professionale, prevedendo modelli, sviluppo di competenze e capacità gestionali nuovi ed adeguati al cambiamento in atto". E ancora, bisogna supportare il medico "nel rispetto del suo ruolo, delle sue funzioni e delle sue competenze e nel rapporto con le altre professioni sanitarie".

E in quest'ottica la definizione dell'atto medico può essere un importante elemento di supporto. Anche i rapporti con l'Ordine vanno rivisti: "Se si riuscisse ad avere un maggiore potere di attrazione stringendo un patto forte con i medici si potrebbe migliorare la realtà ordinistica".

**Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg: "Delusione e rassegnazione pronte a trasformarsi in rabbia"**. Per il segretario dei medici di famiglia della Fimmg le ragioni della crisi della professione "partono dai tagli" che "sono una tragedia, che è stata per giunta mal gestita in passato con i tagli lineari". E poi "c'è l'incapacità delle Regioni di formulare progetti organizzativi uniformi". Milillo ricorda come le Regioni "in passato hanno tenuto bloccato il Patto per la Salute per tre anni per le risorse e ora, una volta sottoscritto, hanno rinunciato all'aumento del Fsn, alla faccia dei professionisti ma soprattutto dei cittadini. A volte mi chiedo se le risorse, invece che per erogare i Lea, non siano usate per mantenere apparati". Per quanto riguarda il comma 566 il leader Fimmg evidenzia che "non c'è un conflitto reale tra le professioni, come evidenziano anche i sondaggi. In ogni caso, al di là delle infelice espressioni usate per definire la questione, sono le Regioni che vogliono spostare la competenza regolamentare dallo Stato alle Regioni e creare conflitti tra le varie professioni. Nessun medico vuole impedire la crescita delle professioni sanitarie ma questo non può avvenire attraverso logiche da tecnocrati" basate sul minor costo ma, pure bassa qualità e sicurezza. Infine, il segretario dei medici di famiglia analizza il momento difficile anche dal punto di vista specifico della categoria. "C'è delusione e rassegnazione". Tutti sentimenti che possono però "trasformarsi in rabbia in un qualsiasi momento. Soprattutto, e questa è una mia valutazione personale, se da parte delle Regioni ci sarà un nuovo boicottaggio dell'accordo sul rinnovo della convenzione".

**Roberto Lala, segretario nazionale Sumai-Assoprof: "Il nostro senso di responsabilità ha un limite"**. "Siamo veramente arrivati ad un punto di saturazione", denuncia il leader degli specialisti ambulatoriali. "Quand'è che si metterà mano alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale?". E Lala si riferisce in special modo al rinnovo della convenzione. "È ferma da cinque anni, mentre sono tre che si sta lavorando alla nuova e le condizioni di lavoro nel frattempo sono peggiorate nonostante le promesse. Per nostro conto abbiamo accettato con sacrificio il fatto che il rinnovo delle convenzioni fosse a costo zero. Lo abbiamo fatto con senso responsabilità vista la situazione economica del Paese e perché prima di tutto c'è

l'intenzione di migliorare il sistema e offrire al cittadino un servizio pubblico di assistenza territoriale specialistica di qualità. In questo periodo ci siamo dimostrati aperti al dialogo e pronti al cambiamento. Ora però le Istituzioni devono dare gambe alle intese e agli accordi. Il vaso è colmo”.

Per il segretario del Sumai c'è poi la questione delle relazioni con il paziente che si “sono deteriorate” e dove la politica si è “mostrata attiva sui media ma assente in quanto a misure concrete”. E poi c'è il precariato che per dimensioni e impatto fa “impressione”. E sempre guardando al futuro “è sotto gli occhi di tutti la situazione della formazione medica. Tra test sbagliati e programmi da riformare”.

Ma c'è pure il tasto delle nuove competenze delle professioni sanitarie. “Ci tacciano di conservatorismo. Ma io mi domando se veramente vogliamo una sanità in cui il ruolo del medico è depotenziato. Noi chiediamo di occuparci più di attività clinica e di abbandonare le scartoffie, mentre dagli ‘ambigui’ provvedimenti del Governo emerge uno scenario contrario e tutto improntato al minor costo ma pure alla minore qualità e sicurezza. Come possiamo essere d'accordo”.

**Biagio Papotto, segretario generale Cisl Medici. "Servono interventi specifici per creare nuova occupazione".** "Bisogna innanzitutto sottolineare - esordisce - che i medici sono falciati dal blocco del contratto, che ha determinato un'erosione del loro potere d'acquisto pari al 30%. Purtroppo questo governo non ha alcuna intenzione di sedersi al tavolo delle trattative per il rinnovo e rifiuta categoricamente di stanziare le adeguate risorse. Nel complesso l'attuale esecutivo sta mostrando un atteggiamento mortificante verso la dirigenza medica e gli operatori della sanità. Nell'ultima legge di Stabilità non ci sono stati veri e propri tagli lineari, ma con i tagli alle Regioni automaticamente si sottraggono risorse alla sanità con evidente danno per i professionisti e per le prestazioni erogate".

Altro aspetto drammatico è legato al blocco del turn over. "Per 10mila medici che vanno in pensione - suggerisce - oggi servono 10mila medici che vengono assunti. In caso contrario, il Ssn sarà messo definitivamente in ginocchio. Non è infatti possibile garantire l'assistenza esclusivamente con i precari. Il Dpcm della Lorenzin sulle stabilizzazioni procede nella giusta direzione, ma da solo non è sufficiente".

E, soprattutto, ci vogliono ulteriori interventi per creare occupazione. "Per esempio sono necessari standard per il personale uniformi in tutto il Paese, azzerando le attuali disparità territoriali. Allo stesso tempo servono standard omogenei tra pubblico e privato accreditato, altrimenti si rischiano fattispecie di concorrenza sleale. Una norma prevede che chi è in pensione col Ssn non può in alcuna forma lavorare presso strutture pubbliche; lo stesso identico principio deve essere applicato al privato accreditato. Se così fosse, avremmo immediatamente 40mila posti di lavoro in più".

Le nuove norme di accesso al Ssn rischiano seriamente di creare medici di serie A e medici di serie B. "Il doppio accesso è inaccettabile - attacca - e diventa pericolosissimo: la conseguenza sarebbe quella di perdere numerosi posti da dirigente

a vantaggio di personale medico sottopagato". Ulteriore fardello che pesa sui medici è costituito dai contenziosi. "L'unica strada percorribile è eliminare l'obbligatorietà dell'azione penale per l'atto medico. Soltanto così potremo snellire l'enorme mole di accertamenti dovuti alla paura di denunce. Il medico deve inoltre lavorare all'interno delle strutture coperto interamente da un'assicurazione aziendale. La malasanità - conclude - non è causata dai professionisti: basti pensare che circa il 98% delle cause si risolve con un'assoluzione".

**Massimo Cozza, segretario nazionale Fp-Cgil Medici. "Senza nuove risorse impossibile garantire miglioramento condizioni di lavoro".** Il medico può uscire dalla crisi - osserva - soltanto "rilanciando a 360 gradi il Ssn, non ragionando per compartimenti stagni. Il nodo principale attiene quindi alle risorse perché in assenza di esse è impossibile fornire adeguate risposte. Per esempio i medici convenzionati vengono abbandonati sul territorio e non sono supportati dagli adeguati investimenti, recidendo alla radice qualsiasi ipotesi di valorizzazione. Mancano quindi gli strumenti per costruire una vera alternativa all'ospedale".

"Il Paese - sottolinea con amarezza - sta progressivamente disinvestendo nei servizi pubblici con ovvio detrimento per i lavoratori e per i servizi erogati ai cittadini. In questo tessuto si inserisce il mancato rinnovo del contratto fermo da anni: le conseguenze riguardano ovviamente il profilo economico, ma anche un peggioramento complessivo delle condizioni di lavoro. Basti pensare agli orari che in Italia non rispettano in alcun modo i canoni europei. Un problema legato anche al fatto che dal 2009 sono venuti meno circa 5mila medici e non si intravede un piano concreto per una stima reale dei fabbisogni del personale necessario a garantire i Lea".

Per rilanciare quindi la figura del medico "è imprescindibile mettere fine alla stagione dei tagli, riaprire le trattative per il rinnovo dei contratti e costruire un ragionamento nuovo sugli orari. A ciò bisogna assolutamente legare - ragiona - un rilancio della formazione di qualità e delle condizioni dei giovani, promuovendo concorsi nazionali trasparenti ed evitando che le nuove leve vengano utilizzate esclusivamente per coprire a basso costo i vuoti di organico. Voglio inoltre sottolineare come il doppio accesso rischi seriamente di mettere a repentaglio la tenuta del Ssn, creando due categorie difformi di professionisti".

Altra questione nodale riguarda il precariato "e purtroppo in questo senso - attacca - il Dpcm sulle stabilizzazioni è largamente insufficiente e non risolve in alcun modo il tema del precariato e degli atipici. Risparmi importanti potrebbero arrivare costruendo un argine al fenomeno della medicina difensiva: è quindi impellente una revisione normativa di tutta la responsabilità professionale in sanità, anche perché la Legge Balduzzi non è stata assolutamente dirimente. Per il medico è infine fondamentale - conclude - affrontare la sfida delle nuove competenze in sanità, non restando ancorato ai vecchi schemi ma riuscendo ad approfondire le differenti necessità assistenziali del cittadino rispettando sempre la chiarezza dei ruoli".

## **L'Anaa rilancia il ruolo del Comune in sanità: “A loro la gestione di Asl e ospedali ‘provinciali’. Alle Regioni l’alta specializzazione. Allo Stato più poteri di verifica e garanzia Lea”**

*Una proposta per rafforzare da un lato il rapporto con le “comunità” e dall’altro l’effettiva integrazione ospedale territorio. Consentendo contestualmente lo sviluppo di reti integrate, anche sopra regionali, per l’alta specializzazione. E poi è il momento di immaginare che il Dg sia affiancato da Cda espressione della comunità di riferimento*

Caratteristica fondamentale del processo di decentramento sanitario è la sussidiarietà: lo Stato deve intervenire nell’organizzazione solo quando il singolo cittadino, o con un processo successivo di deleghe, il comune, la città metropolitana o la regione, non sono in grado di svolgere quella determinata funzione (Art. 118 della Costituzione). La sussidiarietà implica pertanto lo sviluppo di forme ed ambiti per il governo e la gestione dei servizi vicini ai luoghi della cittadinanza e della formazione dei bisogni. Un reale decentramento dovrebbe quindi portare ad indubbi vantaggi, come la maggiore responsabilizzazione degli erogatori di spesa, che vengono a coincidere con la fonte che finanzia il servizio, e l’utile vicinanza dei cittadini alle istituzioni responsabili della sanità, che dovrebbe favorire i meccanismi di migliore rappresentazione dei bisogni sanitari ed anche di controllo democratico (*Alessandro Petretto et al, 2003*).

**Servono nuovi ambiti territoriali.** In campo sanitario è necessario individuare ambiti territoriali nei quali i problemi siano rilevanti (sotto il profilo dell’incidenza epidemiologica, della complessità clinica, del peso amministrativo, ecc.) e le soluzioni organizzative pertinenti (sotto il profilo dei costi, dei volumi di attività per garantire esiti ed efficacia). Per il governo della domanda sanitaria è necessario di conseguenza sviluppare una logica di ampia collaborazione tra i diversi livelli di gestione sia in senso orizzontale che verticale, dagli ambiti più circoscritti verso quelli più ampi, declinando la sussidiarietà come integrazione tra livelli successivi di governo.

In sintesi a livello locale è utile sviluppare l’asse orizzontale della sussidiarietà privilegiando il coinvolgimento dei cittadini e delle loro aggregazioni *profit* e *non-profit* (volontariato, terzo settore) nella gestione ed erogazione dei servizi, fuggendo da logiche di mercato e ponendo in ogni caso l’attenzione sulla domanda piuttosto che sull’offerta. Nel contempo è necessario sviluppare l’asse verticale, che renda disponibili ranghi più elevati di governo rispetto a quelli locali per favorire un’appropriata convergenza tra le esigenze della domanda e quelle dell’offerta. Si pensi ai problemi dell’alta specialità in ambito ospedaliero e alla necessità di non duplicare inutilmente, in un contesto di risorse finite, centri che hanno costi rilevanti



di gestione e che in ogni caso richiedono lo svolgimento di adeguati volumi prestazionali per garantire qualità e buoni *outcome* clinici.

Attualmente il SSN è palesemente sotto-finanziato. L'Italia ha una spesa pubblica per il SSN intorno al 7,2% del PIL (Dati Ocse riferiti al 2012) ed una spesa totale (pubblica + privata) che arriva al 9,2%. La Germania spende nelle due componenti l'11,3% del proprio PIL (ben più rilevante del nostro!), mentre la Francia arriva all'11,6%. La crisi economica che il Paese sta attraversando ha determinato dal 2010 al 2014 tagli al finanziamento del SSN per circa 31 miliardi di €.

Negli ultimi anni alcune Regioni, per gli importanti deficit accumulati sono state costrette a piani di rientro che hanno avuto pesanti conseguenze sull'erogazione dei servizi. Ivan Cavicchi parla di defianziamento per indicare questo fenomeno perché *“il disavanzo prodotto non sarà mai più ripianato ed eventualmente compensato con riduzioni delle coperture sanitarie”*.

### **Con queste conseguenze:**

- Taglio dei servizi e delle prestazioni (Livelli assistenziali minimi o “eventuali” ?).
- Riduzione del personale medico e sanitario (- 24.000 addetti nel 2013 rispetto al 2009).
- Taglio dei posti letto (- 71.000 dal 2010 al 2014)
- Riduzione degli acquisti di beni (farmaci, kit per laboratorio, materiale chirurgico, protesi, devices.....).
- Ticket in aumento che portano fuori mercato le prestazioni fornite dal servizio sanitario pubblico in ambito diagnostico e terapeutico e favoriscono l'offerta del privato per le fasce di popolazione economicamente più agiate.
- Mancato rinnovo delle tecnologie, obsolescenza strutturale degli ospedali, abbassamento degli standard di sicurezza.
- Finanza “creativa” (cartolarizzazione, *lease back*, *project financing*.....).
- Indebitamento sul mercato finanziario (costo aggiuntivo di 300/400 mln di €/anno).
- Ritardo nei pagamenti dei fornitori (> 600 giorni, incidenza sui costi della fornitura).
- Cessione ai privati delle attività (dati del Ministero della Salute e Istat che evidenziano un ruolo crescente dei privati)

Questo fenomeno ha pesanti conseguenze sulle fasce economicamente più deboli della popolazione soprattutto in tempi di crisi economica. La spesa *out of pocket* che negli anni aveva raggiunto circa il 23% della spesa sanitaria globale nel nostro paese, dato comunque anomalo in sistemi sanitari su base universalistica, tende a diminuire a causa della rinuncia alle cure che sembra interessare almeno 9 milioni di cittadini. Secondo recenti dati ISTAT la spesa delle famiglie per la salute è calata di circa il 12% nel 2013 rispetto agli anni precedenti.

**Dal sottofinanziamento alla centralizzazione regionale.** E' oramai evidente che il sotto-finanziamento del SSN sta lentamente determinando una pericolosa

centralizzazione delle politiche sanitarie regionali, finalizzate al “controllo” degli erogatori di spesa in una logica di rigida programmazione (vedi in particolare le recenti proposte della Giunta regionale della Toscana e della Calabria).

In un rapporto di alcuni anni fa della Fondazione Smith Kline, dedicato al governo dei sistemi sanitari in tempi di *devolution*, è scritto: “ *La comunità in quanto mix tra enti locali e aggregazioni spontanee che interpretano le soggettività del territorio, deve svolgere anche un ruolo nelle scelte di allocazione delle risorse: i criteri di appropriatezza e le indicazioni della medicina basata sull’evidenza sono largamente insufficienti per determinare scelte con forte rilievo sulla qualità di vita del cittadino ed elevato impatto economico. Il coinvolgimento delle comunità locali permette anche di sfuggire a tentazioni programmatiche che troppo spesso rischiano di fallire in quanto viziate dall’errore di voler imporre un “ordine” dove invece la funzione di guida deve limitarsi a “governare il disordine”, cioè ad aiutare la crescita di chi localmente esprime idealità, volontà e disponibilità di servizio in ambito sanitario*”.

In alcuni modelli organizzativi che sono in corso di sviluppo nelle Regioni, è il ruolo stesso delle attuali Aziende sanitarie, in genere con un riferimento territoriale provinciale, che rischia di essere messo in crisi, sospese come sono tra “concentrazione” (Azienda sanitaria unica regionale o di Area Vasta con bacino interprovinciale) e “frammentazione” (esperienza delle Società della Salute in Toscana, attualmente in fase di ripensamento e riproposizione). E’ indubbio che la centralizzazione in ambiti più vasti ed adeguati di alcune funzioni amministrative ( per esempio gestione buste paga, acquisti di beni e servizi, informatizzazione) possono determinare un reale risparmio di scala.

Il trasferimento di altre funzioni (politiche della formazione e del personale per esempio) potrebbe determinare uno svuotamento delle capacità organizzative delle Aziende sanitarie rendendole incapaci di adattarsi alle realtà sanitarie che sono complesse ed in continua evoluzione. Così come non esiste in letteratura alcuna evidenza che l’incremento della dimensione organizzativa comporti benefici funzionali. L’esito in genere è quello di un incremento della complessità gestionale e di una crescita delle barriere fra i servizi e fra i professionisti. Né si possono trascurare le ripercussioni sulla organizzazione del lavoro clinico che rischia di allungare a dismisura, rendendoli fragili e facili alla rottura, i filamenti tra i nodi di una rete clinica ed organizzativa. Le esperienze finora realizzate in Italia ed all’estero non sono positive nemmeno sul piano dei costi.

Le ristrutturazioni, come risulta da una analisi della letteratura, comportano i seguenti rischi: 1) Un abbassamento del funzionamento dei servizi con rischi per i pazienti; 2) Un rallentamento dello sviluppo tecnologico ed organizzativo per circa due anni; 3) Un incremento della distanza relazionale tra staff periferico e direzione generale, con perdita di informalità e di familiarità; 4)

A distanza di due anni non si evidenziano risparmi economici (*Marco Geddes, Saluteinternazionale.info, 2014*). Nella Regione Marche i risultati sono tali per cui

dopo oltre otto anni dalla unificazione ancora esistono le vecchie articolazioni e vecchie procedure definite a livello di zona, che in realtà replicano le vecchie aziende sanitarie. La macro-azienda della Romagna, che riunisce 4 aziende sanitarie provinciali e senza la complicazione dell'università, è da due anni ancora in itinere senza una stabile strutturazione.

**La lontananza dai "territori"**. Il rischio è che il collocamento del governo e della gestione delle strutture sanitarie in "luoghi" eccessivamente lontani dai territori dove nascono i bisogni dei cittadini e si esercita la professione porti ad un eccesso di pianificazione e ad una burocratizzazione dell'intero sistema, affidando le scelte di fondo di allocazione delle risorse a tecnocrati di nomina regionale e a "poteri forti" autoreferenziali. Senza contare che una eccessiva concentrazione dei servizi sanitari ospedalieri in macro-strutture, come sembra prospettare anche il regolamento sugli standard ospedalieri, aumenta di fatto lo spazio/tempo tra il bisogno e la risposta assistenziale.

Anche la creazione di nuovi soggetti come le Società della Salute (SdS) per governare le politiche del Territorio rischia, come è avvenuto in Toscana, di determinare un passaggio da una programmazione, governo e gestione unica dei servizi sanitari ad un sistema basato sulla concertazione tra soggetti diversi sotto il profilo giuridico (SdS e Az. USL), anche se fortemente integrati negli organismi di governo e nei processi di programmazione. L'introduzione di logiche di gestione diverse potrebbe determinare una rottura trasversale tra Ospedale e Territorio. La frammentazione del ciclo assistenziale potrebbe quindi avere effetti negativi sul "prodotto" salute in termini di qualità e costi.

**Perché bisogna ripensare ai Comuni.** Forse è utile allora che le Aziende sanitarie con bacino di utenza provinciale diventino strumento delle Autonomie locali. Queste ultime, in particolare i Comuni, essendo le Province in corso di soppressione, dovrebbero assumere un ruolo più incisivo, sia all'interno dei processi di programmazione e pianificazione, sia nel corso dei processi di verifica e rettifica dell'organizzazione dei servizi, assumendosi anche l'onere della responsabilizzazione economica quale naturale conseguenza del processo di sussidiarietà. Quindi le Aziende sanitarie dovrebbero diventare lo strumento degli Enti locali, attraverso il quale governare e gestire i processi economici di produzione e consumo per il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione di riferimento, nel rispetto delle risorse assegnate, che in ogni caso devono essere adeguate ai Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA) garantiti con trasferimenti verticali nazionali, in una logica di federalismo solidale.

Questo nuovo rapporto istituzionale rafforzerebbe le Aziende sanitarie nello sviluppo delle attività sanitarie di I° livello (medicina di base, attività distrettuale) e II° livello (attività ospedaliere diffuse come quelle garantite dagli ospedali di zona e anche da quelli provinciali) legandole alle esigenze della comunità locale e darebbe maggior garanzia nei processi d'integrazione socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale,

riportando ad unicità i processi di programmazione, governo e gestione in ambito sanitario, oltre che offrire una maggiore indipendenza rispetto a “poteri forti” e a tecnocrati autoreferenziali che si muovono nel campo sanitario. Le attività di alta specializzazione (III° Livello) è opportuno che siano governate in un ambito interprovinciale o di Area vasta, mediante una forte ed incisiva programmazione regionale, per far meglio corrispondere domanda e qualità dell’offerta. In ambiti importanti e specialistici della chirurgia e della medicina interventistica il rapporto tra numero di interventi eseguiti e qualità degli esiti è oramai ben documentato. Per alcuni settori (trapianti, malattie rare) bisognerà sviluppare integrazioni inter-regionali.

Funzionali a questa organizzazione sono le reti integrate di servizi che compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire qualità tecnica e contenimento dei costi e la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l’accesso. La centralizzazione delle funzioni dovrebbe però avvenire solo per la reale alta specialità (cardiochirurgia, neurochirurgia, trapianti, terapie oncologiche avanzate, malattie rare, traumi maggiori e poco altro). Il modello delle reti integrate prevede che ad una determinata soglia di complessità, si trasferisca la sede dell’assistenza da unità ospedaliere periferiche ad unità centrali di riferimento ad elevata complessità organizzativa (*hub*). Le unità periferiche (*spoke*) non vengono espropriate sotto il profilo professionale e culturale in quanto partecipano alla gestione globale del paziente garantendone la selezione, l’invio e la ripresa in carico per il *follow-up* in cronico. Siamo di fronte quindi ad un’organizzazione complessa, sviluppata orizzontalmente, in cui una pluralità di soggetti autonomi, che offrono una gamma di servizi tra loro integrati, si lega attraverso intensi rapporti di collaborazione, al fine di raggiungere specifici obiettivi di salute. La caratteristica principale che contraddistingue un *network* risiede nella sua capacità di mantenere un elevato grado di autonomia a livello di ciascuna struttura aderente.

**Le reti integrate.** Il concetto di rete integrata ha una rilevante implicazione di politica sanitaria, in quanto nega la competizione fra singole unità operative della rete e ne richiede la loro cooperazione, secondo diversi livelli di complessità dell’intervento loro attribuito. Il controllo democratico e partecipato del sistema, da effettuare attraverso Dipartimenti Interaziendali di Coordinamento Tecnico, favorisce lo sviluppo omogeneo e dinamico della rete, attivando processi di complementarità fra le strutture, per cui un servizio può svolgere il ruolo di *hub* per una determinata patologia e di *spoke* per un’altra, garantendo dimensioni e composizione ottimali delle unità operative, dal punto di vista funzionale ed economico.

E’ ovvio che, per evitare di ripercorrere la strada dei Comitati di gestione, si debba assicurare alle Aziende sanitarie la più ampia autonomia gestionale ed organizzativa senza la quale è impossibile perseguire efficienza ed adattamento a realtà assai complesse ed in continua evoluzione. Una risposta concreta a questa problematica è già contenuta in molti documenti congressuali dell’Anao Assomed. Si propone in

sostanza di affiancare un Consiglio di Amministrazione (CdA), espressione della comunità di riferimento, al Direttore Generale (DG).

Un CdA che non deve interferire nella gestione, ma che assume la funzione di promuovere e vigilare affinché la gestione dell'Azienda sanitaria affidata al DG e al suo *board* tecnico (Collegio di Direzione con componente elettiva, che diventa un organo dell'Azienda), corrisponda alla programmazione generale (regionale) e locale. In alternativa si potrebbe pensare ad un ruolo più incisivo nei processi di programmazione sanitaria e anche di nomina e verifica del DG da parte dell'attuale Conferenza dei Sindaci.

In ogni caso, per evitare che il diritto alla salute diventi una variabile dipendente dal codice di avviamento postale di ogni cittadino, dovrebbero essere rafforzati i poteri dello Stato in termini di definizione dei LEA e controllo della loro effettiva erogazione, di determinazione dei Livelli Essenziali Organizzativi, di tutela di alcuni "fili verticali" come il contratto nazionale di lavoro e lo stato giuridico dei dipendenti, per assicurare unitarietà ed uguaglianza al sistema.

**Carlo Palermo**

*Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed*

## **Odontoiatria. Renzo (Cao) scrive a Orlando: "In Parlamento modifiche a codice penale che rischiano di incentivare abusivismo"**

*E' l'allarme lanciato, in [una lettera aperta](#) rivolta al ministro della Giustizia Orlando, dal presidente della Commissione Albo Odontoiatri. "Assurdo considerare il reato di abusivismo della professione tra quelli di particolare tenuità. Servirebbe, al contrario, una più rigorosa ed efficace risposta sanzionatoria anche a livello penale".*

I professionisti dell'odontoiatria esprimono particolare preoccupazione per le possibili conseguenze derivanti dall'applicazione del decreto legislativo in materia di non punibilità per particolari tenuità di fatto n.64 del 28/04/2014. In particolare le perplessità riguardano il tema dell'esercizio abusivo della professione e la riforma dell'articolo 348 del Codice penale. **E' quanto si legge in una lettera aperta inviata da Giuseppe Renzo, presidente della Commissione Albo Odontoiatri, al ministro della Giustizia Andrea Orlando.**

Gli odontoiatri sottolineano infatti la necessità di prevedere un sistema di sanzioni più dissuasivo di quello attualmente stabilito "al fine di eliminare un reato particolarmente odioso, a volte favorito e non l'abbiamo mai nascosto, da odontoiatri gravemente scorretti e su cui da tempo stiamo esercitando il nostro potere disciplinare riconosciuto dall'ordinamento".

Renzo osserva che molti cultori della materia hanno evidenziato che “la normativa in corso di approvazione potrebbe applicarsi anche all’art 348 del codice penale, considerato che le sanzioni previste sono certamente tenui e potrebbero essere superficialmente inquadrare fra quelle da depenalizzare demandandone la tutela soltanto alla sede civile”. Il reato di esercizio abusivo della professione, al contrario, “dovrebbe secondo le nostre aspettative, trovare una più rigorosa ed efficace risposta sanzionatoria anche a livello penale”.

Come si potrebbe irrogare una sanzione all’interdizione dalla professione per non meno di un anno, domandano infine gli odontoiatri, “se il reato di cui si tratta viene a essere considerato tra quelli di particolare tenuità e di irrilevante pericolo sociale?”.

■ [LA LETTERA AL MINISTRO ORLANDO](#)

## **SOLE 24 ORE SANITA'.IT**

### **Consiglio di Stato: nessun obbligo di assicurazione professionale fino al decreto (art. 3 del DI 158/12)**

Il Consiglio di Stato, sez. II, con parere n. 486 del 19 febbraio 2015 ha affermato che "l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie non possa ritenersi operante fino a quando non sarà avvenuta la pubblicazione ed esaurita la vacatio legis del D.P.R. previsto dal capoverso dell'art. 3 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, che disciplinerà le procedure e i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Conseguentemente, sino ad allora, non potrà essere considerata quale illecito disciplinare la mancata stipula di una polizza assicurativa, da parte degli esercenti le professioni sanitarie". Pertanto, senza la definizione in sede regolamentare dell'accesso al mercato assicurativo da parte degli esercenti le professioni sanitarie, come previsto appunto nel citato art.3 del decreto Balduzzi, non può ritenersi operativo l'obbligo per quest'ultimi di dotarsi dell'assicurazione professionale, e ciò anche nella considerazione che tale obbligo, per queste particolari categorie professionali, non è più riconducibile all'originaria previsione dell'art.3 quinto comma lett. e) del D.L. 13 agosto 2011 n. 138 ma, per effetto delle norme successive, ha ricevuto una disciplina speciale, la cui integrale attuazione ne condiziona l'operatività.

Il Consiglio di Stato ha rilevato che tale conclusione trova un'evidente conferma nell'art. 44, comma 4-quater, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98, che ha prorogato di un biennio la decorrenza dell'obbligo assicurativo per gli esercenti le professioni sanitarie rispetto alla data del 15 agosto 2013, già prevista dall'art. 5 del D.P.R. n. 137 del 7 agosto 2012. Non si può quindi non sottolineare che anche la Federazione con nota trasmessa il 4 settembre 2014 al Ministro della Salute, Beatrice LORENZIN, si era espressa in questo senso.

## **GIURISPRUDENZA** **Cassazione, nascita indesiderata: la corte si rimette alle sezioni Unite**

Saranno le Sezioni Unite a dire l'ultima parola sul cosiddetto «diritto a non nascere», e al risarcimento, in caso di gravi malattie. Un vero e proprio caso di scuola che ha animato il dibattito giurisprudenziale negli ultimi decenni, da quando la capacità di approfondimenti diagnostici prenatali ha fatto un balzo in avanti. Una giurisprudenza così contrastante che ha spinto la terza sezione civile della Cassazione a rimettersi, con **ordinanza n. 3569/2015** del 23 febbraio, al vaglio delle Sezioni Unite. Nella fattispecie, una coppia di coniugi aveva intrapreso un'azione legale contro l'équipe medica e la struttura in cui era nata la figlia affetta da sindrome di Down.

Con l'obiettivo di ottenere il risarcimento dei danni conseguiti alla nascita della stessa, assumendo che la donna era stata «avviata al parto senza che fossero stati disposti approfondimenti, benché i risultati degli esami ematochimici effettuati alla 16ma settimana avessero fornito valori non rassicuranti». Per la coppia, in gravidanza, la madre non fu informata della situazione. Il giudizio civile coinvolse il primario e il direttore del laboratorio di analisi dell'Asl di Lucca, assolti dalle corti di merito secondo le quali «anche a voler considerare provata la volontà della gestante di orientarsi verso l'aborto, non emergono indizi per ritenere che sussisteva il diritto di ricorrere alla interruzione della gravidanza, in presenza dei presupposti di legge, e cioè del grave pericolo per la salute fisica o psichica». Inoltre, affermarono che: «L'ordinamento positivo tutela il concepito e l'evoluzione della gravidanza esclusivamente verso la nascita, non essendo configurabile un diritto "a non nascere" o "a non nascere se non sano"» e di conseguenza il risarcimento per il pregiudizio conseguente alla nascita. Tesi contestata dai genitori, secondo i quali la prova della volontà di interrompere la gravidanza sarebbe stata possibile solo in presenza di una corretta informazione. In caso contrario si chiederebbe alla donna una prova diabolica se non addirittura "impossibile".

**Due posizioni opposte.** Da una parte la teoria secondo la quale "è più probabile che non" «che la gestante interrompa la gravidanza se informata di gravi malformazioni del feto» (Cass. 6735/2002, 14488/2004, 13/2010 e 15386/2011). Precisando, peraltro, che l'esigenza di prova sorge solo quando il fatto sia contestato dal medico (Cass. 22837/2010). La seconda teoria, invece, ritiene che l'aborto non sia decisione automatica e, in particolare, la sentenza 16754/2012 ha evidenziato che in mancanza di una preventiva «espressa e inequivoca dichiarazione della volontà di interrompere la gravidanza in caso di malattia genetica la prova della scelta di abortire non può essere desunta dal solo fatto che la gestante abbia chiesto di sottoporsi a screening neonatali, poiché tale richiesta è solo un indizio privo dei caratteri di gravità e univocità». Ma i contrasti in giurisprudenza non finiscono qui. Ancora più marcato è il contrasto sulla questione della legittimazione del nato a pretendere il risarcimento del danno. L'orientamento prevalente esclude vi sia un "diritto a non nascere" o a "non nascere se non sano" (Cass. 14488/2004; Cass. 16123/2006 e Cass. 10741/2009).

Il secondo orientamento, al contrario, afferma che dovrebbe ammettersi che «il diritto

al risarcimento possa essere fatto valere dopo la nascita anche dal figlio, il quale si duole in realtà non della nascita dello stato di infermità che sarebbe mancato se non fosse nato (Cass. 9700/2011), ma dei costi e problemi che la nascita malformata comporta, a nulla rilevando né che la sua patologia fosse congenita, né che la madre, ove fosse stata informata della malformazione, avrebbe scelto di abortire» (Cass. 16754/2012).

## **Sanità, tagli da 1,2 mld con la spending su B&S poi appropriatezza, ospedali e farmaci: 2,3 mld in meno. Il Fondo resta a quota 2014**

Prime indiscrezioni, sebbene ancora caute e interamente da affinare sull'applicazione sul campo, dalla trattativa tra Governo e Regioni sui tagli alla sanità nel 2015 (e per altri tre anni dopo ancora). Oggi il primo incontro con Lorenzin, che però non ha sciolto, e neppure poteva del resto, tutti i nodi. Il primo passo sarà l'annullamento concordato dell'aumento del Fondo: 2,3 mld in meno, mantenendolo a quota 2014.

Ma ci vorrà una norma di legge, che finirà in un provvedimento urgente ad hoc, o come inserimento in un nuovo decreto, non in quelli in vigore poiché il Quirinale non lo permetterebbe per assenza di omogeneità di contenuti. In ogni caso, sempre con lo stesso strumento, si indicheranno le strade concordate per affrontare la riduzione. Che sarebbero più o meno queste:

-1,3 mld dall'applicazione della spending review (ritorna!) , a partire dai beni e servizi, anche con un occhio all'abbassamento del tetto sui device da 4,5 a 4%. Il fatto è che vanno indicati nel dettaglio modalità, tempi e strumenti;

-350 mln circa dalle misure sull'appropriatezza, tanto cara alla ministra. Anche in questo caso manca il dettaglio, come chiedono le Regioni;

-Applicazione degli standard ospedalieri, per un importo tutto da verificare, anche perché qualche Regione già ha ridotto reparti e posti letto.

Quanto alla farmaceutica, subirebbe il peso della riduzione del Fondo (300 mln circa), più l'aggravio del pay back, in particolare sull'ospedaliera. Non scenderebbero invece i tetti, come s'era pensato qualche settimana fa. Ma la partita è ancora interamente da chiudere. Le sorprese potrebbero non finire. E intanto passano i mesi, con l'effetto dei tagli che saranno più pesanti perché andranno realizzati a questo punto in 7-8 mesi.

## **DOCTOR 33. IT**

## **Fnomceo. Domani parte la corsa alla successione. I programmi dei due candidati**

Parte domani la corsa alla successione di Amedeo Bianco alla guida della



Federazione nazionale dei medici chirurghi e odontoiatri. Ci sono due candidati ufficiali: Roberta Chersevani, presidente dell'Ordine di Gorizia, sul cui nome convergerebbero i principali sindacati, che presenta un documento vicino a 68 Ordini su 106 ("Ripensare la professione per innovare") e sarebbe la prima presidente donna; e Salvatore Amato presidente Omceo Palermo che già sfidò Bianco nella seconda rielezione nel 2009, che presenta un documento ("Costruire insieme per la professione") apprezzato da varie società scientifiche. Nella lista Chersevani ritroviamo nomi del comitato centrale uscente come Luigi Conte attuale segretario Fnomceo, Sergio Bovenga presidente di Cogeaps - il consorzio che cura la registrazione dei crediti Ecm dei sanitari- Guido Marinoni, Bruno Zuccarelli, "decani" come Antonio Panti di Firenze e Raimondo Ibba di Cagliari, Elena Ferrari neoleader reggiana. Nella lista Amato c'è Annarita Frullini, Osservatorio professione medica Fnomceo, e ci sono il farmacologo Carlo Manfredi, Augusto Pagani di Piacenza, il presidente di Parma Pierantonio Muzzetto. E' possibile nell'urna dare preferenze su nomi dell'una e l'altra lista, e quindi potrà uscire un comitato centrale a formazione "mista". Infatti ad eleggere i 13 membri del Comitato (che a loro volta eleggeranno presidente, vice, segretario e tesoriere) sono i 106 presidenti di ordine, che costituiscono il Consiglio Nazionale ed approvano il bilancio Fnomceo; in tale contesto, ciascun presidente può dare un voto ogni 200 iscritti al suo Albo e frazione di 200: pesano relativamente di più le città più grandi. Lo stesso meccanismo è attivato nelle Commissioni Albo Odontoiatri ad opera dei presidenti provinciali che individueranno la successione all'attuale membership della Commissione Albo, guidata da Giuseppe Renzo. Dietro una comune volontà di unificare la Medicina sui temi fondanti i due documenti sono diversi. Basti pensare agli allegati: "Ripensare la professione" promuove una serie di azioni pro-medicina (eventi formativi per acquisire new skills, Fad gratuita, applicazioni, dialogo con i sindacati e le società scientifiche), "Costruire" propone una riscrittura dell'articolo 3 del Codice deontologico che "riacquisisce" al medico, fulcro dei percorsi assistenziali, competenze su diagnosi prescrizione cura prognosi e piena responsabilità sul malato e sulle azioni del team "in eligendo et vigilando". Anche il [documento Chersevani](#) mette al centro le competenze del medico e la ridefinizione dell'atto medico, ma evitando ogni "autoreferenzialità", e curando di ricostruire da dove l'attuale comitato centrale ha seminato: collaborazione con Enpam per una polizza Rc accessibile a tutti, attivazione di un pronto soccorso legale da garantire agli Omceo più piccoli, potenziamento del centro studi, preservazione dei lavori portati avanti da molte delle attuali commissioni, attenzione alla componente femminile e ai rapporti internazionali. Più critico verso la gestione uscente il [documento Amato](#), ripercorribile al sito [insieme.fnomceo.wordpress](http://insieme.fnomceo.wordpress), su temi come il "demansionamento del medico" (comma 566), l'assenza di Fnom dal tavolo stato regioni sulla Rc medica, il rapporto con i media nei casi di malpractice, la relativa debolezza istituzionale del consiglio nazionale, la necessità di attivare forme di controllo sull'Enpam.

**Ddl antiabusivi. Sarà legge in estate, previsto il carcere per danni ai pazienti**

La recente bozza del ministero della Giustizia che depenalizza i reati comportanti fino a 5 anni di reclusione non inficerà il disegno di legge anti abusivismo che introduce sanzioni penali agli abusivi. Ne è convinto **Giuseppe Francesco Marinello**, senatore Ncd e primo firmatario del provvedimento in questione che attende di diventare legge. «Il ddl approvato in Senato un anno fa è ora alla Commissione affari costituzionali della camera che lo esiterà con eventuali modifiche entro maggio e da qui tornerà in Senato per un'ultima lettura; contiamo di arrivare all'approvazione della legge a fine estate». La bozza fin qui contempla 2 anni di reclusione per chi esercita abusivamente una professione protetta, cui cioè si accede con esame di stato. Gli anni diventerebbero 4 in caso di lesioni e 6 per lesioni particolarmente gravi (qui molto si è tenuto conto dell'ambito clinico); e prevede fino a 50 mila euro di multa e la confisca dei beni, ad esempio il riunito a chi eserciti abusivamente l'odontoiatria. Tale apparato cozza con la nuova proposta all'esame della Commissione giustizia della Camera secondo cui si può evitare il carcere ai colpevoli di reati di particolare tenuità o frutto di un comportamento non ripetuto. La proposta arriva dal piemonte - come confermato dal ministero della Giustizia a Odontoiatria 33 - solo se accanto ai due elementi favorevoli vi sia una fedina penale assolutamente pulita. La parola "reclusione" apparirà in caso di motivi abietti, o futili, comportamenti crudeli o che causino morte o lesioni gravissime, ma in ogni caso la vittima potrà opporsi e chiedere che sia aperto il procedimento penale. Marinello si rende conto tuttavia che «se c'è una riforma di sistema sulla contabilizzazione dei reati inferiori a 5 anni corriamo il rischio di finire sotto questa mannaia . Noi contiamo d'intervenire alla Camera e Senato per introdurre correttivi che in caso di danni alla salute della persone riducano gli ambiti di discrezionalità consentiti, tenendo però presente che nei paesi di diritto anglosassone tale discrezionalità è maggiore e il magistrato valuta caso per caso dando un peso ancora superiore che da noi agli elementi di contesto».

Il timore generale è che chi non ha nulla da perdere, e ha attrezzature minime ma indossa il camice rischia di più del ragioniere che svolge bene singoli passaggi per cui è abilitato un commercialista. «C'è uno stato di fatto patologico che dimostra l'inadeguatezza dei sistemi di controllo sull'abusivismo. A mio modo di vedere l'abusivo è tale sia se "di lusso" sia se per i poveri. Fossi magistrato considererei un'aggravante essere l'abusivo dei più poveri. Un paziente con mezzi economici adeguati ha più possibilità di scegliere un professionista certificato, mentre uno straniero senza disponibilità ad esempio non sa dell'esistenza di onlus che praticano gratuitamente e bene l'odontoiatria al Bambin Gesù di Roma o in altre realtà d'Italia e si affida a personaggi che operano in condizioni igieniche scadenti». E' lecito vedere la depenalizzazione per chi eserciti abusivamente come un altro attacco al sistema ordinistico, già sotto scacco perché "anticoncorrenziale"? «Da decenni in Europa c'è un indirizzo volto a promuovere la concorrenza. Noi però dobbiamo interpretare gli ordini non come strumenti a difesa di lobby, ma come organi ausiliari che si evolvono con l'ordinamento dello stato e - quando certificano le posizioni degli iscritti o verificano la qualità della formazione - agiscono nell'interesse dei cittadini, vero ed ultimo obiettivo di questa forma di sussidiarietà».

## **DIRITTO SANITARIO Inosservanza delle linee guida e condanna del medico**

La necessità di tenere in osservazione il paziente che manifesti sintomi di possibile patologia cardiaca per un congruo intervallo di tempo (normalmente dalle 6 alle 12 h), verificando a intervalli regolari la presenza di enzimi indicatori delle necrosi miocardiche, il cui esito è ottenibile a breve distanza dal prelievo, quindi effettuare il c.d. monitoraggio continuo per poter intervenire tempestivamente con cardiologia interventistica, è regola di comportamento comunemente seguita nei pronto soccorso. Pertanto, il comportamento del medico che si sostanzia in una evidente omissione circa la opportunità di procedere ad una più approfondita valutazione dell'apparato cardiovascolare mediante l'esecuzione di esami elettrocardiografici e di controlli enzimatici ripetuti, sottovalutando anche il dolore addominale lamentato dal paziente da alcuni giorni, è stato ritenuto dal giudice gravemente colposo. In tal modo, non è possibile ricondurlo nell'ambito di applicazione della Legge Balduzzi, che esclude la rilevanza della colpa lieve in relazione a quelle condotte che abbiano osservato linee guida o pratiche terapeutiche mediche virtuose, purché accreditate dalla comunità scientifica. [Avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

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