

## Protocollo anticorruzione

di Paolo Giarrusso

Recentemente da parte di alcune ASP perviene l'indicazione che i MMG dovrebbero redigere il protocollo anticorruzione. Tale interpretazione arbitraria non tiene conto che annualmente i MMG redigono un allegato ove son riportate le stesse domande del protocollo anticorruzione. Inoltre una circolare esplicativa del **Dr Raffale Cantone** chiarisce ogni dubbio Delibera n.1388 del 14 dicembre 2016. A questo punto viene da chiedersi:

- a) In che mani siamo
- b) B che l'italiano è una lingua di non facile comprensione
- c) Che chi si alza per primo vuole dettare legge
- d) Che la mano destra non sa quello che fa la mano sinistra
- e) Che ancora in Italia vale quello che Giovanni Giolitti Presidente del Consiglio del Regno d'Italia ai primi del '900 sosteneva "nel nostro Paese le leggi per gli amici si interpretano, per i nemici si applicano" (e per i funzionari ASP i nemici sono chi cura e assiste i cittadini)
- f) Che spesso prima di partire in quarta bisognerebbe avere l'umiltà di confrontarsi con chi ne sa di più
- g) Non sarebbe forse più giusto sapere per quali meriti alcuni funzionari occupano certi ruoli?

**Per comodità dei lettori riportiamo la Delibera n.1388 del 14 dicembre 2016**

**Atto di segnalazione al Governo e Parlamento - proposta di modifica dell'art. 14, co. 1 lett. d), dell'art. 41, co.3, e dell'art.47, co.3 del Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n.97.**

### Il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

L'art.1, comma 2, lett. f) della legge 190/2012 prevede che la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (oggi A.N.A.C.):

"esercita la vigilanza e il controllo sull'effettiva applicazione e sull'efficacia delle misure adottate dalle pubbliche amministrazioni ai sensi dei commi 4 e 5 del presente articolo e sul rispetto delle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa previste dai

commi da 15 a 36 del presente articolo e dalle altre disposizioni vigenti".

Il successivo comma 3 del richiamato articolo prevede ancora che:

"Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 2, lettera f), l'Autorità nazionale anticorruzione esercita poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle pubbliche amministrazioni, e ordina l'adozione di atti o provvedimenti richiesti dai piani di cui ai commi 4 e 5 e dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa previste dalle disposizioni vigenti, ovvero la rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati".

In tema di trasparenza, va anche considerato che il d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, assegna all'Autorità nazionale anticorruzione funzioni di regolazione e il potere di comminare sanzioni nel caso in cui le amministrazioni (e i soggetti alle stesse equiparati in base all'art. 2 bis del d.lgs. 33/2013) omettano di pubblicare determinati dati ritenuti di particolare rilevanza al fine di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa.

Alla luce di tale quadro normativo e al fine di bene esercitare i compiti assegnati all'ANAC si ritiene di segnalare alcune criticità che la nuova disciplina in tema di trasparenza, introdotta dal d.lgs. 97/2016, manifesta, con particolare riguardo alla novella degli artt.14, 15 e 47 del d.lgs. 33/2013.

La prima criticità riguarda il diverso regime di trasparenza previsto per la dirigenza amministrativa in generale rispetto a quella sanitaria.

Come noto, l'art. 14 del d.lgs. 33/2013 disciplina ora gli obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali. Al comma 1 del richiamato articolo sono elencati i dati da pubblicare, compresi quelli che si riferiscono alle dichiarazioni patrimoniali da rendere secondo la legge 441/1982.

Questi obblighi di pubblicazione sono ritenuti particolarmente rilevanti al fine di assicurare la trasparenza del sistema, risultando sanzionato il loro inadempiamento ai sensi dell'art. 47 del d.lgs. 33/2013.

Prima della modifica introdotta dal d.lgs. 97/2016, ai dirigenti si applicava un diverso regime di pubblicità, di cui all'art. 15 del d.lgs. 33/2013, ora previsto per i soli titolari di incarichi di collaborazione o consulenza delle amministrazioni, regime che non richiede la pubblicazione delle dichiarazioni patrimoniali.

Va, quindi, segnalato che, mentre per i dirigenti amministrativi la disciplina di trasparenza è ora prevista dall'articolo 14 del decreto trasparenza, sussistendo per questi l'obbligo di pubblicare anche le dichiarazioni concernenti la situazione patrimoniale

Segue a pag. 3

## Nota Corte di Cassazione, su responsabilità penale e criteri amministrativi

Con la sentenza del 2 marzo 2011 il Giudice di legittimità ha esaminato un caso di responsabilità medica, oggi sempre più frequente nello scenario giuridico.

La Cassazione, in particolare, ha giudicato il medico imputato colpevole di aver commesso con condotta omissiva il reato di *omicidio colposo* previsto dall'articolo 589 del codice penale, a tenore del quale "*chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni...*".

La responsabilità per omicidio colposo deve essere analizzata senza dubbio in riferimento all'articolo 43 c.p., dove si enuncia che "*il delitto è colposo... quando l'evento anche se preveduto, non è voluto dall'agente, ma si verifica a causa di negligenza imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline*".

Alla luce di tali riferimenti normativi, la Cassazione ha ritenuto che il dottore, il quale aveva dimesso a soli nove giorni da un intervento di angioplastica coronarica un paziente che risultava essere un soggetto a rischio coronarico, poiché fumatore, con gravi probabilità di recidiva, aveva tenuto una condotta di tipo *imprudente e negligente*, in quanto nelle sue scelte professionali aveva fatto riferimento esclusivamente ai protocolli medici (linee guida di tipo statistico, solitamente utilizzate per preservare l'economicità della struttura ospedaliera) e non anche alla reale situazione medica del paziente. Questi, infatti, a distanza di poche ore dalla dimissione ospedaliera era stato ricondotto in ospedale, arrivando presso lo stesso in arresto cardiaco.

Ne conseguiva, la violazione della *posizione di garanzia*, la quale è prevista in capo a tutti gli operatori sanitari come espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto all'artt. 2 e 32 (Corte Cassazione sent. n. 2638 del 2002).

Dalla consacrazione nell'articolo 32 Cost. del principio per cui la salute è un *fondamentale diritto dell'individuo* discende, infatti, che "*la salute costituisce l'oggetto di un diritto che non è assoggettato a condizioni...*".

Segue a pag. 2

Continua da pag. 1

## Protocollo...

nei termini previsti dalla legge 441/1982, per la dirigenza sanitaria (e cioè per gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché per gli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse) poiché l'art. 41 del decreto 33/2013 (in tema di Trasparenza del servizio sanitario nazionale) espressamente richiama, al comma 3, l'art. 15, è in fatto introdotto (per le due categorie di dirigenti in questione) un differente regime di trasparenza. La norma infatti non prevede per i dirigenti sanitari l'obbligo di fornire i dati riguardanti la situazione patrimoniale.

È necessario, quindi, che il richiamo all'articolo 15 nell'ambito del primo periodo del comma 3 dell'articolo 41, venga sostituito con il richiamo all'articolo 14.

Inoltre, il riferimento alle attività professionali dei dirigenti sanitari (di cui sempre al comma 3, dell'art. 41 del d. lgs. 33/2013), andrebbe inserito anche nel comma 1, lettera d) dell'art. 14, e di conseguenza corretto il richiamo all'art. 15 contenuto nel secondo periodo.

La seconda criticità che va segnalata riguarda l'articolo 47 del decreto legislativo n. 33/2013 (per come modificato dal d.lgs. 97/2016), in tema di "Sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza per casi specifici" il cui testo attuale è il seguente:

La mancata o incompleta comunicazione delle informazioni e dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione in carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado, nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica, dà luogo a una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della mancata comunicazione e il relativo provvedimento è pubblicato sul sito internet dell'amministrazione o organismo interessato.

1-bis. La sanzione di cui al comma 1 si applica anche nei confronti del dirigente che non effettua la comunicazione ai sensi dell'articolo 14, comma 1-ter, relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, nonché nei confronti del responsabile della mancata pubblicazione dei dati di cui al medesimo articolo. La stessa sanzione si applica nei confronti del responsabile della mancata pubblicazione dei dati di cui all'articolo 4-bis, comma 2.

2. La violazione degli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 22, comma 2, dà luogo ad una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della violazione. La stessa sanzione si applica agli amministratori societari che non comunicano ai soci pubblici il proprio incarico ed il relativo compenso entro trenta giorni dal conferimento ovvero, per le indennità di risultato, entro trenta giorni dal percepimento.

3. Le sanzioni di cui al comma 1 sono irrogate dall'Autorità nazionale anticorruzione. L'Autorità nazionale anticorruzione disciplina con proprio regolamento, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, il procedimento per l'irrogazione delle sanzioni.

La prima criticità è contenuta nel comma 3 nella parte in cui fa riferimento al potere dell'Autorità nazionale anticorruzione di irrogare le sanzioni al solo comma 1, tralasciando di attribuire quindi espressamente la competenza all'Autorità anche per le

sanzioni di cui ai commi 1 bis e 2 dell'articolo 47. Malgrado la disposizione sia stata già oggetto di interpretazione estensiva con il regolamento approvato dall'Autorità nazionale anticorruzione in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'art. 47 del decreto legislativo 2013, n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n.97, sarebbe comunque opportuno eliminare le parole contenute al comma 3: "di cui al comma 1".

Un secondo aspetto problematico risiede ancora nel citato comma 3, in ordine alla mancata indicazione del soggetto competente ad introitare le somme incassate a titolo di sanzioni. Sarebbe dunque necessario specificare che le suddette somme restino nella disponibilità dell'Autorità nazionale anticorruzione. Ciò in analogia a quanto previsto dall'art. 19 comma 6 del d.l. 90/2014, che con riferimento alle sanzioni comminate dall'Autorità per omessa adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento (di cui al comma 5 dell'art.19), stabilisce che le stesse restino nella disponibilità dell'Autorità e siano utilizzabili per le proprie attività istituzionali.

Approvato dal Consiglio nella seduta del 14 dicembre 2016

Depositato presso la segreteria del Consiglio in data 2 febbraio 2017

Continua da pag. 1

## Nota Cassazione...

Emblematiche, quasi monumentali, le parole utilizzate dalla Suprema Corte nella sentenza in esame: *"nel praticare la professione medica il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità. Il rispetto delle "linee guida", quindi, nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né all'autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura del paziente... D'altra parte, lo stesso sistema sanitario, nella sua complessiva organizzazione, è chiamata a garantire il rispetto dei richiamati principi, di guisa che a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato. Mentre il medico, che risponde anche ad un preciso codice deontologico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia, non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico"*.

Proprio in riferimento all'importanza della tutela della vita umana nella sua integrità degna di nota è la citazione di un bioeticista Peter Singer, il quale afferma *"che è necessario, in un orizzonte in cui sta scomparendo il concetto di sacralità della vita, ripensare anche vita stessa ed al concetto di persona..."*.

Avvalendosi di tali coordinate interpretative, la Cassazione, a differenza dei giudici del gravame, non ha giustificato le scelte da egli prese, anche se in totale riferimento alle linee guida, dal momento che il rispetto delle medesime non lo esonera dalla responsabilità penale, civile e morale, laddove si con-

## Inserimento pazienti nelle RSA

Cari Colleghi,

in seguito al Corso che abbiamo fatto presso l'OM-CeO di Palermo sul tema delle Cure intermedie vi comunico alcune notizie sulle procedure per l'inserimento dei pazienti in RSA.

Per i propri assistiti i medici posso chiedere l'attivazione delle procedure per il ricovero in R.S.A. attraverso apposita richiesta (allegato) al Distretto ASP di competenza per il proprio territorio.

Successivamente a tale richiesta saranno i medici del distretto a prendere contatti con il familiare di riferimento per poter effettuare la valutazione del paziente valutando se sussistono i presupposti per un ricovero.

Si precisa che la scelta sulla destinazione è prerogativa del familiare di riferimento compatibilmente con la disponibilità dei posti letto della R.S.A.

Una volta autorizzato il ricovero, il personale della R.S.A. prenderà contatti con il familiare per programmare l'inserimento.

Per i pazienti "geriatrici" (post ictus ecc) il ricovero è gratuito per i primi 60 giorni, mentre dal 61° a 90° giorno si paga in seguito all'ISEE da pochi euro al giorno fino a 53 €.

Per i pazienti affetti da Alzheimer il ricovero è gratuito praticamente senza limiti.

Il segretario generale  
Luigi Galvano

figuri in capo al paziente un danno essenzialmente di natura *biologica-morale*, che trova origine nelle sofferenze causate al paziente per il mandato tempestivo soccorso, che ci sarebbe stato, se il paziente in questione fosse rimasto in degenza presso l'ospedale. Questo tipo di danno causato potrebbe anche definirsi come *esistenziale*, poiché riguarda le condizioni della vita e della sfera individuale del paziente.

In definitiva, il medico imputato risultava non aver tenuto un comportamento di tipo virtuoso, non avendo posto come prerogativa principale la tutela della salute del paziente. Egli con la decisione di dimmetterlo ha, infatti, commesso una negligenza, avendo omesso di attuare le cautele adeguate al fine di evitare una nuova crisi che ha portato il paziente alla morte e, quindi, ad un pregiudizio grave ed irreparabile.

In tal senso depondeva anche la perizia medica depositata dal C.T.U., ove si è affermato che *"il ricovero del paziente avrebbe, in caso di recidiva, attuato un soccorso immediato che avrebbe portato con molte probabilità a salvare la vita dello stesso"*.

Concludendo, l'imputato, in qualità di medico incaricato di somministrare cure al paziente da lui seguito, aveva l'obbligo di evitare la causa di danni alla salute del paziente e per tale ragione la Cassazione ha annullato la sentenza precedentemente emessa, rinviando ad un'altra sezione della Corte d'Appello di Milano.

## Troppi esami prescritti: Mmg vs specialisti: il parere del vice presidente SIMG

«Chiedere che il paziente sia indirizzato alla visita specialistica prima di fare un esame non risolve il problema dei troppi esami. Se c'è una categoria che indulge in prescrizioni eccessive di diagnostica, e ciò si può dimostrare, sono gli specialisti. Credo che la medicina di famiglia moderna, che si rappresenta in Simg, oggi abbia il polso della valutazione di un paziente cronico e sappia quali esami prescrivere e quando, quali sono utili e quali no». **Ovidio Brignoli vicepresidente della Società Italiana di Medicina generale replica alle società scientifiche specialistiche che hanno denunciato sul territorio una crescita di richieste di test**

**diagnostici o sacche di prescrizioni improprie dovute per lo più ai medici di famiglia.** I gastroenterologi Sige lamentano l'inutilità del 25-30% delle gastroscopie e colonscopie: sarebbero male indirizzate in tutto 500 mila procedure su 1,7 milioni per un costo di 60 euro l'una e una spesa totale di 30 milioni di euro. Ma anche SIBIoC (Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica) aveva denunciato una crescita fino al 20% nel numero di esami clinici richiesti ai laboratori Ssn per malattie cardiovascolari, diabete ed insufficienza renale. Il medico di famiglia ha la penna facile? Brignoli non ci sta. «Il laboratorista non vede il paziente, quindi non posso fargli una colpa dell'eccesso prescrittivo; posso però assicurargli che le indicazioni a prescrivere arrivano per lo più da specialisti endocrinologi e reumatologi che alzano la mira anche per un piccolo sospetto. Da anni SIMG sostiene che i follow up per i pazienti oncologici e per i cronici vanno semplificati e che molti esami si possono risparmiare. **Quanto agli specialisti "a contatto" con l'utente, prima di parlare del medico di famiglia dovrebbero guardarsi in casa e – nel dare indicazioni prescrittive – seguire certe regole.** Quando si presenta al medico curante una batteria di esami a carico del Servizio sanitario nazionale è bene accompagnarla con una lettera, motivare le scelte, chiedere di rivedere il paziente dopo un certo arco di tempo».

**I gastroenterologi SIGE** chiedono (e organizzano) più formazione e denunciano gastroscopie ripetute dopo 12-24 mesi in giovani per dispepsia o reflusso (in assenza di sintomi d'allarme come familiarità per neoplasie, anemia, vomito, dimagrimento, emorragia) quando per curare l'*helicobacter* basterebbe partire da un breath test; o colonscopie ripetute dopo 12-24 mesi in giovani, sempre per colonpatie funzionali, diverticolosi, asportazione di polipi iperplastici. Solo il 20% degli esami endoscopici è chiesto dallo specialista gastroenterologo; l'80 per cento di richieste viene dal mmg, da altri specialisti o dagli stessi pazienti. «Penso che quando sarà a regime il decreto sui livelli essenziali di assistenza che elenca le condizioni di erogazione degli esami e offre indicazioni di appropriatezza prescrittiva registreremo un'ulteriore pulizia rispetto al denunciato eccesso di prescrizione», dice Brignoli. E aggiunge: «Non siamo però certo stati noi medici di famiglia a premere sul PSA periodico, né ad andare in televisione a raccomandare questo o quell'esame al telespettatore che il giorno dopo veniva a fare pressing nel nostro studio. Ma c'è un'altra cosa da dire, il nostro sistema prescrittivo funziona male perché i controllori non controllano: si continua a valutare la mera spesa e non i percorsi di cura della persona, e non si attribuiscono responsabilità sul monitoraggio dei suddetti percorsi».

## Diabete e il problema diabetologi

Nel nostro Paese corruzione e frode, insieme a sprechi e inefficienze, sottraggano risorse ai servizi assistenziali per un totale di circa 23 miliardi di euro, pari al 20% del totale delle spese sanitarie sostenute annualmente (equivalente a 110 miliardi). A delineare lo scenario nel corso del convegno "L'etica nella professione e nelle organizzazioni" svoltosi al ministero della Salute è l'Associazione medici diabetologi (Amd), che sottolinea come sia «prioritario contribuire a sviluppare una maggiore consapevolezza etica nel professionista della salute al fine di assicurare servizi assistenziali di qualità in un'ottica di appropriatezza, sostenibilità e trasparenza». «Nel nostro sistema sanitario non è possibile isolare il fenomeno della corruzione da quello dell'inadeguata gestione organizzativa e degli sprechi, che si traducono in risorse sottratte ai servizi sanitari. In particolare le attività di prevenzione nell'area del diabete, fondamentali per evitare il dilagare di questa vera e propria epidemia» commenta Maria Franca Mulas, coordinatrice del Gruppo Diabetologia Misurata, Amd. «Un comportamento etico si concretizza proprio nelle scelte operate quotidianamente, ad esempio nella scelta del farmaco più appropriato, nel rapporto con le aziende, con le organizzazioni e con gli altri operatori. Come operatori abbiamo la responsabilità di crescere professionalmente al fine di prevenire comportamenti che,

a causa di un certo grado di inconsapevolezza e inerzia, contribuiscono a quelle storture e inefficienze del sistema che ben conosciamo». Secondo le stime il tasso medio di corruzione e frode in sanità è del 5,59%, con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10%. Per la sanità italiana, che vale circa 110 miliardi di euro annui, questo si tradurrebbe in circa 6 miliardi di euro sottratti ai servizi assistenziali. Se a questi si aggiungono i costi di sprechi e inefficienze, il conto salirebbe a oltre 23 miliardi di euro. «Acquisita la distanza esistente tra l'ambiente sanitario descritto e la necessità di un'assistenza più appropriata e sostenibile, Amd si sta adoperando per rendere più trasparenti i comportamenti professionali dei propri iscritti, iniziando con attività dedicate all'educazione alla legalità e alla consapevolezza etica dell'agire professionale» aggiunge Nicoletta Musacchio, Presidente Nazionale Amd. «Arrivando poi a fornire strumenti funzionali nel guidare sia le scelte tecniche, sia le relazioni con il paziente, i rapporti tra operatori e con le organizzazioni sanitarie, le aziende e le istituzioni, anche alla luce del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, di recente approvazione, che richiede agli ordini professionali un sempre maggiore impegno in termini di formazione e controllo».

## Previdenza e ONAOSI

Una bozza di riforma degli Enti previdenziali privati ipotizza la soppressione dell'ONAOSI: le funzioni dell'ente verrebbero trasferite in una Gestione speciale INPS "per il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani di medici, chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti". Con decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali verrebbero definite le modalità per la nomina di un Commissario liquidatore al fine della soppressione dell'ente.

«Non solo si tratta di un vero e proprio esproprio mirato di una cassa previdenziale privata, ma sono evidenti gli aspetti di illegittimità sia per quanto riguarda l'area della dipendenza, ma ancor di più per quanto riguarda l'area dei liberi professionisti che ammonta a quasi 10.000 contribuenti volontari di cui circa 8.000 medici convenzionati – sottolineano FIMMG, FIMP, INTESA SINDACALE, SMI,SNAMI, SUMAI – Il provvedimento non può che essere definito un rigurgito di vetero-statalismo e non ne comprendiamo le finalità e la coerenza in un momento dove tutte le azioni dei responsabili delle politiche del welfare sono orientate a incentivare, anche con deducibilità fiscale, migliaia di fondi integrativi previdenziali e sanitari di innumerevoli soggetti privati, onlus e società di mutuo soccorso. Non vorremmo che anni di politiche statutarie e regolamentari dell'ONAOSI, che di fatto hanno limitato la partecipazione dei contribuenti volontari alla presenza nell'ente, abbiano offerto strumenti per facilitare il corso di questo provvedimento».

FIMMG, FIMP, INTESA SINDACALE, SMI,SNAMI, SUMAI non rinunceranno a sostenere le attività di assistenza offerte (ai propri iscritti che hanno volontariamente aderito) dall'Onaosi e non dall'INPS.

PALERMO  
MEDICA

Per notizie  
in tempo reale  
contattare:

- [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)
- [www.fimmgpa.it](http://www.fimmgpa.it)
- [fimmgnotizie](http://fimmgnotizie)



## Farmaci in gravidanza, guida al corretto uso

Non è raro che nel corso della gravidanza la donna debba ricorrere all'assunzione di farmaci. Anzi, stando a uno studio condotto alcuni anni fa negli Stati Uniti, oltre l'80% delle donne riferiva di aver assunto almeno un farmaco nel corso del primo trimestre e più del 90% vi aveva fatto ricorso almeno una volta durante l'intero periodo della gravidanza. Può trattarsi di medicinali da banco, di farmaci da prescrizione o di prodotti fitoterapici: comunque sia l'uso dei farmaci nel periodo gestazionale rappresenta sicuramente un aspetto molto delicato. Una regola generale che vale anche nel corso della gravidanza è che i farmaci, quando necessari e indicati, vengano utilizzati nel modo corretto. «È un po' il solito discorso di evitare l'autoprescrizione – afferma Maurizio Bonati, Responsabile del Laboratorio per la Salute Materno-infantile dell'Istituto Mario Negri di Milano –. Nel momento in cui vengono prescritti però è importante che ci si attenga alle indicazioni date dal medico anche in termini di durata della terapia, per esempio nel caso degli antibiotici. In questo senso spesso le donne in gravidanza sospendono la terapia appena scompare la febbre, fanno cioè gli stessi errori che faranno poi con i loro bambini».

Qui può dunque essere importante il ruolo del medico che segue la donna che deve rassicurarla ed educarla al corretto utilizzo dei farmaci, che comunque va ovviamente sempre riservato ai casi in cui è indicato. «Primum non nocere, nel senso che in gravidanza occorre sempre avere una estrema cautela nella prescrizione dei farmaci sia per il loro eventuale effetto teratogeno, che può variare a seconda del trimestre di gravidanza e del passaggio transplacentare, sia per le possibili ripercussioni sull'equilibrio madre-feto – puntualizza Rossella Nappi, della Clinica Ostetrica e Ginecologica, Dipartimento di Scienze Morfologiche, Eidologiche e Cliniche dell'Università di Pavia –. Un altro aspetto molto importante anche in gravidanza è conoscere le eventuali allergie e intolleranze ai farmaci». Un elemento da non sottovalutare è che spesso l'esposizione ai farmaci avviene in maniera involontaria. «Il periodo più rischioso è quello in cui la donna non sa ancora di essere incinta – spiega Francesco Scaglione, Direttore del Dipartimento di Farmacologia, Chemioterapia e Tossicologia Medica dell'Università di Milano – e quindi quando il medico prescrive il farmaco o il farmacista suggerisce un medicinale di automedicazione a una donna in età fertile dovrebbe informarsi sulla possibilità di una gravidanza. Anche un preparato OTC banale, per esempio un FANS, assunto nella prima o nella seconda settimana di gravidanza può determinare un aborto in una donna che non sa di essere in gravidanza». «È importante promuovere la consapevolezza che in età fertile il fatto di assumere farmaci nella seconda fase del ciclo mestruale, quando cioè il concepimento magari è già avvenuto, ma la donna non è ancora consapevole del suo stato gravidico, può essere dannoso per il tessuto embrionale in formazione» concorda la ginecologa pavese. Attenzione anche all'utilizzo in gravidanza di preparati erboristici. «A maggior ragione nel corso della gravidanza si deve raccomandare di non fare ricorso a quei preparati che sono apparentemente terapeutici, ma che escono

dal discorso dei farmaci e dei parafarmaci - dice Bonati – Mi riferisco ai prodotti erboristici, alle tisane di cui non si conosce il contenuto. Con i farmaci la sicurezza è data proprio dal fatto che sono prescritti dal medico». Opinione condivisa anche da Stefania Longo, della Neonatologia, Patologia Neonatale e Terapia Intensiva della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo. «Nel corso della gravidanza possono manifestarsi, per diverse cause, specifiche carenze che il medico potrà rilevare suggerendo una opportuna integrazione, per esempio di ferro. Gli apporti di integratori, assunti nelle quantità e modalità raccomandate, non presentano rischi per il feto e prevenendo possibili conseguenze dannose legate alla carenza specifica. L'assunzione di integratori di propria iniziativa è invece sconsigliata, poiché alcune componenti presenti in questi prodotti possono aumentare il rischio di malformazioni del feto se assunti in quantità complessivamente eccessive».

## Certificati sportivi, FMSI fa chiarezza su tipologie e obblighi per i medici

«La normativa sui certificati sportivi in questi ultimi anni è migliorata, ma lo screening elettrocardiografico una volta nella vita andrebbe fatto a tutti gli studenti delle scuole, dagli 11 ai 18 anni, sia chi fa sport sia chi non lo fa. Non è l'attività sportiva l'unica discriminante per i rischi di aritmie e morte improvvisa che noi vorremmo azzerare». A sottolinearlo Francesco Fedele presidente della Federazione Italiana di Cardiologia. Dal 2010 ad oggi la Fondazione «il Cuore siamo noi» da lui guidata, grazie a un accordo con il Ministero dell'Istruzione, ha fatto 25 mila elettrocardiogrammi agli studenti delle Superiori e quasi il 20% degli esiti non è risultato normale. «Si tratta sia di anomalie puramente elettriche tra cui sindromi di Wolf Parkinson White Qt lungo, QT corto, sindrome di Brugada, sia di anomalie come il blocco di branca sinistra e segni di ipertrofia ventricolare che potrebbero rivelare valvulopatie o displasie aritmogene. I referti di significato patologico sono una minoranza ma vanno approfonditi con ulteriori esami mirati», premette Fedele. «I soggetti realmente patologici sono l'1% della popolazione, quindi del 20% di esami con imperfezioni massimo un 5% «fotografa» soggetti a rischio di aritmie gravi. Nondimeno, proprio in questo 5% si verificano le morti improvvise in campo ed altri eventi cardiaci fatali, un migliaio l'anno, vite che potremmo salvare con il classico «ecg una volta nella vita» raccomandato nelle linee guida della Federazione degli Ordini, che tra l'altro al Servizio sanitario costa una quindicina di euro».

Attualmente la situazione dei certificati medico sportivi redatti da medico di famiglia e pediatra dopo il riordino disposto dal decreto semplificazioni del 2013 e le successive modifiche Fnomceo, Ministero Salute e Coni, è la seguente: non servono per la pratica non agonistica di sport come pesca bridge scacchi tiro a volo tiro a segno ed altre attività iscritte in un apposito elenco emanato dal Coni nel 2016 e in cui non si fanno sforzi fisici particolari (ma se si fa agonismo il certificato del medico sportivo ci vuole!)

Non servono neppure per pilates, palestra, nuoto e danza praticati in palestra-piscina con una società non affiliata Coni. Ma se la palestra fa problemi per motivi assicurativi è meglio produrli. Invece servono per tutte le società che praticano le stesse discipline e sono affiliate al Coni. In questo caso il medico o il pediatra per redigere il certificato potranno prescrivere l'elettrocardiogramma. Con che cadenza? Annuale il medico di famiglia per tutti gli adulti a rischio, ad esempio con una patologia cronica in atto; sempre annuale per l'ultra65enne che avesse anche solo un fattore di rischio, ad esempio se fuma ancora; una volta nella vita (pediatra e mmg) per un ragazzino od un giovanotto nel pieno del vigore e senza fattori di rischio. Altre tre attività non agonistiche richiedono sempre il certificato medico: attività sportive parascolastiche, giochi della gioventù provinciali e regionali, attività sportiva di società affiliate Coni praticata fuori dalle età stabilite in ciascuno sport per la disciplina agonistica; nelle età agonistiche infatti si fa il certificato ad hoc prodotto dal medico sportivo previo test da sforzo massimale. «La distinzione tra tipi di allenamento, o tipi di palestra, Coni e non Coni, è «fittizia»», ammette Fedele. «Penso che se in un'età di sviluppo, in tempi in cui la visita del militare è stata abolita, completissimo con uno screening elettrocardiografico a tutta la popolazione il quadro tracciato dall'attuale normativa, gli italiani sarebbero sotto controllo e non ci sarebbe più bisogno di precauzioni ulteriori da parte delle palestre».

## Il certificato telematico di malattia per il lavoratore dipendente

- Qualsiasi medico al quale ti rivolgi deve rilasciare il certificato di malattia se necessario e richiesto
- In assenza di connessione internet o in caso di medico libero professionista non abilitato all'invio telematico, vale il certificato cartaceo rilasciato in doppia copia che deve essere consegnato all'INPS e al datore di lavoro

**Controlla** che tutti i dati del certificato siano corretti, con particolare attenzione alla completezza dell'indirizzo di reperibilità durante la malattia.

**Ricorda** di rispettare le fasce orarie di reperibilità per eventuali visite mediche di controllo, anche nei giorni festivi, di sabato e domenica.

- ore 10,00 - 12,00 ed ore 17,00 - 19,00 **per i lavoratori del settore privato**
- ore 09,00 - 13,00 ed ore 15,00 - 18,00 **per i lavoratori del settore pubblico**

**Ricorda** di avvertire preventivamente INPS (\*) e datore di lavoro in caso di variazione dell'indirizzo di reperibilità durante la malattia

**Verifica** che sul campanello del domicilio di reperibilità sia indicato il tuo nominativo, per permettere al medico INPS l'eventuale visita di controllo.

**Attieniti** inoltre alle disposizioni del tuo contratto di lavoro in materia di assenze per malattia.

## Formazione in medicina generale, FNOMCEO: no a emendamenti nella legge di Bilancio

Una sessione straordinaria per uscire a gennaio 2018 e partecipare in tempo alle graduatorie del prossimo anno: la chiedono sul web i tirocinanti del corso di medicina generale che si sono iscritti a inizio 2015 anziché a fine 2014. Il nostro ordinamento infatti da una parte ammette i ritardatari ma dall'altra non consente loro uguali diritti rispetto a chi si è iscritto prima. Tutto nasce nel 2014, fino ad allora c'erano solo 10 giorni dall'inizio del primo anno del corso triennale per ospitare nuovi inserimenti. Il decreto 28 agosto 2014 del Ministero Salute ha esteso la possibilità di utilizzare la graduatoria degli idonei a 60 giorni dall'inizio del corso di formazione. Dal corso 2014-17 si sono create due categorie di immatricolati al triennio: gli inseriti alla fine dell'anno prima e quelli entrati a inizio nuovo anno. Le due categorie non escono insieme. Lo stesso decreto infatti impone a tutti i corsisti di fare 4800 ore in 36 mesi. In realtà, 4800 ore si possono finire anche prima del compimento dei 36 mesi. Ma la Direzione Generale Professioni del Ministero della Salute con circolare 35/14 ricorda che ai sensi dei decreti vigenti, «i giorni di corso persi vanno recuperati e regolarmente retribuiti nel rispetto del limite minimo di 4800 ore e di 36 mesi».

Vanno rispettati entrambi i termini. Così, i medici convocati a gennaio 2015, pur rientrando prima di fine 2017 nelle 4800 ore previste grazie a piani di recupero individuali, non potranno sostenere la prova finale nella sessione ordinaria di dicembre 2017, slitteranno a dicembre 2018 e potranno concorrere per le graduatorie 2019. Invece i corsisti convocati a fine novembre/inizio dicembre 2014 recuperando eventuali ore perse potranno comunque diplomarsi regolarmente a dicembre 2017 e concorrere alle graduatorie 2018. La differenza è definita «profondamente ingiusta, e quindi non accettabile». I giovani che chiedono la sessione straordinaria invece contrappongono il Decreto 7 marzo 2006 secondo cui «l'esame finale va svolto entro la fine dell'anno solare in modo da permettere ai medici in formazione l'inserimento nella graduatoria regionale per la medicina generale entro il 31 gennaio dell'anno successivo; inoltre le regioni e le province autonome possono prevedere anche ulteriori sedute di esame per i tirocinanti che hanno sospeso la frequenza a seguito di malattia, gravidanza o servizio militare».

Di qui la richiesta di una sessione straordinaria martedì 30 gennaio 2018, in modo che a tutti i medici che «compiranno» i 36 mesi entro quella data possano presentare il giorno dopo, 31 gennaio, ultimo giorno utile, domanda di iscrizione alle graduatorie regionali, non aspettando un altro intero anno. In alternativa è accettabile una sessione straordinaria nei mesi successivi, potendo però far domanda di iscrizione con riserva in attesa di indirizzare all'ufficio competente il diploma ottenuto in seguito. Terza opzione: prorogare il termine di presentazione della domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale 2018 per il numero di giorni necessario a consentire a chi discute la tesina nella sessione straordinaria. Ove si ottenesse la sessione straordinaria del 30 gennaio, si chiede inoltre di poter presentare domanda di iscrizione alle graduatorie Asl di Continuità Assistenziale entro fine dicembre 2017, con riserva di far pervenire in seguito agli uffici competenti il diploma ottenuto, «evitando così di essere posizionati alla fine della graduatoria anziché all'inizio, subito dopo i medici già presenti nella graduatoria regionale».

## Nasce la Fondazione degli Ordini siciliani

«La neonata organizzazione – hanno spiegato – è aperta ai contributi di enti pubblici e privati, dalle Università al mondo delle professioni in generale, purché abbiano le stesse finalità: offrire nuove opportunità attraverso nuovi impulsi dedicati alla ricerca scientifica e alla formazione».

«È sotto gli occhi di tutti, infatti – ha detto Toti Amato – la profonda crisi dell'occupazione giovanile, il mancato e ritardato turnover, la svalutazione del patto generazionale, la scarsa programmazione delle professioni sanitarie non tarate sui bisogni assistenziali. Tutte le professioni ne stanno soffrendo, non solo i medici. Tanto che si assiste a una vera ondata di emigrazione all'estero di giovani medici: 2363 solo nel 2014. Quelli che restano hanno bisogno di tutele e gli Omceo sono il luogo naturale per accogliere le loro esigenze e supportare le loro iniziative».

L'istituzione di una Fondazione, che non ha scopi di lucro, è stata pensata «in un'ottica di risparmio, attraverso economie di scala, per centralizzare l'offerta di determinati servizi, condividendo 'in rete' percorsi, soluzioni e progetti che guardano alla valorizzazione professionale e culturale delle nuove generazioni, non solo di medici, ma di tutti i professionisti iscritti a rispettivi Ordini di categoria, collegi o associazioni sanitarie».

Allo scopo, a titolo di esempio, la nuova struttura intende promuovere «iniziative editoriali, borse di

studio; fornire il sostegno organizzativo e strumentale di progetti utili alle finalità stabilite dallo statuto; programmare corsi di alta qualificazione professionale, in collaborazione con Università, Cnr o altri enti di ricerca italiani ed esteri che abbiano programmi comuni». Sono previste anche «attività culturali, ricreative e di supporto nello sviluppo di progetti che favoriscano l'inserimento dei tirocinanti nel mondo della professione. Oltre alla gestione delle attività di formazione professionale continua (Ecm) e corsi di aggiornamento.»

«Per gli Ecm, finita la fase sperimentale, si assiste oggi – ha detto il segretario regionale della Fimmg-Sicilia, Luigi Galvano – ad un forte disimpegno di molte istituzioni pubbliche, ma anche dell'impresa del farmaco, dalla promozione di congressi ed eventi formativi, quando invece essere in regola con i crediti è indispensabile per la partecipazione a concorsi, bandi o per ottenere incarichi anche all'interno delle organizzazioni sanitarie».

«Così come è diventato economicamente insostenibile, in particolare per i giovani medici – ha ricordato il vicepresidente dell'Ordine dei medici di Palermo, Giovanni Merlino – potere accedere alla consultazione delle banche dati scientifiche, che la Fondazione invece intende mettere a disposizione. Nei prossimi giorni, partiranno i primi tre eventi formativi gratuiti: il corso per esecutori BLS D-Basic Life Support Defibrillation, per addestrare i discenti alle manovre di rianimazione cardiopolmonare e abilitarli all'uso dei defibrillatori semiautomatici; un secondo corso dedicato all'Euro progettazione, «per formare ed abilitare figure capaci di sviluppare progetti e attrarre gli aiuti che l'Europa mette a disposizione»; e un modulo formativo che affronta la corretta gestione clinica e assistenziale delle patologie di comune riscontro nei pazienti migranti.

## Riceviamo e volentieri pubblichiamo il modulo che Mimmo Politi (Segretario FIMMG Enna) ha inviato per la segnalazione delle inadempienze degli specialisti

### SPECIALISTICA

AL DIRETTORE RESPONSABILE DISTRETTO SANITARIO DI \_\_\_\_\_

ASP 4 - ENNA

Si allega n..... documenti per quanto di sua competenza

per il Dr. \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

1. Ai sensi delle normative vigenti si segnala la seguente difformità
  - a. Mancanza timbro personale con numero cod. iscrizione all'OMCeO provinciale
  - b. Mancanza firma
  - c. Mancato utilizzo del modello unico di prescrizione regionale
  - d. Incompleto utilizzo del modello unico di prescrizione regionale
  - e. Utilizzo di modulo prestampato con biffatura di quanto richiesto
  - f. Altro \_\_\_\_\_

(biffare la lettera o le lettere delle difformità segnalate)

1. Ai sensi delle normative vigenti inerenti l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, si segnala che la prescrizione farmaceutica allegata, riferita al medicinale \_\_\_\_\_

è da considerarsi inappropriata per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico



Palermo Medica, n. 3/4, 2017; Direttore responsabile: Paolo Giarrusso

Editore FIMMG Palermo; Redazione P.zza Sturzo, 14 Palermo – Tel. 091 331902 - 091 331832 – E-mail [fimmgpa@tiscali.it](mailto:fimmgpa@tiscali.it)  
Autorizzazione Tribunale di Palermo n. 25 del 2 novembre 1983 - Stampato dalla Tipolitografia Luxograph s.r.l., Via Amilcare Barca, 1/h, Palermo

*Le opinioni espresse nei vari articoli rispecchiano solamente l'opinione dell'Autore e possono anche essere divergenti dalla linea politica della Redazione: tutto ciò arricchisce la dialettica all'interno della professione per un suo continuo miglioramento.*

*I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D. Lgs del 30 giugno 2003 n. 196 a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore esclusivamente per la spedizione della presente pubblicazione.*

[www.fimmgpa.it](http://www.fimmgpa.it)

Il giornale è stato chiuso in tipografia l'8 marzo 2017

Tiratura di questo numero: 3000 copie.

## Recupero indennità di frequenza Scuole di Specializzazioni 1976-1991

Le problematiche sugli indennizzi risarcitori per i recuperi delle indennità di frequenza delle Scuole di Specializzazione in Medicina, si articolano in due differenti (cronologicamente) filoni:

- a) la mancata corresponsione delle indennità di frequenza per le scuole di specializzazione frequentate dal 1976 al 1991: trattasi del mancato adeguamento dello Stato Italiano alle Direttive Comunitarie che prevedevano la corresponsione di una indennità di frequenza; per tale fattispecie sono in corso procedimenti giudiziari che hanno già dichiarato il diritto ad un risarcimento per equivalente, nei confronti di tutti i Medici che non avevano percepito le indennità di frequenza.

La prescrizione, ovvero la possibilità di attivare un'azione giudiziaria, si verificherà il 20/10/2017.

- b) mancato adeguamento delle indennità di frequenza corrisposte agli specializzandi negli anni accademici 1992/93 al 2006/2007: trattasi di un adeguamento delle indennità di frequenza corrisposte che rimasero bloccate ad € 930,00 mensili in esito al D.Lgs n. 257/1991; blocco che perdurò fino al 2006, data di adozione del DPCM (Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri) che adottò lo schema tipo del contratto di formazione specialistica con DPCM 6/07/2007.

La prescrizione in questo caso decorre dal 6/07/2007 e quindi vi sarà la possibilità di attivare un'azione giudiziaria sino al 6/07/2017 (un'interpretazione più restrittiva, collegata ad un DPCM del 6/03/2007, determina la scadenza della prescrizione al 6/03/2017).

Ricordo che la Fimmg ha attivato le azioni di recupero per l'ipotesi di cui al punto a).

Il Codacons ed altri Organismi hanno attivato le azioni di recupero anche per l'ipotesi di cui al punto b).

Tanto rassegno per un'aggiornata informativa ai Vs. iscritti.

Avv. Antonio Bargione

## Segnalazione online Reazioni avverse

Cari Colleghi,

vi segnalo la nuova applicazione di seguito illustrata che consente on-line in maniera veloce di segnalare una ADR.

Vi ricordo che la farmaco vigilanza serve a rendere sempre più sicuro l'uso dei medicinali.

In caso ADR la segnalazione va fatta sempre, ma è particolarmente raccomandata (anche per reazioni avverse minori per cui non è stato necessario fare alcuna terapia), in caso di vaccini o di farmaci immessi in commercio negli ultimi anni.

Ancora vi segnalo che per i farmaci con piano terapeutico e quelli PHT, che pur non essendo da noi inizialmente prescritti, è proprio la posizione di indipendenza nei confronti della prescrizione e di "garanzia" rispetto al nostro paziente che ci deve indurre a segnalare.

Luigi Galvano



12° Congresso Regionale  
dei "Dialoghi di Palermo Medica"

La medicina di famiglia protagonista  
nei futuri scenari della sanità

Palermo, 24 - 25 marzo 2017  
Splendid Hotel La Torre - Mondello (PA)