

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
1° APRILE 2014

## DALLA SARDEGNA

### L'UNIONE SARDA

#### **SASSARI Asl sotto accusa Niente concorsi, infermieri sulle barricate**

Hanno costituito il Comitato di infermieri precari e disoccupati della Provincia di Sassari e sono pronti a tutto pur di ottenere un concorso in Asl ed Aou a tempo indeterminato. Perché la situazione è drammatica: l'ultima chiamata pubblica risale al 2009 e, mentre tutte le aziende sanitarie sarde hanno provveduto a bandire altre selezioni, Sassari non ha fatto niente pur avendo una carenza di circa 260 infermieri.

**PROTESTA NELL'ARIA** Sul piede di guerra almeno 200 operatori sanitari che, nei giorni scorsi, hanno costituito un comitato. Il personale in servizio è ridotto all'osso, molti non riescono ad andare in ferie e potrebbero entrare in crisi i Lea, livelli essenziali di assistenza. «A discapito degli utenti - hanno scritto gli infermieri - mentre tanti di noi non riescono a trovare lavoro. Siamo pronti alla battaglia». L'ultima selezione a tempo determinato è datata al 2012. Paradosso della sanità con servizi che funzionano a stento per carenza di personale. «Sia l'Asl come l'Azienda ospedaliera - hanno aggiunto - non si rendono conto di questo e si continua a sopperire con lo straordinario, facendo saltare ferie e riposi». E poi la classica coperta corta, spostando gli infermieri da un reparto all'altro. «Situazione vergognosa» ha aggiunto Alessandro Nasone del Nursing up. «Da tempo abbiamo chiesto un nuovo bando. L'Aou non ha fatto niente mentre l'Asl ha attivato la mobilità pre-concorsuale. Circa 60 operatori hanno vinto concorsi ad Olbia, Cagliari e Nuoro e ci ritroveremo senza personale per garantire i servizi minimi».

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### **Il 42% dei medici pubblici over 55. Cozza (Cgil): più giovani per garantire prestazioni adeguate**

Quasi il 42% dei medici dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, 47.438 unità su un totale di 114.713, ha più di 55 anni. Un numero da aggiungere ai 14.280 con età superiore ai 60 anni, ben oltre il 12% del totale che superano il numero dei giovani medici da 30 a 39, fermo a 13.196 unità. I dati arrivano dall'analisi effettuata da Fp-Cgil Medici sugli ultimi dati ufficiali del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato e portano **Massimo Cozza**, segretario nazionale del sindacato, a osservare come sia «sempre più difficile garantire prestazioni sanitarie adeguate a tutela della salute dei cittadini e degli stessi operatori, con 14mila medici pubblici con oltre 60 anni, spesso costretti a numerosi turni notturni e con riposi inadeguati a causa del blocco del turn over e dei 30 miliardi di tagli al fondo sanitario. Basti pensare» aggiunge Cozza «a figure professionali che necessitano di elevata attenzione e concentrazione, come i chirurghi e gli anestesisti. Da un lato bisogna

valorizzare in modo appropriato l'esperienza professionale, dall'altro bisogna assumere i giovani medici necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza, a partire dai percorsi di stabilizzazione dei 10mila medici precari, annunciati con un Dpcm da mesi impantanato tra i Ministeri della Salute, della Funzione Pubblica e dell'Economia». Il segretario Fp Cgil Medici si sofferma, infine, sulla necessità di investimenti nella formazione. «Per i 10mila giovani che avranno accesso alle facoltà di medicina superando lo sbarramento del numero chiuso» sottolinea, «sui 69mila che si preparano al test dell'8 aprile, si prospetta un futuro paradossale: meno della metà, una volta raggiunto l'obiettivo della laurea, potrà concorrere per l'accesso al servizio pubblico. A fronte di 9mila medici laureati, infatti, sono disponibili 3500 contratti di specializzazione e 900 borse di studio per la formazione specifica in medicina generale. Un percorso a ostacoli per i giovani medici. Superato il traguardo – conclude Cozza - spesso ci sono la disoccupazione o l'emigrazione».

## **Case salute, Chiari (Smi): dipendenza inevitabile per Mmg integrati nella rete**

Screening dei pazienti “non urgenti”, trattamento dei post-acuti, gestione di letti con infermieri ed assistenti sanitari: la casa della salute trasforma il lavoro dei medici di base, e regioni e sindacati elaborano nuovi modelli contrattuali. Se ne parla al convegno interregionale delle Cure primarie organizzato da Emilia Romagna e Toscana alla vigilia della ripresa delle trattative per la convenzione (appuntamento l'11 aprile in Sisac). Per **Alessandro Chiari** responsabile del Centro Studi Smi e segretario Smi emiliano, dalla suddivisione delle case della salute in tre livelli avvenuta nella sua regione a una convenzione diversa, almeno per il Mmg che organizza il suo lavoro in megastrutture, «il passo è breve e penso inevitabile. Affiancate da strutture intermedie per l'assistenza domiciliare e residenziale, o esse stesse tali, le case della salute diventano il presidio fondamentale del territorio: le piccole/medie, edificate attorno ad una o più medicine di gruppo; le grandi, in grado di offrire tutti i servizi socio sanitari integrati ad un bacino di utenza ampio e di ospitare i Mmg dell'aggregazione funzionale territoriale (o nucleo di cure primarie). Nella CdS “grande”, si dovrebbe prevedere una turnazione di tutti i Mmg afferenti (oltre a pediatri, specialisti e ambulatori di continuità assistenziale), ma anche letti a bassa intensità di cure, una farmacia e locali dedicati allo screening dei “codici bianchi”, e più il Mmg sarà coinvolto in questi processi di gestione più il suo lavoro cambierà». Per Chiari è un processo inevitabile, «nel quale si supporta un'evoluzione del concetto di ospedale di comunità, realizzando un vero General Hospital. Il Mmg in questo futuro che credo imminente potrebbe gestire la lungodegenza assistendo il suo paziente insieme ai colleghi ospedalieri, integrando day hospital ed altre modalità operative. Il paziente (degente o domiciliare) sarebbe accompagnato da un programma assistenziale misurato da indicatori basati sul concreto ritorno al cittadino in termini di resa personalizzata. Infine si eserciterebbe anche sul territorio un controllo di qualità e le convenzioni, come oggi i contratti dei dirigenti Ssn, sottoposti a verifica, andrebbero concesse a termine per garantire la necessaria qualità al cittadino mediante la continua verifica di medici e strutture. Ma tale formula contrattuale comporta una modifica dell'attuale convenzione e l'inizio di un processo orientato al passaggio a dipendenza dell'intera area della medicina convenzionata».

## **Patto salute, Coletto: risparmi sanità restino alle Regioni**

Chiudere il Patto per la salute in tempi brevi, «tre settimane o un mese al massimo». Ma solo «dopo aver avuto la conferma di quanto promesso nei giorni scorsi dal Governo, ovvero che i risparmi della sanità resteranno nel settore», anzi, volendo essere precisi, «alle regioni stesse che li producono». A chiarirlo è Luca Coletto, assessore alla Sanità della Regione Veneto e coordinatore degli assessori alla Sanità, in vista del prossimo 4 aprile, giorno in cui si riapriranno i lavori del Patto per la salute.

Dopo un ristagno dovuto al cambio di governo, regioni e ministero torneranno a sedersi intorno a un tavolo per ridefinire i contorni del Servizio Sanitario “che verrà”. Il primo appuntamento però, servirà sostanzialmente a fare il punto della situazione e sondare gli animi. «Venerdì - spiega all'Ansa Coletto - capiremo il ricollocamento del Patto, ora che è cambiato il governo. Vorremmo rassicurazioni su quanto sino ad ora concordato, innanzitutto su valore del fondo di 109 miliardi per il 2014, 113 per il 2015 e 117 per il 2016. In secondo luogo sul fatto che la spending review ci consentirà di mantenere i risparmi ottenuti attraverso la razionalizzazione della spesa, nelle disponibilità del settore e delle regioni che li producono». Superato il primo step si riprenderà la marcia interrotta. Tra i temi all'ordine del giorno la spesa farmaceutica e i possibili risparmi derivanti dalla costituzione di centri regionali per gli acquisti di farmaci e dispositivi, «solo così ovvieremo alla famosa siringa che costa 5 euro in una regione e 50 centesimi in un'altra», sottolinea Coletto. Però, conclude, «se è vero che possiamo migliorare i costi è anche vero che un caso come Avastin non deve esistere e ci dimostra che non è giusto far ricadere sempre la colpa degli sprechi solo sulle regioni».

## **Diritto sanitario Borsa di studio e attività lavorativa durante frequenza specializzazione**

### **Il fatto**

La Procura regionale presso la Sezione Giurisdizionale della Corte dei Conti Lombardia, con atto di citazione, ha chiamato in giudizio un medico frequentante una scuola di specializzazione, per aver percepito indebitamente contributi pubblici (borsa di studio) per Euro 33.843,60 in qualità, appunto, di ammesso alla frequenza dei corsi di formazione obbligatori.

Il medico, secondo la procura, aveva percepito la borsa di studio pur svolgendo, durante l'espletato corso di formazione, attività lavorative remunerate da terzi in violazione del principio di incompatibilità vigente in materia.

### **Profili giuridici**

Ha osservato la Corte dei Conti che ciò che rileva al fine della corretta erogazione della borsa di studio è, unicamente, l'effettivo svolgimento del periodo di formazione. Tanto si ricava dal D.M. 11 settembre 2003 il quale, nel bandire il concorso pubblico, per esami, per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale, espressamente prevede all'art.13, comma due: "La corresponsione della borsa è strettamente correlata all'effettivo svolgimento del periodo di formazione".

Non sussiste, pertanto, alcuno "sviamento" o deviazione della pubblica erogazione dalle finalità previste dalla legge, come invece ritenuto dalla Procura, se, per l'appunto, la borsa è stata erogata - come in questo caso - perché il convenuto ha effettivamente svolto il periodo di formazione secondo modalità e tempi previsti per il corso.

Il fatto che il medico, secondo tesi della procura, abbia contravvenuto al divieto di cui

all'art. 24, comma 3, D.Lgs. n. 368 del 1999, non ha inciso minimamente "sull'effettivo svolgimento del periodo di formazione" cui era correlata la corresponsione della borsa. [Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## QUOTIDIANOSANITA'.IT

### **Via libera al Ddl di riforma del Senato e Titolo V. L'organizzazione dei servizi sanitari e sociali alle Regioni in esclusiva. Ma allo Stato spettano i Lea e le norme generali sulla tutela della salute**

*Semaforo verde dal Consiglio dei Ministri. Palazzo Madama diventerà il Senato delle Autonomie. Mentre, con la riforma del Titolo V, si elimina l'attuale legislazione concorrente dividendo nettamente i poteri di Stato e Regioni. Renzi: "Torna la speranza che in Italia le cose possano cambiare davvero". Prorogato di un anno il termine per la chiusura e il superamento degli Opg. IL TESTO DEL DDL DI REVISIONE COSTITUZIONALE. LE SCHEDE DI SINTESI*

Semaforo verde all'unanimità da Palazzo Chigi per il disegno di legge costituzionale che trasformerà Palazzo Madama in Senato delle Autonomie e modificherà il Titolo V della Costituzione. L'auspicio ripetuto nuovamente oggi dal premier **Matteo Renzi**, dopo il suo discorso di insediamento al Senato, è quello del "superamento" del bicameralismo perfetto dopo 30 anni di discussioni: "Vorrei essere l'ultimo presidente del Consiglio a dover ottenere la fiducia a Palazzo Madama", aveva detto Renzi.

**Per la sanità le novità ci sono e non di poco conto.** L'attuale legislazione concorrente in materia di tutela della salute viene cancellata. Allo Stato resta la competenza esclusiva sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (tra cui i Lea), ma anche la competenza sulle norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro.

Alle Regioni, invece, va la competenza esclusiva nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali regionali.

Ma vediamo ora nel dettaglio l'impianto generale del ddl, come illustrato in conferenza stampa dal premier Renzi e dal ministro per le Riforme **Maria Elena Boschi**.

Il disegno di legge prevede un sistema bicamerale differenziato, nel quale la Camera dei deputati diviene titolare in via esclusiva del rapporto di fiducia con il Governo, esercitando la funzione di indirizzo politico, la funzione legislativa (ossia il potere di approvazione in via definitiva delle leggi, escluse quelle costituzionali che continuano a richiedere l'approvazione anche dell'altro ramo del Parlamento) e quella di controllo sull'operato del Governo.

Quattro i pilastri della riforma giudicati "irrinunciabili" sia dal premier Renzi che dal ministro Boschi: no al voto di fiducia, no al voto sul bilancio, no all'elezione diretta dei senatori, no all'indennità per i senatori.

Il Senato della Repubblica - ridenominato Senato delle Autonomie - viene configurato come un organo rappresentativo delle istituzioni territoriali che concorre, secondo modalità

stabilite dalla Costituzione, alla funzione legislativa (approvando, insieme alla Camera dei deputati, le leggi costituzionali e deliberando, negli altri casi, proposte di modificazione che in alcune materie possono assumere una particolare forza nel procedimento) ed esercita la funzione di raccordo tra lo Stato e le

Regioni, le Città metropolitane e i Comuni. Il nuovo Senato delle Autonomie partecipa, inoltre, alle decisioni dirette alla formazione e all'attuazione degli atti normativi dell'Unione europea e, secondo quanto previsto dal proprio regolamento, svolge le attività di verifica dell'attuazione delle leggi dello Stato e di valutazione dell'impatto delle politiche pubbliche sul territorio.

### **Criteri di composizione del Senato delle Autonomie**

Il Senato delle Autonomie è formato dai Presidenti delle Giunte regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano, dai sindaci dei Comuni capoluogo di Regione e di Provincia autonoma, nonché, per ciascuna Regione, da due membri eletti, con voto limitato, dal Consiglio regionale tra i propri componenti e da due sindaci eletti, con voto limitato, da un collegio elettorale costituito dai sindaci della Regione.

Si prevede dunque una composizione paritaria tra rappresentanti delle Regioni e rappresentanti dei Comuni. A questa componente di natura territoriale si affiancano ventuno cittadini che abbiano illustrato la Patria per altissimi meriti nel campo sociale, scientifico, artistico e letterario (i requisiti sono i medesimi attualmente previsti per la nomina a senatori a vita), nominati dal Presidente della Repubblica per un periodo di sette anni. Sono conseguentemente soppressi i seggi del Senato assegnati alla circoscrizione estero, che rimangono per la sola Camera dei deputati.

La durata del mandato dei senatori coincide con quella degli organi delle istituzioni territoriali nelle quali sono stati eletti. La legge disciplinerà il sistema di elezione dei membri elettivi e la sostituzione dei senatori in caso di cessazione dalla carica elettiva regionale o locale.

### **Status di componente del Senato delle Autonomie**

I membri del Senato delle Autonomie, al pari dei deputati, hanno il potere di iniziativa legislativa ed esercitano le loro funzioni senza vincolo di mandato. Essi godranno, inoltre, della medesima insindacabilità per le opinioni espresse e i voti dati nell'esercizio delle loro funzioni, ma non sono a loro estese le garanzie e il relativo regime di autorizzazione previsti dall'attuale articolo 68 della Costituzione per la sottoposizione a perquisizione, arresto o altra privazione della libertà personale, nonché a intercettazioni e a sequestro di corrispondenza.

Ai fini del contenimento dei costi della politica, si prevede, inoltre, che:

- a) ai membri del Senato delle Autonomie non spetti alcuna indennità per l'esercizio del mandato;
- b) gli emolumenti spettanti al Presidente della Giunta regionale e ai membri degli organi regionali non possano superare l'importo di quelli spettanti ai Sindaci dei comuni capoluogo della Regione;
- c) non possano essere corrisposti rimborsi o analoghi trasferimenti monetari in favore dei gruppi politici rappresentati nei Consigli regionali.

Passando poi alla **riforma del Titolo V** della Costituzione, il progetto è volto a definire un sistema di governo multilivello più ordinato e meno conflittuale, in grado di bilanciare interessi nazionali, regionali e locali e di assicurare politiche di programmazione territoriale

coordinate con le più ampie scelte strategiche adottate a livello nazionale. "Mai più eccesso di conflitti tra Regioni e Stato, questo Paese deve diventare più 'semplice' - ha detto Renzi in conferenza stampa -. Chi si interfaccia con la Pubblica Amministrazione deve poter sapere subito chi è il responsabile".

Le linee direttrici del progetto di riforma dispongono il superamento della rigida ripartizione legislativa per materie in favore di una più moderna e flessibile ripartizione anche per funzioni ispirata ad un "regionalismo cooperativo", che prevede:

- l'eliminazione delle competenze legislative "concorrenti" e la conseguente ridefinizione delle competenze "esclusive" dello Stato e di quelle "residuali" delle Regioni;
- l'introduzione di una "clausola di supremazia", in base alla quale la legge statale, su proposta del Governo, può intervenire su materie o funzioni che non sono di competenza legislativa esclusiva dello Stato, se lo richiede la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica o lo rende necessario la realizzazione di programmi o di riforme economico-sociali di interesse nazionale;
- l'introduzione della possibilità per lo Stato di delegare, anche temporaneamente, alle Regioni la funzione legislativa nelle materie di propria competenza esclusiva, salvo alcune eccezioni;
- il riordino dei criteri di riparto della potestà regolamentare.

**In particolare, la nuova lettera m) dell'articolo 117 della Costituzione**, che assegnava in via esclusiva allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (tra cui i Lea), prevede ora anche che siano di competenza esclusiva dello Stato anche le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro". Sempre allo Stato vanno poi la ricerca scientifica e tecnologica, la tutela dell'ambiente e dell'ecosistema. Viene poi disposto che spetti alle Regioni la potestà legislativa, con particolare riguardo all'organizzazione, in ambito regionale, dei servizi sociali e sanitari.

Quanto all'**abolizione del Cnel**, prevista anch'essa nel ddl, per Renzi si profila come "un antipasto di quel processo di semplificazione e tagli che riguarderà la Pubblica Amministrazione". Il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, viene definito un organo che "non appare oggi più rispondente alle esigenze di raccordo con le categorie economiche e sociali che in origine ne avevano giustificato l'istituzione".

Infine, prorogato di un anno il termine ultimo per la chiusura e il superamento degli **Ospedali psichiatrici giudiziari**.

"Torna la speranza che in Italia le cose possano cambiare davvero - ha detto in conclusione Renzi -. Sono convinto che la maggioranza dei senatori capiranno questa esigenza di cambiamento che viene dalla gente e che dunque non respingeranno questa ondata di speranza. E' impossibile continuare a rimandare i problemi".

## **Riforma cure primarie. Regioni: "Questa volta non possiamo fallire"**

*Su questo hanno concordato Borsellino (Sicilia), Bergamaschi (Lombardia), Coletto (Veneto), Lusenti (Emilia Romagna) e Marroni (Sicilia) nel corso del convegno promosso a*



*Bologna sul tema. Per gli assessori alla sanità delle Regioni, in Italia ci sono esperienze che già funzionano e dimostrano che i tempi sono maturi. Ma servono risorse certe.*

Di riforma delle cure primarie si parla ormai da anni, ma finora sono rimaste solo parole. Ora, però, la riforma delle cure primarie si farà. E questo perché “non possiamo non farla”. Ne sono convinti **Lucia Borsellino**, assessore alla Salute della Sicilia, **Walter Bergamaschi**, direttore generale Sanità della Lombardia, **Luca Coletto**, assessore alla Sanità del Veneto e coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, **Luigi Marroni**, assessore alla Sanità della Toscana e **Carlo Lusenti**, assessore alla Salute dell’Emilia Romagna, che sul tema si sono confrontati nel corso della tavola rotonda promossa nell’ambito del convegno sulle cure primarie promosso dalle Regioni Toscana ed Emilia Romagna e in corso a Bologna oggi e domani.

Quattro le questioni su cui gli assessori sono stati chiamati a confrontarsi dal nostro direttore, Cesare Fassari, che ha moderato la tavola rotonda. Anzitutto su quali siano le condizioni che oggi renderebbero possibile una riforma che per anni non si è riuscita a realizzare. Poi su come questa riforma sarà affrontata nell’ambito del Patto per la Salute e sulla reale possibilità che tutto sia a “costo zero”. Infine su come le Regioni si porranno nei confronti dei medici di famiglia, protagonisti di questa riforma e delle trattative per il rinnovo delle convenzioni (l’11 aprile i sindacati sono stati convocati presso la Sisac).

“La questione non è tanto se ci siano le **condizioni per fare la riforma delle cure primarie**, quanto il fatto che queste condizioni siamo obbligati a trovarle perché sulla riforma delle cure primarie non possiamo più permetterci attese né tentennamenti”, ha esordito Lucia **Borsellino**. Sulla stessa lunghezza d’onda gli altri rappresentanti delle sanità regionali presenti. Secondo **Bergamaschi**, comunque, questa potrebbe essere anche “la volta buona” perché “esistono tante esperienze partite dal basso, cioè dalle Regioni e dalle aziende, che oggi stanno raggiungendo livello di maturità e che potrebbero essere diffuse”. Secondo **Marroni**, inoltre, “anche la tecnologica è diversa rispetto a quella di alcuni anni fa e rappresenta un’ulteriore opportunità per il successo della riforma”. Secondo Coletto del resto si tratta di una necessità “legata anche alla revisione spinta portata dal decreto Balduzzi sull’organizzazione ospedaliera e la disponibilità di posti letto, che ha portato alla necessità di avere strutture intermedie per gestire meglio le domande di salute e anche le risorse”. Ma anche l’assessore alla Sanità del Veneto si dice ottimista: “Si può fare, molto Regioni lo hanno fatto”. Secondo **Coletto** alcune, come il Veneto, sono “più fortunate perché hanno iniziato a farlo da anni”, ma “altre stanno recuperando il tempo perduto”. In ogni caso, la riforma va fatta ed “è necessario supplemento di energia di trovare soluzioni e dare seguito alla volontà perché se il mondo cambia, anche i modelli organizzativi devono cambiare”, ha dichiarato **Lusenti**, secondo il quale “esiste anche un consenso sociale su questo”. Per l’assessore alla sanità dell’Emilia Romagna questo ultimo aspetto andrebbe comunque verificato: “Dobbiamo chiedere ai cittadini cosa vogliono, di quali risposte hanno bisogno, perché da questo potrebbe arrivare indicazioni importanti”.

Sulla questione **Patto per la Salute**, secondo **Borsellino** esso rappresenta “il contesto regolamentare che può consentire alle Regioni di trovare possibilità per mettere a punto, sulla base dell’autonomia organizzativa di ciascuna, modelli che siano anche confrontabili e in equilibrio tra loro”. **Bergamaschi** ha sottolineato come il Patto per la Salute potrebbe diventare “il primo mattone per tradurre e dare indirizzo preciso normativo alle buone pratiche messe in atto a livello locale”. Per **Lusenti**, certamente, “non deve essere un Patto

di semplice manutenzione e aggiustamento. Ce lo siamo detto anche con ministro. Deve essere Patto ambizioso. Con soluzioni sicuramente non facili ma da realizzare perché si tratta di soluzioni strategiche. Tra le quali bisogna includere l'approvazione del nuovo piano sociale sanitario, anch'esso scaduto da qualche mese”.

**Ma questa riforma potrà essere realizzata a costo zero?** “Sulle risorse le Regioni hanno chiesto certezza. Dobbiamo sapere su cosa possiamo contare e quale fonte potrà garantire risorse”, ha sottolineato **Borsellino**, secondo la quale “la sola lotta agli sprechi non sarà sufficiente. Servono processi strutturali, ma si potrebbero anche riconvertire le risorse oggi impegnate in altre forme assistenziali che ne impegnano oltre il dovuto”. Secondo **Bergamaschi**, sarebbe meglio parlare di “saldo zero” piuttosto che di “costo zero”. Inoltre, per il direttore generale della sanità lombarda sarebbe necessario uscire dal modello di assistenza e rimborsi per prestazione, più corretto per le acuzie, ed entrare nella logica “del rimborso su tariffa di presa in carico, migliore quando si parla di cronicità”. Certo, “non possiamo accettare che le efficienze ottenute in sanità non siano reinvestite nel sistema”. **Marroni** ha voluto quindi ricordare ai colleghi che “oggi c'è un aumento costante e neanche tanto modesto del Fondo sanitario nazionale. Parliamo di quasi 3 miliardi nel 2014”. Marroni ha anche ricordato che il ministro ha assicurato tali risorse e lo stesso ha fatto il premier Renzi. Piuttosto, allora, l'assessore alla Sanità della Toscana ha voluto richiamare le Regioni a un atto di responsabilità: “Dobbiamo darci una mossa sulla riorganizzazione. Non si può star solo lì a dire ‘Ci servono più soldi’. Serve impulso di riorganizzazione guidata dalle Regioni. Altrimenti perderemo la leadership della sanità e diventeremo sempre più oggetti che subiscono le riforme e privi di credibilità”. Eventualità che Coletto ha fortemente respinto. “La sanità deve assolutamente rimanere di gestione su base regionale. È esperimento che, pur con i suoi limiti, ha dato buoni risultati e ha offerto anche al livello centrale di avere il controllo preciso sull'entità della spesa e sui livelli di prestazioni erogati”. Quanto alle risorse, per **Coletto** “l'economia non va gestita solo con i tagli. Serve una politica ma attiva per creare Pil, benessere e posti di lavoro”. Sulla sanità, è d'accordo **Lusenti**, servono “più chiarezza e più coraggio”, ma “in sanità a costo zero non c'è nulla” anche se, ha sottolineato Lusenti, “i costi non sempre economici. Ci sono costi sociali, costi umani, e bisogna contare anche quelli. Costi ci sono sempre e c'è sempre qualcuno che li sostiene”. Per Lusenti, comunque, bisogna uscire “dalla logica degli sprechi che dalla logica della competizione tra ospedale e territorio” e parlare di “migliore utilizzo delle risorse, anche azzerando gli sprechi, che è un dovere etico. Ma se vogliamo farlo, bisogna costruire una macchina diversa da quella di oggi che lo permetta”.

Riguardo ai **medici di medicina generale**, per **Borsellino** “è condiviso il principio che dà ai medici di medicina generale un ruolo fondamentale in questo percorso di riforma e si tratta di una partita pensa in partenza che pensiamo di non fidealizzare un numero così ampio di professionisti che hanno ruolo così determinante. Se le Regioni su questo fanno fronte comune, sarà più facile vincere le resistenze anche a livello locale”. **Bergamaschi** ha auspicato che nell'ambito della Convenzione ci sia “più apertura e flessibilità a diversi modelli di partecipazione e anche, perché no, di dipendenza”. Secondo **Marroni**, comunque, la riforma delle cure primarie è una opportunità anche per i medici di medicina generale “se sapranno coglierla”. L'assessore alla Sanità toscana si è detto certo che “ci sia un interesse oggettivo comune” ad alcuni cambiamenti come, ad esempio, ridefinire la guardia medica, sviluppare la medicina di iniziativa, diffondere l'uso di tecnologie e modelli di integrazione e multidisciplinarietà, oltre ad investire in quella che Marroni ha definito



“manutenzione” delle professioni, inteso come “progetti, non tanto come convegni dove prendere crediti”. Per Marroni, il medico di medicina generale è stato e deve continuare ad essere la figura di riferimento dei cittadini. **Lusenti** ha però ricordato come le cure primarie siano fatte da tante professionalità e siano “luogo di integrazione”. La riforma, secondo Lusenti, non deve quindi “sminuire nessuno ma neanche creare gerarchie”. L’assessore alla sanità ha piuttosto voluto sottolineare che la sanità è un ambito in cui va trovato “il giusto equilibrio tra autonomia organizzativa e garanzia delle prestazioni” e “non può essere un mercato in cui i libero professionisti esercitano liberamente”. L’auspicio di Lusenti è che “tutti i contratti del personale sanitario trovino una strada di rinnovo e che questo sia processo che accompagnate da scelte di cambiamento e innovazione che mi sembrano solo necessarie, ma anche assolutamente possibili”. Per **Coletto**, comunque, “sarà possibile trovare un equilibrio facendo un atto di responsabilità sia da parte delle Regioni che da parte dei medici di medicina generale”.

## **Contenzioso medico-legale. Dal 2001 al 2011 crescita media del 7,3%. Gli ortopedici i più coinvolti**

*Se ne discute a Bentivoglio (BO) in un incontro focalizzato non solo sugli interventi chirurgici ma anche sull’aspetto clinico e i trattamenti farmacologici. Le prescrizioni, infatti, vedono il medico responsabile non solo dal punto di vista professionale ma anche di danno erariale nei confronti del Ssn. Fondamentale una migliore comunicazione medico-paziente. Il contenzioso medico-legale non conosce crisi. Secondo gli ultimi dati disponibili, la somma dei premi pagati da strutture sanitarie e professionisti alle compagnie assicurative italiane in un anno è pari a oltre 520 milioni di euro, con un tasso annuo di crescita media nel periodo 2001-2011 pari al 7,3%. Gli ortopedici, dopo i medici dei Pronto Soccorso, sono gli specialisti più coinvolti dal fenomeno. Se al centro dell’attenzione vi sono gli interventi chirurgici, anche la clinica è un ambito in cui questi professionisti hanno precise responsabilità. In particolare, dovendo spesso gestire pazienti che soffrono di dolore osteoarticolare e post-operatorio, sono chiamati a confrontarsi con l’obbligo di trattare il dolore in virtù dei principi sanciti dalla Legge 38, evitando prescrizioni inappropriate e molto abusate, come Fans a lungo termine, del tutto al di fuori dalle indicazioni dall’Ente regolatorio Aifa (nota 66).*

*Questi i temi emersi oggi, a Bentivoglio (BO), in occasione dell’incontro “Legge sul dolore, responsabilità medica e business del danno”, che ha coinvolto ortopedici, neurologi, avvocati, magistrati, medici legali e terapisti del dolore. L’evento ha avuto il patrocinio del Comune di Bologna, dalla Siot (Società italiana di ortopedia e traumatologia) e dell’Ordine dei Medici di Bologna e un grant incondizionato di Mundipharma.*

“Le denunce per malpractice medica negli ultimi anni stanno registrando un trend in forte crescita, con conseguenze che spesso si ripercuotono sulla serenità con cui clinici e chirurghi svolgono la loro professione - ha dichiarato **Paolo Cherubino**, Presidente Siot -. Obiettivo del convegno di oggi è sensibilizzare opinione pubblica e colleghi sulla preoccupante crescita degli atti di contenzioso medico nei confronti degli ortopedici, che in

più del 95% dei casi li vede poi assolti. L'Italia, insieme a Polonia e Messico, non ha ancora un riconoscimento giuridico dell'atto sanitario inteso a migliorare e guarire il paziente e non a invalidarne l'integrità fisica. Come SIOT rinnoviamo il nostro appello alle Istituzioni, affinché si ponga rimedio a questa grave lacuna”.

“La preoccupazione per un contenzioso sempre più alto si lega a un aumento della medicina difensiva: esami, visite e trattamenti spesso inutili e rifiuto da parte di molti professionisti di eseguire interventi chirurgici considerati a rischio - ha illustrato l'avvocato **Ernesto Macrì**, consulente legale Siot -. Una medicina difensiva che, secondo alcune stime, ha un impatto di oltre 10 miliardi di euro. Se a tutto questo si aggiunge l'eccessiva dilatazione dei tempi legali che appesantiscono l'iter burocratico delle controversie, si comprende perché appare più che mai necessaria una riforma organica e di sistema in materia di responsabilità sanitaria, che si snodi attraverso tre principali linee direttrici: gestione e monitoraggio del rischio, risoluzioni alternative delle controversie, struttura sanitaria come protagonista”.

Ma la responsabilità medica non riguarda solo gli interventi chirurgici. Altro importante aspetto approfondito nell'incontro di Bentivoglio è, infatti, quello della responsabilità in campo clinico e farmacologico, con un focus specifico sulla gestione del dolore, patologia che molto spesso affligge i pazienti in cura dall'ortopedico. “La Legge 38 garantisce l'accesso di tutti i cittadini alla terapia del dolore e alle cure palliative con precisi obblighi di legge per Regioni, aziende sanitarie e professionisti - ha evidenziato **Stefania Taddei**, Presidente Comitato Ospedale-Territorio senza Dolore Ausl Bologna - questi ultimi sono tenuti a rilevare e registrare il dolore in cartella clinica, in ogni ambito assistenziale. Rispetto all'appropriatezza prescrittiva a esprimersi sono gli enti regolatori: Aifa e le Commissioni regionali del farmaco (Cfr), che definiscono la rimborsabilità e quindi le condizioni cliniche per le quali il Ssn erogherà gratuitamente il farmaco. La prescrizione inappropriata, pertanto, al di fuori delle indicazioni degli enti regolatori, vedrà il medico responsabile dal punto di vista professionale, in caso di danno conseguente alla terapia somministrata (come è sempre per la responsabilità professionale), ma anche responsabile di un danno erariale nei confronti del Ssn”.

Quello delle prescrizioni non appropriate di farmaci analgesici è ancora una questione irrisolta non solo per gli ortopedici, ma anche per molti altri specialisti e per i medici di famiglia. Secondo il rapporto Osmed, il 6% dei soggetti ad alto rischio gastrointestinale e il 3,7% di quelli con malattie cardiovascolari è risultato esposto a Fans per più di 90 giorni, nonostante la letteratura scientifica e le più recenti indicazioni delle Autorità regolatorie abbiano dato indicazioni circa un impiego di questi farmaci limitato al dosaggio minimo efficace e al più breve tempo possibile. Secondo la nota n. 66 dell'Aifa, Fans e Coxib sono controindicati nei pazienti interessati da scompenso cardiaco moderato e grave, cardiopatia ischemica, patologie cerebrovascolari e arteriose periferiche. L'Aifa ha inoltre recentemente rivisto la scheda tecnica di diversi farmaci che associano paracetamolo e codeina, indicando in 3 giorni (72 ore) la durata massima del trattamento, a causa dell'elevato rischio di epatotossicità legato al sovradosaggio di paracetamolo.

“Fans e paracetamolo non sono quindi indicati nei trattamenti a lungo termine per il dolore cronico - ha concluso Taddei -. La Legge 38 interviene in questo ambito in maniera molto trasversale, facilitando enormemente la prescrizione su ricettario dei farmaci oppioidi, la loro gestione all'interno delle strutture ospedaliere e residenziali e l'erogazione diretta dalle farmacie ospedaliere. Verso questi farmaci permangono ancora pregiudizi ingiustificati e diffidenza, talora anche tra gli stessi clinici. Occorre un ulteriore sforzo da parte di noi

medici per spiegare ai pazienti, con assoluta trasparenza, l'utilità di impiego degli oppioidi. La comunicazione medico-paziente, volta a rafforzare l'alleanza terapeutica, rimane uno degli strumenti fondamentali per prevenire, in ogni ambito, il fenomeno del contenzioso medico-legale”.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Via libera di Palazzo Chigi al nuovo Senato e Titolo V: allo Stato restano Lea, norme generali sulla salute e professioni intellettuali**

Consiglio dei ministri ricco, quello di ieri: dal Governo via libera all'unanimità alla riforma costituzionale del Senato e del Titolo V (qui [il testo approvato](#), qui [la sintesi del Ddl](#) e [qui le slide](#)). Varato da Palazzo Chigi anche il decreto legge che [proroga di un anno l'addio agli ospedali psichiatrici giudiziari](#).

#### **Senato, si cambia**

«Cambieremo e io credo che ce la faremo: chi si oppone al cambiamento è minoranza». Così il premier **Matteo Renzi** ha commentato l'approvazione, da parte del Consiglio dei ministri, della riforma del Senato e del Titolo V. Che tanto ha fatto discutere negli ultimi giorni, con il presidente di Palazzo Madama, **Pietro Grasso**, che aveva invitato a rivedere l'idea di una Camera non elettiva. Nessun passo indietro dall'Esecutivo. Quattro i paletti mantenuti, come ha spiegato il presidente del Consiglio: «No al voto di fiducia, no al voto sul bilancio, no all'elezione diretta dei senatori, no all'indennità per i senatori». Con un risparmio, per Renzi, anche sui costi degli uffici e con una semplificazione generale delle procedure.

#### **I componenti saranno 148**

Rispetto alla [bozza di lavoro del 12 marzo](#) le principali differenze sono state illustrate dalla ministra delle Riforme **Maria Elena Boschi**. La nuova Camera si chiamerà «Senato delle autonomie» e avrà 148 componenti, tutti senza indennità aggiuntive. Tra loro ci saranno anche 21 cittadini rappresentanti della società civile nominati dal presidente della Repubblica, per la durata di sette anni, che abbiano onorato l'Italia per meriti in campo sociale, artistico, letterario o scientifico.

#### **Regioni e Comuni, composizione paritaria**

Del nuovo Senato non elettivo faranno inoltre parte i presidenti delle Giunte regionali e delle Province di Trento e Bolzano; i sindaci dei Comuni capoluogo di Regione e di Provincia autonoma; due membri eletti tra i componenti del Consiglio regionale (con voto limitato); due sindaci eletti dai sindaci della Regione (con voto limitato). La composizione resta paritaria tra rappresentanti delle Regioni e dei Comuni ma «c'è disponibilità - ha precisato Boschi - a discutere della possibilità di una composizione proporzionale al numero degli abitanti di ciascuna Regione purché si trovi un accordo, che ancora non c'è, sulla diversa distribuzione».

#### **Sulle leggi costituzionali manterrà le competenze**

La competenza legislativa del Senato resta esclusivamente sulle leggi costituzionali. Potrà

inoltre chiedere alla Camera di modificare le leggi approvate, e su tale richiesta la Camera (a cui spetta la parola definitiva) dovrà a sua volta esprimersi entro 20 giorni. Inoltre su alcune materie, «laddove ci sia un parere negativo o proposte di modifica da parte del Senato», la Camera dovrà pronunciarsi a maggioranza assoluta.

Il Bilancio sarà devoluto automaticamente al Senato, il quale per chiedere modifiche al testo «deve votare a maggioranza assoluta». Confermata l'abolizione del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (Cnel).

### **Titolo V al rinnovo**

Il Ddl elimina le materie a competenza legislativa concorrente (qual è oggi quella della «tutela della salute») per ridurre il contenzioso tra Stato e Regioni. Così tra le materie di esclusiva competenza statale entrano, accanto ai Lea e all'ordinamento delle professioni intellettuali, le «norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro» (i principi fondamentali) e la programmazione della ricerca scientifica e tecnologica. Tutto il resto, in particolare l'organizzazione dei servizi sanitari e sociali, è di esclusiva competenza regionale, insieme a ogni materia non espressamente riservata allo Stato.

### **"Ghigliottina" e decreti omogenei**

Nel Ddl di riforma c'è sia il potere del Governo di chiedere alla Camera il voto su un Ddl entro 60 giorni, cioè la cosiddetta "ghigliottina", sia l'obbligo di «omogeneità dei decreti legge» già previsto dalla legge 400 (sull'attività del governo), che viene così "costituzionalizzato".

### **L'iter**

Il testo di riforma sarà ora incardinato alla commissione Affari costituzionali del Senato. Il premier ha auspicato che il primo via libera arrivi entro il 25 maggio, cioè prima delle elezioni europee. Sulla tenuta del Pd ha tagliato corto: «Non sono preoccupato».

## **I medici italiani? Sempre più con i capelli bianchi**

I medici del Servizio sanitario nazionale con più di 60 anni sono 14.280, oltre il 12% del totale. Quelli tra i 30 e i 39 anni sono fermi a 13.196. In generale, gli over 55 sono circa il 42%: 114.713. Non stupisce che l'età media dei camici bianchi italiani sia di 51 anni, superiore a quella del pubblico impiego (48 anni).

A fotografare la popolazione dei medici Ssn è la Fp-Cgil medici, che ha condotto un'analisi a partire dagli ultimi dati del [Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato](#).

«È sempre più difficile - spiega **Massimo Cozza**, segretario nazionale Fp-Cgil Medici - garantire prestazioni sanitarie adeguate a tutela della salute dei cittadini e degli stessi operatori, con 14mila medici pubblici con oltre 60 anni, spesso costretti a numerosi turni notturni e con riposi inadeguati a causa del blocco del turn over e dei 30 miliardi di tagli al fondo sanitario».

Cozza fa l'esempio dei chirurghi e degli anestesisti, «figure professionali che necessitano di elevata attenzione e concentrazione». Ad avviso del sindacalista, «da un lato bisogna valorizzare in modo appropriato l'esperienza professionale, dall'altro bisogna assumere i giovani medici necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza, a partire dai percorsi di

stabilizzazione dei 10mila medici precari, annunciati con un Dpcm da mesi impantanato tra i ministeri della Salute, della Funzione pubblica e dell'Economia».

Non aiuta la situazione della formazione. «Per i 10mila giovani che avranno accesso alle facoltà di medicina superando lo sbarramento del numero chiuso - ricorda Cozza - sui 69mila che si preparano al test dell'8 aprile, si prospetta un futuro paradossale: meno della metà, una volta raggiunto l'obiettivo della laurea, potrà concorrere per l'accesso al servizio pubblico. A fronte di 9mila medici laureati, infatti, sono disponibili 3.500 contratti di specializzazione e 900 borse di studio per la formazione specifica in medicina generale. Un percorso a ostacoli per i giovani medici. Superato il traguardo spesso ci sono la disoccupazione o l'emigrazione».

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584