

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDÌ 1° OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

## REGIONE **Riforma delle Asl, passano da otto a cinque**

Il numero delle Asl sarà ridotto, qualcuno azzarda addirittura dimezzato: da otto a quattro. A giurarlo è anche il presidente della Regione, Francesco Pigliaru. Lui non crede che la proposta di legge in discussione nella stanzetta della commissione Sanità del Consiglio regionale finirà per aumentare le spese, nonostante sia previsto in più quella regionale che si occuperà del 118 e di tutti i pronto soccorso. Anzi, come ribadito anche dall'assessore Luigi Arru, la proposta sarà il punto di partenza per ridurre un disavanzo ora intorno ai 400 milioni, ma che «in quattro anni vogliamo azzerare». Il primo passo è stato fatto con l'assestamento di bilancio: 110 milioni alle Asl, per pagare i debiti commerciali, quello successivo sarà tutto politico col commissariamento delle attuali undici Aziende e l'allontanamento dei manager nominati anni fa dal centrodestra. Quanto e come avverrà questo passaggio è ancora da decidere, forse con la stessa proposta che a ottobre sarà discussa dal Consiglio, oppure con gli emendamenti che saranno presentati in aula da alcuni partiti della maggioranza e dalla Giunta. La terza ipotesi è questa: saranno Pigliaru e Arru a fare tutto, dal commissariamento alla riorganizzazione. Nell'attesa i due, insieme anche all'assessore alle Finanze, Crisitano Erriu, hanno sistemato due paletti importanti. Sono la Centrale unica di spesa e appalti per enti locali, società controllate, agenzie e quindi anche le Asl, e il Comitato permanente di monitoraggio della gestione delle Aziende sanitarie e del «livello di qualità dei servizi» che garantiscono. Centrale. Già prevista dalla bozza in discussione in Consiglio, ora sarà aperta anche al resto della macchina regionale e finirà per gestire 1,6 miliardi. Con l'accentramento degli acquisti, il concetto di base è questo, sarà più facile ottenere prezzi vantaggiosi dai fornitori, dalla carta per le fotocopiatrici fino agli appalti più grossi. Nella sola sanità – è la previsione di Arru – il risparmio sarà dal 5 al 20 per cento, con un media del 15 su ad esempio siringhe, cerotti e medicinali. Va detto che le Asl e il resto della truppa di enti dovrà rivolgersi per forza alla Centrale unica, o al massimo a quella nazionale. «È un'operazione – ha detto Pigliaru – che ci permetterà di tenere sempre sotto controllo le uscite al centro ma anche in periferia». Comitato. Saranno in tre a far

parte del nuovo ufficio che avrà il compito di indagare sui conti delle Asl: i direttori generali dell'assessorato alla Sanità e al Bilancio, più un funzionario scelto dalla Presidenza. Il monitoraggio – ha detto Arru – sarà continuo e preventivo: «Ogni tre mesi ci sarà una verifica per ridurre al minimo gli sprechi». A essere messo sotto osservazione sarà anche il «livello essenziale dell'assistenza», con «valutazioni ad esempio sulle liste d'attesa». Appena sarà insediato, a giorni, il Comitato prenderà in mano i bilanci presentati dagli attuali manager (finché rimarranno in carica) poi continuerà con i commissari (da novembre in poi?) e infine si occuperà dei direttori che a dicembre saranno nominati dalla Giunta di centrosinistra. Con Arru deciso nel dire: «La spesa va razionalizzata in fretta. Dobbiamo liberarci della sanità mangiasoldi, soprattutto l'anno prossimo quando avremo a che fare con il pareggio di bilancio». Dal primo gennaio non saranno ammessi più errori.

## **REGIONE A breve i corsi per operatore socio sanitario, aperti a disoccupati e cassintegrati.**

Il nuovo posto di lavoro? L'operatore socio-sanitario, l'infermiere generico di una volta. La richiesta del mercato è forte, come in tutti i settori legati a servizi alla persona. La Regione l'ha capito ed entro febbraio farà partire i corsi per ottenere la qualifica di «Oss», gli operatori socio-sanitari, appunto. Con sei milioni, pescati dal vecchio e dal nuovo Fondo sociale europeo, l'assessorato al Lavoro partiranno una sessantina di corsi regionali che formeranno fra 1200-1500 operatori. «È una risposta concreta alla fame di lavoro che c'è in Sardegna», ha detto l'assessore. Per poi aggiungere: «Non saranno corsi fini a se stessi, perché prima di finanziarli con l'assessorato alla Sanità, abbiamo verificato quali erano le esigenze del mercato. La domanda è forte, l'offerta di operatori sardi bassa e infatti i vuoti sono coperti da operatori stranieri». La griglia. Per essere ammessi ai corsi, bisognerà avere 18 anni e la licenza di scuola media. I 1500 posti a disposizione sono stati suddivisi in 4 sottocategorie di 375 candidati l'uno: disoccupati ordinari, ex lavoratori che da qui a poche settimane e dopo tre anni non avranno più la garanzia degli ammortizzatori sociali, giovani con meno di 29 anni e infine gli «operatori in attività ma non ancora in possesso della qualifica». I tempi. Entro il 10 ottobre l'assessorato al Lavoro pubblicherà il bando rivolto alle agenzie di formazione – dovranno avere sede nell'isola – interessate a organizzare i corsi. Una volta scelti i professori, comincerà la selezione dei candidati. La graduatoria sarà stilata dalle stesse agenzie sulla base dei titoli posseduti dagli allievi, con l'obbligo del rispetto dei posti assegnati alle quattro sottocategorie. A quel punto, intorno a febbraio, cominceranno i corsi. Posto assicurato. Non c'è certo nulla di scontato, ma il mercato degli operatori socio-sanitari è in questi anni di profonda crisi fra i più attivi. La richiesta è continua e spesso a essere assunti sono cittadini dei paesi dell'Est Europa che ora fanno parte della grande famiglia del Vecchio Continente. Solo nella sanità pubblica mancano 500 operatori, poco meno in quella privata. Ma sono soprattutto le famiglie a cercare operatori qualificati, che tra l'altro sono molto più preparati delle badanti, che spesso

non hanno conoscenze mediche, nell'assistenza alle persone soprattutto anziane. Per questo – è la certezza dell'assessore al Lavoro – «non dico che il posto sarà assicurato, ma ci sono molte buone probabilità di trovarlo per chi avrà la qualifica». Centri lavoro. Con una seconda delibera approvata dalla Giunta, è stato dato mandato al commissario dell'Agenzia regionale per il lavoro, Massimo Temussi, di firmare la proroga per gli oltre 310 precari dei Centri servizi per l'impiego Cesil e Csl. I contratti sono stati allungati per altri tre anni, è tra l'altro il massimo previsto dalla leggina licenziata pochi giorni fa dal Consiglio regionale, in attesa dei concorsi per la stabilizzazione definitiva. I Centri sono indispensabili per far partire, a novembre, il progetto Garanzia giovani – sono oltre diecimila i sardi iscritti – su cui la Giunta punta da sempre per abbattere la disoccupazione.

## **SASSARI Hospice, no della Regione al Sassarese**

**L'assessorato alla Sanità nega alla Rsa San Nicola dieci posti letto per i malati terminali. «Ci sono già». La replica: «È falso»**

La Regione nega un hospice per i malati terminali oncologici a Sassari e al nord Sardegna. Un «no» che, oltre al danno, sa di beffa. Sì, perché il rifiuto dell'assessorato regionale alla Sanità ad accreditare dieci posti letto richiesti dalla Rsa San Nicola di Sassari, è stato motivato in maniera a dir poco kafkiana: «La richiesta non può essere accolta in quanto i posti letto previsti per il territorio della Asl di Sassari ammontano a 10 e, allo stato attuale, risultano tutti assegnati», è scritto sul documento della Regione che spegne le speranze di un hospice a Sassari. Il paradosso è che lo stesso assessorato regionale alla Sanità specifica che i dieci posti letto in questione sarebbero stati assegnati già nel 2009 proprio alla società richiedente, la Rsa San Nicola. Tanto che la struttura sassarese risulta anche nel sito del ministero della Sanità nell'elenco degli hospice della Sardegna, proprio in base ai dati trasmessi, aggiornati e validati dalla Regione. «È tutto assurdo e falso», hanno spiegato i dirigenti della San Nicola, Maria Franca Brau e Andrea Ena alla commissione Problemi sociali del Comune di Sassari, convocata dalla presidente, Carla Fundoni. «È più di un anno che combattiamo con la Regione a suon di richieste, lettere, smentite, precisazioni, ma ancora all'assessorato alla Sanità non si sono persuasi di avere preso un granchio e che qui a Sassari, e in tutto il nord Sardegna, non esiste un solo posto letto in hospice, ossia per l'assistenza extraospedaliera a favore dei pazienti oncologici in fase terminale». A niente sono valse le spiegazioni che i responsabili della struttura sanitaria sassarese hanno esposto alla Regione. Anche una lettera del direttore generale della Asl di Sassari è caduta nel vuoto: «Questa Azienda non presenta posti letto accreditati per la realizzazione di attività di hospice. Tale situazione, già in passato comunicata, rappresenta una grave carenza nell'assistenza ai malati terminali e si ritiene meritevole di approfondimento e soluzione da parte dell'assessorato», è scritto in una missiva inviata dal manager dalla Asl 1, Marcello Giannico, alla Regione. «La nostra struttura è accreditata dal

2008 per 120 posti letto in Residenza sanitaria assistenziale, e fra questi, dieci sono destinati a pazienti cosiddetti ad alta intensità assistenziale. Questo, secondo noi, è l'errore in cui cade la Regione, confondendo questi dieci posti letto con quelli in hospice che abbiamo chiesto di attivare, e che quindi non esistono», hanno continuato i due medici della San Nicola, chiedendo al Comune di interessarsi del problema per risolvere la situazione paradossale che si trascina da tempo e assicurare a Sassari e al nord Sardegna un servizio essenziale. «Abbiamo un'ala del nostro edificio pronta a ospitare l'hospice. Siamo tempestati di richieste, ma non possiamo fare niente senza l'accreditamento della Regione. E pensare che faremmo risparmiare un sacco di denari pubblici, visto che l'assistenza di un malato terminale costa al pubblico 1800 euro al giorno, contro i 190 che costerebbe a noi». Sulla necessità di attivare un hospice a Sassari si batte da tempo anche la "Onlus Franco Mura", associazione di cittadini che hanno vissuto sulla propria pelle il dolore e i pesanti disagi di assistere un malato terminale. Nei prossimi giorni la quinta commissione di Palazzo Ducale, appoggiata anche dall'assessore alle Politiche sociali, Grazia Manca, farà un sopralluogo nella struttura San Nicola, e predisporrà un ordine del giorno da presentare in consiglio comunale per impegnare il sindaco e la giunta a farsi carico del problema e risolverlo interloquendo con la Regione.

## **OLBIA S. Raffaele, stallo nelle trattative Qf: «Pronti a costruire altrove»**

Il San Raffaele potrebbe sorgere lontano dal San Raffaele. Nessuna confusione. Ma la Qatar foundation è pronta a chiedere al Comune altri terreni per costruire da zero la struttura di eccellenza. Il motivo è semplice. L'accordo con chi ha nelle mani la struttura, le banche, non sembra così immediato come è apparso in queste settimane. La mediazione aveva portato le parti molto vicino. In teoria oggi doveva esserci una specie di passerella. Un accordo buono più per i sorrisi e le strette di mano che per la sostanza. Ma oggi a Milano si rischia di assistere allo strappo che nessuno vuole. Al tavolo ci sono i vertici della Qatar foundation, dall'altra quelli degli istituti di credito. Entrambi, sulla carta, vogliono chiudere. Per entrambi il tempo è un fattore fondamentale. Le società finanziarie devono rientrare almeno di una parte del maxi prestito che concessero a don Verzè per costruire il San Raffaele. Il Qatar vuole la piena proprietà di edificio e dei terreni per dare il via ai lavori. La data per l'apertura dell'ospedale è fissata per il primo marzo. Ma le posizioni sembrano ancora lontane. E la Qatar foundation è pronta a percorrere vie diverse. Il Comune di Olbia fino a oggi ha appoggiato con totale convinzione il progetto presentato dalla cordata guidata da Qf e Bambin Gesù. E gli investitori arabi sarebbero pronti a un piano B. In caso di mancato accordo costruirebbero l'ospedale e il centro di ricerca in un'altra parte della città. Qualcosa più di un'ipotesi. Più volte il numero uno della Qatar foundation Endowment, Lucio Rispo, ha detto che sarebbe costato meno ricostruire da zero l'edificio piuttosto che ristrutturarlo. La cifra iniziale stanziata per mettere a norma lo scatolone bianco alle porte di Olbia era intorno ai 50 milioni di euro, ma da una prima stima i costi sarebbero schizzati in alto, una cifra top secret, ma che si aggira tra i 60

e gli 80 milioni di euro. A questo va aggiunto il costo per comprare l'edificio. In teoria lo scatolone è nelle mani dei commissari liquidatori, in realtà è di proprietà degli istituti di credito che hanno finanziato la costruzione dell'edificio da parte del Monte Tabor. Ma il maxi prestito concesso all'ex prete manager si è rivelato per le banche un pessimo affare. Anche perché la Qatar foundation ha offerto una cifra nettamente inferiore. Voci informali parlano di 35 milioni di euro. Offerta che sembra non soddisfare i creditori. Ma tutto viaggia sottotraccia. Sotto il livello a cui operano i comunicati ufficiali e le strette di mano. Ora però lo strappo sembra vicinissimo. Il Qf bussava alle porte del Comune e chiede altri terreni su cui investire 1,2 miliardi di euro per costruire la struttura di eccellenza. Alcuni emissari stanno già sondando la disponibilità dell'amministrazione. Difficile che il Comune dica no a una proposta che ha tutte le autorizzazioni. La Regione ha dato il via libera e ha accreditato i posti letto. Anche il governo con lo Sblocca Italia ha eliminato tutti gli ostacoli burocratici. Ha consentito alla Regione di far crescere i posti letto nelle Asl e di sfiorare il tetto di spesa per la Sanità.

## L'UNIONE SARDA

### **REGIONE Pigliaru: tagliare le Asl Monito del governatore agli alleati sulla riforma sanitaria**

Non è più un'indiscrezione. La voglia di Francesco Pigliaru di tagliare le Asl diventa ufficiale in una conferenza stampa dedicata, in teoria, ad altri temi: «Siamo molto interessati a ridurre il numero delle Aziende sanitarie locali».

Il governatore la butta lì, con casualità ben studiata. È un messaggio agli alleati, nei giorni in cui il Consiglio regionale esamina la proposta di riforma sanitaria. «Ne stiamo discutendo, miriamo a proporre una significativa diminuzione delle Asl», ripete Pigliaru. E quando gli si chiede se è possibile che arrivi in aula un emendamento della Giunta, conferma senza tentennare.

**I MANAGER** Al suo fianco, l'assessore alla Sanità Luigi Arru aggiunge: «Per i commissariamenti degli attuali manager potrebbe bastare la legge in discussione». Ma, a maggior ragione, con un taglio delle Asl sarebbero quasi automatici. Altrettanto chiaro, Pigliaru, nello smentire una sua contrarietà all'Agenzia dell'emergenza-urgenza, prevista dalla proposta di legge del Pd: «La Sardegna ha una popolazione scarsa su un vasto territorio, l'Areu avrebbe un senso. Non c'entra col taglio delle Asl».

Posizioni che peseranno sul tavolo della maggioranza, quando si farà il punto sulla riforma. Nel frattempo si fanno sentire i Rossomori: «Non è tempo di polemiche per interessi di parte o visibilità», scrivono i consiglieri regionali Emilio Usula e Paolo Zedda, «la proposta di riordino discussa in commissione non può essere contrabbandata come una riforma definitiva del sistema sanitario. Contiene novità perfettibili, ma che possono migliorare in tempi brevi alcune criticità. Perciò la sosteniamo».

**IL SORVEGLIA-ASL** L'occasione per parlare della questione è la presentazione del



comitato permanente per il monitoraggio della spesa e dei servizi nella sanità, istituito ieri dalla Giunta. Oltre all'assessore, riferisce Arru, ne faranno parte un delegato della presidenza della Regione, uno dell'assessorato alla Programmazione e tre esperti di bilanci. «Faremo una verifica trimestrale dei conti - dice l'assessore - ma anche dei servizi resi». Per esempio in riferimento alle liste d'attesa.

**ENTI LOCALI** Nella stessa seduta sono stati concordati anche gli indirizzi per la riforma delle autonomie, necessaria con la scomparsa delle Province. «Il riassetto arriverà con un disegno di legge - precisa l'assessore agli Enti locali Cristiano Erriu - ma prevediamo di istituire l'area metropolitana di Cagliari, che comprenderà sedici Comuni, e alcuni distretti amministrativi regionali per le funzioni sovracomunali». Quanti? «Sicuramente meno delle otto Province». Il numero però resta da definire. Si punterà anche sulle Unioni dei Comuni, una quarantina. Gestiranno in maniera associata alcune funzioni comunali: per altro la legge nazionale lo imporrà, dal 31 dicembre, per i centri con meno di 5 mila abitanti. La riforma sarà congegnata insieme all'assessorato degli Affari generali: «Si va verso un sistema integrato Regione-enti locali - conferma l'assessore Gianmario Demuro - in cui le Unioni dei Comuni cureranno soprattutto i servizi alla persona, e i distretti la programmazione delle funzioni di area vasta».

**ACQUISTI ELETTRONICI** Nella riorganizzazione rientra la nuova piattaforma telematica per gli acquisti centralizzati di beni e servizi e degli appalti della pubblica amministrazione: «Nasce di fatto una centrale unica di committenza - riprende l'assessore Erriu - per la Regione e i suoi enti, i Comuni, le Asl, le Università». «Siamo tra le prime regioni d'Italia a dotarci di uno strumento informatico simile», sottolinea Pigiariu: «Fa parte di una serie di provvedimenti che contribuiranno a creare economie di scala ed efficienza delle istituzioni».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

## **Anteprima. Il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 in rampa di lancio**

*Utilizzo delle evidenze scientifiche e misurazione dell'impatto degli interventi. Attenzione alle diseguaglianze e rafforzamento degli interventi per la prevenzione di disabilità. Considerazione dell'individuo e della popolazione in rapporto al proprio ambiente. Sono questi alcuni dei principi ispiratori delle strategie di prevenzione contenute nel Pnp arrivato in Stato Regioni. IL DOCUMENTO*

Arriva sul tavolo della Conferenza Stato Regioni il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018. Un provvedimento atteso da tempo anche perché i tempi stringono: Il Pnp dovrà essere adottato dalle Regioni entro la fine del 2014, ma i

criteri per la stesura, la valutazione e la certificazione dei vari Piani regionali della prevenzione dovranno essere individuati con un Accordo Stato Regioni ad hoc, entro il prossimo 30 ottobre. Sul piatto ci sono 200 milioni di euro già destinati alla sua attuazione, come previsto dall'Intesa sottoscritta nel 2005, oltre alle risorse per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale anch'esse già previste dalla legge.

Sono sei i punti cardine del Piano 2014-2018.

- La promozione della salute e della prevenzione attraverso azioni che si dispiegheranno nei prossimi cinque anni, prevedendo per le Regioni la possibilità di una programmazione frazionata in due periodi temporali con una valutazione periodica centrale e regionale, dello stato di realizzazione degli interventi attuati.
- La fissazione degli obiettivi prioritari supportati da azioni e strategie *evidence based*. Questo comporterà il coinvolgimento delle rete Evidence based prevention, già implementata dalla legge.
- La definizione di cinque macro obiettivi di salute e con la loro valutazione attraverso la misurazione degli outcome o degli early-outcome raggiunti o degli out put dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra out put e outcome.
- Il recepimento di obiettivi sottoscritti a livello internazionale di quelli già decisi nei piani nazionali di settore per garantire un approccio a 360 gradi della sanità pubblica.
- Garantire la trasversalità degli interventi tra i diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative.
- La messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Sono i cinque macro obiettivi fissati nel Pnp: riduzione del carico di malattia; l'investimento sul benessere dei giovani; il rafforzamento e la conferma del patrimonio comune delle pratiche preventive; la lotta alle disuguaglianze e il rafforzamento degli interventi per la prevenzione di disabilità; la promozione del rapporto salubre tra salute e ambiente per contribuire alla riduzione delle malattie in particolare di quelle croniche non trasmissibili.

Ma nell'individuare i macro obiettivi il Piano nazionale prevenzione ha tenuto conto di altrettanti criteri considerati strategici. Si parte con il criterio della "rilevanza": nell'individuazione degli obiettivi si è infatti tenuto in considerazione non solo il carico di malattia dell'intera popolazione, ma anche lo sviluppo di quelle fasce di popolazione a rischio di fragilità e disuguaglianza.

Il secondo criterio è quello della coerenza con le policy adottate al quale si aggiunge il criterio della governance complessiva del sistema sanitario che chiama in causa tutti gli attori e gli stakeholder. Altro criterio è quello del "stewardship" ossia la

promozione del miglioramento del sistema nel suo complesso, in particolare dell'efficienza e dell'efficacia delle azioni messe in campo.

Infine l'ultimo criterio adottato è quello dello sviluppo della prevenzione nel suo complesso in particolare in quelle aree di salute e/o organizzative per le quali si richiede un salto di qualità attraverso l'utilizzo delle evidenze scientifiche e la misurazione dell'impatto degli interventi.

## **Rapporto Pit Salute 2014. La salute costa troppo, i cittadini rinunciano alle cure**

*Le difficoltà di accesso alle prestazioni, ma soprattutto l'eccessivo peso dei ticket e spingono i cittadini a rinunciare alle cure e a sacrificare la propria salute. I lunghi tempi di attesa continuano a rimanere la preoccupazione principale. Scendono invece le segnalazioni sulla presunta malpractice. È quanto emerge dal XVII Rapporto del Tdm Cittadinanzattiva*

Non sono solo le lunghissime attese per ricevere una prestazione con il Ssn a sfiancare i cittadini al punto di rinunciare a curarsi. Ora c'è un nuovo spettro che avanza prepotentemente e si chiama "ticket". I loro costi elevati e in particolare gli aumenti di quelli per specialistica e diagnostica sono diventati per molti cittadini un ostacolo insormontabile che li allontana dalla possibilità di accedere alle cure. E il problema è avvertito ogni giorno di più, tant'è che in un anno il numero di persone che puntano il dito verso spese troppo alte è cresciuto di 20 punti percentuale. Ma anche l'assistenza territoriale incassa giudizi critici dai cittadini.

A disegnare i contorni dei bisogni soddisfatti e di quelli inevasi dei cittadini è la 17° edizione del Rapporto Pit Salute "(Sanità) in cerca di cura", presentato oggi a Roma dal Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva. Un rapporto dal quale emerge con grande evidenza che le difficoltà economiche, i costi crescenti dei servizi sanitari e le difficoltà di accesso spingono i cittadini a rinunciare alle cure e a sacrificare la propria salute.

Su oltre 24mila segnalazioni giunte nel 2013 ai PitI salute nazionale e regionali e alle sedi locali del Tdm, quasi un quarto (23,7%, +5,3% rispetto al 2012) riguarda le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie determinate da liste di attesa (58,3%, -16% sul 2012), peso dei ticket (31,4%, +21%) e dall'intramoenia insostenibile (10,1%, -5,3%). Al secondo posto delle problematiche segnalate dai cittadini ci sono le criticità dell'assistenza territoriale. Mentre i casi di presunta malpractice diminuiscono di 2 punti percentuale.

**Il problema ticket.** Sono il secondo ostacolo all'accesso alle prestazioni, dopo le liste d'attesa, in forte aumento di più di 20 punti in percentuale dal 10,3% del 2012 al 31,4% del 2013. In questo ambito, quasi la metà (44%) dei cittadini contatta Cittadinanzattiva per i costi elevati e gli aumenti dei ticket per specialistica e diagnostica, il 34,4% per avere informazioni sull'esenzione dal ticket, il 12,9% sul perché alcune prestazioni siano erogate a costo pieno (e non solo con il ticket) e



l'8,6% sulla mancata applicazione dell'esenzione.

**I costi.** Nell'ultimo anno, il valore pro-capite della spesa sanitaria privata si è ridotto da 491 a 458 euro all'anno e le famiglie italiane hanno dovuto rinunciare complessivamente a 6,9 milioni di prestazioni mediche private. Dopo il restringimento del welfare pubblico, anche il welfare privato familiare comincia a mostrare segni di cedimento. Tra il 2007 e il 2013 la spesa sanitaria pubblica è rimasta praticamente invariata (+0,6% in termini reali) a causa della stretta sui conti pubblici. È aumentata, al contrario, la spesa di tasca propria delle famiglie (out of pocket): +9,2% tra il 2007 e il 2012, per poi ridursi del 5,7% nel 2013 a 26,9 miliardi di euro. Tre miliardi gli euro spesi dagli italiani per ticket sanitari nel 2013, con un incremento del 25% dal 2010 al 2013 (Corte dei Conti).

Oltre il 13% delle segnalazioni riguarda costi a carico dei cittadini per accedere a prestazioni sanitarie. Tra le voci di spesa "out of pocket" ci sono quelle sostenute per l'acquisto di farmaci e per le prestazioni in intramoenia. Poi quelle per pagare i ticket di esami diagnostici e visite specialistiche. In particolare i costi medi sostenuti in un anno da una famiglia sono di: 650 euro per farmaci necessari e non rimborsati dal Ssn; 901 euro per parafarmaci (integratori alimentari, lacrime artificiali, pomate, etc.); 7.390 euro per strutture residenziali o semi-residenziali; 9.082 euro per l'eventuale badante; 1070 euro per visite specialistiche e riabilitative; 537 euro per protesi e ausili; 737 per dispositivi medici monouso, vale a dire pannoloni, cateteri, materiali per stomie.

**I lunghi tempi di attesa.** In testa alla classifica delle criticità segnalate dai cittadini ci sono le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie. E tra le tante difficoltà i lunghi tempi di attesa continuano a rimanere in vetta alle preoccupazioni dei cittadini: a lamentare le liste di attesa è il 58,5%, quasi ugualmente ripartite fra esami diagnostici (34,1%), visite specialistiche (31,4%) e interventi chirurgici (27,1%).

Nella classifica dei tempi di attesa per esami diagnostici al primo posto figura la mammografia per la quale si può aspettare fin a 14 mesi. Ma non va meglio per Moco o Tac, in questo caso le attese arrivano ad un anno. Si aspetta fino a 11 mesi per una Colonscopia, 10 mesi per l'Ecodoppler e 9 mesi per Risonanza magnetica, Ecocardiogramma/Elettrocardiogramma e otto mesi per un'Ecografia. I tempi si allungano per le visite specialistiche si arriva ad aspettare fino a 20 mesi per una visita psichiatrica. Nove mesi per una visita Oculistica, 7 mesi per quella cardiologica e ortopedica, per l'oncologica si attendono 6 mesi. Si aspetta infine fino a due anni per un intervento di ernia discale o un intervento alle varici, un anno per una protesi ginocchia.

**Assistenza territoriale.** Al secondo posto, tra i problemi lamentati dai cittadini figura la grave situazione dell'assistenza territoriale (15,6%, in lieve aumento rispetto all'anno precedente); in particolare le segnalazioni riguardano l'assistenza ricevuta da medici di base e pediatri di libera scelta (il 25,7% delle segnalazioni, +2,3%). I motivi? I cittadini si vedono negata una visita a domicilio o il rilascio di una prescrizione; la riabilitazione (20,3%, +6,7%), in particolare per i disagi legati alla

manca o scarsa qualità del servizio in ospedale o alla difficoltà nell'attivazione di quello a domicilio; l'assistenza residenziale (17,3%, invariato rispetto al 2012).

**Scendono le segnalazioni sulla presunta malpractice.** Dopo essere stato per anni il primo problema per i cittadini, la presunta malpractice rappresenta la terza voce di segnalazione (15,5% delle segnalazioni nel 2013 vs al 17,7% del 2012). Sarà anche questo un effetto delle difficoltà di accesso ai servizi? Pesano ancora in modo preponderante in questa area i presunti errori terapeutici e diagnostici (66%, ossia i due terzi delle segnalazioni, +9% sul 2012); seguiti dalle condizioni delle strutture (16%, -7%), dalle disattenzioni del personale sanitario (10,4%, -2,1%), dalle infezioni nosocomiali e da sangue infetto (3,8%). In ambito terapeutico, i presunti errori riguardano in particolare l'area ortopedica (33,4%, +1,3%) e la chirurgia generale (16,8%, +5,6%); in ambito diagnostico, in particolare l'area oncologica (25,6%, -1,7%) e l'ortopedia (19,4%, +5,1%).

**Le segnalazioni sull'assistenza ospedaliera** passano dal 9,9% del 2012 al 13,1% del 2013. In questo ambito, crescono soprattutto le segnalazioni inerenti l'area dell'emergenza urgenza (dal 40% al 47,7%): l'attesa per l'accesso alla prestazione è il più rilevante dei problemi, ed è ritenuta eccessiva nel 40,7% dei contatti (38,4% nel 2012); seguono le segnalazioni per assegnazione non chiara del codice di triage: 30,9% nel 2013 (34,4% nel 2012), quindi i ritardi nell'arrivo delle ambulanze (15,4%); e per finire le segnalazioni di ticket per il pronto soccorso (13%).

## **Contenzioso medico-legale. Ginecologi: “Subito una legge per contenere i costi delle polizze”**

*Ogni anno ci sono 30mila cause per presunta malpractice e un giovane medico per tutelarsi paga fino a 7mila euro di assicurazione. Troiano (Aogoi): “Avviamo un fondo di solidarietà per le categorie più a rischio”. La richiesta dall'89° Congresso nazionale Sigo, Aogoi e Agui in corso a Cagliari.*

“Ogni anno 30mila cause di contenzioso medico-legale giungono nei tribunali italiani. Di queste oltre il 98,8% termina con una assoluzione o archiviazione del personale medico-sanitario. Serve subito una legge. Chiediamo alle istituzioni di intervenire con provvedimenti che fissino dei paletti ai costi massimi dei premi delle polizze”.

È questa la richiesta che arriva dai ginecologi italiani in occasione dell'89° Congresso nazionale Sigo, Aogoi e Agui a Cagliari.

“Una causa su 10 è contro noi – ha affermato **Vito Trojano**, Presidente dell'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri (Aogoi) – le richieste di risarcimento raggiungono cifre insostenibili sia per il singolo professionista che per la struttura sanitaria. Questo ha portato ad una crescita enorme dei costi delle polizze di assicurazione per i medici. Dal 2011 ad oggi sono aumentate dell'oltre 5%”.

I più colpiti da questo fenomeno sono soprattutto i giovani camici bianchi che

pagano fino a 7mila euro l'anno di premio assicurativo “Chiediamo alle istituzioni competenti – ha quindi sottolineato Trojano – di intervenire al più presto con provvedimenti che fissino dei paletti ai costi massimi dei premi delle polizze. L'obbligo assicurativo previsto per gli ospedali pubblici deve inoltre valere anche per le strutture private e convenzionate. Infine è necessario avviare un fondo di solidarietà per le categorie più a rischio come noi ginecologi”.

Una richiesta raccolta dalla Presidente della Commissione sanità Emilia, **Grazia De Biasi** e dal segretario della Commissione Affari Sociali della Camera, **Benedetto Francesco Fucci** che hanno assunto l'impegno di approvare al più presto un provvedimento contro il caro-polizze.

“Speriamo che alle parole seguano al più presto anche i fatti – ha concluso Trojano – contenere il contenzioso medico-legale ridurrebbe anche il ricorso alla medicina difensiva che costa ogni anno oltre 12 miliardi all'intero sistema sanitario nazionale”.

SOLE 24ORE SANITA'

## I Mmg bocciano il riordino del territorio

*Il Patto per la salute conferma il decreto Balduzzi e cambia la fisionomia delle cure sul territorio. Per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta si tratta di una sfida che coinvolge sia l'organizzazione del lavoro sia i rapporti con i pazienti. Cosa ne pensano i medici delle cure primarie, direttamente impegnati sul campo? L'indagine realizzata da CompuGroup Medical Italia Group per Il Sole-24Ore Sanità dà conto di una visione essenzialmente "nera" rispetto alle chance offerte dal riordino, al centro delle trattative appena partite per il rinnovo della Convenzione, e basate proprio su quell'articolo 5 del Patto costruito sull'ossatura della legge 189/2012.*

Innanzitutto, salta agli occhi la sostanziale bocciatura della ristrutturazione in arrivo, basata sulle aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e sulle unità complesse di cure primarie (Uccp): il 40% dei 1.640 medici che hanno risposto al sondaggio dichiara di non essere «d'accordo» con la revisione, mentre il 38% lo è solo in parte. A motivare questo approccio negativo è, da una parte, l'assenza di forme organizzative analoghe dichiarata nel 58% delle risposte, mentre, dall'altra parte, pesano la mancanza di una formazione specifica in capo agli stessi Mmg e Pls (ben l'80% delle risposte) e l'idea diffusa (60%) tra i professionisti che l'assistenza ai pazienti non trovi giovamento dalla riorganizzazione dell'offerta su scala multiprofessionale nelle Uccp. Il corollario è che secondo i medici delle cure primarie difficilmente l'h24 potrà scongiurare l'inappropriatezza degli accessi in pronto soccorso, anche perché la tanto sbandierata assistenza h24, per il 63% del campione, non è facilmente realizzabile sul territorio in

cui il camice bianco concretamente opera.

Un quadro a tinte fosche, insomma, aggravato dalla sfiducia registrata nella metà degli interpellati (il 49%, per la precisione) rispetto alla capacità della propria Asl di recepire rapidamente ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico, i due strumenti d'elezione indicati sempre nel patto per la salute per garantire la continuità dell'assistenza.

Né medicina d'iniziativa, farmacia dei servizi e distretto-regista delle cure ricevono un trattamento migliore, visto che solo il 18% del campione li considera utili a oliare l'ingranaggio della rete di cure primarie di domani.

Infine, il rapporto con i cittadini: per il 46% dei Mmg e dei pediatri "sentiti", il web riuscirà solo "in parte" a fungere da cinghia di trasmissione delle informazioni sulle nuove procedure di presa in carico ai cittadini.

## **Chemioterapia e radioterapia in gravidanza non provocano danni al feto**

«Se è vero che la chemioterapia può provocare danni al feto - se somministrata durante il primo trimestre di gravidanza – al tempo stesso non è stato riscontrato alcun danno significativo nei casi in cui la somministrazione di doxorubicina, epirubicina, paclitaxel e docetaxel ha avuto luogo nel secondo e terzo trimestre». E' quanto osservato dal consigliere Cipomo Fabrizio Artioli in merito allo studio su Gravidanza, fertilità e cancro, tema a cui è stata dedicata un'intera sessione del convegno Esmo 2014 (European Society for Medical Oncology) i cui lavori si chiudono oggi a Madrid - condotto con un'analisi caso-controllo sui dati dell'International Network for Cancer, Infertility and Pregnancy (Incip) che ha tenuto sotto osservazione, per una media di due anni, 38 bambini esposti a trattamenti chemioterapici in fascia prenatale.

«Mentre l'aborto e l'interruzione di gravidanza non sembrano portare alcun vantaggio in termini prognostici - salvo nei rarissimi casi in cui sia urgente somministrare la chemioterapia nel primo trimestre oppure ci si trovi di fronte a una donna con carcinoma della cervice - è invece consigliabile portare il più avanti possibile la gravidanza, dal momento che è stata riscontrata una maggiore incidenza di deficit cognitivo nei bambini nati prematuri. Per quanto riguarda i farmaci, se è stato riconosciuto un sicuro effetto teratogeno alla somministrazione di Tamoxifene – motivo per cui è consigliabile un periodo di sospensione di almeno tre mesi prima di intraprendere una gravidanza - pare che quella di Trastuzumab possa considerarsi sicura solo nel primo trimestre di gravidanza, mentre sarebbe da evitare nel periodo successivo; il dato emerge dall'analisi di gravidanze "accidentali" avvenute nelle donne inserite nello studio HERA; la conclusione pare ovvia: informare correttamente le donne affinché evitino il più possibile gravidanze nel corso di trattamenti o diagnostiche effettuate per problemi oncologici in atto», continua Artioli.

«Si tratta dello studio con il più lungo follow-up mai realizzato – e per questo ancor più interessante di quello condotto sulla chemioterapia in gravidanza - da cui emerge che il trattamento di radioterapia non comporta danni significativi: è stato registrato un solo caso di ritardo mentale probabilmente dovuto ad altri problemi legati alla gestazione. Per quanto concerne la radioterapia occorre evitare che l'area pelvica riceva un dosaggio di radiazioni superiore ai 100-200 mGy e - come per la chemioterapia –che il trattamento venga effettuato nel primo trimestre di gravidanza, preferendo in questi casi trattamenti mammari meno conservativi», ha dichiarato ancora Artioli sui dati emersi da uno studio effettuato sempre sui dati dell'Incip e del German Breast Group in merito alla somministrazione di radioterapia alle donne in stato di gravidanza.

Altro studio - presentato nella sessione Gravidanza, fertilità e cancro di ESMO 2014- è quello che riguarda la metodica della biopsia del linfonodo sentinella nelle donne con tumore al seno scoperto durante la gravidanza: «Considerando i dati nel loro insieme si nota come essi non sono dissimili da quelli derivati dalla letteratura scientifica sull'attendibilità di tale pratica, sia in termini di recidiva locale sia di recidiva a distanza: si conferma quindi, anche in questo caso, che la gravidanza non costituisce controindicazione ai trattamenti loco-regionali conservativi; tuttavia ricordiamo che sono sempre più numerosi i dati che registrano come la dissezione del cavo ascellare potrebbe anche essere evitata in particolari gruppi di pazienti, ad esempio quelli che presentano linfonodi sentinella positivi e parametri biologici favorevoli. Inoltre, la biopsia del linfonodo sentinella non sembra comportare alcun rischio per il feto», continua Artioli.

In occasione del convegno Esmo 2014 è stato affrontato – con metodologie e approcci diversi- anche il tema della corretta informazione per le donne che si sottopongono allo screening per il tumore al seno, prendendo in considerazione tre studi, di cui uno spagnolo che ha seguito 434 donne sottoposte a screening, dividendole in due gruppi e mettendo a loro disposizione - in modo randomizzato- da un lato l'informativa standard, dall'altro le informazioni contenute nel documento creato dal Nordic Cochrane Center. «Si è visto che comunicare alle donne le informazioni della Cochrane - che analizzano in modo critico l'utilità dello screening - non ha portato a significativi cambiamenti nell'attitudine delle donne a partecipare allo screening. Interessante notare quanto segnalato dagli altri due studi effettuati in Francia, ovvero che per le stesse donne, non vi è stata nessuna significativa differenza di adesione agli altri due screening (colon-retto e cervice), pur se con quelle perplessità - dovute a un livello più elevato di consapevolezza - che evidenziavano un sentimento di insicurezza verso una reale utilità del metodo screening.

Nel dibattito che è seguito - in particolare sui temi di fertilità e cancro - è emerso chiaramente che tutte queste particolari situazioni vanno affrontate da un team multidisciplinare che veda la presenza di più specialisti fra cui, insieme a oncologi, radioterapisti e chirurghi, anche ginecologi e psicologi.

In una cornice così completa come quella di Esmo 2014 - rilevano da Cipomo - mancava probabilmente una relazione sul tema della preservazione della fertilità in donne che si sono sottoposte a trattamenti oncologici e di conseguenza un

approfondimento sul ruolo della fecondazione assistita nell'iter di una coppia in cui uno dei partner in questo caso la donna ha avuto un problema oncologico.

DOCTOR 33.IT

## Convenzione, l'esperto: per i referenti Aft carichi impossibili e aumenti improbabili

«Il modello di integrazione ospedale-territorio proposto da Sisac va nella direzione da me indicata 15 anni fa da presidente Cimo, ma non si può fare senza pagare bene i referenti di Aft e i coordinatori di Uccp». Parola di medico ospedaliero, **Stefano Biasioli**, presidente di Confedir Mit (sindacato dei dirigenti Pa) che ben conosce le funzioni dei primari. La piattaforma del nuovo accordo nazionale proposto dalle regioni a medici di famiglia, guardia, specialisti Asl e pediatri prevede poteri assimilabili a quelli dei primari per i referenti delle Aggregazioni funzionali di medici di famiglia (una ogni 30 mila abitanti) e ai coordinatori delle Unità di cure primarie, una o più a distretto, con specialisti, infermieri, assistenti sociali etc. Il referente Aft nominato ogni 3 anni dal direttore di distretto, pur mantenendo invariato l'incarico convenzionale, dovrà rispondere dell'integrazione professionale dei suoi colleghi, tra suoi colleghi e altri medici dell'Asl, dei percorsi terapeutici aziendali e delle attività volte a garantire l'assistenza nell'arco delle 24 ore 7 giorni su 7. «Un compito immane visto che il medico mantiene le scelte – dice Biasioli – e che tra l'altro richiede un profilo assicurativo diverso. Difficilmente i sindacati della medicina generale firmeranno per conferire un semplice aumento di stipendio a una figura caricata di tali incombenze, a fronte di orari ospedalieri o peggio, che giustificerebbero il non doversi occupare più dei pazienti ma solo di organizzazione. Peraltro, nemmeno il primario smette del tutto l'attività professionale, e per un medico di famiglia rinunciare anche temporaneamente alle scelte è un rischio». Già nel 2002 Biasioli invocava regole simili per tutto il settore sanitario, tavoli contrattuali coordinati con i mmg, assistenza domiciliare “congiunta” sul territorio. Il coordinatore Uccp, che nella visione Sisac può essere un medico dipendente, e per tre anni si “consacra” a compiti organizzativi, avvera quelle riflessioni. «Qui il carico di lavoro è se possibile peggio», ammette Biasioli. «Coordini competenze mai messe insieme, in un contesto in cui gli orari si allungano, si fa screening dei codici bianchi e le regioni vogliono ambulatori aperti di notte. Oneri simili valgono minimo 4 mila euro netti, da dove si prendono? Certo, qualche primario di reparto chiuso, con la legge Madia che non lo tutela, ci verrebbe. Ma, finché contratti e convenzioni tutelano istituti separati, l'integrazione posta sulle spalle di un solo medico non attrae».

Rapporto Pit Salute, liste d'attesa ancora troppo



## lunghe. **Due anni per un'ernia**

Due anni per un intervento all'ernia del disco e altrettanti per le varici, 20 mesi per una visita psichiatrica, 14 mesi per una mammografia. I lunghi tempi di attesa della sanità pubblica restano tra i principali motivi di malcontento per i cittadini ma, soprattutto, quello che iniziano ad avvertire in modo sempre più crescente è "l'insostenibile pesantezza" del ticket. È il quadro che emerge dalla 17° edizione del Rapporto Pit Salute "(Sanità) in cerca di cura", presentato ieri dal Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva. Su oltre 24mila segnalazioni giunte nel 2013 al Tribunale, quasi un quarto riguarda le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie, attribuite nel 58% dei casi (in netto calo sul 2012) alle liste di attesa e nel 31% dei casi al peso dei ticket (voce in un aumento del 21%), dunque ad una sanità "troppo costosa". Il secondo grande motivo di malcontento è l'assistenza territoriale, che rappresenta il 15,6% delle segnalazioni, in aumento rispetto all'anno precedente, in particolare per il servizio ricevuto da medici di base e pediatri di libera scelta. Cala invece il problema della presunta malpractice: per anni al primo posto, rappresenta ora la terza voce di segnalazione (15,5% nel 2013, 17,7% nel 2012). Aumentano le segnalazioni di disagi sull'assistenza ospedaliera, dal 9,9% del 2012 al 13,1% del 2013, soprattutto per le lunghe attese al Pronto Soccorso. «Ridurre i ticket, scongiurare nuovi tagli al Fondo Sanitario Nazionale e governare seriamente i tempi di attesa di tutte le prestazioni sanitarie, e non solo di alcune come accade ora» sono le priorità per **Tonino Aceti**, Coordinatore del Tribunale per i diritti del malato. A questo si aggiunge «la necessità di aggiornare i Livelli essenziali di Assistenza unita a un effettivo monitoraggio della loro erogazione».

## **Fenoldopam non evita la dialisi dopo cardiocirurgia**

Nei pazienti con danno renale acuto dopo chirurgia cardiaca, l'infusione con l'antipertensivo fenoldopam non riduce il ricorso alla dialisi né il rischio di morte a 30 giorni rispetto al placebo, ma aumenta il rischio di ipotensione. Questo è quanto emerge da uno studio multicentrico italiano pubblicato su *Jama* in coincidenza con la sua presentazione al congresso annuale della Società Europea di Terapia Intensiva. Ogni anno più di un milione di pazienti vengono sottoposti a chirurgia cardiaca negli Stati Uniti e in Europa, e una delle complicanze più comuni è danno renale acuto. A causa dei suoi effetti emodinamici, fenoldopam è efficace nel trattamento della nefropatia insorta acutamente, con potenziali benefici in cardiocirurgia. Ma l'assenza di studi conclusivi lascia i medici ancora incerti sulla somministrazione di fenoldopam dopo l'intervento per prevenire il deterioramento della funzione renale. Così **Tiziana Bove** dell'Istituto scientifico San Raffaele di Milano e colleghi hanno assegnato in modo casuale 667 pazienti ricoverati in terapia intensiva dopo chirurgia cardiaca con danno renale acuto precoce a ricevere fenoldopam o placebo, somministrati rispettivamente a 338 e 329 soggetti. Ma lo studio, svolto tra marzo 2008 e aprile 2013 da 19 unità di terapia intensiva su tutto il territorio italiano, è stato interrotto per scarsa significatività dei risultati a seguito di un'analisi ad interim dei

dati. Per dirla in numeri, un danno renale acuto che ha richiesto la dialisi si è verificato in 69 su 338 pazienti nel gruppo fenoldopam e in 60 su 329 pazienti nel gruppo placebo, con tassi d'incidenza rispettivamente del 20 e del 18%. Quasi sovrapponibile anche la mortalità a 30 giorni: 23% nei pazienti trattati con fenoldopam e 22% in chi assumeva placebo. Significative differenze, invece, sono emerse nel numero di pazienti che ha manifestato ipotensione: 26% nel gruppo fenoldopam contro il 15% del gruppo placebo. «Dato il costo, la mancanza di efficacia e l'aumentata incidenza di ipotensione, l'uso di fenoldopam per la protezione renale in cardiocirurgia non è indicato» concludono gli autori.

*JAMA. 2014;312(20):- . doi:10.1001/jama.2014.13573*

## **DIRITTO SANITARIO Dipendenti comparto Ssn: retribuzione mansioni superiori**

Il dipendente di una ex Usl ora Asl, ha agito in giudizio per vedersi riconoscere le differenze retributive in relazione all'esercizio di fatto di mansioni proprie di una qualifica superiore a quella da lui formalmente rivestiva. L'interessato esprimeva di essere stato inquadrato con la qualifica di ausiliario specializzato, ma di essere stato costantemente adibito, fin dal 1982, a mansioni di autista di autoambulanze per trasporto infermi con superiore livello retributivo (V livello). Il Tar aveva respinto la domanda. Sulla sentenza di primo grado ha deciso il Consiglio di Stato. L'esercizio di fatto delle mansioni superiori (quando anche la prestazione sia incontrovertibile, come è avvenuto nel caso specifico) non comporta il diritto alla maggiore retribuzione, se non quando (e nei limiti in cui) vi sia stato un formale atto di incarico per la copertura di un posto vacante in organico. In questo contesto, per "atto formale" si intende un atto proveniente non semplicemente da un superiore gerarchico bensì dall'organo competente ad adottare i provvedimenti in materia di stato giuridico e trattamento economico del personale. Ed invero, perché l'incarico possa produrre effetto anche in ordine al trattamento economico dell'impiegato, è necessario che l'organo che lo conferisce sia competente, appunto, ad emanare atti che incidono sul bilancio dell'ente e sulle previsioni di spesa; e possa assumersene la relativa responsabilità.

[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