

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
5 AGOSTO 2014

LA NUOVA SARDEGNA

Sanità, allarmanti gli ultimi bilanci da profondo rosso

L'analisi della voragine contabile è stata fatta in occasione delle riforme già ventilate nel servizio sanitario nazionale. Il governo si appresta a varare il Patto per la salute 2014-2016. È prevista una serie di restrizioni. Sia nell'accesso alla disponibilità dei farmaci sia nel riassetto del personale sanitario. Ma per quel che più riguarda i pazienti si va verso una revisione dei ticket per visite ed esami, con ritocchi di sicuro non favorevoli. All'esame del consiglio dei ministri, che dovrà adottare le prime misure in autunno con un disegno di legge, valutazioni sui redditi dei pazienti e sulla composizione dei nuclei familiari. Si vorrebbe riformare rimettendo in equilibrio i conti.

Conferme dal "Sole 24 Ore": debiti record in tutte le Asl Un trend certificato già nel 2007 e continuato sino a oggi

Nuovi dati elaborati dal Sole 24 Ore confermano quel che in Sardegna si sa da tempo. Gli ultimi bilanci sulla sanità, per via delle uscite accumulate dalle 9 Asl dell'isola, sono da profondo rosso. E tutto ciò al di là delle poste contabili in formale pareggio. È una pesante eredità che si trascina da anni, senza soluzioni e risposte immediate. Criticità riemersa in tutta la sua evidenza già nei mesi scorsi. Soprattutto durante i dibattiti scaturiti sulla scia del progetto San Raffaele-Bambin Gesù varato dalla Qatar Foundation sulle ceneri dell'ospedale di don Verzè a Olbia. In quella fase, persino a un vertice del Pd tenuto a Oristano alla presenza dell'assessore Luigi Arru, moltissimi esponenti democratici hanno quantificato in poco meno di mezzo miliardo all'anno lo sforamento reale sui conti preventivati per l'assistenza. Situazione nella quale si deve tenere presente - nell'ordine di circa cento milioni ogni dodici mesi - il record negativo sardo della spesa farmaceutica, al primo posto in Italia nei costi pro capite per i medicinali. Ora il quotidiano di Confindustria affronta i contenuti del futuro Patto per la salute tra governo e regioni. E presenta una serie di statistiche che portano nella stessa direzione. Cioè fotografano, in parte da altri angoli visuali, questo stato di gravissima esposizione. Un quadro a tinte fosche che vede l'isola tra le posizioni di coda nelle classifiche nazionali sui risparmi nel settore. E tutto questo - va ancora sottolineato - al netto di ogni riferimento al domani e agli investimenti riguardanti il nuovo ospedale. Ancora a bocce ferme, insomma, la radiografia della sanità nell'isola è già di per sé più che problematica, in un processo non cominciato ieri o avantieri ma che va avanti da lungo tempo. E in effetti i dati rielaborati dal quotidiano economico-finanziario prendono in esame i periodi che vanno dal 2007 al 2013. Quindi si comincia dalla giunta Soru (2004-2009, assessore Nerina Dirindin) e si continua con la gestione Cappellacci (marzo 2009-febbraio 2014, assessori prima Antonello Liori e poi Simona De Francisci). In tutta Italia solo le Marche e l'Umbria hanno chiuso questi sei anni in utile. Tutte le altre aree del Paese, per quel che riguarda l'assistenza, sono in caduta libera. Da Guinness negativo i quasi 8 miliardi di rosso del Lazio. Pessima la performance di Campania: -3,31 miliardi. Ma con i suoi 1 milione e 600mila abitanti - e potenziali pazienti - è disastroso anche il dato

riferito alla Sardegna: meno 1.945,20 milioni di euro, quasi 2 miliardi. È al terzo posto negativo a fronte di una densità demografica decisamente più bassa di altre zone. Fin qui le vicende nel tempo del Fondo sanitario nazionale, basato sulle spese storiche delle regioni e descritte attraverso i numeri riportati di anno in anno nei decreti di ripartizione delle risorse. Un focus che il Centro studi Sintesi ha ulteriormente approfondito per conto del quotidiano economico milanese. Ma per altri versi appare significativa anche un'altra graduatoria riportata sul "Sole" di ieri: la classifica dei pazienti in o out, cioè in movimento d'ingresso o in uscita. È quella che gli addetti ai lavori chiamano mobilità sanitaria. Costituita da ammalati che non possono essere seguiti nei luoghi di residenza e sono costretti a venire assistiti in Sardegna, come succede per ovvie ragioni a migliaia di turisti ogni anno. Oppure di persone che, come avviene con maggiore frequenza, devono sottoporsi a esami e interventi fuori dall'isola. In questi casi tutte le aree della Sardegna figurano comunque tra le province con i minori flussi di trasferimento in Italia. E questo vale tanto per l'accoglienza quanto per le operazioni extra-regione.

L'UNIONE SARDA

LA MADDALENA Camera iperbarica pronta da un anno ma la Asl non può ancora utilizzarla Una situazione assurda: nei giorni scorsi due sub trasferiti d'urgenza a Cagliari

Sabato, un sub professionista olbiese, domenica un turista di Forlì, colto da un malore a Santa Teresa. Tutti e due hanno avuto necessità di un trattamento urgente in camera iperbarica e, come è successo in altri cinque casi dall'inizio dell'estate, sono stati trasferiti a Cagliari. Motivo: l'apparecchiatura di La Maddalena, acquistata con fondi dell'Unione europea (680mila euro), già installata nell'ospedale Paolo Merlo, controllata da un comitato tecnico misto (funzionari dell'assessorato regionale alla Sanità e della Asl n. 2 di Olbia), non è mai entrata in funzione. L'unico riferimento per la Sardegna è il Centro iperbarico dell'Ospedale marino di Cagliari.

I VOLI DELLA SPERANZA Chi viene colpito da embolia in una qualsiasi delle località turistiche galluresi (ma il discorso vale per tutto il nord Sardegna) deve sperare che tutto fili liscio. L'unica salvezza è il 118. Sabato sera, per fare un esempio, il sub olbiese colto da un malore durante un'immersione, non è stato portato a Cagliari perché l'elicottero, dopo il tramonto, non può volare. Quindi il trasferimento è stato effettuato dall'ospedale di Olbia, solo domenica. La vita dei pazienti, in questi casi, è appesa a un filo. E bisogna ricordare che per coprire in elicottero la distanza tra Olbia e Cagliari sono necessari 40 minuti.

UN CASO IMBARAZZANTE Alla fine di giugno, a La Maddalena è avvenuto l'ennesimo sopralluogo tecnico nei locali dove è stata installata la camera iperbarica nuova di zecca, comprata dalla Asl 2 di Olbia con fondi europei. L'impianto è a posto, ha superato tutti i collaudi e le verifiche imposte dalla legge. Si tratta di un'apparecchiatura moderna, che può essere utilizzata per le emergenze e i normali trattamenti di ossigenoterapia. A La Maddalena, inoltre, non manca certo il personale specializzato ed esperto. Infatti, la vecchia camera iperbarica ha funzionato per vent'anni prima di essere smantellata e rottamata. Dunque, si può parlare di un'imbarazzante vicenda di burocrazia. La Asl di Olbia ha risposto a tutte le richieste della Regione, ma non c'è ancora l'accreditamento. I manager dell'azienda gallurese stanno ancora aspettando.

LE INAUGURAZIONI ANNUNCIATE A luglio dello scorso anno, la vecchia apparecchiatura maddalenina (ormai inutilizzabile, perché fuori norma e del tutto inadeguata) era stata smantellata e il 7 agosto era arrivata la nuova camera iperbarica. In

occasione della consegna del macchinario, al personale dell'ospedale Paolo Merlo venne spiegato che nel giro di qualche mese, il servizio sarebbe stato attivato. Invece il 2013 è finito senza alcuna novità. Il 2014 si è aperto con richieste di nuova documentazione per la Asl di Olbia. La Regione ha invitato l'azienda sanitaria gallurese a fornire altri dati sull'impianto e sulla dotazione di personale. Poi a fine giugno, è stata di nuovo annunciata l'inaugurazione imminente del centro iperbarico maddalenino. Ma non c'è traccia dell'accreditamento.

UNA BRUTTA FIGURA A Olbia aspettano, ma c'è un problemino non da poco, oltre ai rischi che corrono le vittime dell'embolia. Infatti l'Unione europea potrebbe riprendersi i soldi stanziati per il macchinario. Visto che nessuno lo usa.

CHIUSURA DEL BROTZU Pazienti dimessi, chi resta si sposta nei primi 6 piani Rimarranno meno di 250 ricoverati

La chiusura del Pronto soccorso e il congelamento dei ricoveri porterà a un massimo di 250 i pazienti del Brotzu. Saranno concentrati nei primi sei piani e resterà libera la parte alta. «In questo momento non possiamo far registrare alcun ingresso e stiamo favorendo la dimissione del maggior numero possibile di pazienti. Di norma le presenze giornaliere sono circa 600». Marinella Spissu, direttore sanitario del presidio di via Peretti, sta guidando la maxi-operazione per lo slaccio dell'energia elettrica del più grande ospedale dell'Isola. «Al primo piano stiamo sistemando i dodici pazienti in condizioni più gravi, che erano ricoverati in Cardioanestesia, Terapia intensiva e Unità coronarica di Terapia intensiva cardiologica, gli altri saranno distribuiti tra il secondo e il sesto piano. Ma in ogni caso saranno seguiti dal personale del reparto in cui erano ricoverati».

VISITE In questi giorni l'azienda sanitaria sta illustrando a pazienti e parenti la mappa provvisoria dei reparti in vista dell'intervento di giovedì all'impianto elettrico. Se fino a domani sono regolarmente permesse le visite in ospedale, giovedì non sarà possibile andare a trovare chi è ricoverato. L'unica deroga concessa riguarda le madri dei 22 bambini ricoverati in Pediatria che potranno andare tutti i giorni a trovare i piccoli pazienti, ma per raggiungerli dovranno esibire un documento d'identità al vigilante in servizio che le accompagnerà direttamente nel reparto.

Il pronto soccorso pediatrico resterà in funzione, ma non sarà possibile ricoverare altri bambini che saranno eventualmente trasferiti al vicino Microcitemico. Sarà regolarmente attivo anche il Centro trasfusionale.

TRASPORTO «Abbiamo a disposizione quattro ambulanze e sei autovetture, che serviranno anche per il trasporto di esami e provette - aggiunge Marinella Spissu - i pazienti sono informati e il personale è organizzato. Sono sicura che tutto si svolgerà nel modo migliore perché il piano per affrontare questa situazione d'emergenza è stato studiato nel dettaglio da tutti gli organi competenti».

PERSONALE Numeri da clinica svizzera per l'assistenza: a occuparsi dei 250 pazienti ci saranno 260 tra medici e infermieri. Un grande impegno arriverà anche dal personale di tutti gli ospedali cittadini: dovranno accogliere chi non può essere ricoverato nel presidio di piazzale Ricchi. In servizio ci saranno 15 amministrativi, impegnati nel tenere i rapporti con gli altri ospedali. Giovedì al Brotzu ci saranno anche venti volontari della Protezione civile che ha fatto sistemare quattro torri faro per un'illuminazione d'emergenza se le operazioni dovessero andare oltre l'ora del tramonto.

PULIZIE E CIBO La biancheria sarà sistemata in tutti i piani prima dello slaccio di

giovedì mentre durante il black-out saranno in servizio dieci addetti alle pulizie e tecnici per le manutenzioni di tutti i macchinari utilizzati in questi giorni nell'ospedale a mezzo servizio. Anche il cibo, con la chiusura della mensa, arriverà da società esterne di catering. Dalle 7 alle 19 del 7 agosto saranno i gruppi elettrogeni a tenere in vita l'ospedale e dalle 14 di venerdì 8 si tornerà alla normalità, con la riapertura delle porte e il via libera ai ricoveri in tutti gli undici piani del Brotzu.

«In caso di necessità, in questi giorni, chiamate il 118»

«In caso di necessità chiamate il 118 e vi verrà indicato a quale ospedale rivolgervi». Il direttore del servizio di pronto intervento, Giuseppe Iasiello, è uno dei coordinatori delle operazioni per la chiusura parziale del Brotzu e invita gli utenti a telefonare non solo per chiedere soccorso ma anche per ricevere le giuste indicazioni prima di recarsi all'ospedale. «Tutti i pronto soccorso sono di turno e sarà possibile distribuire in tutte le strutture i casi che sarebbero stati assorbiti dal Brotzu».

Sono oltre cento i viaggi che le ambulanze fanno ogni giorno per trasportare pazienti negli ospedali cittadini e per far fronte a questa situazione d'emergenza arriva la collaborazione anche degli ospedali di Sassari, Iglesias, Carbonia, San Gavino, Muravera e Isili e in caso di necessità sono pronte a fare la loro parte anche alcune strutture private: la Casa di cura Sant'Anna, la Casa di cura Lay e la Nuova casa di cura di Decimomannu.

Nel piano preparato dall'assessorato regionale alla Sanità sono indicate tutte le strutture che, in base al tipo di reparto, in questi giorni si faranno carico dei mancati ricoveri al Brotzu.

L'area di Medicina generale è quella dove ogni giorno si registra il numero più alto di ricoveri e la copertura viene garantita dagli ospedali dell'Azienda mista. Se i posti non dovessero bastare, a offrire ospitalità saranno le strutture pubbliche dell'Asl 8 oppure le case di cura private. Se i ricoveri dovessero essere troppo elevati, i pazienti verrebbero trasferiti negli ospedali di Iglesias, Carbonia, Sanluri e Oristano.

La Chirurgia generale e quella d'urgenza ieri sono state prese in carico dal Marino, oggi e giovedì la competenza sarà dell'Azienda mista (Policlinico e San Giovanni di Dio) mentre domani sarà il turno del Santissima Trinità. Is Mirrionis si occuperà anche dell'Ortopedia, i politraumatizzati saranno trasferiti al Marino, invece della traumatologia semplice si occuperà la Asl di Sanluri. Il Nido e il reparto di Ostetricia e ginecologia saranno garantiti dal Policlinico, mentre Pediatria e Cardiologia pediatrica verranno coperti da Microcitemico e Santissima Trinità con la collaborazione del personale del Brotzu e del Businco. In caso di emergenze fuori dal normale, arriverà in soccorso l'ospedale di Iglesias. L'Azienda mista si occuperà anche di Cardiologia, Unità coronarica, Chirurgia toracica, Stroke unit, Gastroenterologia e Rianimazione in collaborazione con la Asl 8 con eventuale appoggio di Iglesias, Carbonia, Sanluri e Oristano.

Giovedì via la corrente, è già piano d'emergenza Ieri lo stop al pronto soccorso. Venerdì il ritorno alla normalità

L'ultimo paziente è arrivato domenica, poco prima della mezzanotte: «Un politrauma», dice la responsabile dell'organizzazione interna del Brotzu, Marinella Spissu. Incidente stradale. Accolto il ferito, stop: dalle 00,01 di ieri, il pronto soccorso dell'ospedale più grande della Sardegna è chiuso. Lo resterà fino a venerdì pomeriggio. In questi giorni chi sta poco bene è invitato a rivolgersi al proprio medico curante o, se sta proprio male, chiamare il 118 o

presentarsi al San Giovanni di Dio, al Santissima Trinità, all'ospedale marino o negli altri ospedali dell'area vasta.

Dopo lo stop di martedì scorso ai ricoveri programmati, il Brotzu è nel pieno del piano d'emergenza coordinato dall'assessorato regionale alla Sanità. Nei reparti, ieri mattina, restavano 390 ricoverati: di questi, 140 verranno mandati a casa tra oggi e domani, in modo che giovedì tutto possa filare liscio. Quel giorno la cabina elettrica che alimenta il Brotzu (un mostro da 200 metri quadri) sarà spenta per 13 ore per consentire a una squadra composta da sessanta tecnici di sostituire i due interruttori generali ed effettuare manutenzioni ordinarie rinviate troppe volte: il rischio di un black out improvviso si era fatto troppo alto per aspettare i due anni necessari per realizzarne una nuova di zecca. La parte alta dell'ospedale, dal 7° all'11° piano, resterà vuota. I 250 ricoverati non in condizioni di essere dimessi saranno concentrati nei primi sei piani, alimentati da gruppi elettrogeni esterni. Il pronto soccorso, salvo imprevisti, riaprirà i battenti alle 14 di venerdì.

LA CONFERENZA Ieri mattina, in ospedale, si è tenuta una conferenza stampa per fare il punto su un'operazione complessa cui si lavora ormai da mesi. Il responsabile del servizio manutenzioni del Brotzu, l'ingegner Gianluca Borelli, ha spiegato nel dettaglio quali sono i problemi della cabina elettrica e perché non si potevano percorrere strade alternative. Tra le immagini che l'ingegnere fa proiettare sullo schermo della sala Cicu, anche una termografia: mostra una parte della cabina in forte surriscaldamento, con punte di 53 gradi e mezzo, il doppio dei livelli medi normali. È l'analisi che ha fatto traboccare il vaso, facendo rompere gli indugi.

MOBILITATI Togliere la corrente al più grande ospedale dell'Isola (una media di 600 ricoverati, cinquemila persone che vi accedono ogni giorno tra pazienti, parenti e dipendenti) è un'impresa mastodontica. Di fatto, il sistema sanitario regionale deve fare a meno di un centro d'eccellenza che garantisce qualità ma anche quantità: solo il pronto soccorso ha una media di 110 accessi al giorno (da lì passa il 75 per cento dei ricoveri dell'ospedale). Il piano messo a punto dall'assessorato alla Sanità insieme alla prefettura coinvolge tutte le altre Asl del Cagliariitano e gran parte di quelle sarde. A raccontare cosa succederà al Brotzu è stata Marinella Spissu, mentre il direttore del 118 per il sud Sardegna, Giuseppe Iasiello, a capo della catena di comando, ha chiesto «la collaborazione da parte di tutti, certamente dei medici e di coloro che lavorano al Brotzu ma soprattutto dell'intera popolazione».

IL NUOVO IMPIANTO La manutenzione alla vecchia cabina la metterà in linea con i più alti standard di sicurezza ma sarà un intervento tampone: l'impianto sarà comunque mandato in pensione quando entrerà in funzione la nuova cabina, che sarà realizzata accanto a quella attuale. La gara è in fase di aggiudicazione: costerà due milioni di euro (due e mezzo tutto compreso) e secondo le stime di Gianluca Borelli dovrebbe essere pronta «tra un anno e mezzo-due anni, ricorsi permettendo». Sarà un impianto finalmente all'altezza: prevede, separata, anche una “cabina consegna”, dove arriveranno i cavi Enel della media tensione, e permetterà a tutti i reparti di essere serviti, oltre che dalla rete generale, da quelle di sicurezza del gruppo elettrogeno e dei gruppi statici di continuità

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Riforma PA. Da Palazzo Madama stop al tetto dei 68 anni per le pensioni di primari e universitari

Nella mattinata di ieri è stato approvato in commissione Affari Costituzionali un emendamento governativo che sopprime il comma 5 dell'art. 1. A questo punto, venute meno le soglie di età approvate dalla Camera, dovrebbe rimanere valido il limite dei 70 anni per gli universitari e dei 65 anni per gli altri medici.

Sembra non aver fine l'altalena dei numeri sul tetto di età per il pensionamento di medici, universitari e primari. Dopo la soglia dei 65 anni approvata inizialmente dalla Commissione Affari Costituzionali della Camera e la successiva modifica in Aula che aveva portato Monteritorio a licenziare il testo con l'innalzamento a 68 anni per universitari e primari, è arrivato stamattina uno stop dal Senato. E' stato infatti approvato un emendamento soppressivo, presentato dal Governo, che elimina il comma 5 dell'art. 1.

L'Esecutivo schiaccia dunque il tasto rewind e riporta, di fatto, il tetto del pensionamento a 70 anni per gli universitari e a 65 per i medici pubblici, eliminando il pensionamento d'ufficio per i primari così come era previsto dal precedente comma 5 del decreto.

In Conferenza Stato Regioni la versione definitiva del regolamento sugli standard ospedalieri

Giornata decisiva per gli ospedali italiani. Arriva oggi all'attenzione di Stato e Regioni lo schema di regolamento che ridefinisce gli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi degli ospedali italiani per il triennio 2014-2016. All'ordine del giorno anche il provvedimento per l'indirizzo della malattia renale cronica. STANDARD OSPEDALIERI, MALATTIA RENALE CRONICA

Strutture ospedaliere italiane, si cambia. Per promuovere un uso appropriato degli ospedali e migliorare la qualità dell'assistenza entrano in campo volumi di attività e valutazione degli esiti, criteri stringenti per l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni e nuovi parametri per definire il numero dei posti letto necessari.

Arriva all'esame della Stato Regioni), dopo una serie di rinvii (vedi anticipazione su *Quotidiano Sanità*), la nuova bozza di provvedimento che ridefinisce gli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi degli ospedali italiani per il triennio 2014-2016.

E per le strutture italiane si prospetta una vera e propria rivoluzione.

Il numero dei posti letto è incrementato o decrementato in funzione della mobilità tra le regione e in base ad un coefficiente stabilito nel provvedimento.

Ma in ogni caso è stabilito che il valore medio nazionale deve attestarsi su 3.7 pl per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto, sempre per mille abitanti, per la riabilitazione e la lungodegenza. Una riduzione che dovrà essere attuata, seguendo coordinate ben precise, con l'adozione di provvedimenti da emanare entro dicembre 2014.

Il provvedimento conferma i parametri per le unità complesse sui posti letto (17,5), mentre per le unità complesse relative ai servizi (diagnostica per immagini, laboratori, ecc) si fa riferimento al bacino di utenza.

In arrivo criteri per l'appropriatezza dei ricoveri. La nuova bozza stabilisce che per recepire i contenuti del provvedimento, le Regioni dovranno adottare un atto di indirizzo per le aziende, gli enti del Ssr e le strutture private accreditate, con specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione sia in emergenza urgenza.

Criteri che dovranno essere definiti in base a linee guida sull'appropriatezza dei ricoveri che saranno elaborate, entro 90 giorni dall'approvazione del provvedimento, da un tavolo

tecnico composto da rappresentanti della Salute, Agenas e Regioni. Le linee guida dovranno fornire indicazioni sull'ammissione dei pazienti in modo che l'intensità e la complessità dell'assistenza siano coerenti con la severità dell'evento che ha portato il paziente in ospedale.

Classificazione delle strutture ospedaliere. Il provvedimento stabilisce anche quali sono le caratteristiche che ogni ospedale dovrà avere. In particolare per quanto riguarda le strutture ospedaliere private accreditate, si stabilisce che dal 1 gennaio 2015 saranno accreditate solo quelle con una soglia non inferiore a 60 pl per acuti, ad esclusione di quelle mono specialistiche per le quali decideranno le regioni in base alle necessità locali. Mentre le strutture già accreditate al 1 gennaio 2014, quelle che non raggiungono la soglia dei 60 pl potranno ricostituirsi o fondersi con altre strutture in un soggetto giuridico unico. L'obiettivo è raggiungere la piena operatività entro il 1° gennaio 2017 e la soglia complessiva di posti letto non potrà comunque essere inferiore agli 80 pl.

Volumi ed esiti. L'unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera saranno i volumi di attività e gli esiti delle cure. Si stabilisce che entro 6 mesi dalla data di emanazione del regolamento verranno definiti i valori soglia per volumi di attività specifici correlati agli esiti migliori e soglie per rischi di esito. Sarà per questo istituito presso l'Agenas, un tavolo tecnico composto da rappresentanti della Salute, Agenas e Regioni. fino ad allora il regolamento fissa soglie minime di attività (es interventi per tumore alla mammella: 150 interventi l'anno; by pass aortocoronarico: 200 interventi l'anno; Imi: 100 infarti miocarditi in fase acuta di primo ricovero).

Novità anche per il territorio. Il provvedimento detta regole anche per l'organizzazione delle strutture intermedie che devono garantire continuità assistenziale alle dimissioni del paziente. Tra queste gli ospedali di comunità che con un numero di posti letto (tra 15-20) dovranno prendere in carico il paziente. L'assistenza sarà assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn. mentre la gestione spetterà al distretto.

Ordini professionali. Senza trasparenza ogni tentativo di riordino sarebbe un inganno di Ivan Cavicchi

Il testo di legge su cui si discute in commissione Igiene e Sanità al Senato è un inganno utile solo a coloro che non avrebbero alcun vantaggio dal cambiamento. I motivi di ciò sono spiegabili con la mancanza di idee, con gli interessi degli attuali ordini e collegi e con il tentativo di sottrarre gli stessi ordini agli obblighi sulla trasparenza.

Vorrei richiamare l'attenzione su un testo di legge in discussione al senato (commissione sanità) con il titolo "Riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie". Questo testo, di cui già mi sono occupato ([QS 17 marzo](#)/[QS 24 marzo](#)) ha preso forma in sordina nell'indifferenza generale ma ora che negli ordini e nei collegi è scoppiata la questione del conflitto di interesse, è diventato l'occasione per verificare la volontà di trasparenza del governo e del parlamento e la loro vocazione riformatrice. Se il riordino non risolvesse i problemi legati ad una vecchia idea di ordine allora esso sarebbe un inganno, e, se fosse un inganno, allora vorrebbe dire che l'idea di cambiamento tanto del governo che del parlamento sarebbe ingannevole.

Allo stato attuale della discussione, ho ragioni per ritenere che il testo di legge sia un inganno e che l'idea di riordino sia ingannevole e che i motivi di ciò siano spiegabili:

- con la mancanza di idee,(il “riformista che non c’è”);
- con gli interessi degli attuali ordini e collegi;
- con il tentativo di sottrarre ordini e collegi dagli obblighi della legge sulla trasparenza.

Supponiamo che la senatrice De Biasi relatrice del disegno di legge e presidente della commissione sanità, voglia, come ha pubblicamente dichiarato, fare un vero “cambiamento” (*Il Manifesto* 2 agosto) da quali postulati di riforma essa dovrebbe partire?

Il primo dovrebbe riguardare la formula sulla base della quale sono nati molti anni fa, ordini e collegi, e che oggi per evidenti motivi, è fuori uso, e cioè il principio della doppia tutela:

- la tutela deontologica delle professioni quale garanzia per la tutela dei diritti dei cittadini;
- i diritti civili quali explananda dei doveri professionali.

Questo principio oggi è saltato perché le professioni, in particolare medici e infermieri, sono in massima parte tendenzialmente deprofessionalizzate e le deontologie scopertamente regressive. Quindi come devono essere gli ordini e i collegi del futuro per tutelare le professioni al fine di tutelare i cittadini?

Il secondo postulato riguarda la riforma dell’idea di “corporazione”. Il diritto amministrativo classifica gli enti pubblici in “corporazioni” e “istituzioni”, cioè in persone giuridiche in cui prevale l’elemento personale (ordini, collegi, associazioni ecc), e in persone giuridiche in cui prevale l’elemento patrimoniale (per esempio gli istituti previdenziali). Nella proposta di riordino in discussione al senato, nonostante sia cambiato il mondo ci si continua a riferire ad una idea vecchia di “corporazione” e l’idea di trovare un’altra soluzione “diversamente corporativa” non sfiora minimamente il legislatore (vedi QS 24 marzo). Anzi gli emendamenti sino ad ora approvati e respinti accentuano il vecchio carattere corporativo degli ordini e dei collegi.

Il terzo postulato riguarda la definizione giuridica degli ordini e dei collegi, cioè gli “enti pubblici non economici”, che nel tempo sono diventati, in ragione di tante cose, di fatto “enti corporativi economici” (non trasparenza, ampia discrezionalità nell’uso delle risorse, conflitti di interesse, forte potere personale dei presidenti, mandati praticamente illimitati, lobbismo, confusione tra questioni ordinistiche e questioni sindacali). Oggi tutto ruota intorno al principio “proesidatus pro domo sua” e, come ha detto il ministero della salute, le finalità statutarie degli ordini che riguardano i cittadini vengono dopo quelle associative che riguardano i presidenti.

Il quarto postulato è politico: l’indipendenza del bene comune, al fine di garantire al meglio i cittadini dagli “interessi degli interessi” dei presidenti di ordini e collegi che siedono in Senato. Nei confronti del bene comune come possono essere credibili le proposte di quei presidenti che eludono gli obblighi di trasparenza, e che fanno di tutto per tenere il piede in tre o quattro staffe? Come è possibile che nella stessa commissione sanità vi sia la senatrice Dirindin che mette in campo un progetto "illuminiamo la salute" insieme a Libera, Avviso Pubblico e Gruppo Abele per garantire alla sanità un "piano per la trasparenza" ([QS 9 settembre](#)), e nella stessa commissione vi sia la senatrice Silvestro che, tra le altre cose, siede in un consiglio di amministrazione di una società che offre servizi assicurativi agli infermieri e che ancora, nonostante tante sollecitazioni pubbliche, continua a non dirci quanto guadagna?

Cara Nerina, ci conosciamo da tanti anni, se le nostre idee di politica sanitaria sono diverse

non così è per la “trasparenza”, e tu sai da quanto tempo mi sto battendo su questo terreno, per cui mi chiedo ma come puoi fare luce sulla sanità se prima non fai luce sulla tua commissione? Pensi che sia giusto che i tuoi colleghi con i loro ridicoli pareri pro veritate si sottraggano alla legge sulla trasparenza? Pensi che il conflitto di interesse non si costituisca come un danno tanto per i cittadini che per gli operatori? Pensi davvero che le loro proposte sul riordino degli ordini siano credibili e innovative?

Senza quei 4 postulati esse sono inganni utili solo a coloro che non avrebbero alcun vantaggio dal cambiamento. Come commissione in questi giorni avete bocciato un ordine del giorno sulla trasparenza dei deputati di M5S e approvato un emendamento che permette come pensionati di essere presidenti (alla faccia del ricambio generazionale!), è questo onorevole De Biasi che voi intende per cambiamento? E’ questo il bene comune? E’ questo il riordino?

Ivan Cavicchi

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584