

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

VENERDI' 5 DICEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE SANITA' **Commissione d'inchiesta: 24 firme** **Arru: ci sono sprechi non illegalità**

Passo decisivo verso la costituzione di una Commissione d'inchiesta sulla spesa sanitaria fuori controllo in Sardegna. Il vicecapogruppo del Pd in Consiglio regionale, Roberto Deriu, ha raccolto 24 firme tra i consiglieri del centrosinistra e dalle parole ha deciso di passare ai fatti. «Ma quale commissione d'inchiesta, alla sanità sarda serve ben altro», replica l'assessore Luigi Arru che non ha digerito l'accelerata impresa da Deriu a quella che sino a ieri era solo una proposta. «Una commissione d'inchiesta è inutile. Per due motivi. Primo: presuppone un livello di illegalità che non esiste. E se esistesse bisognerebbe dimostrarlo. Secondo: abbiamo già formato una commissione di monitoraggio con esperti della presidenza della Giunta, degli assessorati al Bilancio e alla Sanità per ridurre gli sprechi. E questi ci sono». Si potrebbe obiettare che il controllo è affidato a chi sinora ha generato gli sprechi e che una commissione d'inchiesta del Consiglio avrebbe almeno una parvenza di terzietà. Ma Arru sembra convinto di riuscire ad abbattere la mostruosa spesa sanitaria senza l'aiuto della commissione d'inchiesta. Stiamo parlando di una cifra annua che sfiora i tre miliardi di euro (metà del bilancio regionale), con un'incidenza della spesa farmaceutica devastante.

La Sardegna è la regione italiana che spende di più in medicine ed è abbondantemente fuori dai parametri indicati dal ministero della Salute. «Stiamo cercando di mettere ordine nel settore», spiega Arru «ma serve tempo perché la situazione è frutto di decenni di cattiva amministrazione. Intanto, stiamo lavorando con i direttori generali e i commissari delle Asl, per rivedere i criteri di assegnazione dei fondi. Un esperto di economia sanitaria sta studiando il bilancio per individuare gli sprechi ed eliminarli».

Arru punta sull'addestramento del personale e sul monitoraggio della spesa e in questo senso va la creazione della Centrale unica degli acquisti «contenuta in quella che è stata definita una riforma», aggiunge l'assessore con una punta evidente di ironia. «Con la centrale unica otterremo risparmi del 5-20% sugli acquisti. Inoltre otterremo meccanismi più efficienti e più trasparenti negli appalti. Per quanto riguarda i farmaci, la dose unica è un sistema che rientra nell'ottica del risparmio. In

questo senso stiamo lavorando con Federfarma e Farindustria per mettere a punto sistemi di gestione dei medicinali sempre migliori».

Da oggi a domani non si fa niente - ripete quasi ossessivamente l'assessore Arru - soprattutto se si continua a mettere «al centro il cittadino», dice usando una formula un po' pomposa, considerando che l'utente è quello che ha sempre subito l'oltraggio di una sanità sprecona e inefficiente, non certo per colpa degli operatori ma di una classe dirigente inetta.

Ma secondo Arru la svolta c'è stata e l'esponente della Giunta Pigliaru adesso chiede tempo per presentare risultati concreti. «Ancora tre cose. Primo: abbiamo abolito l'Agenzia sanitaria regionale e trasferito le competenze alla direzione generale dell'assessorato, in modo da utilizzarle meglio. Secondo: vogliamo gestire le risorse umane in maniera moderna e quindi più efficiente. Terzo: puntiamo sull'informatizzazione, vogliamo, insomma, metterci in rete».

Detto questo, Arru vola via, a Roma, «dove sto andando per cercare di inserire la sanità sarda nella rete ospedaliera nazionale. Potremmo accedere a 260 milioni per ammodernare l'edilizia sanitaria. Dio sa quanto ne abbiamo bisogno i nostri ospedali». E lo sanno anche medici e pazienti.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Stato Regioni. Ok al riparto del fondo sanitario 2014 e quote vincolate per gli obiettivi del Psn

La Conferenza di oggi pomeriggio ha dato parere favorevole all'intesa sulla delibera Cipe che ripartisce alle regioni i fondi sanitari per l'anno in corso. In tutto 105,7 miliardi tra quote indistinte e vincolate. Per gli obiettivi di Piano ripartiti altri 1,4 miliardi. IL RIPARTO E GLI OBIETTIVI DI PIANO.

Si della Conferenza Stato Regioni alle intese sulle nuove proposte del ministero della Salute di deliberazione del Cipe relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2014 e sul riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale sempre per l'anno 2014.

La proposta di deliberazione sulle quote vincolate agli obiettivi di Piano (alle Regioni sarà erogata una quota pari al 70% del riparto, mentre il restante 30% è legato all'approvazione da parte della Conferenza dei progetti specifici che saranno presentati dalle Regioni) vale 1.414 mln di euro.

Il fondo sanitario da ripartire per il 2014 ammonta invece a 105,7 miliardi di euro (di cui 105,3 come quote indistinte, 6,68 miliardi come dalle quote vincolate per le regioni e ulteriori 427 milioni di quote vincolate per altri Enti) e si basa [sull'accordo](#)

[raggiunto tra le Regioni lo scorso 5 agosto.](#)

In totale, si legge nella delibera Cipe, il finanziamento globale della sanità per il 2014 assomma a 109,928 miliardi di euro. Di questi 105,3 sono quelli destinati al riparto regionale delle quote indistinte, mentre altri 2 miliardi sono relativi alle somme vincolate per Regioni e Province autonome e ulteriori 632 milioni a somme vincolate per altre amministrazioni. Restano infine accantonati 1,923 miliardi da ripartire successivamente tra le regioni come quote premiali.

Speciale turismo sanitario. Federsanità lancia "Italiastarbene": ospedali d'eccellenza in rete e un sito web dedicato. Per attrarre pazienti dall'estero

Del Favero: "Il nostro obiettivo è un nuovo modello di promozione del territorio per offrire al paziente straniero un pacchetto su misura e un'accoglienza completa. Curando anche il suo benessere psicofisico". Italiastarbene sarà un portale che illustra in più lingue l'eccellenza di un territorio a cominciare dal settore sanitario.

In vista della direttiva europea 2011/24 sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, che sarà operativa in tutti gli Stati membri dal 4 dicembre 2014, Federsanità Anci ha deciso di organizzarsi per accogliere il 'turismo sanitario' in Italia lanciando un proprio progetto: Italiastarbene.

"Federsanità Anci è da sempre impegnata in progetti che contribuiscono fattivamente al processo di aziendalizzazione dei servizi sanitari locali ed ha interesse a promuovere, presso la rete delle Aziende sanitarie associate, la possibilità di attrarre pazienti dall'estero, per garantire almeno i medesimi flussi economici dei pazienti italiani che utilizzano i dispositivi della direttiva 2011/24/UE (che sarà operativa in tutti gli stati membri dal 4 dicembre 2014) per curarsi all'estero - ha spiegato **Angelo Lino Del Favero**, presidente di Federsanità Anci -. Per questo motivo abbiamo promosso il progetto Italiastarbene, che ha l'obiettivo di lanciare un nuovo modello di promozione del territorio e, quindi, offrire al paziente straniero un pacchetto su misura e un'accoglienza completa curando anche il suo benessere psicofisico. La scelta di lanciare questo progetto è motivata da un'attenta riflessione sulla qualità del Ssn italiano che si distingue per le sue alte competenze e specialità, per le eccellenti strutture ospedaliere, per i costi nettamente competitivi e, ultimo ma non meno importante, per la fortissima attrazione che l'Italia suscita sul turismo internazionale. Non dimentichiamo che l'ultima indagine Bloomberg, basata sull'analisi dei dati forniti da Banca mondiale, Fondo monetario internazionale (FMI) e Organizzazione mondiale della sanità (OMS), colloca il nostro Servizio sanitario nazionale al primo posto in Europa e terzo al mondo per qualità e sostenibilità economica".

"Italiastarbene - ha proseguito Del Favero - vuole mettere in rete le strutture sanitarie italiane di eccellenza per attrarre quei pazienti che, per propria scelta e con fondi propri o delle proprie compagnie assicurative, decidano di voler venire a curarsi in

Italia presso una di queste strutture. Italiastarbene sarà un portale che illustra in più lingue (italiano, russo, inglese) l'eccellenza di un territorio a cominciare dal settore sanitario. Il paziente che progetta di venire a curarsi in Italia potrà consultare la sezione riguardante la sua patologia e trovare l'elenco di tutte le strutture di eccellenza e i professionisti, oltre che tutte le informazioni utili al suo soggiorno (strutture ricettive e turistiche nei pressi). Non vanno dimenticati, poi, i molteplici benefici che la struttura sanitaria trarrà da un progetto di questa portata, sia a livello economico che di visibilità internazionale e relativo scambio di esperienze".

"In un momento economico così difficile per il mondo sanitario, Italiastarbene - ha concluso il presidente di Federsanità Anci - può diventare uno strumento utile per fronteggiare le criticità economico-finanziarie determinate dalle politiche di contenimento della spesa, può garantire tempi di pagamento certi, anticipati e assicurati, e garantirebbe alle Aziende di mettere in evidenza a livello internazionale i propri livelli di eccellenza".

■ **Intervista a Giovanni Iacono (Federsanità): ["Direttiva transfrontaliera è grande opportunità per l'Italia. E noi vogliamo coglierla"](#)**

SOLE 24ORE SANITA'

Sanità, i tagli beffa: rischio di perdere 4 mld

Il gioco delle tre carte. Per qualcuno «è solo un gioco delle tre carte», Altri più (o meno) prosaicamente sostengono che «se non è zuppa, è pan bagnato». Per dire che i tagli alla spesa sanitaria saranno in ogni caso plurimiliardari. Nel primo abboccamento di mercoledì sera tra il Governo e le Regioni, è emersa infatti la possibilità (o la certezza) che il Fondo sanitario 2015 subirà una decurtazione in omaggio alla manovra 2015. Il Governo ha rilanciato fino a 1,8-1,9 miliardi, pressoché azzerando l'intero incremento (2,2 mld) previsto dal «Patto» ma anche dalla legge di stabilità. I governatori si sarebbero fermati (ma molto cauti, perché non si cede mai senza trattare) a 1,5 mld. Sia quel che sia, il taglio previsto per il 2015 dalla manovra resterebbe comunque per le Regioni a quota 4 mld. E quale che sia la riduzione al Fondo sanitario, dell'intero taglio restante se ne farà carico in ogni caso la spesa sanitaria, all'incirca per l'80% o giù di lì (di poco). E le Regioni non sanno più che pesci pigliare. Anche perché si aggiungono almeno altri 1,65 mld che si trascinano sul 2015 dall'anno prima. E allora, la sanità rischia di pagare un conto fino (o più) a 4 mld tutti d'un fiato l'anno prossimo. Azzerando l'aumento e restando a quota 2014, ma aggiungendo ancora altri colpi d'accetta da brivido.

Cottarelli docet. È più o meno questa la partita che Governo e Regioni stanno trattando in queste ore. E che dovrebbe trovare una (quasi) sintesi la prossima settimana. Per chiudersi però solo quando la manovra approderà in aula al Senato intorno al 19 dicembre (per poi tornare di gran carriera alla Camera). E così tutti i governatori si affannano a dire che non c'è ancora assolutamente nulla di definito, che tutto è apertissimo, che non c'è niente di scritto. Ma queste sono le basi della trattativa, dai risultati comunque durissimi. Per gli assistiti. Una partita nella quale le Regioni – che di colpe ne hanno accumulate, eccome – chiedono anche al Governo di mettere per iscritto dove andare a toccare, magari mettendo nero su bianco alcuni dei capitoli lasciati in eredità da Carlo Cottarelli e dalla sua spending review del mistero: appalti, beni e servizi, farmaceutica per quota parte. E via elencando.

Fatto sta che i tagli si annunciano lineari e stanno facendo venire la bava alla bocca ad alcuni nordisti e a quanti i compiti a casa bene o male li hanno fatti questi anni. Ma sollevando anche l'acidità di stomaco alle (ex?) Regioni canaglia che di tagliare non ce la fanno più. Figuriamoci i cittadini che pagano e i lavoratori che lavorano. Ma anche quanti un lavoro lo cercano.

Incubo elezioni. La ridda di dichiarazioni intanto s'è scatenata. E le proteste crescono. Intanto da palazzo Chigi qualcuno continua a dire che «noi non facciamo tagli alla sanità». Già, li fanno fare alle Regioni. Dove dalle stesse parti del partito che comanda a palazzo Chigi, e non solo nella minoranza, si teme l'effetto boomerang alle regionali della primavera. Che ci saranno proprio in contemporanea (anzi, poco dopo) i tagli.

Anaao Assomed/ Legge di Stabilità: l'ennesimo colpo al Servizio sanitario nazionale

Con un colpo di mano nascosto dietro centinaia di commi e infiniti rinvii a leggi precedenti, la legge di Stabilità suona le campane a morto per i giovani medici in cerca di una occupazione coerente con la complessità e la durata del loro percorso formativo, e per la stessa sostenibilità della sanità pubblica. Altro che valorizzazione delle risorse umane, cabine di regia, Patto della salute!

Le disposizioni della legge n. 191/2009, che prevedevano che le spese del personale non superassero per il triennio 2010-2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento, vengono prorogate, infatti, a ciascuno degli anni dal 2013 al 2020. Si decide, di fatto, per i prossimi 6 anni, con buona pace di precari stabili e giovani specialisti, una revisione al ribasso delle consistenze di personale, dipendente a tempo indeterminato e determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o con altre forme di lavoro flessibile, o con convenzioni. Con la ciliegina sulla torta di un conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa.

Un blocco del turnover eterno che condanna quantità e qualità dei servizi sanitari ad una progressiva asfissia, una pietra tombale su ogni annuncio di staffetta generazionale.

In fondo a questa strada c'è un sistema sanitario pubblico impoverito di capitale umano e di competenze professionali, sospinte, dal combinato disposto tra peggioramento delle condizioni di lavoro e delle retribuzioni, in un privato destinato ad imporsi come vero sistema sanitario accanto al primo, residuale e destinato ai poveri, alle urgenze ed ai settori a basso interesse economico. L'obiettivo di spalancare la strada alla intermediazione finanziaria ed assicurativa, ancorchè mascherato dietro incrementi puramente nominali del fondo sanitario e necessità di risparmi, che per la sanità non finiscono mai, è sempre più vicino. E, sia chiaro, non ce lo chiede l'Europa né i nostri figli.

Colpisce il silenzio o l'indifferenza di tutti i soggetti interessati. Per quanto ci riguarda il destino di involuzione recessiva cui anche questo Governo vuole condannare la sanità pubblica non ci troverà complici.

Noi continueremo a dire ai cittadini che il loro diritto alla cura sarà sempre meno esigibile con il peggioramento delle condizioni di lavoro e la rarefazione, anche numerica, di chi deve curare.

DOCTOR 33.IT

Stabilità, blocco turnover nel Ssn fino al 2020. Le Regioni aprono a tagli a fondo sanitario

Parte la contrattazione tra stato e regioni. Dopo l'approvazione alla camera del patto di stabilità, con cui si chiede un sacrificio da 4 miliardi alle regioni tra 2015 e 2018, si profila una "regressione" del Fondo sanitario 2015 ai livelli 2014 o quasi. Infatti le Regioni hanno annunciato di poter rinunciare a 1,5 miliardi dal Fondo, ma in cambio il presidente della conferenza Sergio Chiamparino chiede di poter liberare la stessa cifra per i comuni che devono onorare precedenti spese e investimenti, nonché far fronte alle emergenze trasporto e maltempo. I soldi verrebbero dallo Stato nell'ambito di un "patto di stabilità verticale" che prevede incentivi per le regioni e i comuni virtuosi. Ciò non toglie le conseguenze sul Fondo sanitario che dai 112,4 miliardi previsti per il 2015 nel Patto Salute tra governo e regioni, firmato solo lo scorso agosto, scenderebbe a 111 (i miliardi quest'anno sono stati 109,9). Gli stanziamenti per il Fondo sanitario possono essere oggetto di revisione in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica (art 30 patto salute) ma ci vuole nuova intesa con le regioni. Difficile ipotizzare se il taglio ci sarà e quali conseguenze comporta, ma intanto la stessa legge di Stabilità contiene nelle sue maglie norme che molti medici faticeranno a digerire. Sul fronte del personale infatti si profila la ripetizione degli stessi sacrifici ai quali medici ospedalieri e convenzionati assistono dal 2010, con i contratti bloccati. Costantino Troise segretario del sindacato dei medici dipendenti Anaa Assomed nelle maglie della stessa legge di stabilità ha scoperto una norma che mantiene fino al 2020 il blocco del turn-over. L'articolo riprende la legge 191/2009 articolo 1 comma 71 secondo cui "le regioni adottano nel

triennio 2010-12, misure necessarie a garantire che le spese del personale non superino l'ammontare corrispondente del 2004 diminuito dell'1,4%, inclusi i contratti a termine e cococo". La prima manovra Tremonti 2011 aveva prorogato a tutto il 2015 il sacrificio. Che ora sarà appannaggio « degli anni dal 2013 al 2020» (comma 253). «Si decide, di fatto, per i prossimi 6 anni una revisione al ribasso delle consistenze di personale, dipendente a tempo indeterminato e determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o con altre forme di lavoro flessibile, o con convenzioni», afferma Troise. «Con la ciliegina sulla torta di un conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa. Un blocco del turnover eterno che condanna quantità e qualità dei servizi sanitari ad una progressiva asfissia, una pietra tombale su ogni annuncio di staffetta generazionale».

Terapie anticancro non tengono conto età malato. Oncologi: cambiamo linee guida

«Dobbiamo cambiare le linee guida internazionali sulle malattie tumorali e riadattare terapie e cure al loro vero paziente target: l'anziano». L'appello arriva dagli oltre 300 specialisti riuniti a Roma per il 1ST Rome International Meeting in Geriatric Oncology. Un tumore su due, infatti, sottolinea una nota, colpisce uomini e donne durante la terza età. Ma le sperimentazioni dei farmaci oncologici sono nel 99% dei casi svolte su persone con meno di 65 anni. «Oncologo e geriatra devono spesso lavorare su un "terreno fragile"» afferma Guido Francini, Direttore dell'Oncologia Medica dell'Università di Siena e presidente del convegno internazionale che si conclude oggi. «Un anziano, a differenza di un paziente giovane, soffre di tutta una serie di malattie come ipertensione, diabete, insufficienza renale o scompenso cardiaco. Per essere efficaci le terapie devono tener conto del "fattore età" e di tutte le problematiche che può avere una persona con più di 65 anni. Inoltre l'organismo, durante la vecchiaia, non riesce a tollerare determinate tossicità di alcuni farmaci oncologici". Il Meeting è organizzato dall'Università di Siena e di Roma Sapienza e gode del patrocinio, tra gli altri, dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom), dell'American Society of Clinical Oncology (Asco) e dell'adesione del Presidente della Repubblica. «Lo scopo principale dell'incontro internazionale è approfondire le nostre conoscenze sulla malattia oncologica nell'anziano» - prosegue Francini. Negli anziani, il rischio di ammalarsi di tumore è 40 volte più alto rispetto alle persone di 20-40 anni e 4 volte maggiore rispetto a quelle di 45-65 anni. «Secondo le ultime previsioni demografiche, nel 2030 circa il 30% degli italiani avrà più di 65 anni - ricorda Francini -. In futuro dobbiamo aspettarci un aumento significativo del numero di neoplasie e di anziani colpiti.

Ca seno: in Usa mastectomie guadagnano terreno vs approccio conservativo

Molte, troppe donne con carcinoma mammario precoce optano per la mastectomia invece della chirurgia conservativa del seno, tecnica, quest'ultima, che offre le medesime possibilità di sopravvivenza della prima. Questi, in sintesi, i risultati di uno studio svolto su oltre 1,2 milioni di pazienti statunitensi colpite da cancro mammario: nel 2011, l'anno più recente per cui erano disponibili i dati, il 37,8% delle donne eleggibili per la chirurgia conservativa del seno ha scelto l'asportazione completa della mammella. «Un balzo in avanti rispetto al 34,3% osservato nel 1998, a dispetto dei progressi fatti negli ultimi anni dalla chirurgia mammaria» esordisce **Kristy Kummerow** della Vanderbilt University di Nashville, Tennessee, e coautrice dell'articolo pubblicato su JAMA Surgery. «Tra le donne sottoposte a mastectomia nei 14 anni oggetto della nostra osservazione, il 45% ha scelto la totale, il 34,7% la radicale modificata e lo 0,8% la radicale» sottolinea la ricercatrice, spiegando che alcuni decenni fa le pazienti con cancro al seno in stadio precoce venivano sottoposte a un intervento, la mastectomia radicale, che prevedeva l'asportazione di tutta la mammella, del muscolo pettorale sottostante e della cute sovrastante. Ma gli studi pubblicati negli anni ottanta hanno dimostrato che l'intervento chirurgico conservativo del seno associato a terapia radiante, o lumpectomia, raggiungeva tassi di sopravvivenza equivalenti. «Gran parte dell'aumento delle mastectomie potrebbe dipendere dalla percentuale di donne che opta per la mastectomia bilaterale, salite dal 2% all'11%» ipotizza Kummerow. Ma in un editoriale di commento **Michael Zenilman** della Johns Hopkins University di Baltimora, azzarda un'altra ipotesi: «Con l'aumento della qualità chirurgica le ricostruzioni del seno danno buoni risultati estetici, ma per farle ci vuole talvolta una mastectomia. Penso dunque che il tasso sia in aumento a causa della maggiore domanda di chirurgia ricostruttiva». E ciò potrebbe voler dire qualcosa di buono, cioè che il miglioramento della chirurgia plastica offre alle donne più alternative. «Ciononostante, concordo con gli autori dello studio: le variazioni nel tempo dei tassi di mastectomia meritano attenzione» conclude il ricercatore.

JAMA Surg. 2014 Nov 19

JAMA Surg. 2014 Nov 19

DIRITTO SANITARIO Medicina di gruppo: truffa ai danni della Asl

Il Tribunale di Bari, in funzione di giudice monocratico, dichiarava un Mmg responsabile del reato di truffa in concorso e lo condannava alla pena, condizionalmente sospesa, di anni uno di reclusione ed Euro 800,00 di multa. Secondo l'accusa, l'imputato, in concorso con altri colleghi, quali medici di medicina generale, partecipanti alla "medicina di gruppo", attuava alcuni comportamenti quali la mancata esecuzione dei turni di visita presso lo studio, sede della medicina di gruppo; la sostituzione dei medici del gruppo da parte di medici terzi in contrasto con quanto previsto dal D.P.R. n. 270 del 2000, art. 40, comma 4, lett. g) ed n); nella

mancata comunicazione ai cittadini iscritti ai propri elenchi della forma e modalità dell'associazione, in contrasto con il D.P.R. n. 270/2000, art. 40, comma 4, lett. b). Con tale comportamento, sempre secondo l'accusa, traeva in errore la Asl che corrispondeva al sanitario l'emolumento mensile previsto per il servizio di medicina associata, di cui i pazienti non avevano mai usufruito ed in concreto mai veniva espletato. [avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584