

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE **Asl, anche 2 stranieri fra i futuri manager**

Tedesco o inglese? I prossimi direttori generali delle Aziende sanitarie potrebbero essere anche stranieri. Thomas Schael (nato a Klagebach) e David Harris (Broadstairs) sono fra i 149 manager dichiarati idonei dalla commissione dell'assessorato. L'elenco è stato pubblicato ieri sul sito ufficiale della Regione. Gran parte degli aspiranti sono sardi e molti di loro sono direttori generali in carica o lo sono stati in un recente passato. Fra gli altri anche Giorgio Sorrentino, che fino all'ultimo è stato fra i possibili assessori alla sanità nella giunta Pigliaru. Diversi sono anche gli alti funzionari della Regione oggi in pensione. È da questo elenco che la giunta dovrà scegliere i nuovi manager Asl se dovesse decidere di licenziare quelli attuali nominati a suo tempo dalla giunta Cappellacci. Se dovesse scattare lo spoil system, il cambio della guardia sarebbe inevitabile. A sollecitare il cambio di gestione è stato proprio ieri il consigliere regionale Efisio Arbau (Sardegna vera-La Base). In un'interrogazione urgente all'assessore alla sanità Luigi Arru, ha chiesto un confronto in aula sugli ultimi anni di gestione. «L'ano scorso – scrive Arbau – la spesa della Asl – ha sfondato il tetto massimo dei 2,4 miliardi stabilito dalla conferenza Stato-Regioni, per confermarsi ormai fuori controllo». Proprio il deficit, aggiunge il consigliere regionale, è una delle cause previste dalla legge per revocare il mandato ai direttori generali e «lo stesso contratto di lavoro prevede la decadenza dall'incarico in caso di grave disavanzo nella gestione». Conclusione, Arbau sollecita l'assessore di «procedere alla revoca immediata» degli attuali otto manager delle Aziende sanitarie.

SASSARI **Guardia medica senza privacy e senz'acqua**

Un filo d'acqua dai rubinetti del bagno, una parete così sottile che puoi sentire ogni parola pronunciata da chi sta nell'altra stanza, freddo d'inverno e caldo d'estate, armadietti e lettini che sembrano reperti archeologici. Non è la situazione di un palazzo "sgarrupato", ma la condizione dei locali della guardia medica di via Sardegna. La sede del servizio di continuità assistenziale della Asl, meta ogni notte di numerose persone che hanno bisogno di assistenza sanitaria, è un esempio di un buon servizio sanitario ospitato in locali inadeguati. Basta una visita per rendersi conto che l'ambulatorio, la sala d'attesa e i bagni hanno bisogno di urgenti lavori di ristrutturazione. All'ingresso, dove c'è anche la scrivania della guardia giurata di turno, ci sono poche sedie addossate al muro. In questi giorni non c'è freddo ma per tutto l'inverno, dice chi ha avuto occasione di fare ricorso al servizio, l'impianto di climatizzazione ha fatti capricci. Il visitatore può ingannare l'attesa, che a volte si protrae a lungo, ascoltando tutti i problemi di chi lo ha preceduto all'interno dell'ambulatorio. Questo non per molesta curiosità ma perché la riservatezza, in via Sardegna, è praticamente impossibile. I muri infatti sono così sottili che si sente tutto anche

se chi fa la visita medica e chi vi si sottopone parla a voce bassa. Inutile dire che lo stesso problema riguarda l'utilizzo del bagno a disposizione dei pazienti, al quale si accede dalla sala d'aspetto. Ma chi usufruisce dei servizi igienici, si lamentano in tanti dopo una esperienza in guardia medica, deve affrontare un'altra più sgradevole incognita: l'acqua corrente. Già, perché nella sede del servizio di continuità assistenziale dopo una certa ora della sera l'acqua arriva con il contagocce. Un grande problema sia per i medici, che si trincerano dietro i "no comment", sia per i pazienti. Dal rubinetto del lavandino dell'ambulatorio scende un filo d'acqua e lo stesso accade nella vaschetta del wc. Questo inconveniente può essere fonte di tremendo imbarazzo per chi ha bisogno di utilizzare il bagno, magari per una patologia che è stata la causa del ricorso all'assistenza di specialisti. Ma i problemi della guardia medica sono anche tecnologici, come ha avuto modo di verificare un paziente che ha telefonato e che attendeva di essere richiamato dal medico dopo che era caduta la linea. «Non avevo più credito nel cellulare – spiega un nostro lettore – e volevo spiegare al dottore come arrivare alla mia abitazione. Nessuno mi ha richiamato. Dopo essermi fatto prestare un cellulare da un amico ho scoperto che sul display del telefono dei medici non compare il numero di chi chiama. Mi sembra francamente assurdo che un servizio di pronto intervento non possa rintracciare chi ha bisogno di aiuto».

ASL1 SASSARI Nuova Radiologia a Ittiri e Thiesi

Pellicole e acidi nelle radiologie territoriali di Thiesi e Ittiri saranno presto un vecchio ricordo. Anche nei presidi Asl del Mejlugu e del Coros, la Diagnostica per immagini farà un salto di qualità con il sistema Ris Pacs aziendale. Si tratta del sistema, di imminente attivazione, realizzato dal Servizio sistemi informativi Asl, grazie al quale gli esami radiologici effettuati a Ittiri e Thiesi potranno essere refertati direttamente a Sassari dalla Radiologia territoriale diretta dal direttore Ennio Murtas. I referti radiologici digitali e le relative immagini, validati con la firma elettronica, verranno restituiti ai pazienti in formato cd rom con notevoli risparmi di denaro e di tempo per le strutture della Asl. Effetti che si tradurranno positivamente anche per l'ambiente grazie all'eliminazione definitiva dei chimici di sviluppo e fissaggio e delle pellicole Rx così come già avvenuto per le Radiologie di Sassari, Alghero e Ozieri. Il costo dell'impianto è di circa 200mila euro, risorse attinte dai fondi messi a disposizione dall'assessorato regionale Sanità nell'ambito del progetto di riconversione degli ex ospedali di Ittiri e Thiesi. «La digitalizzazione dei due presidi è una risposta concreta alle comunità dopo anni di promesse mancate da parte di chi mi ha preceduto», tiene a sottolineare il direttore generale Marcello Giannico. «Stiamo investendo risorse importanti nelle due strutture anche dal punto di vista dell'ammodernamento tecnologico a dispetto di chi continua a sollevare polemiche e gridare allo smantellamento della sanità nel territorio». I file radiologici saranno a disposizione nella banca dati della Asl e questo consentirà di prestare una più efficace assistenza ai pazienti dei due territori. Infatti, il Ris-Pacs consente di scambiare immagini radiologiche digitali con gli altri presidi della Asl, evitando lo spostamento dell'utente. «L'installazione del nuovo sistema ci permetterà di migliorare e potenziare l'offerta delle prestazioni di diagnostica per Immagini - aggiunge il dottor Murtas -. Una volta a regime, il Ris Pacs aziendale, ci consentirà di garantire elevati standard di qualità per i pazienti, diminuire le liste di attesa e agevolare un accesso appropriato alle strutture ospedaliere e al Pronto soccorso dando risposte adeguate alle aspettative del territorio».

CASTELSARDO Traumi, il futuro della chirurgia Oggi e domani convegno internazionale con duecento specialisti

Duecento chirurghi ortopedici, microchirurghi plastici parteciperanno, oggi e domani nella sala XI del Castello dei Doria, al quinto corso internazionale di Traumatologia organizzato dall'Unità operativa complessa di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Civile di Sassari in collaborazione con Biomet. All'importante seminario è stato invitato l'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru. Si parlerà delle fratture dell'omero, estremo prossimale e diafisi, delle lesioni complesse dell'arto superiore e dell'arto inferiore e delle fratture della pelvi e del cotile. Oltre alle relazioni sui temi di approfondimento del corso, sono in programma specifiche sessioni dedicate alla presentazione di casi clinici concreti.

L'organizzazione del corso di aggiornamento in Sardegna è stata fortemente voluta da Franco Cudoni, direttore dell'Unità operativa complessa di Ortopedia e Traumatologia del Santissima Annunziata. «Il mio primo obiettivo al mio arrivo a Sassari è stato quello di accrescere il livello tecnologico nella gestione dei traumi sia complessi che semplici – spiega il chirurgo –. In considerazione del fatto che il Santissima Annunziata è il punto di riferimento di un'area vasta del centro-nord-ovest della Sardegna, mi sono proposto di creare le condizioni per migliorare le tecniche chirurgiche ma anche di promuovere una nuova gestione multidisciplinare insieme a chirurghi vascolari e chirurghi plastici». Il primario è fiducioso che l'ospedale civile di Sassari possa diventare anche un centro di riferimento per l'aggiornamento professionale dei chirurghi ortopedici di tutta la Sardegna. Alla due giorni di Castelsardo, che avrà inizio oggi alle 13.30 e proseguirà domani dalle 8 alle 13, saranno presenti circa trenta tra relatori e moderatori scelti tra i migliori esperti di chirurgia traumatologica e di microchirurgia provenienti dai più rinomati centri di traumatologia d'Italia. Inoltre, è prevista la presenza di alcuni esperti provenienti dalla Svizzera e dal Belgio. Oltre l'assessore Luigi Arru, sono stati invitati a partecipare il direttore generale della Asl Marcello Giannico e il management sanitario dell'Asl e dell'Aou di Sassari.

ATTUALITA' Sì al figlio in provetta tra spaccature e caos I centri: «Noi pronti»

Gli effetti della sentenza della Consulta, che ha dichiarato incostituzionale il divieto della fecondazione utilizzando seme o ovociti di una persona esterna alla coppia, sono stati immediati. Sono decine le coppie che appena saputo che, dopo dieci anni di divieti, un altro limite imposto dalla legge 40 sulla procreazione assistita era stato abbattuto, si sono subito rivolte per avere informazioni ad uno degli oltre trecento centri per la cura della sterilità. Dopo la sentenza che ha segnato la fine del divieto per la fecondazione eterologa, mancano da chiarire dettagli normativi e tecnici, ma di sicuro per le coppie che soffrono di infertilità assoluta non ci sarà alcun viaggio della speranza alla ricerca di un figlio. Anche chi non è in grado di poter pagare cure all'estero, avrà la possibilità di tentare di avere un figlio in provetta in Italia. Ma la sentenza della Corte costituzionale, che ha spaccato gli stessi giudici (il risultato della votazione è stato di 8 a 7) è destinata a dividere anche l'opinione pubblica e il mondo politico. Ferma la posizione del mondo cattolico. «Non può esistere un "diritto ad un figlio" - tuona la Conferenza episcopale italiana – perché il figlio è una persona». Altrettanto duro il commento del cardinale Camillo Ruini: «Così si piccona per sentenze la natura di mamma e papà». Per il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin:

«Ora che la legge 40 è stata smantellata è necessario affrontare il tema in modo organico con calma e serenità. Ma ci vorrà una norma, non credo bastino i decreti. Ci sono aree del territorio dove il pubblico non esiste». Ma le coppie che aspettano da tempo di diventare genitori hanno fretta. I centri di fecondazione assistita sia pubblici che privati hanno fatto sapere di essere «già pronti». Gli specialisti delle cure contro l'infertilità ieri hanno chiesto un incontro con il ministro Lorenzin sull'eterologa «per chiarire i suoi dubbi e risolvere in modo serio e pragmatico la situazione». «Perché - hanno sottolineato i medici della Società italiana di fertilità e medicina della riproduzione – le linee guida attuative le fanno gli esperti del settore, non il Parlamento. E noi le abbiamo già pronte. Non siamo di fronte ad un legge svuotata come dice il ministro o di una situazione nuova, ma solo all'abolizione di un divieto. Prima della legge 40 l'eterologa si è sempre fatta con regole precise e dettate dalle società scientifiche. Annullata una legge, si torna alla situazione precedente». In attesa di una direttiva dal ministero un po' di confusione però c'è. Il professor Carlo Foresta, direttore del Centro di crioconservazione dei gameti maschili all'ospedale di Padova parla di un «blocco». «Non di tipo tecnico perché gran parte dei centri che eseguono procreazione assistita è pronta, ma solo organizzativo-legislativo. Ora bisogna capire quali saranno le caratteristiche dei donatori, se sarà obbligatorio l'anonimato, chi può accedere a questa tecnica». E le coppie che in questi dieci anni hanno dovuto rinunciare a diventare papà e mamma per colpa dei divieti? C'è chi sta pensando per loro di chiedere un risarcimento allo Stato. Lo hanno annunciato gli avvocati Gianni Baldini e Filomena Gallo, segretario dell'associazione «Luca Coscioni». I due legali hanno seguito l'iter dei ricorsi. «Il risarcimento del danno illecito amministrativo contro lo Stato è una procedura nuova per noi – ha precisato Filomena Gallo – ma che sta prendendo piede in Europa. Di sicuro, ci sono migliaia di coppie che potrebbero farlo».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Rc professionale. Pronto il Regolamento. Arriva il Fondo rischi sanitari. Durata polizze minimo 3 anni e forti limiti al recesso. Il testo

Ma non solo, previsto un massimale da 1 mln di euro per ciascun sinistro e per ciascun anno. Inoltre ad ogni scadenza dovrà essere prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio. Il Fondo sarà costituito presso la Consap e sarà gestito da un Comitato. Ecco la bozza di regolamento sulla Rc sanitaria del Ministero della Salute. Il 29 aprile riunione con i sindacati.

Rc per i professionisti della sanità. A meno di 5 mesi dall'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo ecco che dal Ministero della Salute arriva la bozza di regolamento per la Rc professionale anche in ottemperanza a quanto previsto dalla legge Balduzzi e frutto del lavoro del Tavolo ad hoc istituito al Ministero quasi un anno fa di cui da qualche mese si erano perse le tracce. Un documento importante e atteso su cui il Ministero ha convocato, per un suo esame, i sindacati del comparto (Cgil, Cisl, Uil Fials, Fsi e Nursind) per il

prossimo 29 aprile e successivamente è previsto anche un ulteriore incontro con la Dirigenza medica, sanitaria, tecnica e professionale.

Ma veniamo al regolamento. Le novità non sono poche. Ma prima di tutto chi riguarda? Esso si applica al libero professionista esercente le professioni sanitarie e al personale sanitario delle Asl, Ao, Istituti ed Enti del Ssn o strutture private con rapporto di lavoro di dipendenza o altra tipologia di rapporto di lavoro.

Fatta la dovuta cornice andiamo ad analizzare i principali elementi della bozza. La novità più evidente è la creazione di un **Fondo rischi sanitari**. Esso è costituito presso la Consap Spa (Servizi Assicurativi Pubblici interamente partecipata dall'Economia), mentre la sua gestione sarà affidata ad un Comitato presieduto: 1 rappresentante Consap, 1 di Ania, 1 del Ministero della Salute, 1 del Mef, 1 del Ministero dello Sviluppo economico e 2 rappresentanti delle Federazioni nazionali maggiormente rappresentative delle categorie degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie. Le cariche avranno durata triennale.

Al Fondo si potrà accedere nel caso venga richiesto un premio che non rientri nei parametri e condizioni standard definiti dal Comitato, ovvero il mercato assicurativo rifiuti espressamente la relativa copertura, gli esercenti possono richiedere l'intervento del Fondo. In ogni caso vi sarà una priorità di accesso al fondo per i più giovani.

Ma chi contribuirà al Fondo? La bozza prevede che entro il 31 dicembre di ciascun anno andranno determinate la misura, i termini e le modalità di versamento del contributo, relativo all'anno successivo, che le imprese assicurative autorizzate devono al Fondo. Inoltre, è previsto anche un contributo degli esercenti che richiedono l'intervento del Fondo.

Altra novità riguarda la **durata contratti** che dovranno essere minimo di 3 anni e potranno essere stipulate polizze anche tramite convenzioni collettive. Per quanto riguarda invece il massimale esso sarà di 1 milione di euro per ciascun sinistro e per ciascun anno

Inoltre, ad ogni **scadenza contrattuale** dovrà essere prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa. Le assicurazioni dovranno rilasciare un'apposita dichiarazione, rendendo noto il processo di determinazione del prezzo finale della copertura assicurativa.

Per quanto riguarda il **recesso** le compagnie potranno farlo solo in caso di "reiterazione di una condotta colposa da parte dell'esercente la professione sanitaria accertata con sentenza definitiva".

Agenas. Corte dei conti: "Nel 2012 avanzo d'esercizio da +5,6 mln". Ma attenzione a crescita costo del personale (+8%)

I giudici contabili nella loro relazione 2012 sull'Agenzia sottolineano il segno 'più' nella gestione finanziaria ma evidenziano come le politiche retributive del personale (soprattutto dirigente) devono essere "più coerenti con il generale orientamento teso a contenere tali oneri nella Pa". E poi la Corte raccomanda più attenzione nella "stesura del documento previsionale, specie in materia di spese". LA RELAZIONE

La Corte dei conti ha pubblicato la sua relazione 2012 sulla gestione finanziaria di Agenas.

E i risultati dal punto di vista economico non sono male. A fronte di una crescita delle entrate complessive (+7%) rispetto alle corrispondenti spese (+6%), l'esercizio in esame si chiude con un avanzo finanziario di competenza pari 5,662 mln ed un incremento di 580 mila euro (+12%) rispetto al 2011.

Nello specifico evidenzia la Corte “anche nel 2012 le risultanze contabili dell’Agenzia risultano fortemente condizionate – 15,044 mln a fronte di 14,492 mln nel 2011 (+4%) - dalle entrate relative all’attività di gestione del Sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina, seguite dai lievemente aumentati trasferimenti correnti da parte dello Stato, passati da 7,335 mln ad 7,592 mln di euro (+3%).

Si è, invece, complessivamente ridotta (-53%) sia la partecipazione degli enti e privati al cofinanziamento dei progetti di ricerca finalizzata e dei programmi speciali nazionali ed europei sia l’apporto delle altre entrate (-37%), mentre risultano notevolmente accresciuti gli introiti da parte delle regioni per accordi di collaborazione, pari ad 491 mila euro (30 mila nel 2011).

Ma come dicevamo, non sono solo rose. In relazione alla dinamica retributiva dei compensi corrisposti al personale in servizio nel 2012, la Corte segnala “la necessità di ricondurre tale politica verso andamenti più coerenti con il generale orientamento teso a contenere tali oneri nelle pubbliche amministrazioni”. In particolare, quasi si **raddoppia (+98%) il fondo per l'indennità di risultato del personale dirigente**, mentre presentano discreti **incrementi il fondo per la produttività individuale e collettiva del personale non dirigente (+46%)**, le **retribuzioni al personale dirigente (+31%)**, gli oneri assistenziali, previdenziali e assicurativi a carico dell’Ente (+10%) ed il contributo mensa (+42%); restano sostanzialmente invariate, infine, le restanti voci.

Per quanto riguarda invece le collaborazioni concernenti l’attività di ECM l’Agenzia ha impegnato 1,014 mln (a fronte dei 268mila spesi nel 2011), con netto incremento determinato dall’avvenuto definitivo passaggio dell’intero sistema dal Ministero della Salute all’Agenzia.

Gli incarichi temporanei di collaborazione finalizzati all’attuazione di ricerche, sperimentazioni o per altri programmi speciali hanno comportato una spesa di 3,7 mln (erano 2,267mln nel 2011), mentre per incarichi di collaborazione finanziati con entrate proprie l’Agenzia ha impegnato 2,241mln (erano 1,391 mln nel 2011).

La Corte poi evidenzia anche come il patrimonio netto, per effetto del positivo risultato economico e della stabilità del fondo di dotazione, si attesta a 70,887 mln di euro, superiore del 17% rispetto al 2011.

Evidenzia anche una “discreta” crescita (+14%) del fondo di cassa che, al termine del 2012, presenta la consistenza di 66,983 mln, mentre la gestione dei residui continua a presentare marcata preminenza dei passivi rispetto agli attivi, in ragione anche della durata pluriennale di taluni programmi di attività;

Altra notazione della Corte attiene invece gli accertamenti e gli impegni che “continuano ad evidenziare notevoli scostamenti rispetto alle previsioni di bilancio (rispettivamente pari al

49% e al 74%) ed inducono a ribadire la necessità di una più attenta ponderazione delle esigenze dell'Ente in occasione della stesura del documento previsionale, specie in materia di spese, al fine di assicurarne la reale pianificazione e l'attendibilità, nonché lo svolgimento delle attività assegnate all'Agenzia ed, in particolare, di quelle connesse alla ricerca e alla sperimentazione”.

“Anche nell'esercizio in esame – si legge nella Relazione - , si conferma, malgrado segnali di miglioramento, la necessità – compatibilmente con la pratica attuazione dei programmi di ricerca la cui approvazione spesso supera i limiti temporali legati alla predisposizione del bilancio di previsione - che l'Agenzia continui ad adottare tutte le iniziative idonee a ridurre la consistenza dei residui passivi sulla gestione”.

Pma. Dopo sì ad eterologa migliaia di coppie potrebbero ricorrere a class action contro lo Stato

Tutti quei “potenziali” genitori che dal 2004 non hanno potuto utilizzare la fecondazione eterologa perché vietata dalla legge 40, dopo la sentenza di ieri della Consulta potrebbero richiedere un risarcimento del danno per “illecito amministrativo”. A dirlo i due avvocati di una delle coppie ricorrenti, Filomena Gallo e Gianni Baldini, nel corso di una conferenza stampa organizzata dall'Ass. Coscioni.

Sono migliaia le coppie che potrebbero decidere di fare una class action contro lo Stato italiano per colpa della legge 40 che per 10 anni ha vietato loro il ricorso alla procreazione medicalmente assistita mediante tecniche di fecondazione eterologa. Questo perché la sentenza di ieri (emessa dalla Consulta ha stabilito l'illegittimità costituzionale degli articoli 4, comma 3; 9, commi 1 e 3; 12 comma 1) è immediatamente applicabile e retroattiva, inoltre non crea un vuoto normativo quindi non è necessario un intervento normativo. I due legali **Filomena Gallo**, segretario dell'Associazione Coscioni e **Gianni Baldini** nel corso della conferenza stampa organizzata dall'Associazione Luca Coscioni, hanno annunciato che stanno valutando l'ipotesi di un ricorso in tal senso.

Dunque lo Stato potrebbe vedersi arrivare addosso una causa sicuramente ingente che però al momento non è quantificabile né in termini numerici, quante coppie, né in termini economici.

Una class action per risarcimento del danno per illecito amministrativo, motivata dal fatto che molte coppie in questi dieci anni sono invecchiate e non possono più avere figli.

Ma questo è solo un aspetto di come può cambiare la situazione in Italia in materia di procreazione medicalmente assistita. Il secondo aspetto è che in teoria tra un mese, quando cioè sarà pubblicata in Gazzetta Ufficiale la sentenza, le coppie potranno presentarsi nei centri e chiedere la fecondazione eterologa.

Stefano Rodotà anche lui presente alla conferenza stampa ha posto l'accento sul problema della privacy che da molte parti è stato sollevato. Secondo Rodotà “è importante mantenere la disponibilità dei dati genetici dei donatori, ma questo può essere fatto senza che si crei un contrasto con il diritto alla privacy”. Insomma ha aggiunto il professore “è possibile mantenere anonimo del donatore conservando però le informazioni genetiche per eventuali future terapie”. Come succede in altri paesi.

Il suo quindi è un invito al legislatore ad intervenire in maniera leggera perché “la legge 40 è la più ideologica mai fatta in Italia dalla nascita della Repubblica”. Ma, ha ricordato, “chi avrebbe dovuto portare le ragioni del pensiero laico nelle istituzioni non l’ha fatto in questi anni”. La cancellazione del divieto decretato dalla Consulta “è un punto su cui non è stata fatta nessuna forzatura, è semplicemente stato dichiarato il valore della Costituzione in questa materia. Non si può sottoporre il rispetto della Carta costituzionale alle negoziazioni legate alla sopravvivenza di una maggioranza politica”.

Rodotà ha riconosciuto l’importanza del ruolo di questo Pontefice “ha aperto al dialogo e alla discussione” facendo ragionare con il suo modo di dire “chi sono io per giudicare?”. Viceversa nel 2005, quando si svolse il referendum che chiedeva l’abrogazione di alcuni punti della legge 40, la Conferenza Episcopale svolse un ruolo attivo invitando i cattolici a non andare a votare. “Oggi - ha aggiunto Rodotà – il ruolo della Conferenza Episcopale è molto ridimensionato”.

Ricordando l’esito di quel referendum, **Emma Bonino**, in collegamento telefonico da Parigi ha detto che probabilmente “la sconfitta referendaria fu dovuta ad un’impostazione sbagliata. Impostazione tutta scientifica e non invece incentrata sulle libertà personali e di scelta terapeutica”.

Ma se oggi, dopo la sentenza della Consulta “l’Italia è più vicina all’Europa” di certo la “battaglia non è finita” a dirlo è **Filomena Gallo**, che nella veste di segretario dell’Associazione Luca Coscioni, ha annunciato che stanno valutando “altre azioni per far cadere l’ultimo divieto ancora in piedi della Legge 40, ovvero il divieto di ricerca sugli embrioni”. L’opera dei giudici, ha aggiunto Gallo “ha affermato un principio importante, porre al centro la Costituzione per la tutela della libertà e della salute delle persone, dando nuovamente diritto di cittadinanza italiana a tante coppie”.

Def 2014. Nel 2013 spesa sanitaria a 109 mld, in calo dello 0,3%. Nel 2014 cresce del 2% e arriva a quota 111 mld. Ma l'incidenza sul Pil scenderà fino al 2020. Tutti testi

Nel 2013, per il terzo anno consecutivo, si è registrato un tasso di crescita negativo rispetto all'anno precedente. Nel 2014 ci sarà un'inversione di tendenza e nel periodo 2015-2018 la spesa sanitaria crescerà a un tasso medio annuo del 2,1%. L'incidenza sul Pil aumenterà dopo il 2020 a causa delle dinamiche legate all'invecchiamento della popolazione. Ancora nulla sul versante del rinnovo dei contratti

Con riferimento all’anno 2013, la spesa sanitaria in termini di PA è risultata, nelle stime della Contabilità Nazionale, pari a 109.254 milioni, in riduzione dello 0,3% rispetto all’anno 2012. Questo risultato conferma il sensibile rallentamento della dinamica della spesa sanitaria negli ultimi anni, che per il terzo anno consecutivo registra un tasso di crescita negativo rispetto all’anno precedente. Con riferimento all’anno 2014 è prevista una spesa sanitaria in termini di PA pari a 111.474 milioni, con una variazione rispetto all’anno 2013 pari al 2%, mentre nel periodo 2015-2018 la spesa sanitaria, rispetto al 2014, crescerà a un tasso medio annuo del 2,1%.

Nello stesso periodo il Pil nominale cresce in media del 3% e, quindi, il rapporto tra la spesa sanitaria e Pil si attesta, alla fine del periodo sul 6,8%. L'incidenza della spesa sanitaria sul Pil è destinata a decrescere fino a raggiungere il suo minimo nel 2020, per poi tornare a salire a causa di quelle dinamiche legate all'invecchiamento della popolazione e al conseguente aumento della domanda di salute che aveva portato il premier **Matteo Renzi** a dire in conferenza stampa che, in un quadro più allargato, "la spesa sanitaria è destinata a crescere". Questo in sintesi il dato economico indicato nella versione definitiva del Def appena pubblicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Nel documento, analizzando le principali voci di spesa, si può vedere come nel 2013 la **spesa per il personale** è stata pari a 36.024 milioni, con una variazione rispetto all'anno 2012 pari a -1,1%.

La riduzione osservata, si spiega nel Def, è stata influenzata da:

- il blocco del turnover in vigore nelle Regioni sotto piano di rientro, nell'ambito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa e a seguito della procedura sanzionatoria di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004;
- le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle Regioni non sottoposte ai piani di rientro;
- gli automatismi introdotti dalla vigente legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi del personale in relazione al personale cessato e l'applicazione delle ulteriori misure di contenimento della dinamica della spesa del personale previste dalla normativa vigente.

La **spesa per i consumi intermedi**, invece, nel 2013 è stata pari a 29.270 milioni, con una variazione rispetto all'anno 2012 pari a 0,3%. Il nuovo livello di spesa ha scontato le misure di contenimento della spesa programmate:

- la messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'AVCP, dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
- la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto per tutta la durata residua dei contratti in essere, con la possibilità per le regioni di adottare misure alternative di contenimento della spesa, nel rispetto degli obiettivi programmati e dell'equilibrio finanziario;
- l'obbligo, per le Aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori al 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici;
- la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard;
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% con fissazione al 50% della quota di ripiano dello sfondamento del tetto a carico delle aziende farmaceutiche, attraverso il meccanismo del pay-back.

In quanto alle **prestazioni acquistate da produttori market**, qui la spesa nel 2013 è stata pari a 39.246 milioni, sostanzialmente invariata rispetto al livello fatto registrare nell'anno 2012.

La **spesa per l'assistenza farmaceutica** è stata pari a 8.637 milioni, con una variazione rispetto all'anno 2012 pari a -3,0%. Nel testo si indica come questo risultato sia dovuto alle

misure di contenimento della spesa farmaceutica previste dalla spending review.

La **spesa per la medicina di base** è stata pari a 6.669 milioni, con una variazione rispetto all'anno 2012 pari a -0,7%.

La **spesa per le altre prestazioni** (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) si è attestata a 23.940 milioni, con una variazione rispetto all'anno 2012 pari a 1,4%.

Per le **altre componenti di spesa**, infine, il livello è stato di 4,714 miliardi: -1,1% rispetto al 2012.

Sul versante del **Pubblico Impiego**, nel 2013 la spesa per redditi da lavoro dipendente delle Amministrazioni pubbliche è stata di circa 164 miliardi, in calo dello 0,7% rispetto al 2012. Una contrazione che si somma al -1,9% del 2012 e alla diminuzione del 2,1% del 2011, rafforzando il trend decrescente che si è determinato dopo un lungo periodo di crescita (1998-2010).

Le previsioni a legislazione vigente indicano una spesa per redditi da lavoro dipendente delle Amministrazioni pubbliche in diminuzione ancora dello 0,7% circa nel 2014, per poi stabilizzarsi nel triennio successivo e crescere dello 0,3% nel 2018, per effetto dell'indennità di vacanza contrattuale per il triennio contrattuale 2018-2020. Quindi sembra implicito un nulla di fatto riguardo possibili rinnovi dei contratti, che tengano conto non solo della parte normativa, fino ad oltre il 2016.

Sui **debiti PA**, al fine di smaltire lo stock accumulato senza incidere sulla dimensione del deficit di bilancio, l'intento, sul piano sanitario, è quello di favorire il riequilibrio della gestione di cassa del settore ampliando il perimetro dei debiti sanitari finanziabili con anticipazioni di liquidità. La certificazione assumerà un ruolo cruciale per la piena operatività del meccanismo di cessione dei crediti a intermediari finanziari, che sarà assistito da garanzia dello Stato.

La **proiezione della spesa sanitaria** è stata effettuata sulla base della metodologia del reference scenario che recepisce, oltre agli effetti derivanti dall'invecchiamento demografico, anche gli effetti indotti da ulteriori fattori esplicativi in grado di incidere significativamente sulla dinamica della spesa sanitaria. Ne deriva che, dopo una fase iniziale di riduzione per effetto delle misure di contenimento della dinamica della spesa, la previsione del rapporto fra spesa sanitaria e Pil presenta un profilo crescente a partire dal 2025 e si attesta a circa l'8,0% nell'ultimo decennio del periodo di previsione. Le componenti di spesa socio-assistenziale per l'assistenza agli anziani e disabili a lungo termine, dopo una fase iniziale di sostanziale stabilità, presentano un profilo crescente in termini di Pil, che si protrarrà per l'intero periodo di previsione, raggiungendo l'1,6% nel 2060.

Mutuando dalla Commissione Europea la metodologia del cosiddetto **scenario di rischio**, in una sezione del documento vengono valutati anche gli effetti sul debito derivanti dall'applicazione di ipotesi alternative sulla dinamica della spesa sanitaria e per l'assistenza agli anziani e disabili a lungo-termine. Questo scenario si differenzia da quello di base per alcune ipotesi più stringenti relativamente ai fattori non demografici. In particolare, si assume che: per la componente acute care, l'elasticità del costo unitario rispetto al Pil pro-capite sia posta pari a 1,3 (anziché 1,1 come nel reference scenario) all'inizio del periodo di previsione e converga ad 1 nel 2060; per la componente di long term care, con l'esclusione

delle prestazioni monetarie, si ipotizza la convergenza del profilo del costo per percettore per età a quello della media europea, solo nel caso in cui risulti inferiore. Ne risulta che lo scenario di rischio nel medio periodo peggiorerebbe solo lievemente l'andamento del rapporto debito/Pil che si manterebbe al di sotto del 60% dopo il 2030.

Sulla **spending review**, nel testo si legge che il settore sanitario presenta evidenti tratti di delicatezza, si suggerisce quindi una elevata attenzione sugli elementi di spreco, che dovranno essere trattati nell'ambito del Patto per la Salute con gli enti territoriali.

Il Patto per la Salute dovrà dunque determinare l'ammontare delle risorse da destinare al Servizio sanitario nazionale e sarà finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni garantendo l'unitarietà del sistema. Con la **Legge di Stabilità per il 2014-2016** non sono state introdotte modifiche ulteriori rispetto alle misure di spending review previste nel 2012. Queste ultime, a decorrere dall'anno 2013, prevedono: la riduzione del 10% dei corrispettivi e i corrispondenti volumi d'acquisto di beni e servizi, con possibilità per le Regioni di conseguire gli obiettivi economico-finanziari attesi anche attraverso misure alternative, assicurando, in ogni caso, l'equilibrio del bilancio sanitario; la rideterminazione del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici al 4,4% a decorrere dall'anno 2014; la riduzione degli acquisti da erogatori privati per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera tale da ridurre la spesa, rispetto al 2011 del 2% per cento a decorrere dal 2014.

Infine, per quanto riguarda la spesa farmaceutica, le misure introdotte con la spending review nel 2012, hanno ridotto il tetto per la spesa farmaceutica territoriale, rideterminandolo all'11,35 per cento a decorrere dal 2013. Lo stesso decreto ha introdotto, a partire dallo stesso anno, il meccanismo del pay-back in caso di superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera.

In tema di **infrastrutture** nel Def si richiama il modello PPP (Partenariato Pubblico Privato), con il coinvolgimento dunque di capitali anche privati e internazionali per opere di edilizia scolastica, carceraria e sanitaria. Sembra dunque confermato l'intento del Governo di investire nell'edilizia anche in chiave di ripresa economica.

Il Ssn dovrà orientarsi a dare le prestazioni solo a chi ne ha effettivamente bisogno

Il Servizio sanitario nazionale - si legge nel Def - ha oggi di fronte una sfida assistenziale imponente per conciliare il mantenimento degli standard e dei risultati conseguiti con le esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica. In questo comparto vi sono gli spazi per la riduzione di aree di spreco e per l'allineamento delle spese ai costi standard. La sostenibilità finanziaria del Ssn nel medio-lungo periodo, anche in relazione alle tendenze demografiche in atto, ha come punto di partenza lo sviluppo del modello di governance del settore sanitario. Allo stesso tempo si basa sul ripensamento dell'attuale modello di assistenza, con l'obiettivo di tener conto della effettiva situazione economica nella modulazione delle prestazioni a chi ne ha effettivamente bisogno. Si dovrà dunque rafforzare le politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Ssn per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste.

Ecco dunque il nuovo **Piano nazionale di prevenzione**, da predisporre attraverso la modifica e l'aggiornamento dello strumento vigente, prestando attenzione: alla prevenzione di tutti i comportamenti a rischio, alle tossicodipendenze, al piano nazionale per le

vaccinazioni e agli interventi per la sicurezza sul lavoro. Nel testo del Def si indica poi la necessità di sistematizzare la raccolta di dati in modo da rendere operativo il **fascicolo sanitario elettronico** e aiutare così anche le valutazioni dei decisori. In generale si suggerisce di dare impulso all'informatizzazione dei processi di assistenza, allo sviluppo e alla diffusione della sanità elettronica in modo che la sanità in rete divenga una componente strutturale del Ssn. In tema di programmazione sanitaria, si scrive di perfezionare il **nuovo Patto per la salute** per il triennio 2014-2016, in fase di avanzato confronto con le Regioni, definendo gli aspetti finanziari e programmatici tra Governo e Regioni correlati al Ssn.

Altro punto cruciale è quello riguardante la **riorganizzazione del livello assistenziale ospedaliero** con trasferimento di attività a livello territoriale potenziando la rete dei servizi. Si dovrà poi potenziare anche il ruolo delle farmacie convenzionate e in particolare la **Farmacia dei Servizi**. Insieme alle Regioni, andrà rafforzato anche il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) oltre a romuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità. Nel Def si indica poi di **ridisegnare il perimetro dei Lea** e adottare l'approccio del **Health technology assessment (Hta)**, al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti. Sarà infine necessario definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Ssn e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale, oltre a portare a compimento e migliorare le scelte attuate nella scorsa legislatura in tema di responsabilità professionale e di precariato nelle professioni sanitarie.

Tutto questo con l'obiettivo, entro il 2015, di incrementare l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del Ssn, assicurando un più elevato livello di benessere e di salute della popolazione, migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, garantire standard elevati del sistema universale di assistenza, e migliorare l'assistenza territoriale e l'efficacia dei trattamenti.

SOLE24ORE/SANITA'

Nel 2013 nove Regioni senza deficit: disavanzo (senza manovre) a 1,6 miliardi

La sanità ha chiuso il 2013 in rosso per 1,63 mld prima delle manovre regionali di rientro. Con un deficit in calo di 400 mln sul 2012, risultato anche di un rallentamento della spesa dello 0,3% sull'anno prima. E non senza sorprese: la maggior parte del disavanzo (890 mln) è stato accumulato nelle 13 regioni non sottoposte a piano di rientro, mentre nelle 8 commissariate o comunque sotto tutela governativa il deficit è stato di 746 mln (-125 mln rispetto al 2012). E non senza novità: la Campania ha fatto segnare un attivo di 11,7 mln (-111 mln nel 2011 e -245 nel 2010), la Sicilia di 25 mln (contro -34 mln dell'anno prima) e l'Abruzzo di 340mila euro. In fondo alla classifica resta il Lazio col top del disavanzo a quota 609,8 mln.

Regalano sorprese e conferme – ma anche importanti spunti di riflessione per l'attualità in vista delle imminenti scelte di politica economica del Governo in itinere con la nuova

spending review governativa – le pagine che il Dpef 2014 (e i dati ancora in mano all'Economia) appena presentato dal ministero di via XX Settembre dedica alla spesa sanitaria. L'impressione è che nelle regioni in piano di rientro la leva dei tagli, dolorosissima al punto da mettere a dura prova l'equità dell'assistenza, stia funzionando almeno a livello di bilanci.

Il rosso in quelle regioni è sceso dai 4,1 mld del 2007 ai 746 mln di oggi, ovviamente lasciando ancora scoperto il rosso iniziale da recuperare. Cala però il deficit annuale, effetto anche delle maxi aliquote fiscali e dei superticket a carico dei cittadini di quelle regioni. Mentre i livelli di assistenza (i Lea) sono sempre meno garantiti e la garanzia dei servizi continua spesso a latitare. Tutto questo mentre la previsione di spesa sanitaria pubblica per il 2014 è di 111,7 mld e viene data in crescita del 2%, poi ancora del 2,1% medio annuo dal 2015 al 2018: nel rapporto col pil, la spesa sanitaria nel 2018 viene stimata in calo al 6,8%.

È anche con questi dati in mano che Governo e regioni si stanno misurando in vista dei prossimi tagli. Che, ormai è sicuro, toccheranno anche la sanità. La trattativa è in pieno corso e gli incontri, riservatissimi, sono costanti. L'ipotesi più gettonata è quella di un taglio tra 800 mln e 1 mld, con ogni probabilità al Fondo sanitario, incidendo già per il 2014 soprattutto sull'acquisto di beni e servizi e forse in parte la farmaceutica territoriale, in attesa della cura-Cottarelli e dei risparmi del «Patto per la salute». Una soluzione che secondo il Governo non leverà niente ai servizi, ma che le regioni contesteranno comunque.

Partite Iva sanitarie in crescita a febbraio (9,7%)

A febbraio 2014 sono state aperte 50.915 nuove partite Iva: in confronto il corrispondente mese dell'anno precedente si registra una sostanziale stabilità (-0,7%). Ma tra i settori che evidenziano il maggior numero di aperture di partite Iva figura la sanità che rispetto a febbraio 2013 ha segnato un incremento del 9,7 per cento. Lo comunica il dipartimento delle Finanze del Mef.

La distribuzione per natura giuridica evidenzia che la quota relativa alle persone fisiche nelle nuove aperture si attesta al 72,7% del totale, le società di capitali sono pari al 20%, le società di persone al 6,7%, mentre la quota dei 'non residenti' e 'altre forme giuridiche' rappresenta solo lo 0,6 per cento.

Rispetto al febbraio 2013, le società di capitali sono le uniche che registrano un aumento, peraltro consistente, del numero di aperture +11,5%, mentre le società di persone mostrano una flessione del 13,9%; le aperture intestate a persone fisiche calano del 2,3%.

Riguardo alla ripartizione territoriale, circa il 43% delle partite iva avviate a febbraio 2014 è localizzato al Nord, il 22,5% al Centro ed il 34,5% al Sud ed Isole. Il confronto con lo stesso mese dell'anno precedente mostra che gli incrementi maggiori sono avvenuti nella provincia autonoma di Trento, in Calabria e in Campania, mentre le flessioni più significative si sono registrate in Valle d'Aosta, Friuli e nella Provincia Autonoma di Bolzano.

Le partite Iva in sanità. Nel settore «Sanità e assistenza sociale» il numero di partite Iva, secondo gli ultimi dati aggiornati a gennaio 2014, sono ripartite in 27.797 persone fisiche, 737 società di persone, 1.949 società di capitali, 3 non residenti, 129 altre forme giuridiche, per un totale di 30.615. Il totale delle partite Iva in tutti i settori è di circa 530mila.

Test medicina, plico manomesso a Bari: rischio annullamento in tutta Italia

Il test di medicina sarebbe a rischio annullamento in tutta Italia. Potrebbe essere questo l'esito di un'irregolarità segnalata a Bari a poche ore dalla conclusione del test di medicina, per la quale le associazioni studentesche Udu e Rete Studenti Medi da Roma hanno annunciato un esposto in procura. All'interno di un plico, infatti ci sarebbero state solo 49 buste a fronte delle 50 che dovevano essere presenti. L'ipotesi su cui sono al lavoro gli investigatori della Digos di Bari è quella di manomissione del plico. L'irregolarità è stata, peraltro, segnalata immediatamente e messa a verbale, dopo la comunicazione al ministero da parte del rettore dell'Università di Bari Antonio Uricchio ma i test sono proseguiti, perché, secondo la spiegazione data, è arrivato in sede un pacco in più destinato a un'altra sede. «Come ogni anno la lotteria dei test ha danneggiato migliaia di studentesse e studenti» ha denunciato Gianluca Scuccimarra, coordinatore nazionale di Udu. «Centinaia sono le segnalazioni di irregolarità che ledono ulteriormente tutte le ragazze e i ragazzi che in questi giorni proveranno i test». Perplesso Angelo Mastrillo, segretario della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, che parla di «situazione incresciosa» ma aggiunge come gli studenti «siano a caccia di cavilli di tipo amministrativo per bloccare tutto e per arrivare alla totale liberalizzazione degli accessi». Ciò premesso per Mastrillo il rischio di annullamento dei test in tutta Italia è reale. «C'è un rischio concreto di fuga di notizie verso le altre sedi. Forse» conclude la Commissione avrebbe potuto intervenire.

DIRITTO SANITARIO **Trattamento retributivo docente che svolge attività assistenziale**

Il fatto

Un ricercatore universitario in servizio presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dirigente Medico di I livello, avendo svolto attività assistenziale e di ricerca presso la facoltà di Odontoiatria, ha chiesto alla ASL e all'Università la corresponsione delle differenze stipendiali scaturenti dall'equiparazione del trattamento economico a quello del personale ospedaliero con pari funzioni, mansioni ed anzianità, con interessi legali, rivalutazione monetaria e conseguente ricalcolo della pensione.

Profili giuridici

I giudici amministrativi hanno chiarito che l'introduzione di un'indennità diretta ad equiparare i trattamenti tra il personale del ruolo regionale sanitario e quello del ruolo universitario, che svolga anche attività assistenziale in strutture convenzionate, è stata fondata sulla considerazione che i docenti universitari esplicanti attività assistenziale avevano un trattamento economico complessivo inferiore rispetto ai medici ospedalieri. Si tratta, quindi, di una indennità che persegue la finalità di evitare disparità di complessivo trattamento economico e non già quella di retribuire specificamente una parte (assistenziale) dei compiti di questi ultimi, configurabile come prestazione "aggiuntiva" dotata di

autonoma rilevanza. Anche a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 6 D. Lgs. n. 517 del 1999 (nel quale il sistema di equiparazione al trattamento economico del personale medico è basato su trattamenti aggiuntivi graduati in relazione alle responsabilità connesse ai diversi tipi d'incarico e ai risultati ottenuti nell'attività gestionale ed assistenziale) il meccanismo di retribuzione ha mantenuto la sua finalità "perequativa", allineando il trattamento economico complessivo del medico universitario a quello del personale delle aziende sanitarie di pari funzioni, mansioni ed anzianità.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

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