

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 11 DICEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Ordine dei medici, Agostino Sussarellu ancora presidente

Agostino Sussarellu è stato riconfermato a maggioranza presidente dell'Ordine dei medici di Sassari (province Sassari e Olbia- Tempio) per il triennio 2015-2017, con con 14 voti a favore, 2 schede bianche e 1 voto per Ferruccio Alessio Bilotta. Vice presidente è stato eletto Cesco Scanu, Giovanni Biddau segretario e Nicola Addis tesoriere. Il consiglio direttivo è così composto: Agostino Sussarellu presidente, Cesco Scanu vicepresidente, Giovanni Biddau segretario, Nicola Addis tesoriere; consiglieri: Alessandro Arru, Pierluigi Bellu, Ferruccio Alessio Bilotta, Paolo Castiglia, Maria Grazia Cherchi, Monica Derosas, Carla Fundoni, Antonella Giordo, Rita Nonnis, Rossella Pilo, Patrizia Virgona, Antonio Pinna e Carlo Azzena. Antonio Pinna, invece, è stato eletto presidente della Commissione dell'Albo Odontoiatri, composta da Carlo Azzena, Nicolas Arnould, Antonio Demartis e Roberto Pinna.

Mater Olbia: c'è l'accordo, oggi la firma A Roma davanti al sottosegretario Delrio l'ultimo atto. Ci saranno i vertici della Qatar foundation e i curatori fallimentari

In fondo è sempre stata una questione di fede. Da quando Don Verzè, l'inventore della fondazione Monte Tabor, mise la prima pietra del San Raffaele sulla collina alle porte di Olbia. Lo scatolone bianco da oggi avrà un'anima. Il Mater Olbia inizia la sua nuova vita. La maledizione del dopo don Verzè finirà davanti a un tavolo di Palazzo Chigi. Questo pomeriggio alle 16 si ritroveranno i vertici della Qatar foundation, i rappresentanti della procedura fallimentare e i responsabili del pool di banche che hanno tra le mani i debiti della fondazione Monte Tabor. Sarà l'ultimo atto che porterà all'accordo per il passaggio dell'ospedale nelle mani della cordata

guidata da Qatar foundation e Bambin Gesù. A sancire l'accordo ci sarà il sottosegretario alla presidenza del Consiglio Graziano Delrio. I terreni. L'ultimo ostacolo perché la Qatar foundation chiuda l'operazione è l'acquisizione dei terreni intorno all'ospedale. L'edificio era già nelle mani della cordata da ottobre. L'accordo era stato trovato per una cifra vicina a 30 milioni di euro. Ma c'era un'altra difficoltà legata alle aree intorno all'edificio su cui dovrà nascere tutta parte nuova. La Qf offriva poco più di 4 milioni di euro per i 60 ettari che circondano lo scatolone di cemento alle porte di Olbia. Ma l'accordo con i curatori fallimentari in questi mesi non è mai arrivato. I terreni sono un pezzo fondamentale del progetto del Mater Olbia, questo è il nuovo nome scelto dalla cordata che ha rilevato la struttura. Il pessimismo. Gli ultimatum lanciati più volte dai compratori sono trascorsi, ma la trattativa è andata avanti serrata. Sottotraccia. Si sono limate posizioni e difficoltà tecniche fino all'accordo di oggi. Ma non sono mancati i momenti in cui l'affare sembrava a un passo dal fallimento. I registi. La firma avverrà questo pomeriggio. Nessuna cerimonia per ora, anche perché la riunione serve perché le parti si confrontino davanti al sottosegretario Delrio. Il vice di Matteo Renzi nella sua visita lampo in Sardegna della scorsa settimana aveva detto che l'accordo sarebbe arrivato entro l'anno. Con molta probabilità già sapeva che si definivano i dettagli. Ma in pochi avevano creduto fino in fondo alle sue parole. La vicenda dell'ex San Raffaele somiglia a un giro sulle montagne russe delle emozioni. Il Qatar più volte sembrava a un passo dalla rottura. Gli uomini chiave che hanno tenuto unita la trattativa oltre Delrio sono stati il responsabile della Qatar foundation Endowment Lucio Rispo, il governatore Francesco Pigliaru e il deputato Pd Gian Piero Scanu. I costi. Il Qatar ha messo sul piatto un investimento da 1,2 miliardi di euro. Soldi pronti a moltiplicarsi. Già da qualche mese General electric ha annunciato che sbarcherà nell'isola con un grosso impegno economico, voci informali parlano di un centinaio di milioni di euro, per il Mater Olbia. Per l'edificio la cordata ha già speso 30 milioni di euro. Lontani da quelli richiesti all'inizio da banche e curatori fallimentari. Ma Rispo ha sempre detto che sarebbe costato meno costruire un ospedale da zero da un'altra parte. Per ristrutturare l'ospedale e adattarlo alle normative e agli standard del Qatar servirebbe una cifra vicina agli 80 milioni di euro. Cifre che non vengono confermate in modo ufficiale dalla Qf. La sfida impossibile. La Qatar foundation ha sempre detto che la struttura sarebbe stata aperta il primo marzo 2015. Ma ora sembra impossibile che la data venga rispettata.

REGIONE Intesa sui fondi per i malati di Sla

La solita sfida, mai inutile, di Salvatore Usala. E la solita vittoria, non solo sua, ma di tutti i malati di Sla e disabili gravi. Di mezzo questa volta c'erano gli stipendi degli operatori che si occupano dei pazienti. Così il segretario del Comitato 16 novembre-Viva la vita si è presentato insieme ai suoi compagni di mille battaglie in via Roma. Al solito posto, davanti all'assessorato alla Sanità. Tutti pronti allo sciopero della fame e della sete e a lasciarsi morire. L'assessore Paci aveva assicurato che non ci sarebbero stati tagli, ma secondo Usala non c'erano garanzie. Per lui si sono mossi tutti. L'assessore alla Salute Luigi Arru ha raggiunto i malati e ascoltato i loro portavoce. Rassicurandoli. E portando buone notizie sul dialogo in corso con l'Anci

per arrivare a un'intesa sul pagamento degli stipendi degli operatori. A far visita a Tore e al suo gruppo di combattenti è poi arrivato l'arcivescovo di Cagliari Arrigo Miglio. Infine, l'intesa formale con la Regione. Con l'impegno a superare gli ostacoli: il finanziamento totale nel 2015, per le politiche di inclusione sociale sarà di 244 milioni, inalterato rispetto al 2014. Altra vittoria: entro un mese sarà portata in Giunta una delibera sul progetto assistenziale proposto dal Comitato 16 Novembre e da Viva la Vita. Prevista la promozione di un progetto formativo per assistenti familiari, con fondi europei. L'assessorato si è inoltre impegnato a erogare l'avanzo del finanziamento del fondo statale della non autosufficienza ai mancati beneficiari del progetto Ritornare a Casa. Tra le garanzie anche la predisposizione, entro 10 giorni, di una delibera di proroga dei piani personalizzati. Iato il bando per i progetti per l'anno 2015. Presidio sciolto, ma nel pomeriggio è arrivato un altro colpo di scena di una giornata di per sé già parecchio intensa. Intorno alle 16.30, di rientro da Roma, il presidente della Regione Francesco Pigliaru e l'assessore Raffaele Paci, sono andati a casa di Salvatore Usala, per testimoniare la loro vicinanza a lui e a tutti gli ammalati non autosufficienti, e per garantire l'impegno costante da parte della Giunta. «Siamo fortemente impegnati a sbloccare parte di fondi vincolati dal Patto di stabilità, come ha spiegato lo stesso Paci - dice l'assessore Arru - I soldi ci sono, gli stanziamenti sono garantiti anche per il prossimo anno quando finalmente l'uscita dal Patto non ci metterà più in queste condizioni».

OLBIA File e proteste davanti a Radiologia Centinaia di persone ogni giorno in sala d'attesa. Pochi medici e tecnici: a rilento soprattutto gli esami tradizionali

Alle 11 del mattino un anziano signore è seduto nella sala d'attesa della radiologia. Tiene ben stretto il numero che è riuscito a prendere alle 8 «ma sono arrivato qui addirittura alle 6, per riuscire a far parte dei 30 fortunati che oggi riusciranno a sottoporsi a un esame di radiologia tradizionale». Attorno a quel signore, che deve quasi urlare per farsi sentire, c'è una bolgia pazzesca. Centinaia di persone in attesa, che devono essere accettate e smistate a seconda della prestazione. Le operatrici del front office non riescono a tranquillizzare gli utenti, devono far fronte alle loro (giustificate) proteste, ma è davvero difficile riportare la calma in quel clima così rovente. Erano in cinque, un tempo, a lavorare dietro il banco, ora sono rimaste in due. E ogni giorno è la stessa storia: si formano code immense e le lamentele delle persone, stanche di aspettare per ore e a volte anche a vuoto, non si contano più. Il problema di fondo, nonostante i numeri del reparto siano sempre altissimi (a fine anno si sfioreranno le 90mila prestazioni), è solo uno: la mancanza di personale. Dallo scorso settembre non sono stati riassunti tre medici a Olbia e tre alla Maddalena. E lo stesso discorso vale per 6 tecnici. C'è di più: oltre agli specialisti già sottratti, due - ogni giorno - devono andare in trasferta al Paolo Merlo. Risultato: per garantire le tac, le risonanze magnetiche, le biopsie e le ecografie prenotate da mesi, si è dovuto ridurre drasticamente l'accesso diretto alla radiologia tradizionale

fissando a un massimo di 30 il numero dei pazienti esterni (per complessivi 40-50 esami). A cui si devono poi aggiungere le prestazioni per la sala gessi, le urgenze del pronto soccorso e le esigenze dei ricoverati. Il primario. «Purtroppo - conferma il primario del reparto di Radiologia Vincenzo Bifulco -, gli elevati standard a cui eravamo abituati per la Radiologia di Olbia non possono più esser rispettati a causa della crisi che ha portato a un incremento considerevole della domanda, e a causa della riduzione di radiologi e di tecnici legato al fenomeno del precariato, da sempre presente in questa azienda. Questo ha generato un allungamento dei tempi d'attesa e, a differenza del passato, a un contingentamento delle prestazioni della radiologia tradizionale. Ci spiace per i pazienti che sono costretti ad attendere e che, quindi, giustamente protestano, ma assicuro che tutto il personale presente nel reparto si sta impegnando al massimo, e di questo lo ringrazio, per dare risposte alla popolazione». La Asl. Nell'attesa della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, «abbiamo cercato di garantire, senza non poche difficoltà e con la collaborazione e disponibilità degli operatori sanitari, l'erogazione di prestazioni che rispondano almeno ai livelli essenziali di assistenza (Lea) in tutti i presidi ospedalieri della Asl 2 -, spiega il direttore generale Giovanni Antonio Fadda -; però dobbiamo ricordarci che questa azienda, dopo la sospensione della pianta organica presentata nel 2011, al momento deve fare riferimento a una pianta organica del 1997, che non risponde più alle esigenze di questo territorio. La vita all'interno del reparto, inoltre, deve fare i conti anche con il "personale realmente operativo", cioè al netto di eventuali "assenze dal servizio". In quest'ottica, i progetti messi in atto per abbattere i tempi d'attesa, anche con l'utilizzo di personale precario, e che nel caso della Radiologia aveva portato all'azzeramento delle attese per la radiologia tradizionale, non possono più essere attuati».

Bifulco: “Oltre 83mila prestazioni in undici mesi”

Nella Asl di Olbia si è assistito, negli anni, a un incremento costante delle prestazioni che vengono erogate dal dipartimento dei Servizi diagnostici. Nel solo ospedale di Olbia, nel 2001, le prestazioni erogate erano state circa 30mila. Nel 2014 (dal mese di gennaio allo scorso novembre) sono quasi triplicate: si è passati insomma ad oltre 83mila. E si nota già un aumento rispetto allo scorso anno, quando si era arrivati a quota 80mila.

SASSARI Il pm: assoluzione per 4 ortopedici La bancaria morta al Civile, cinque medici sono imputati di omicidio colposo

Alcuni di loro, nei giorni in cui la donna restò ricoverata nel reparto di Ortopedia dell'ospedale civile di Sassari, nemmeno erano di turno. Qualcuno era addirittura in ferie e non vide la paziente. È una delle ragioni che hanno spinto il pubblico ministero Carlo Scalas a chiedere l'assoluzione per quattro dei cinque medici imputati di omicidio colposo (per uno solo ha chiesto la condanna alla pena minima)

dopo la morte di Giuseppina Ledda, bancaria di Bessude di 45 anni deceduta 14 giorni dopo il ricovero in Ortopedia: era il 20 ottobre del 2010. Altri cinque medici sono già stati assolti con rito abbreviato. Il pm ha chiesto la condanna anche per il camionista che avrebbe provocato l'incidente. Sul banco degli imputati ci sono Sandra Puggioni, 47 anni (soltanto per lei, assistita dall'avvocato Paolo Vinci, il pm Scalas ha chiesto la condanna minima prevista per l'omicidio colposo – sei mesi – ridotta di un terzo con le attenuanti generiche); il sostituto procuratore ha chiesto invece l'assoluzione per Tonino Zirattu, 49 anni; Giorgio Patta, di 56; Daniela Pistidda, di 42; Pier Paolo Porqueddu, di 41 (difesi dagli avvocati Antonio Meloni, Marina Canu, Giorgio Murino e Marcello Masia). Chiesta la condanna (sempre la pena minima con il riconoscimento delle generiche) anche per Giovanni Simula, 43 anni, di Ittiri, conducente del camion che secondo le indagini provocò l'incidente mortale. I familiari della vittima si sono invece costituiti parte civile con l'avvocato Giuseppe Conti. La donna, madre di tre figli, era stata ricoverata con la frattura di entrambi i femori in seguito a un incidente sulla Banari-Ittiri, ed era stata operata. La morte però fu causata da un'emorragia interna provocata da una lesione al fegato. Il pm contestava il fatto che i medici non avessero approfondito con esami specifici il quadro clinico della paziente. Nell'udienza davanti al giudice Salvatore Marinaro, in una delle ultime udienze erano stati sentiti due dei medici imputati che avevano voluto chiarire in aula la propria posizione per dimostrare che nulla avrebbero potuto fare per salvare la vita alla donna. In particolare, Daniela Pistidda, lavorava sì nel reparto di Ortopedia ma non nella sezione (B) in cui era ricoverata la Ledda, e infatti aveva precisato di non aver mai visitato la paziente in quei giorni. E quando morì era persino in ferie. Così come il suo collega Pier Paolo Porqueddu. La suddivisione del reparto in due sezioni (A e B) è stata determinante per far luce sulle eventuali responsabilità perché la bancaria fu ricoverata nella sezione B e quindi i medici che operavano nella A non ebbero occasione di visitarla. L'unica richiesta di condanna – seppur con il riconoscimento delle generiche – riguarda la Puggioni che in quei giorni prestava servizio nella sezione B. Ora è attesa la discussione dei difensori e poi la sentenza.

L'UNIONE SARDA

REGIONE Malati di Sla Fondi salvi dopo la protesta

Alla fine le garanzie sul mantenimento dei fondi per i progetti personalizzati sono arrivati e il presidio dei malati di Sla, iniziato ieri mattina sotto l'assessorato regionale alla Sanità, è stato sciolto.

La manifestazione era stata promossa da Salvatore Usala e dal Comitato 16 novembre ma hanno aderito numerose associazioni - in testa Abc, associazione Viva la Vita Sardegna, Comitato dei familiari per l'attuazione della legge 162/98. Al centro della protesta c'erano i 37 milioni di fondi per la non autosufficienza, ancora bloccati. Una delle conseguenze è che il personale sanitario che si occupa dei malati non riceve lo stipendio. «Se l'assessore Paci vuole, i fondi si sbloccano in due giorni», ha detto

Usala. «Non è vero», ha replicato l'assessore al Bilancio, «perché quei fondi sono all'interno del Patto di Stabilità ed esistono regole precise che sono state imposte. Ma i nostri uffici stanno lavorando senza sosta per provare a sbloccare altri fondi, tirandoli fuori dal patto e inserendoli nella spesa sanitaria», ha detto Paci. «Stiamo cercando di sollecitare l'apparato burocratico perché i pagamenti si facciano perché sul sociale, in un momento di crisi, i tagli non si possono fare».

QUOTIDIANO SANITA'.IT

12° Rapporto Aiop. Nel 2013 disavanzo Ao e Ospedali gestiti da Asl a quota 6 mld. Con taglio 4 mld a Regioni a rischio sistema universalistico

E' quanto emerso da uno studio condotto da Aiop su 24 tra aziende ospedaliere e ospedali a gestione diretta. Dalla simulazione emerge anche un quadro di possibili recuperi di efficienza da un minimo di 1,2 a un massimo di 3,6 mld. Denunciate diverse 'minacce' che incombono sul sistema di welfare: dalla riduzione della spesa sanitaria dovuta ai possibili tagli alle Regioni all'aumento della spesa out of pocket per i cittadini.

Appena presentato presso la Camera dei Deputati, il 12° Rapporto annuale “Ospedali&Salute 2014”, promosso da Aiop e realizzato da Ermeneia. Si è conclusa la stagione dei tagli nella sanità? E adesso che cosa succede? Queste le domande dalle quali si parte per affrontare le possibili criticità dello scenario che si sta configurando. Quest'anno, per la prima volta, è stata effettuata una stima del disavanzo reale complessivo delle Aziende Ospedaliere e degli ospedali a gestione diretta.

Il risultato al quale si è pervenuti è sorprendente: nel 2013 le Aziende Ospedaliere e gli ospedali gestiti dalle Asl presenterebbero a livello nazionale un disavanzo reale complessivo che oscilla tra il 13,2% e il 20,1% della spesa sostenuta per le prime e tra il 12,6% e il 14% della spesa per i secondi. Anche scegliendo l'ipotesi più prudentiale di stima, siamo comunque davanti a cifre dell'ordine di 3,3 miliardi di euro di disavanzo per le Aziende Ospedaliere e di 2,7 miliardi di disavanzo per gli ospedali gestiti dalle Asl. Questo disavanzo è stato riscontrato in 24 Aziende Ospedaliere su 88 in totale: il che rappresenta una quota del tutto significativa (27,3%). La distribuzione delle 24 Aziende Ospedaliere analizzate copre il Nord del Paese (con 11 Aziende Ospedaliere e un numero medio di ricoveri pari a 46.955 unità per singola Azienda, ma con un massimo di 72.000 e con un minimo di 24.000), il Centro (con 6 Aziende Ospedaliere e un numero medio di ricoveri pari a 54.517 unità, ma con un massimo di 81.500 ed un minimo di 31.900) ed infine il Sud (con 7 Aziende Ospedaliere e un numero medio di ricoveri pari a 36.500 unità, ma con un

massimo di 63.400 ed un minimo di 15.000).

"Si tratta di una stima prudenziale, ricavata da quanto dichiarato nei conti economici degli ospedali - precisa il Presidente di Aiop, **Gabriele Pelissero** - all'interno dei quali troviamo anche i contributi regionali per i ripianamenti di bilancio. Ma se vogliamo frenare la progressiva corrosione del nostro sistema universalistico e solidale, tra le azioni da intraprendere c'è quella della condivisione di un maggior livello di trasparenza sul funzionamento della complessa macchina ospedaliera compreso l'utilizzo delle risorse ad essa destinate, in modo da premiare le strutture migliori, siano esse pubbliche o private accreditate. Tutto ciò ha come obiettivo quello di confrontare in modo credibile le prestazioni, con una competizione legittima tra pubblico e privato, allo scopo di produrre servizi migliori a vantaggio di tutti i cittadini".

Dalla simulazione, che non considera le altre strutture del Servizio sanitario nazionale, emerge il quadro dei possibili risparmi: pur adottando le stime più prudenziali, con un recupero del 20% si avrebbe un risparmio di 1,2 milioni, con un recupero del 40% si recupererebbero 2,4 miliardi e con un recupero, infine, del 60% di efficienza si libererebbero 3,6 miliardi.

Si ricorda che l'86% della spesa ospedaliera pubblica fa capo agli istituti pubblici, mentre il restante 14% è destinato alle strutture accreditate. Nel Rapporto si evince come la spesa ospedaliera pubblica complessiva di 61,7 miliardi di euro nel 2012 si ripartisca per l'86,0% in favore delle strutture pubbliche e per il 14,0% in favore di quelle private accreditate nel loro complesso: la proporzione era, nell'anno precedente, dell'85,6% e del 14,4%, con una erosione dunque della componente accreditata rispetto a quella pubblica. Partendo proprio da quest'ultima osservazione, Aiop sottolinea che, mettendo a confronto l'incidenza della spesa dedicata al privato accreditato (14,0% del totale) con l'incidenza delle giornate di degenza fornite dal privato stesso (27,4% del totale) "non si può non prendere atto come la componente accreditata del sistema misto oggi esistente svolga un ruolo rilevante (quasi il doppio) dal punto di vista delle prestazioni, ma operi a costi più contenuti e decrescenti, assorbendo una quantità proporzionalmente ben più limitata (la metà circa) di risorse. Senza contare che il confronto tra il livello di complessità delle prestazioni fornite dal pubblico e, in particolare, dalle case di cura accreditate evidenzia una crescita media da parte dell'intero sistema ospedaliero, ma con un posizionamento che sovente si rivela migliore proprio per le case di cura accreditate rispetto alle strutture pubbliche".

Quanto alle risorse umane che svolgono la loro attività all'interno del sistema ospedaliero misto, nel 2010 vengono rilevate 646.236 unità, praticamente un dato analogo a quello dell'anno precedente (646.083). Il 16,6% è costituito da medici (107.000 unità circa), il 40,8% è formato da personale infermieristico (264.000 unità circa) ed infine il 42,6% comprende il rimanente personale (275.000 unità circa). La distribuzione del personale rispetto al territorio rispecchia il peso dell'attività ospedaliera del Centro-Nord, cui corrisponde il 69,5% delle risorse professionali impiegate (49,9% nel Nord + 19,6% nel Centro), cui si aggiunge il Mezzogiorno col 30,5% del totale: se si opera un confronto col 2011 è possibile verificare una

distribuzione degli addetti che si riequilibra in favore del Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno, visto che nel 2012 è il 69,5% del totale nel primo caso (contro il 68,8% dell'anno precedente), mentre si contrae nel secondo caso passando dal 31,2% al 30,5%.

Ma altre sorprese amare sembrano dover arrivare anche dal fronte istituzionale. Il Patto per la Salute siglato a luglio e frutto dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni sembrava aver restituito una timida fiducia e stabilità agli operatori del settore, con una previsione di finanziamento pluriennale dell'intero sistema per il triennio 2014-2016 attestata sui 330 miliardi circa. Purtroppo, il finanziamento prospettato potrebbe essere messo in dubbio dalla Legge di Stabilità 2015, che prevede un taglio di trasferimenti alle Regioni del valore di 4 miliardi.

Se ciò dovesse accadere, il rischio potrebbe essere l'avvio di un'inesorabile corrosione del sistema, poiché il livello del finanziamento, secondo Aiop, si colloca al limite inferiore e invalicabile per mantenere il sistema sanitario nel contesto di quelli più evoluti al mondo. L'Italia, tra l'altro, è già da diversi anni il fanalino di coda dei Paesi dell'Europa dei 15, con una spesa sanitaria globale che rappresenta solo il 7% del Pil. Nonostante ciò, il livello qualitativo delle prestazioni erogate rimane per ora molto alto, grazie anche al fondamentale contributo fornito dalle aziende sanitarie di diritto privato che assicurano il 25% delle prestazioni ospedaliere, gravando solo per il 15% sulla relativa spesa pubblica. L'ulteriore riduzione di risorse, se concretizzata dalla Legge di Stabilità 2015, andrà a colpire la sanità e paradossalmente colpirà ancora una volta la rete delle aziende di diritto privato che erogano le prestazioni a minor costo con la massima soddisfazione degli utenti.

Intanto, mentre si discute ancora di ulteriori ipotetici tagli, il sistema di welfare si trova già di fronte a tre tipi di "minacce" incombenti:

- 1.** la minaccia di riduzione della spesa sanitaria. Dopo la lunga stagione di tagli lineari, se le Regioni saranno chiamate a ridurre significativamente le loro spese complessive non sarà facile prescindere del tutto dalla componente di spesa per la salute, che vale circa due terzi dei bilanci regionali;
- 2.** la minaccia del meccanismo di "rimbalzo". La difficoltà di rendere efficiente un sistema ospedaliero pubblico molto rigido si riflette sui soggetti del comparto privato (farmaceutica, ospedali privati accreditati, laboratori accreditati, ecc.), ma soprattutto sui cittadini, con aggravio di esborsi "out of pocket" e con l'incremento delle addizionali Irpef. Dal 2009 al 2013, l'aumento delle spese derivanti da ticket per prestazioni ambulatoriali è del 34,9%, nello stesso periodo l'aumento della spesa per i ticket sui farmaci è del 66,8%, mentre per le prestazioni intramoenia negli ospedali pubblici è dell'11,8%;
- 3.** la minaccia di corrosione dell'intero sistema universalistico, dovuta alle risorse sempre più scarse da un lato e alla crescita di domanda dall'altro, ricadrà pesantemente sulle categorie sociali più deboli.

Per Aiop diventa più che mai urgente una profonda riorganizzazione dell'intera macchina sanitaria e ospedaliera, attuando una revisione del relativo modo di operare. "La difesa dalla progressiva corrosione del nostro servizio sanitario deve essere una delle priorità per l'anno a venire. Aiop insiste nel ricordare lo sforzo che le strutture private accreditate hanno compiuto negli ultimi anni - continua Pelissero - per

mantenere immutato il livello qualitativo delle prestazioni erogate, nonostante i continui tagli lineari subiti. Le attuali incertezze, ancora legate al futuro del Decreto Interministeriale relativo al Regolamento degli standard qualitativi degli ospedali, sembrerebbero imporre una scelta centralistica e dirigistica. Si rischia – sottolinea ancora Pelissero - di tornare a una visione ideologica che si fonda sul concetto di pianificazione tipica degli anni '60. E' vero, l'autonomia delle Regioni in alcuni casi ha prodotto risultati inefficienti con la conseguente esigenza di un reale cambiamento, ma il Servizio Sanitario Nazionale deve svilupparsi e migliorare con una maggiore efficienza, una competizione ben regolata fra erogatori pubblici e privati e molta libertà per i cittadini. Per ora il testo del Decreto ha raccolto alcune autorevoli critiche come quella del Consiglio di Stato che ha chiesto una radicale revisione dell'intero articolato. Da parte nostra, Aiop auspica un ripensamento complessivo".

Concorso specializzandi in medicina. Pubblicato DM che autorizza lo scorrimento della graduatoria nazionale

Le graduatorie delle Scuole di specializzazione in Medicina proseguono con le procedure di scorrimento a partire dal 9 dicembre 2014 e fino ad esaurimento posti, il funzionamento e lo scorrimento delle graduatorie di ciascuna Scuola ai fini dell'iscrizione avviene secondo alcune fasi e regole ben delineate. Entro il 18 dicembre ogni Università comunicherà al Cineca i nominativi dei candidati iscritti.
IL DECRETO

E' stato pubblicato sul sito del Miur l'atteso Decreto Ministeriale (DM) che autorizza lo scorrimento delle graduatorie nazionali. Le graduatorie delle Scuole di specializzazione in Medicina proseguono con le procedure di scorrimento a partire dal 9 dicembre 2014 e fino ad esaurimento posti, il funzionamento e lo scorrimento delle graduatorie di ciascuna Scuola ai fini dell'iscrizione avviene secondo alcune fasi e regole ben delineate.

Il 9 dicembre 2014, in relazione alla graduatoria di merito e al numero dei posti disponibili per ciascuna scuola e per ciascuna Università, sull'area riservata i candidati non ancora iscritti in nessuna scuola risulteranno "assegnati" o "prenotati" nella sede indicata come prima preferenza utile.

Entro poi, le ore 17 dell'**11 dicembre**, ciascun candidato in posizione utile su graduatorie di più scuole, tenuto conto del numero di posti disponibili e delle preferenze di sede, dovrà optare per una sola graduatoria di scuola, attraverso l'apposita procedura telematica. Conseguentemente il candidato decade dalle graduatorie delle altre scuole in cui era collocato in posizione utile. Qualora, invece, il candidato non opti per alcuna scuola tra quelle in cui è collocato in posizione utile, verrà automaticamente considerato "rinunciario" e cancellato da tutte le graduatorie in cui è collocato in posizione utile. Restano in attesa e non sono tenuti ad optare i candidati che, nella graduatoria provvisoria, non si collocano in posizione utile in

alcuna sede tra quelle indicate al momento dell'iscrizione.

Il **12 dicembre** verranno pubblicate le graduatorie aggiornate di ogni scuola di specializzazione con l'indicazione per ogni candidato della posizione in graduatoria e della sede universitaria in cui lo stesso è assegnato (prima preferenza utile) tenendo conto della posizione in graduatoria di tutti i candidati che lo precedono e delle relative preferenze. I candidati che risultano assegnati e che risulteranno prenotati dovranno provvedere alla propria iscrizione presso gli Atenei. I candidati assegnati e quelli prenotati che esercitino tale possibilità, con riferimento allo specifico scorrimento, dovranno iscriversi entro un termine massimo di 4 giorni, incluso il giorno dello scorrimento della graduatoria ed esclusi il sabato ed i festivi.

Entro il giorno **18 dicembre** ogni Università, mediante il proprio sito riservato, comunicherà al Cineca i nominativi dei candidati iscritti alla scuola.

Il **19 dicembre** il Cineca procederà, in relazione alla posizione in graduatoria ed alle preferenze espresse, alla pubblicazione delle nuove graduatorie provvisorie e si riavvieranno conseguentemente le procedure. Le date dei successivi scorrimenti saranno, infine, pubblicate settimanalmente sul sito riservato dei candidati.

Diabete. Il workshop di Meridiano Sanità. Tra 2003 e 2013 casi diabete in Italia da 2,4 a 3,6 mln. Il bilancio a due anni dal Piano nazionale

Politici e stakeholders si sono confrontati 24 mesi dopo l'approvazione del 'Piano per la malattia diabetica'. Le stime presentate prevedono, entro il 2030, un balzo fino a 6,1 milioni di pazienti diabetici. A livello economico, enorme l'impatto dell'ospedalizzazione: i ricoveri per diabete costano 9,6 miliardi l'anno.

Nel dicembre 2012 il Governo e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome definivano il '[Piano per la malattia diabetica](#)', con l'obiettivo di migliorare l'assistenza, garantire un incremento della prevenzione, sostenere l'innovazione e ottimizzare le risorse. Due anni dopo, il workshop 'Meridiano Sanità – Diabete 2020', organizzato dall'European House Ambrosetti e da Meridiano Sanità, con il contributo di Merck, ha fornito un'occasione di confronto tra le istituzioni e gli stakeholders, per tracciare un bilancio, evidenziare i miglioramenti raggiunti e proporre soluzioni per le criticità ancora aperte. In questi 24 mesi tutte le Regioni hanno recepito il Piano, a eccezione di Friuli Venezia Giulia, Valle D'Aosta e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

In Italia la prevalenza del diabete diagnosticato, **dal 2003 a oggi**, ha registrato un aumento del 35%, anche se i dati dell'Italian Diabetes Monitor indicano un'incidenza ancora maggiore, pari a 6,2 casi ogni 100 abitanti. Le cifre snocciolate da **Emiliano Briante** (Senior Consultant dell'European House Ambrosetti), [nel corso della sua relazione](#), evidenziano inoltre che **i casi di diabete in Italia sono saliti da 2,4 a 3,6**

milioni, ai quali occorre aggiungere almeno 1 milione di non ancora diagnosticati. Entro il 2030 si stima un balzo fino a 6,1 milioni di pazienti diabetici, con un tasso di prevalenza del 9,3%. Allo stato attuale l'età media è di 67 anni, ma 1 su 4 risulta ancora in età lavorativa oppure va a scuola, con importanti ricadute sulla produttività. In Italia esiste un gradiente geografico e sociale associato al diabete: maggiore prevalenza al Sud e tra la popolazione con basso livello di scolarità.

Quest'ultimo aspetto è strettamente legato al tema della bassa prevenzione che, a sua volta, chiama in causa gli stili di vita. L'11,2% della popolazione italiana (circa 4,9 milioni) è obesa e il 34,2% (circa 17,6 milioni) è in sovrappeso. Si tratta di due fattori che accomunano l'80% dei pazienti diabetici.

Nel complesso **l'impatto del diabete sull'assistenza sanitaria e sui costi è notevole.** La letteratura evidenzia come 1 paziente con diabete su 4 si ricoveri almeno una volta nel corso di 12 mesi. E il rischio di ricovero in ospedale è da 1,5 a 2,5 volte più alto in presenza di diabete. Il costo medio per diabetico è di circa 2.600-3.100 euro l'anno, più del doppio rispetto agli altri pazienti. Cifre che salgono in maniera astronomica se si aggiungono complicanze renali (14.500) o infarto del miocardio (15.100). I costi delle ospedalizzazioni incidono enormemente, in quanto rappresentano il 57% del totale, mentre l'impatto delle terapie non supera il 7%. Generalmente il costo di un ricovero ordinario viene stimato attraverso il Drg ma la Sid, utilizzando il costo medio di un ricovero in base a quanto riportato dal Ministero della Salute, stima un valore medio pari a 4mila euro e **un costo complessivo per i ricoveri di 9,6 miliardi l'anno.**

“Questi dati – ha riferito Briante – vanno poi inseriti in un contesto in cui l'aumento della longevità non è accompagnato da un incremento degli anni vissuti in buona salute. Tra 2004 e 2012, infatti, il numero di anni attesi non in buona salute è quasi raddoppiato, passando da 12,8 a 23,3 per le donne e da 9,2 a 17,7 per gli uomini”. In questo contesto la recessione esercita un impatto devastante, “considerando che nel prossimo triennio la riduzione della spesa sanitaria sarà notevole e inciderà ampiamente sul Ssn – ha prefigurato **Maria Rizzotti** (FI) – L'allarme però riguarda già l'attuale legge di Stabilità, che comporta una contrazione di 500 milioni per la ricerca sanitaria. Un elemento, che penalizzerà enormemente i pazienti diabetici e quelli affetti da Sla, cui si aggiunge il taglio di 1 miliardo ipotizzato dalle Regioni per farmaceutica ospedaliera e territoriale”. Per quanto concerne il diabete “serve una riflessione profonda, imperniata su un approccio multidisciplinare che garantisca appropriatezza diagnostica e prescrittiva”. Fondamentale poi puntare sul vettore della prevenzione, “intervenendo soprattutto sull'obesità infantile”. Altro aspetti dirimente “è legato all'aggiornamento della classificazione dei dispositivi medici, poiché lasciando inalterata la nomenclatura si continuerà a spendere male”.

Il Piano nazionale per il diabete “costituisce comunque un importantissimo punto d'arrivo – ha sottolineato **Ignazio Parisi**, consigliere nazionale Fand (Associazione italiana diabetici) – Forse è ancora presto per tracciare un bilancio complessivo, ma un punto di forza è certamente la maggiore partecipazione dei cittadini all'interno delle associazioni che ha rappresentato uno stimolo per rafforzare la formazione e che ha garantito una migliore conoscenza scientifica della materia. Questa rafforzata consapevolezza ha permesso di individuare le criticità e di focalizzare gli ambiti in

cui si è registrato un mancato rispetto dei Lea. Altro merito del Piano è stato quello di “aver contribuito a implementare la medicina integrata”. L’aspetto carente riguarda, invece, “l’aspetto organizzativo che si è caratterizzato per la lentezza decisionale, da cui è scaturita la difficoltà ad assecondare l’innovazione”.

Una sfida decisiva lanciata dal Piano è quella dell’integrazione interdisciplinare che “però non è avvenuta di fatto – ha constatato **Paolo Di Bartolo**, delegato della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – Al contrario, la presa in carico è stata gestita per compartimenti stagni. Il Piano impone di cambiare questo paradigma, per esempio valorizzando le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) o le Case della Salute, che devono essere complementari alle 1007 strutture diabetologiche presenti sul territorio italiano. In questo senso, Modena rappresenta un esempio di virtuosa integrazione tra ospedale e territorio: tra 2011 e 2013 i pazienti sono saliti da 12mila a 18mila, grazie a un miglioramento della farmacovigilanza e dell’appropriatezza, con uno Score Q medio salito da 29,3 a 31”.

Tuttavia l’attuazione “ha scontato molteplici e notevoli differenze tra le varie Regioni e sarebbe quindi ora di trovare denominatori comuni per stabilire standard omogenei di qualità assistenziale – ha auspicato **Nicola Pinelli**, direttore Fiaso – E per definire un modello italiano della cronicità sarebbe importante che le aziende sanitarie diventino garanti di un processo di omogeneizzazione della qualità assistenziale”. Un punto di partenza “potrebbe consistere nel capire le differenze tra i territori, puntando sugli elementi di forza locali per metterli a sistema. E il Piano fornisce un’occasione irripetibile in questo senso, poiché oggi emergono grosse diversità organizzative anche all’interno della stessa Regione”.

A due anni di distanza dalla sua istituzione, “il Piano non ha però ancora garantito una spinta sufficiente – ha osservato **Francesco Chiaramonte**, consigliere nazionale dell’Associazione medici diabetologi (Amd) – E’ necessaria una profonda riorganizzazione al livello del territorio, mettendo in rete le diverse figure professionali e puntando sui percorsi diagnostico assistenziali (Pdta). Questi ultimi rappresentano infatti i migliori strumenti clinico-organizzativi per una efficace applicazione dei profili di cura”. I Pdta devono “essere pensati dalle singole aziende, sulla base delle risorse a disposizione, promuovendo una responsabilizzazione dei direttori”. Allo stesso tempo “è fondamentale evitare il rischio che nelle Case della Salute vengano svolte attività già garantite altrove. Queste strutture dovrebbero caratterizzarsi per l’erogazione di screening della popolazione a rischio e per la promozione dell’assistenza domiciliare”.

L’aspetto più preoccupante è quindi “la modalità di applicazione del Piano nelle singole Regioni, che consenta un’integrazione sul territorio anche a livello socioassistenziale – ha ragionato **Gerardo Medea**, responsabile nazionale dell’area endocrinologica e diabetologica della Simg –I medici di famiglia affrontano circa 7 milioni di contatti diabetologici l’anno e quindi le Regioni devono creare le migliori condizioni per il loro lavoro”. Contestualmente le società scientifiche “devono mettere nero su bianco i bisogni dei pazienti con diabete e inserirli nei percorsi locali. Si tratta, purtroppo, di un lavoro che ancora non è stato fatto”. Le strutture sul territorio “non possono, infatti, costituire la duplicazione dei Centri di diabetologia.

Le Regioni ragionino quindi organicamente con i professionisti, in modo lineare e senza iniziative fantasiose”.

Per liberare risorse da destinare all’innovazione in diabetologia è imprescindibile ridurre le prescrizioni inappropriate. E’ la rotta tracciata da **Simona Frontoni**, responsabile Endocrinologia e Diabetologia del Fatebenefratelli di Roma, che ha illustrato [una ricerca condotta](#) da **Enzo Bonora** (presidente Sid). A livello clinico il diabete costituisce la seconda causa di cecità e di emodialisi, la prima di amputazione non traumatica e la concausa maggiore di Ictus. E le cifre sono impressionanti: **in Italia ogni 20 minuti una persona muore a causa del diabete, ogni 90 minuti subisce un’amputazione, ogni 7 minuti ha un attacco cardiaco e ogni 30 minuti ha un ictus.**

In termini di costi, le spese maggiori per i diabetici riguardano i ricoveri ospedalieri (68%), poi i farmaci per comorbidità o complicanze, quindi le visite specialistiche e gli esami di laboratorio (10%), i farmaci anti-diabetici (4%) e i presidi (4%). Basterebbe ridurre di 1 giorno la degenza media di una persona con diabete ricoverata per altra patologia (95% dei ricoveri), per ottenere un risparmio di quasi 1 miliardo l’anno. Un diabetologo costa circa 80mila euro l’anno e può fornire circa 5mille consulenze a diabetici ricoverati. Le circa 2,4 milioni di consulenze necessarie per i circa 1,2 milioni di diabetici ricoverati in Italia richiederebbero circa 500 ulteriori diabetologi da mettere nella rete italiana che costerebbe circa 40 milioni l’anno. **Per risparmiare 1 miliardo, sarebbe quindi sufficiente investire 40 milioni.**

Purtroppo però “i diritti in crescita e la recessione economica che determina crescenti tagli non sono conciliabili – ha affermato **Pierpaolo Vargiu** (SC), presidente della Commissione Affari Sociali della Camera – Per attuare una seria spending review bisogna, in ogni caso, affermare l’idea della misurazione in termini di performance e di obiettivi”. Il punto centrale “non attiene però soltanto all’allocazione delle risorse, ma riguarda anche riforme strutturali che assicurino un’integrazione diversa con il privato accreditato, nuove modalità di compartecipazione dei cittadini e una rivisitazione del concetto di universalismo”. Un nuovo approccio “che andrebbe introdotto anche alla luce del fatto che, oltre a un ulteriore allungamento della vita, sarebbe auspicabile anche un’estensione del lasso di tempo libero da malattie. E il diabete rappresenta esattamente l’incarnazione paradigmatica di tutte queste dinamiche, richiedendo in primis un deciso rafforzamento della prevenzione”.

Un approccio condiviso pienamente da **Emanuela Baio**, Presidente del Comitato nazionale per i diritti della persona con diabete. “Il diabete è il paradigma della cronicità e, infatti, è l’unica malattia che in Italia è stata oggetto di leggi ad hoc. Serve tuttavia un maggior interesse della politica e da parte nostra una migliore capacità di interloquire con le commissioni che si occupano di sanità e di finanza, poiché non è più accettabile che il risparmio venga spalmato in modo così grezzo”. Un efficace “processo di razionalizzazione è possibile, ma va implementato mettendo al centro il milione di pazienti diabetici non ancora diagnosticati”.

La spending review è ormai un dato acquisito, ma “non può determinare un minore attenzione per quanto riguarda gli investimenti – ha messo in guardia **Lorenzo Becattini** (Pd), deputato in Commissione Affari Sociali – finalizzati a promuovere un corretto regime alimentare e uno stile di vita sano tra i bambini, sin dalla tenera età”.

In prospettiva “sono fiducioso che nel 2015 verranno attuate strategie incisive per il diabete. Il lavoro parlamentare procede a pieno ritmo come dimostra l’istituzione, formalizzata lo scorso 12 novembre, di un intergruppo ad hoc tra Camera e Senato. Io mi impegnerò affinché venga considerato, con particolare attenzione, il rapporto tra diabete e posto di lavoro”.

Prioritario tenere sempre alta l’attenzione, “perché l’impressione è che negli ultimi due anni ci sia stato un rallentamento – ha spiegato **Antonio Tomassini** – Presidente dell’Associazione di iniziativa parlamentare e legislativa per la salute e la prevenzione – E questi ultimi giorni ne sono ulteriore testimonianza perché non si può, come ipotizzato dalle Regioni, tagliare un miliardo alla farmaceutica”. La politica “deve essere responsabilizzata e coinvolta in un network complessivo, in grado di elaborare e fornire indicatori precisi da utilizzare come base per qualsiasi decisione e intervento”.

■ [IL PIANO NAZIONALE DIABETE](#)

■ [LA RELAZIONE DI ENZO BONORA](#)

■ [LA RELAZIONE DI EMILIANO BRIANTE](#)

SOLE 24ORE SANITA'

Manovra, tagli in alto mare. Slitta il parere delle Regioni sulla legge di Stabilità

Slitta l'intesa tra Governo e Regioni sulla legge di stabilità: lo ha reso noto il presidente della Conferenza delle Regioni, Sergio Chiamparino, all'uscita della Conferenza unificata straordinaria. «Il Governo ci ha chiesto di rinviare il parere - ha detto Chiamparino - per conoscere l'esito di una riunione in corso a Palazzo Chigi dove si stanno valutando i nostri emendamenti». «Naturalmente abbiamo sottolineato nei nostri emendamenti in grassetto quali sono per noi le parti fondamentali senza le quali non è possibile sottoscrivere un accordo con il Governo», ha spiegato il governatore piemontese. Le parti fondamentali riguardano i tagli sul fondo sanità, lo spostamento delle risorse al trasporto pubblico locale, il patto incentivato e il Patto di stabilità. «Se questi punti dovessero essere respinti dal Governo - ha sottolineato Chiamparino - il nostro parere sarebbe evidentemente negativo».

Per questo oggi il capo delle Regioni aveva parlato di «interlocuzione carsica» col Governo, che compare e scompare, con Nichi Vendola che puntualizzava: «Un sì unanime delle Regioni non ci sarà», ribadendo il suo no alla Manovra. E così resta tutto in bilico. Ballano 4 mld in più per il 2015 di tagli, e altri 1,6 che arrivano dal passato, più altri 600 mln di Irap. Con quei 1,5-1,8 mld che potrebbero cascare sulla sanità che fanno tremare tutti.

Intanto dal Senato il viceministro Enrico Morando conferma che entro domani il Governo presenterà i suoi emendamenti, tra cui quello sui tagli alle Regioni, dove ci

saranno grosse novità. Per la sanità si continua a parlare di una riduzione del Fondo sanitario con misure che saranno prese tra beni e servizi (almeno 1 mld) e la farmaceutica (500 mln o giù di lì). Ma come articolati, eventualmente, non è ancora dato sapere.

Stabilità, ecco il parere-ombra delle Regioni

«E' necessario comprendere quale sia il punto di "rottura" dell'equilibrio in Sanità prima di definire ulteriori manovre». Dopo un'ampia disamina dei tagli al Servizio sanitario nazionale imposti negli ultimi anni - che nel 2015 varranno nel complesso 10 milioni di euro - le Regioni passano al contrattacco. E chiedono al governo di assumersi le proprie responsabilità, a fronte dell'ulteriore scure chiesta dal premier Renzi con i 4 miliardi che inevitabilmente andrebbero a pesare sul Ssn. «Il Patto Salute infatti è fondato sul principio di responsabilità fra le parti "Chi rompe paga", pertanto governo e regioni sono responsabili degli equilibri finanziari e della copertura dei Lea».

E' quanto si legge nero su bianco sul Ddl Stabilità che oggi le Regioni avrebbero finalmente dovuto approvare e che di fatto è slittato per mancanza di accordo proprio sui tagli. Nel documento, che siamo qui in grado di anticipare, le Regioni seguono solo in parte la linea morbida Chiamparino e passano al contrattacco. Chiedono al governo di "sporcarsi le mani" indicando chiaramente dove intervenire, per ottenere quei risparmi che, conti alla mano, alla maggior parte dei governatori sembrano impossibili. «Le Regioni ribadiscono la disponibilità a condividere misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria con particolare riferimento ai settori dei beni e servizi, dispositivi medici, spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, dei medical device ad eccezione dei farmaci innovativi e salva vita per la cui definizione si rimanda a una Commissione mista Governo-Regioni-Aifa», tendono ancora la mano i presidenti di Regione. Ma «dev'essere chiaro - si legge poco più avanti - che le manovre di finanza pubblica che prevedono riduzioni del Fsn devono contenere anche i meccanismi di copertura ovvero individuare quali Lea devono essere ridotti ovvero quali costi e per quanto è possibile effettuare la riduzione così da poter ridurre il finanziamento in maniera corrispondente. Se salta questo automatismo che fino ad ora c'è stato ed è stato il cardine del "Patto della Salute", salta la collaborazione istituzionale e quindi il "Patto Salute". Inoltre, è il caso di sottolinearlo, in caso contrario le manovre creerebbero solo disavanzi sanitari e non risparmi in quanto i Lea devono essere garantiti».

Parole di pietra, che aprono una distanza siderale rispetto alla possibilità di un'intesa, a fronte di un governo più deciso che mai a tenere il punto. Materiale vivo su cui lavorare non manca e le Regioni rilanciano con linee guida in otto punti:

- a) Concorso positivo delle Regioni alla manovra di finanza pubblica;
- b) Riqualficazione della spesa corrente - ivi compresa la spesa sanitaria e le società partecipate - e maggiori investimenti anche in edilizia sanitaria;
- c) Contestuale rilancio degli investimenti pubblici attraverso l'esclusione dal pareggio di bilancio degli impegni in capitale non rilevanti ai fini dell'indebitamento netto;
- d) Accelerazione dei pagamenti per i debiti commerciali attivando una sinergia

istituzionale tra Stato, Regioni ed EE.LL. mediante il Patto di Stabilità Verticale Incentivato ai fini di immettere liquidità a favore delle imprese per gli investimenti pubblici;

e) Anticipazione dell'applicazione dell'equilibrio di bilancio al 2015;

f) Ottimizzazione flussi finanziari delle risorse regionali stanziare nel bilancio dello Stato;

g) Efficientamento e razionalizzazione del Fondo nazionale trasporti;

h) Proposte per la riqualificazione della spesa corrente attraverso l'estensione dell'applicazione dei costi standard anche alle Amministrazioni centrali tenendo altresì conto del processo di riordino istituzionale.

DOCTOR 33.IT

Test di medicina. Giannini: per ora confermati. Riforma “alla francese” dal 2016

Alla fine dopo un susseguirsi di annunci sull'imminente abolizione del test di medicina con conseguente introduzione del modello francese, il ministro dell'Istruzione Stefania Giannini fa una parziale retromarcia e conferma per il prossimo anno una «prova selettiva» per iscriversi a medicina. Ha la meglio, perciò, almeno per ora, la Conferenza dei rettori delle Università italiane, che sul tema aveva appena inviato una lettera al ministro per chiedere la conferma del test. Si tratta di una retromarcia solo parziale, però, dal momento che il ministro del Miur ribadisce che dal 2016 sarà previsto «l'accesso libero di tutte le matricole e uno sbarramento al primo anno o dopo sei mesi» la selezione, sottolinea Giannini sarà fatta «in base agli esami e ai curriculum». Giannini viene incontro anche a un'altra richiesta dei Rettori che oltre alla conferma del test richiedevano anche un adeguamento «ai contenuti dei saperi acquisiti dai candidati nel corso degli studi superiori». Il ministro, infatti, precisa come si stia studiando «una prova selettiva che elimini il test così come è stato finora, un calderone con 60 domande che non rispetta il principio del diritto allo studio e quello della meritocrazia» e aggiunge come non si voglia «mettere a rischio la qualità del primo anno del corso di medicina, secondo per qualità solo alla Francia». In più Giannini preannuncia anche un'altra novità auspicata da molti esperti ossia «l'introduzione di un serio orientamento in tutte le scuole, perché questo è essenziale per una prima scrematura in base all'autoesclusione degli studenti che scopriranno così da soli di non avere l'inclinazione per medicina». Tra le richieste dei Rettori anche l'invito a «facilitare la preparazione degli studenti e ridurre l'incongruo impatto economico al quale sono esposte le famiglie italiane per effetto dell'attuale modello di selezione» e l'invito a dare riscontro immediato alle famiglie circa il calendario previsto per il prossimo anno». Aspetti ancora in attesa di risposte.

Corti (Fimmg). Erronei i dati usati per portare Mmg a dipendenza

«È un errore confrontare medici ospedaliero e di famiglia. Semmai paragoniamo i costi di un medico dipendente e di uno studio convenzionato» Il responsabile Fimmg comunicazione **Fiorenzo Corti** boccia i dati di **Silvio Bottacin**, consigliere veneto che paragonando le uscite della sua regione per gli stipendi di Mmg e medici ospedalieri aveva scoperto un vantaggio retributivo tra il 20 e il 60% per i primi, come a suo tempo boccìò l'indagine dello Smi che sottolinea come il medico di famiglia per artificio convenzionale risulti pagato 60 euro l'ora contro i 38 dell'ospedaliero. «Noi medici di famiglia non svolgiamo un'attività, a differenza dei medici dipendenti, ma offriamo con i nostri studi un servizio in outsourcing. Per capire quanto costiamo alla sanità si devono usare le ore di attività da noi svolte, che sono ben più di 24 alla settimana a fronte di carichi che cambiano a seconda del contesto regionale e dello stato di salute dei pazienti, ma anche i costi del personale, dello studio, delle pulizie, del riscaldamento, della manutenzione e sicurezza dei locali. Questi costi sono incorporati nel nostro stipendio mentre sono scorporati dalla retribuzione del medico dipendente. In ospedale e nell'Asl se ne fa carico il Servizio sanitario nazionale retribuendoli o come prestazione ambulatoriale o come tariffa Drg; noi svolgiamo queste attività nella presa in carico, per la quale c'è un unico indicatore retributivo, l'onorario di 40 euro ad assistito, ovvero 60 mila euro lordi annui per chi ha 1500 scelte. Il resto della retribuzione è relativo al servizio offerto». Bottacin ha spiegato che, a dispetto di quanto affermano i sindacati Mmg sui costi della maternità, pensione, ferie e malattia del dipendente, l'Italia risparmierebbe fino a 2 miliardi di euro se avesse a regime tutti i medici assunti a 65 mila euro lordi annui. «E' erroneo tra l'altro non spiegare dove si metterebbero questi medici, nelle strutture di chi, se gli studi resterebbero capillari o no. I catalani hanno accorpato gli studi dei Mmg, ma gli italiani tengono al rapporto di fiducia; e tra l'altro l'affidamento di prestazioni come terapia anticoagulante orale ed elettrocardiogrammi in remoto alle sedi disseminate dei medici di famiglia, quello si farebbe risparmiare il Ssn. Chi protesta che "nel mondo del medico di famiglia non c'è nulla che non sia retribuito" e si lamenta per gli alti incentivi al personale dimentica che quei soldi non sono massa salariale ma remunerano 16 mila assistenti (e infermieri) di cui siamo datori di lavoro». Da segretario Fimmg lombardo infine Corti conviene che le cifre venete per la remunerazione del personale sono più alte di quelle lombarde: «E non solo le venete. Chi giustamente dice che in Lombardia i fondi sono meno incrementati, dimentica che abbiamo 50 mila pazienti istituzionalizzati nelle residenze per non autosufficienti. Ora, se la tariffa del letto Rsa poco poco somiglia agli 80 euro/giorno del letto in Assistenza domiciliare arriviamo a una spesa di 50 milioni l'anno: soldi che la Regione non dedica all'assistenza primaria ma affida all'Assessorato ai Servizi sociali e alla Famiglia».

DIRITTO SANITARIO Richiesta risarcimento danni

alla Asl per disagiate condizioni di lavoro

Il lavoratore che assume di aver subito un infortunio o una malattia riconducibili all'attività lavorativa svolta deve allegare e dimostrare non solo l'esistenza del danno, ma anche la violazione da parte del datore di lavoro delle clausole contrattuali che disciplinano il rapporto o delle norme inderogabili o delle regole generali di correttezza e buona fede o, ancora, delle misure che, nell'esercizio dell'impresa, debbono essere adottate per tutelare l'integrità psicofisica dei prestatori. Nel caso di richiesta di risarcimento del danno biologico subito a causa delle disagiate condizioni di lavoro avanzata da un portiere notturno nei confronti della Asl, il giudizio espresso dalla Commissione medica in sede di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio delle patologie sofferte non è stato ritenuto sufficiente a provare che le stesse siano una diretta conseguenza della condotta del datore di lavoro, poiché tale accertamento non implica necessariamente che tutti gli eventi dannosi siano derivati da condizioni di insicurezza dell'ambiente di lavoro. Tale profilo evidenzia la differenza esistente tra la causa di servizio - che ha natura oggettiva e medico legale e determina un beneficio quale l'equo indennizzo - e l'istituto giuridico, del tutto distinto, del risarcimento del danno - che si fonda specificamente sulla violazione dei singoli obblighi datoriali di assicurare adeguate condizioni di sicurezza. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584