

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
14 FEBBRAIO 2014

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### SASSARI Reparto dell'ex manicomio diventa asilo aziendale Asl

La Palazzina I di Rizzeddu è pronta ad ospitare il primo asilo aziendale della Asl. I lavori per il recupero dell'edificio, risalente ai primi dell'900 e che per oltre 80 anni era stato utilizzato come reparto maschile dell'ex ospedale psichiatrico, si sono conclusi da qualche giorno e ieri mattina il direttore generale dell'Asl, Marcello Giannico, ha effettuato un sopralluogo accompagnato dal progettista e direttore dei lavori l'architetto Domenico Canu e dal Responsabile unico del procedimento l'ingegnere Antonio Zara. L'opera rientra nell'ambito di un progetto più ampio che ha visto il recupero di altri edifici storici del parco di Rizzeddu. La ristrutturazione della Palazzina I, la cui progettazione definitiva è stata elaborata dall'Ufficio tecnico della Asl, è stata realizzata dall'Impresa Esposito Costruzioni vincitrice dell'appalto. L'edificio sorge nel grande parco di Rizzeddu al confine con il parcheggio dell'Inps, in un'area adiacente al Dipartimento di salute mentale e al Consultorio familiare. Il costo complessivo dell'opera è di un milione e 180mila euro (850 mila finanziati dall'assessorato regionale alla Sanità mentre la restante parte è stata messa a disposizione dall'Asl di Sassari). Gli ambienti, circa 1100 metri quadri, conservano inalterate le peculiarità strutturali e architettoniche dell'edificio, come concordato con l'architetto Daniela Scudino della Sovrintendenza ai Beni Culturali. La struttura, una volta arredata, sarà in grado di ospitare 52 bambini, 16 tra i 3 e i 12 mesi e 36 piccoli da uno a tre anni, prevalentemente figli di dipendenti Asl. La gestione verrà affidata entro l'anno ad una ditta esterna tramite bando di gara. Il piano terra verrà adibito a micro nido (parte destra dell'edificio), ad asilo nido (a sinistra) e alcuni servizi generali, la cucina, la lavanderia, la stireria ed altri locali per il personale. Al primo piano saranno ubicati gli uffici della direzione, l'ambulatorio medico e gli spogliatoi per il personale. È prevista, inoltre, la realizzazione di una sala polifunzionale, una ludoteca, una biblioteca e una sala per la musica e l'informatica nonché palestra/teatrino in grado di rendere la struttura una vera e propria casa del bambino aperta a tutti i bimbi. Nella zona dedicata ai lattanti sono previsti spazi per il riposo, un locale per il cambio, una cucinetta e i relativi servizi. Nell'area per i divezzi il progetto prevede anche tre zone dedicate all'attività didattiche-riposo, al gioco-pranzo quindi un guardaroba e servizi igienici. Sul retro dell'edificio si trova, infine, un ampio giardino alberato di circa 1.700 metri quadrati dove verrà realizzato uno spazio attrezzato per poter permettere attività all'aperto.

### L'UNIONE SARDA

#### SASSARI La Asl e l'asilo

Quel luogo di sofferenza che un tempo ospitava pazienti psichiatrici, tra qualche mese sarà spazio di gioco e divertimento. Un asilo Asl, dedicato ai figli dei dipendenti ma che potrà

accogliere anche altri piccoli. A disposizione 52 posti e una struttura con ludoteca, biblioteca e servizi. Un'opera importante, per valorizzare il patrimonio dell'azienda, costata oltre un milione di euro, tra contributi regionali e fondi dell'Asl. Dal sopralluogo del direttore Marcello Giannico, ieri mattina, i lavori saranno consegnati entro la fine dell'anno.

## DALL'ITALIA

### DOCTORNEWS33

#### Arriva l'atto d'indirizzo, sindacati spaccati. Snami: è la fine delle indennità

Riemerge l'atto di indirizzo per le convenzioni dei medici del territorio. Il comitato di settore l'ha inviato all'esame del Governo, che sta per girarlo a Sisac e questa struttura di tecnici regionali chiamerà i sindacati per contrattare. La nuova convenzione non deve aumentare la spesa complessiva per la medicina generale ma le chiede sacrifici. L'assessore Claudio Montaldo sottolinea come l'atto intenda «accrescere la capacità di risposta sanitaria del territorio», «rivedere il modello assistenziale territoriale» e promuovere, «diversamente da quanto già succede, l'erogazione dell'assistenza primaria con modalità multiprofessionali e integrate». Divisi i sindacati. La Fimmg ha minacciato pure lo sciopero se non si trattava subito; Smi ha detto sì alla trattativa ma no alla fretta, Snami non vorrebbe trattare. «Se stiamo fermi moriamo - dice il responsabile comunicazione Fimmg **Fiorenzo Corti** - ora ci piacerebbe molto leggere l'atto al più presto per valutare l'interazione tra figure professionali. Preoccupa alla fine del comunicato di Montaldo la sottolineatura sulle diversità regionali; staremo a vedere anche perché sembra saranno le regioni gestire le diverse realtà locali e temiamo lo facciano in 21 modi diversi e in contrapposizione tra loro». «Ci si siede quando l'economia riparte», dice il leader Snami **Angelo Testa**. «Neanche le regioni hanno interesse a trattare ora; sanno della difficoltà di avviare le case della salute con i pochi quattrini che, posto oggi, rischiano d'esser tolti a tutti i medici, tra incentivi e indennità, per finanziare l'attività di strutture che partono da zero e di pochi colleghi. Il rischio è sedersi sapendo di non ottenere la rifondazione auspicata da Fimmg, il cui costo ingente colpì anche noi a suo tempo, e di dirottare il 30% degli stipendi ad Aft e Uccp e ai loro neo-responsabili: mi risulta che qualche sindacato abbia già formato i primi direttori di struttura». Per Corti, se non ci si muove subito si rischia di non destinare investimenti adeguati al territorio. «C'è molto lavoro da fare, c'è un progetto da portare avanti a livello nazionale e vogliamo disegnarlo a partire dalle risorse che ci sono; se poi altre ne arriveranno, come auspichiamo, meglio». Secondo alcune interpretazioni dei soldi si starebbero già muovendo nell'ambito del Patto per la salute, in parziale deroga allo stop previsto dalla legge Balduzzi. Il sito [della](#) Fimmg riporta come alcune regioni stiano investendo: la Puglia spende 39 milioni per assumere medici e infermieri in ospedale. Il leader Snami regionale Antonio Chiodo però precisa: «La nostra regione è in piano di rientro, il ministero della Salute lo ha approvato, vuol dire che la regione può allocare risorse nei servizi dov'è carente. Magari si stessero muovendo quattrini nel Patto!».

#### Errori medici, lo spot dei chirurghi a difesa della professione

Medici che si impegnano per far nascere bambini e salvare vite, non solo errori e negligenze. È questo il messaggio dello spot lanciato dal Collegio italiano dei chirurghi dal

titolo “I chirurghi per la tua salute”, una replica alle pubblicità che invitano a chiedere risarcimenti per presunti errori medici. Il video, della durata di quasi due minuti, mostra medici e chirurghi che fanno nascere bambini, che sono presenti durante una malattia, dopo un incidente, o in azione per salvare vite umane, mentre sullo schermo scorrono frasi che spiegano come spesso i chirurghi siano costretti a prendere decisioni urgenti e importanti in sala operatoria. «C'è un bisogno profondo di recuperare il rapporto di fiducia tra medico e paziente» ha affermato il presidente Cic, Nicola Surico, «il desiderio di riprendersi una dignità professionale per troppo tempo sottrattaci, la voglia di vedere i nostri giovani affrontare con passione una scelta difficile. Questo ci ha spinto a realizzare un nostro spot professionale a firma di tutte le società che afferiscono al Collegi». Lo spot per ora è visibile su [Youtube](#), ma non si esclude a breve la programmazione «di una forte campagna televisiva».

## **Formazione professionisti sanitari, Bortone (Conaps): serve regolamentazione rigida**

«Falsi professionisti operano in ambito sanitario e si interfacciano direttamente con il cittadino, che ignaro mette la propria salute nelle mani di personaggi non altrimenti qualificabili». La denuncia è di **Antonio Bortone**, presidente del Coordinamento nazionale delle professioni sanitarie (Conaps) e si riferisce alle problematiche evidenziate dal libro bianco “L’offerta formativa universitaria in nutrizione umana”. Realizzato dall’Associazione nazionale dietisti (Andid) e presentato al ministero della Salute in collaborazione con il Conaps, il testo, dietro un titolo del tutto neutro, approfondisce una materia di notevole criticità. Come spiega la presidente Andid **Giovanna Cecchetto**, «l’area complessiva della nutrizione in Italia è poco regolata e molto variegata e nel libro denunciato l’esistenza a livello universitario di un’offerta formativa aperta a figure professionali che spesso non hanno nulla a che vedere né con la nutrizione né con la salute. La diffusione di una cultura della nutrizione, estesa a diverse figure professionali (per esempio gli insegnanti) è molto importante e utile, ma per attrarre più iscrizioni i corsi promettono e insegnano materie prettamente cliniche, come il calcolo delle calorie e la preparazione di diete per le diverse patologie. E non ci siamo occupati dell’ambito privato, dove la situazione è ancor più caotica». Il problema vero è ciò che lo studente si crede autorizzato a fare dopo: «Non ci sono né regole precise né controlli su chi, dopo aver frequentato questi corsi, apre uno studio e si proclama esperto in dietetica». Come rimediare a questo stato di cose? Secondo Bortone serve «una rigida regolamentazione affinché tutta la formazione sanitaria, di base o avanzata, avvenga solo all’interno delle università. Inoltre l’università stessa dovrebbe riformare il proprio ordinamento aprendo master (che, con un’anomalia tutta italiana, non sono professionalizzanti) soltanto ai profili professionali titolati all’intervento sanitario».

## **DIRITTO SANITARIO Anche pazienti possono agire contro Piani di Rientro regionali**

### **Il fatto**

Nove pazienti di un Centro dermatologico istituito presso l’Ospedale hanno impugnato i decreti del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario

della Regione nella parte in cui hanno escluso la struttura tra quelle prescrittrici di farmaci biologici nella terapia della psoriasi nonché del farmaco alitretinoina (toctino) nel trattamento dell'eczema cronico severo delle mani.

### **Profili giuridici**

La difesa della Regione ha contestato la legittimazione ad agire in giudizio dei ricorrenti. Il Collegio giudicante ha chiarito che la qualità di pazienti in cura presso il Centro attribuisce loro senza dubbio una posizione giuridica soggettiva non solo chiaramente differenziata rispetto a quella della generalità dei consociati ma anche giuridicamente qualificata dalla rilevanza costituzionale del diritto alla salute. Quest'ultimo, infatti, viene inciso nel caso concreto dalla disposta inibizione a continuare a prescrivere i farmaci biologici, particolarmente raccomandati nella cura della psoriasi nella forma severa, dalla quale consegue l'interruzione della continuità assistenziale presso la struttura sanitaria in precedenza liberamente scelta dagli ammalati e reputata la più idonea per garantire l'efficacia della cura.

[Avv. Ennio Grassini – [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

## **QUOTIDIANOSANITA'.IT**

### **Convenzioni/1. Via libera delle Regioni all'Atto di indirizzo per medicina generale, pediatria e specialistica ambulatoriale. Il testo**

*L'Atto è stato ora inviato al Governo. Montaldo: "Rappresenta una proposta che consentirà di incontrare il mondo della medicina generale, della pediatria e della specialistica su un terreno innovativo per accrescere la capacità di risposta sanitaria del territorio". Il documento.*

Il Comitato di Settore Regioni-Sanità ha definito e dato il via libera all'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata. A darne notizia una nota delle Regioni. "Si tratta – ha spiegato **Claudio Montaldo** (Vicepresidente della Liguria e Presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità) – di un atto che affronta in modo complessivo la convenzione e non si limita solo ad attuare quanto previsto dal decreto Balduzzi".

L'Atto è stato inviato al Governo (in particolare ai Ministri Lorenzin, Saccomani, D'Alia e Delrio) e "rappresenta una proposta – ha spiegato Montaldo - che consentirà di incontrare il mondo della medicina generale, della pediatria e della specialistica su un terreno innovativo per accrescere la capacità di risposta sanitaria del territorio con un'attenzione particolare alla quota crescente di pazienti cronici".

"In questo rinnovato contesto – ha aggiunto il Presidente del Comitato di Settore – il ruolo del medico di medicina generale può riacquisire una indispensabile centralità nel sistema delle cure primarie, all'interno di una dimensione associazionistica, collegiale e di collaborazione con gli altri operatori sanitari". Per questo, secondo Montaldo, nell'atto si legge che "è necessaria una profonda revisione del modello assistenziale territoriale che, facendo affidamento sui medici convenzionati, promuova, diversamente da quanto già succede, l'erogazione dell'assistenza primaria con modalità multiprofessionali e integrate".

"Il sistema sanitario – ha concluso Montaldo – è ormai saldamente articolato sulle Regioni e quindi è assolutamente naturale che anche gli strumenti che derivano dai contratti e dalle convenzioni possano aderire meglio alle esigenze delle singole realtà territoriali".

Ma cosa prevede l'atto inviato al Governo? **Ecco una breve sintesi**

“L’approvazione del Decreto Balduzzi, oltre alla necessità di rivedere gran parte dell’impianto normativo degli ACN vigenti, ha aperto e stimolato tra le regioni, anche in considerazione delle esperienze nazionali ed internazionali in atto, una profonda riflessione sulla necessità di rivedere e riorganizzare il modello assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale, nella parte che riguarda l’assistenza territoriale”.

Si apre così la premessa alla bozza dell’Atto di indirizzo per le convenzioni che domani sarà all’esame della Conferenza dei Presidenti delle Regioni.

Nel documento è poi sottolineata la necessità di “una profonda revisione del modello assistenziale territoriale che, facendo affidamento sui medici convenzionati, promuova, diversamente da quanto già succede, l’erogazione dell’assistenza primaria con modalità multiprofessionali ed integrate”.

“I medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta – sottolinea il documento - pur mantenendo il fondamentale rapporto fiduciario con i propri assistiti, dovranno essere inseriti, così come indicato dalla L.189/2011, in un modello organizzativo definito dalle regioni, che permetta la condivisione delle competenze, una gestione più efficace e più efficiente delle patologie croniche ed un generale miglioramento delle capacità di presa in carico dei pazienti”.

“In sintesi – si legge nell’Atto di indirizzo -, si tratta da un lato, di rivedere e completare le norme vigenti relative alle AFT e alle UCCP, per renderle più rispettose del nuovo testo dell’art. 8, comma 1 del Dlgs 502/92; dall’altro di introdurre e disciplinare nell’ACN della Medicina Generale il nuovo istituto del ruolo unico della medicina generale. Inoltre, i nuovi ACN devono recepire, in modo esplicito e non ambiguo, il principio della obbligatorietà dell’adesione dei medici all’assetto organizzativo e al sistema informativo di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, così come previsto dal punto m-ter del comma 2, art.1 della legge in questione”.

“Tale processo di aggiornamento e integrazione degli ACN vigenti – prosegue il documento - dovrà riguardare anche altri aspetti rispetto a quelli citati, quali ad esempio: rappresentatività e diritti sindacali, modalità di compenso dei professionisti convenzionati, integrazione professionalità per l’assistenza nelle carceri, deve avvenire per tutti i livelli negoziali, senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica”.

“I nuovi principi introdotti nell’art.8 del Dlgs 502/92 chiedono prima agli Accordi nazionali e successivamente a quelli regionali - sottolinea ancora il documento di indirizzo - di delineare un assetto organizzativo dei servizi territoriali delle cure primarie che, per la componente convenzionata, sia strutturato esclusivamente attorno a due forme organizzative, le AFT e le UCCP inserite in una rete di strutture territoriali di riferimento, entro le quali si deve sviluppare l’attività dei vari professionisti, collegate attraverso la programmazione delle attività e la definizione dei livelli di spesa al Distretto sanitario”.

“Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra, assieme a loro pari (nelle AFT) o assieme ad altri professionisti (nelle UCCP), collegati alla rete informatica, al sistema informativo nazionale e al resto della rete dei servizi regionali – insiste il documento - rappresenta il modo per garantire l’assistenza per

l'intero arco della giornata e per 7 giorni la settimana, ridurre il bisogno di impegnare i servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentare l'efficienza complessiva del SSN e quindi operare a favore della sua sostenibilità”.

“Per facilitare il processo di integrazione tra i professionisti convenzionati, in particolare tra i medici di medicina generale, è previsto che si istituisca il ruolo unico della medicina generale, vale a dire uniformi requisiti e modalità di accesso alle funzioni oggi ricomprese in questo settore di attività in particolare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale. Tale processo tuttavia – sottolinea ancora l'Atto - deve avvenire fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali (comma 3, art.1. legge 189/2012)”.

## **Convenzione/2. Ma i medici di famiglia confermano lo stato di agitazione. Intervista a Milillo**

*Giudizio fortemente negativo per il testo dell'Atto di indirizzo. Arrivato con oltre un anno di ritardo e rimasto sostanzialmente invariato rispetto alla bozza di dicembre. Per il segretario generale Fimmg "si parte con il piede sbagliato" e resta da parte delle Regioni "l'atteggiamento arrogante di chi vuole trasformarci in dipendenti pubblici"*

Resta il giudizio negativo per un testo rimasto invariato rispetto alla bozza di dicembre e arrivato con oltre un anno di ritardo. La trattativa parte nel peggiore dei modi a causa dell'atteggiamento arrogante delle Regioni e lo stato di agitazione da parte dei medici di famiglia resta confermato. Questo in sintesi il commento del segretario generale Fimmg, **Giacomo Milillo**, sull'Atto di indirizzo per la medicina generale, la pediatria e la specialistica ambulatoriale.

### **Dottor Milillo come giudica il testo come punto di partenza?**

Innanzitutto va sottolineato che il testo è arrivato con oltre un anno di ritardo. Le Regioni non possono pensare ora di mettersi dalla parte della ragione solo per questo via libera del documento, visto che la colpa di questo ritardo va interamente attribuita a loro. Quanto al giudizio sul contenuto, dato che è rimasto di fatto inalterato rispetto a quello di dicembre, non può che restare fortemente negativo. A questo punto andrò a sedermi al tavolo delle trattative - anche se a noi medici questo atto interessa relativamente, visto che poi conta solo quello che viene firmato - ma di sicuro posso dire che in questo modo si parte con il piede sbagliato.

### **Non le è piaciuto qualcosa in particolare?**

Di certo le Regioni si sarebbero potute risparmiare quell'ultima frase contenuta nella nota stampa (*Il sistema sanitario è ormai saldamente articolato sulle Regioni e quindi è assolutamente naturale che anche gli strumenti che derivano dai contratti e dalle convenzioni possano aderire meglio alle esigenze delle singole realtà territoriali*), da loro firmata. Questo bisogno di ribadire la centralità, a maggior ragione in un momento in cui il Titolo V viene messo in discussione da tutti, mi sembra fuori luogo. Senza contare l'atteggiamento arrogante di chi vuole trasformarci in dipendenti pubblici. Infine, sulla questione delle nuove forme organizzative, tengano ben presente che queste non sono le Case della Salute in stile Emilia Romagna che loro hanno in mente. Non se ne parla neppure.

### **Quindi resta confermato il vostro stato di agitazione?**

Certamente. Non può certo venir meno per un atto di indirizzo, ossia per un atto dovuto da

molto tempo. Non hanno fatto altro che trascurare la medicina generale e disprezzare, per anni, il confronto con noi prendendo decisioni in maniera unilaterale.

## **In Stato Regioni il Fascicolo sanitario elettronico**

*In tutto 30 articoli strutturati in sette Capi che disciplinano, oltre a quando dovrà essere contenuto nel Fascicolo sanitario elettronico, la responsabilità e i compiti dei soggetti coinvolti, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali. Il documento.*

Una delle quattro atout per la sanità inserite in “Impegno Italia”, il programma presentato ieri dal premier Letta per rilanciare il suo Esecutivo, è arrivata sul tavolo della Stato Regioni. Sarà infatti esaminato dai tecnici, nei prossimi giorni, lo Schema di Decreto sul Fascicolo sanitario elettronico (Fse), tassello essenziale per far decollare la sanità elettronica, “necessaria”, come si legge nel documento del Governo, “per rendere facilmente consultabile la storia clinica dei pazienti, eliminare gli sprechi e aumentare la trasparenza nei confronti dei cittadini”.

Il provvedimento ottempera a quanto stabilito nella legge n. 221 del 17 dicembre 2012, e successive modificazioni (misure urgenti per la crescita del paese), in coerenza con le norme sulla privacy.

In tutto 30 articoli strutturati in sette Capi che disciplinano, oltre a quando dovrà essere contenuto nel Fascicolo sanitario elettronico, la responsabilità e i compiti dei soggetti coinvolti, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali, le modalità e i livelli diversificati di accesso al Fse modulandoli secondo le diverse finalità.

L’obiettivo è presentare in modo molto chiaro le disposizioni specifiche per le tre diverse finalità perseguite dal Fse: cura, ricerca e governo.

Nel Fse dovranno essere contenuti uno “zoccolo duro” di dati, uguale in tutte le Regioni (oltre ai dati identificativi dell’assistito, referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, dossier farmaceutico, consenso o diniego alla donazione di organi) e da altri dati integrativi la cui alimentazione è lasciata alle scelte regionali (ad esempio: prescrizioni specialistiche e farmaceutiche, prenotazioni specialistiche e di ricovero, cartelle cliniche, Adi, erogazioni di farmaci, vaccinazioni, certificati medici, esenzioni ecc). Ma il Fse conterrà inoltre un “taccuino personale dell’Assistito” all’interno del quale potrà inserire autonomamente dai e documenti personali sui propri percorsi di cura, effettuati anche in strutture private.

La titolarità del trattamento per finalità di cura compete ai soggetti del Ssn e dei servizi socio-sanitari che prendono in cura l’assistito, presso cui sono redatti i dati e i documenti sanitari che alimentano il Fse. Ma il provvedimento specifica anche diritto dei cittadini che alcuni dati e documenti non possano essere consultati dai soggetti che accedono al Fse. Anzi, per tutelare ancora di più la privacy dell’assistito si stabilisce anche il principio del cd “oscuramento dell’oscuramento”, ossia che quanto accedono ai dati non possono venire automaticamente a conoscenza del fatto che l’assistito ha operato questa scelta.

Per quanto riguarda invece la titolarità del trattamento dei dati per finalità di ricerca questa spetta a Regioni, Province e al ministero della salute, nei limiti delle competenze stabilite dalla legge. Ma a patto che questi dati siano privati dei dati identificativi dell’assistito e “nel rispetto dei principi di indispensabilità, necessità, pertinenza e non eccedenza” delle finalità di ricerca. stesso discorso per il trattamento dei dati per finalità di governo la cui titolarità compete non solo a regioni, province e salute ma anche al ministero del Lavoro e delle

Politiche sociali, sempre nei limiti delle rispettive competenze attribuite dalla legge.

Per monitorare e indirizzare le disposizioni in materia di Fse sarà istituito nell'ambito della cabina di regia del Nsis un tavolo tecnico ad hoc.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **ATTO DI INDIRIZZO Milillo: «Ora si parta davvero con la trattativa. Le Regioni restano autoritarie e arroganti»**

L'atto di indirizzo? Finalmente è arrivato, con gravissimo ritardo. I contenuti? Irricevibili, ma vedremo al tavolo. La partita delle ore sindacali? Un ricatto bello e buono. **Giacomo Milillo**, segretario della Fimmg, il maggior sindacato dei medici di base che ha appena dichiarato lo stato di agitazione, continua a non essere tenero con le Regioni.

#### **Vi piace l'atto di indirizzo?**

Non vediamo l'ora di averlo perché vogliamo iniziare le trattative. Poi è chiaro che sul tavolo andremo a decidere cosa si può fare o non si può fare. È solo l'atto formale di inizio, ed è gravissimo che arrivi con tutto questo ritardo. Se poi non è servito neanche a migliorare il contenuto non partiamo con il piede giusto, ma intanto partiamo.

Le Regioni insistono sulla necessità di decidere in autonomia i nuovi assetti organizzativi. È ridicola l'ultima frase della nota delle Regioni (la riportiamo qui, ndr: «Il sistema sanitario – ha concluso Montaldo – è ormai saldamente articolato sulle Regioni e quindi è assolutamente naturale che anche gli strumenti che derivano dai contratti e dalle convenzioni possano aderire meglio alle esigenze delle singole realtà territoriali») in cui sentono il bisogno di ribadire la loro centralità. C'è da sorridere: o è la solita arroganza o è ingenuità.

#### **Nelle ultime settimane i toni si sono alzati. Sono le normali schermaglie pre-trattativa o qualcosa di più?**

Dipende dall'atteggiamento che assumerà la controparte al tavolo. Certo è che sul piano politico non ci sono schiarite: continua a esserci da parte delle Regioni, soprattutto dell'Emilia Romagna, un atteggiamento autoritario, dirigitico e arrogante che ignora le negoziazioni. Vedremo quale sarà il comportamento della Sisac.

#### **L'atto di indirizzo prevede la rivisitazione di tutte le indennità per finanziare le nuove forme organizzative. Sempre contrari?**

Non se ne parla neppure: è giuridicamente impossibile. Questo dimostra come le Regioni con arroganza viaggino al di sopra del possibile.

#### **Allora da dove si prenderanno i fondi per Aft e Uccp?**

Non servono fondi. Le nuove forme organizzative sono una questione, appunto, organizzativa, e non strutturale: non sono le case della salute che loro pensano di fare. Non possono pensare di costruire i muri con i nostri soldi. Non se ne parla neppure, e lo sanno benissimo. E poi c'è una legge finanziaria che impone una non variazione del compenso del singolo medico. Bisogna avere intelligenza per fare queste cose e non fare solo i ragionieri, con tutto il rispetto per i ragionieri.



### **La questione ore sindacali contribuisce a surriscaldare gli animi.**

Non me ne importa niente. Non è quello il problema. Ormai quella questione ha un suo corso: se le Regioni intendono andremo avanti per otto anni e poi la Cassazione dirà chi ha ragione. Di sicuro finora tre tribunali hanno espresso giudizi diversi e riconosciuto il diritto al pagamento delle ore di sostituzione da parte dell'azienda.

### **Non ne parlerete al tavolo?**

Le Regioni vogliono inserire questo capitolo perché pensano di avere più forza di ricatto nei nostri confronti. La Fimmg non è ricattabile.



**Mediadue Comunicazione**

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584