

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDÌ 17 SETTEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Il braccio amputato ricostruito in 5 ore L'intervento dell'equipe guidata da Peppino Mela è riuscito. Il paziente è un marittimo in servizio sulla nave Moby Otta

Un marinaio in servizio su un traghetto della Moby Lines ha perso l'avambraccio, domenica pomeriggio, per l'improvvisa chiusura di una porta tagliafuoco. I medici del reparto di ortopedia dell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia gli hanno riattaccato l'arto dopo cinque lunghissime ore di intervento chirurgico. Il gravissimo infortunio sul lavoro è accaduto nel tardo pomeriggio di domenica a bordo del traghetto Moby Otta in servizio tra Genova e Olbia, mentre la nave si trovava a quindici miglia del porto gallurese. Uno degli addetti alla sala macchine, un marinaio pugliese di 50 anni, mentre stava attraversando una delle porte tagliafuoco sarebbe rimasto incastrato con l'avambraccio sinistro tra lo sportellone stagno e il battente. La chiusura della porta gli ha amputato l'avambraccio tranciando ossa, tessuti, tendini e muscoli. Il marinaio, subito dopo l'infortunio, è stato soccorso dal medico di bordo che gli ha suturato la gravissima ferita tamponando l'imponente emorragia. Il comandante del traghetto ha quindi chiesto via radio alla sala operativa della guardia costiera di Olbia di poter aumentare la velocità della nave per giungere al più presto in porto, autorizzazione che è stata concessa dai responsabili della capitaneria di Porto. Il trasbordo dalla nave ad un mezzo di soccorso in alto mare sarebbe stato infatti altamente rischioso, considerate le gravi condizioni del ferito. Una volta giunta in porto la nave il ferito, a bordo di un'ambulanza, è stato trasferito nel reparto di chirurgia dell'ospedale di Olbia dove era in attesa dall'equipe guidata dal professor Peppino Mela, che ha diretto e coordinato il delicatissimo intervento. Il braccio del paziente, a 24 ore dall'intervento «è vascolarizzato – ha spiegato il professor Mela – e siamo fiduciosi sulla riuscita dell'operazione. Il paziente – ha spiegato il primario di ortopedia del Giovanni Paolo II – ha avuto l'amputazione sub totale dell'avambraccio sinistro, causato dall'improvvisa chiusura di una porta taglia fuoco che ha completamente distaccato l'arto. L'unica continuità tra avambraccio e braccio era una piccola porzione di pelle, – ha detto il primario. – Tutta la struttura si è immediatamente

attivata e alle 20 di domenica siamo entrati in sala operatoria per sottoporre il paziente ad una rivascolarizzazione dell'arto amputato». Il delicato intervento, concluso all'una del mattino di lunedì 15 settembre, è durata cinque ore. «Con questo primo intervento abbiamo ricostruito al paziente le arterie e la elementarizzazione dei muscoli, in un secondo momento, invece, verrà sottoposto alla ricostruzione dei nervi e dei tendini. A 24 ore dall'intervento l'arto è vascolarizzato e le condizioni cliniche si stanno stabilizzando», ha spiegato il primario. Sul caso la capitaneria di Porto e lo Spresal hanno avviato una indagine, mentre da parte della compagnia di navigazione è stato diffuso un comunicato dove il responsabile dell'armamento, l'ammiraglio Giuseppe Savarese, a nome proprio e dell'armatore Vincenzo Onorato, ha espresso «la vicinanza dell'equipaggio e della compagnia allo sfortunato marittimo rimasto ferito, ringraziando l'equipe medico-chirurgica dell'ospedale Giovanni Paolo II per il rapido e capace intervento».

LA MADDALENA Medico morto, la famiglia chiede giustizia A due anni dal decesso del vice sindaco Michele Secci i parenti attendono il processo: «Non sappiamo più nulla»

Per la morte di Michele Secci, il medico e vicesindaco della Maddalena trovato agonizzante, il 12 settembre del 2012 nell'abitazione di una sua paziente, l'unica indagata resta Gianfranca Poggi, accusata di omissione di soccorso aggravata dalla morte della vittima. La donna, alla quale era stato inviato, un anno fa l'avviso di concluse indagini, attende ancora che venga fissata l'udienza preliminare da parte del gup. «Un processo del quale abbiamo perso le tracce – dice il legale di parte civile, l'avvocato Luca Montella, che assiste la vedova e la figlia del medico deceduto – e del quale non sappiamo più nulla a due anni dal tragico evento». Stando alle notizie si è in attesa che il gup fissi la data dell'udienza preliminare. La vicenda processuale relativa alla tragica fine del medico maddalenino prese avvio nel tardo pomeriggio del 12 settembre 2012, quando il vicesindaco venne trovato, agonizzante, all'interno di un appartamento del centro storico preso in affitto da Gianfranca Poggi, una paziente del medico. Paziente ed amante con la quale il sanitario aveva trascorso una notte di sesso sfrenato, abusando di Viagra e spinelli sino al punto da crollare a terra, alle sei del mattino, dopo che si era alzato dal letto per andare in bagno. Una morte che poteva essere evitata se soltanto fosse stata avvertita, per tempo, l'equipe sanitaria del 118, che avrebbe provveduto a ripristinare i parametri vitali del medico e consentire, con notevolissimi margini di successo, l'intervento neurochirurgico per ridurre l'ematoma cerebrale. Questo quanto appurato dall'inchiesta condotta dal sostituto procuratore della Repubblica di Tempio Angelo Beccu. Una banale caduta accidentale che aveva causato la frattura della base cranica dell'uomo, mandandolo in coma. Un danno cerebrale reversibile, dicono le perizie medico legali disposte sul cadavere dell'uomo e affidate al medico legale Salvatore Lorenzoni, se soltanto si fosse agito per tempo. L'allarme al 118 arrivò oltre 13 ore più tardi, alle 19.40 del pomeriggio, quando alla ricerca del medico si erano messi in tanti, dai familiari agli amici di giunta e partito, carabinieri compresi, i quali avevano localizzato, con le

apparecchiature elettroniche, il segnale trasmesso dal cellulare del medico che proveniva dall'area in cui risiedeva la donna, nel centro storico maddalenino. Gianfranca Poggi, per due giorni, raccontò una montagna di bugie sul motivo della presenza del medico nella sua abitazione, nel vano tentativo di nascondere una notte di amplessi e spinelli che avrebbe destato scandalo nella comunità maddalenina. Michele Secci, un medico stimato e benvoluto nell'arcipelago maddalenino per la sua dedizione al lavoro e l'impegno sociale che lo aveva portato a ricoprire l'incarico di vice sindaco dell'isola, era "scomparso" la notte dell'11 settembre, al suo rientro da un viaggio a Roma.

L'UNIONE SARDA

OLBIA Braccio amputato, riattaccato in ospedale Incidente a bordo del traghetto Moby, vittima un marittimo pugliese

Stava lavorando vicino alla porta a tenuta stagna della sala macchine del traghetto Moby Otta, quando, improvvisamente, il meccanismo ad aria compressa della saracinesca si è attivato e per il marittimo pugliese addetto ai motori della nave, è stato come finire dentro una poderosa morsa. L'uomo, 50 anni, non è riuscito a sfilare il braccio sinistro dalla presa della porta che ha maciullato l'arto. Di fatto il braccio è stato amputato dalle pesanti paratie metalliche. L'incidente sul lavoro è avvenuto intorno alle 18,30 di domenica sul traghetto Moby in navigazione da Genova a Olbia e il marittimo è stato soccorso dai colleghi e curato dal medico di bordo che è riuscito a bloccare l'emorragia. La segnalazione dell'incidente è arrivata al 118 e all'ospedale di Olbia, quando il traghetto era ormai a poche miglia dal porto gallurese. Personale medico, Capitaneria di Porto ed equipaggio della nave hanno lavorato per il trasferimento immediato del lavoratore in Pronto Soccorso. Alle 20 di domenica, il primario di Ortopedia di Olbia, Peppino Mela, ha iniziato un delicato intervento. Un'operazione durata cinque ore. Mela: «Quello eseguito la scorsa notte è un intervento molto impegnativo e delicato, in quanto abbiamo dovuto eseguire una ricostruzione totale in presenza di una maciullazione tessutale estesa, causata da un violento strappo. È ancora presto per esprimere ulteriori pareri, ma siamo fiduciosi nella buona riuscita dell'intervento». La Capitaneria di Porto e lo Spresal della Asl hanno effettuato un'ispezione a bordo, ma non sono stati rilevati problemi di funzionamento delle porte. Una volta dimesso, verrà sentito il marittimo ricoverato. La Moby ha diffuso questa nota: «La Compagnia e l'intero equipaggio esprimono la loro massima vicinanza al collega e ringraziano l'equipe dell'Ospedale Giovanni Paolo II per il rapido e capace intervento».

GIUNTA REGIONALE Eterologa, il piano Nella prossima seduta il sì

La Giunta regionale potrebbe decidere già nella prossima seduta sull'avvio della fecondazione eterologa in Sardegna. Restano però da sciogliere alcuni nodi che riguardano la possibilità di inserire o meno un ticket e di attendere l'approvazione di una norma nazionale.

Secondo quanto si è appreso, gli uffici dell'assessorato alla Sanità hanno già predisposto gli atti propedeutici alla delibera che dovrà essere discussa, in sede politica, dall'esecutivo guidato dal governatore Francesco Pigliaru.

La proposta, che verrà formulata dall'assessore Luigi Arru sul modello della delibera della Giunta della Toscana, conterrà il recepimento del documento della Conferenza delle Regioni con le linee guida sulla fecondazione eterologa, che sarà inserita nei Lea (livelli essenziali di assistenza) per le donne in età fertile. È invece ancora in corso l'approfondimento sulla copertura finanziaria per determinare se la procedura sarà totalmente gratuita o a pagamento attraverso un ticket.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Mille giorni. Renzi alla Camera: “Sui costi standard il Governo è pronto a sfidare le Regioni”

Se fino ad oggi non sono stati fatti, ha spiegato il premier oggi in Aula alla Camera nel corso dell'Informativa urgente sui “Mille giorni” è perché “si è pensato di intervenire in modo centralistico”. Renzi si è quindi detto disponibile a “sfidare” le regioni per “individuare i meccanismi all'interno dei quali la siringa, per fare il solito esempio, costa allo stesso modo”.

Il governo vuole andare avanti sui costi standard e per farlo è disposto a sfidare le regioni anche se l'esecutivo “non ha niente contro le regioni”. Lo ha detto ieri mattina il presidente del Consiglio, **Matteo Renzi**, nel corso dell'informativa urgente sulle linee di attuazione del programma di Governo. Intervento che oggi pomeriggio replicherà anche al Senato.

Palazzo Chigi dunque è favorevole ai costi standard ha detto Renzi in uno dei passaggi del suo intervento, aggiungendo che se “ad oggi non sono stati fatti, è perché si è pensato di intervenire in modo centralistico. Dal nostro punto di vista siamo assolutamente disponibili a sfidare le regioni – anche per dimostrare che non

abbiamo niente contro le regioni – a individuare i meccanismi all'interno dei quali la siringa, per fare il solito esempio, costa allo stesso modo”.

Sul centralismo e sui costi che ha generato in termini di spesa pubblica quindi Renzi ha concluso: “Chi in questi anni ha prodotto il massimo di centralismo, chi in questi vent'anni ha risolto per scelte discutibili singole emergenze municipali, non può venire a dare a noi lezioni oggi su come si amministra la spesa pubblica, avendo contribuito nel corso degli ultimi anni a gonfiare a dismisura l'investimento verso le regioni e verso le realtà territoriali meno inclini ad essere controllate”.

Spending review. Il governo prenda subito 6 miliardi (di sprechi) dalle Regioni tagliandoli dal Fsn di Ivan Cavicchi

Credo che sia ragionevole e responsabile mettere subito a disposizione del governo i 6 mld di sprechi di cui ci parla l'Agens (il governo ne chiede solo 3), perché è dovere di tutti, anche delle Regioni, aiutare il governo a rimettere in moto la crescita in questo Paese, ma chiedendo delle contropartite.

L'articolo di Bissoni pubblicato su [Quotidiano Sanità il 12 settembre](#) si offre, con il suo inconfondibile garbo, come un prezioso postulato politico da cui discutere per tentare, tutti insieme, di uscire dalla solita pantomima dell'orso grasso e impacciato (la sanità) che, ad ogni fiera (legge di stabilità), viene fatto ballare in piazza, da governo e regioni.

Il valore aggiunto del ragionamento di Bissoni non è nella proposta che fa. Egli ribadisce, ma nei confronti del governo, le posizioni del ministero e delle regioni, e chiarisce in modo limpido la loro posizione, ben riassunta nel recente Patto per la Salute. Bissoni ovviamente crede molto:

- nel ruolo delle regioni e avrebbe fatto volentieri a meno della riforma del titolo V; io sono più disincantato e penso che la riforma del titolo V sia necessaria;
- nel Patto per la Salute, anzi ne è stato uno dei fautori, io molto meno ma non posso dargli torto, le regioni sono una realtà e lui ha tentato semplicemente di dare loro una svegliata, è un marginalista efficientista, il cui riferimento teorico resta la riforma ter del 99, cioè crede che per risolvere i grandi problemi della sanità basti amministrare bene e meglio. Io penso invece che la buona amministrazione, quindi la razionalizzazione e l'efficienza, oggettivamente non bastano più, che la riforma ter non è da buttare via ma è superata dai cambiamenti in atto, e che, per difendere integralmente la natura pubblica del sistema da una prospettiva di crescente privatizzazione, bisogna riformare e in fretta il sistema nei suoi razionali di fondo. Queste le tesi di Bissoni:

- esiste il problema degli sprechi che si risolve solo sul piano della buona amministrazione (approvvigionamento, centrali d'acquisto, capitolati ecc)

- gli sprechi li pagano i cittadini, in termini di cattivi servizi

- i cattivi servizi dipendono principalmente da due fattori: l'inefficienza nell'acquisizione di beni e servizi e la scorretta applicazione dei Lea

- la lotta agli sprechi non si fa riducendo il Fsn, cioè con dei tagli ma applicando il Patto per la Salute

Se questo è l'impianto argomentativo di Bissoni ecco le mie osservazioni:

- 1) Il governo e il Senato hanno espresso con la riforma del titolo V un pesante giudizio sulle regioni. La contraddizione, tutta politica, è che il governo mette alla porta la cameriera che rompe i piatti e poi pensa di poterci andare a letto. Il governo, mentre sta ridimensionando i poteri delle regioni, chiede loro di fare ciò che sino ad ora con ben 5 patti non sono riuscite a fare. Ora, alle strette, sembra pentirsene e di nuovo le vuole mettere alla porta. La cameriera giustamente è arrabbiata.
- 2) Il governo ha problemi finanziari di breve periodo, cioè deve fare una legge di stabilità per evitare una pesante manovra. Se il patto andrà a regime e, nonostante il mio scetticismo funzionerà, esso darà risultati di risparmio almeno nel medio periodo (la Lorenzin offre 900 milioni nel 2015), ma il governo ha bisogno subito di disponibilità e di ben altre quantità.
- 3) Il Patto, del quale sono responsabili alla pari tanto il governo che le regioni, è stato sottoscritto sulla base di un presupposto sbagliato che è quello della "crescita che non c'è". Oggi il senso di responsabilità ci suggerisce di correggere questo errore. Siamo in deflazione e questo significa non che non si debba finanziare il Ssn perché cala il Pil, ma che si debba finanziarlo in altro modo, rifinanziando il Pil con meno spesa sanitaria per non appesantire la spesa pubblica
- 4) L'unico modo ragionevole di fare questo senza minimamente toccare i diritti è distinguere la spesa sanitaria buona da quella cattiva. Quella buona certamente va amministrata come dice Bissoni, per cui va bene il marginalismo della spending review, ma quella cattiva va solo estirpata con energia determinazione e tempestività.
- 5) Ne consegue che dire, come fa Bissoni, che non bisogna ridurre il Fsn con i tagli è ingannevole, perché in quel fondo c'è il buono e il cattivo. Bisognerebbe dire che il buono non va tagliato, ma il cattivo sì.
- 6) Se i tagli lineari sono finalizzati solo a tagliare il cattivo, io che non ho mai amato la logica lineare applicata alla sanità sono d'accordo con i tagli lineari, cioè non li demonizzerei, anche perché sono gli unici strumenti che nel breve possono dare una mano al governo.
- 7) Se avessimo delle Regioni più credibili e con un pensiero riformatore, si potrebbe fare con loro un accordo sulla riconversione della spesa, ma francamente non è aria, per cui i tagli lineari per la spesa cattiva sono quasi obbligatori.
- 8) Dicevo che la credibilità media delle regioni è discutibile, ma non solo per i loro diffusi comportamenti immorali sui quali la magistratura sta indagando, ma perché l'esperienza dei "piani di rientro" dimostra che la riduzione della spesa si ottiene in modo coercitivo, sospendendo la sovranità regionale (commissariamenti) e sottoponendo le regioni ad un ferreo controllo finanziario.
- 9) Il guaio, e lo ammette anche Bissoni, è che per spendere meno le regioni penalizzano la qualità dei servizi, cioè in realtà esse non tagliano sulla spesa veramente cattiva ma sulla funzionalità del sistema, il che vuol dire che non basta un ferreo controllo sui conti, ma c'è bisogno di un altrettanto ferreo controllo sulla qualità dei servizi. E' necessario quindi istituire una authority di garanzia qualificata fatta da esperti, dagli operatori dei servizi e dai cittadini, per vigilare sulla reale e corretta applicazione del Lea, sul funzionamento dei servizi e sulle organizzazioni del

lavoro.

10) Si tratta di fare in modo che le Regioni, costrette dai tagli lineari, siano obbligate a intervenire solo sulla parte cattiva della spesa, salvaguardando per intero la parte buona. E' inutile dire che un disegno del genere renderebbero del tutto inutili ticket ed altre vessazioni al reddito delle persone malate.

11) Bissoni ritiene che quella che io definisco "spesa cattiva" siano gli sprechi, mentre io sostengo che gli sprechi sono solo una parte di essa, e che il vero problema, non solo della sanità ma del paese, è un genere di corruzione strutturale che sta avvelenando i sistemi pubblici, ingigantendone i costi, e che in quanto tale andrebbe affrontata .

12) La lotta agli sprechi sicuramente può liberare risorse importanti ma la lotta alla corruzione ha una valenza riformatrice molto più vasta perché è in grado di risanare un sistema alla radice, riportando i suoi costi alla loro fisiologica normalità

13) Se è vero, come io credo, che gli sprechi sono una forma ordinaria di corruzione, allora la via amministrativa di Bissoni, il suo marginalismo, il Patto per la Salute, la difesa indifferenziata del Fsn, non bastano più. Serve un accordo politico contro la corruzione. Per i disonesti non serve la spending review, ma una 'giustizia lineare' molto ben affilata.

14) Resta il problema di definire le dimensioni finanziarie degli sprechi e della corruzione cioè, l'entità possibile del risanamento sul quale fare leva per dare una mano al governo. L'Agenas, di cui Bissoni è presidente, ci ha informati qualche mese fa che gli sprechi in sanità ammontano a circa 6 mld. Tuttavia, mettendo insieme le varie fonti ufficiali (corte dei conti, fiamme gialle, commissioni di inchiesta ecc) e considerando tutti i principali fattori di corruzione, abusi, improprietà, danni erariali, non è esagerato dire che rispetto all'entità del fondo attuale la "mala gestio" delle regioni e delle aziende costituisce, per quello che è dato di sapere, presuntivamente almeno un quarto dell'intera spesa sanitaria. Ribadisco: per quello che è dato di sapere, cioè per quello che si è scoperto sino ad ora

15) So da me che sarebbe velleitario pensare di poter riconvertire "a mani nude" nel breve periodo un quarto della spesa sanitaria complessiva, per cui bisogna abbassare il tiro. Credo che sia ragionevole e responsabile intanto mettere a disposizione subito del governo i 6 mld di sprechi di cui ci parla l'Agenas (il governo ne chiede solo 3), perché penso che è dovere di tutti, anche delle regioni, aiutare il governo a rimettere in moto la crescita in questo paese, ma chiedendo delle contropartite. Le Regioni quindi facciano un atto di governo e si dichiarino disponibili ad anticipare gli effetti del Patto per la Salute, riducendo il Fsn di 6 mld, e quindi impegnandosi a compensare la riduzione del fondo, come suggerisce Bissoni, con la spending review. Nel frattempo il governo vari da subito un piano anticorruzione con l'obiettivo di risanare la sanità in tre anni.

Scrivo Bissoni, con la sua consueta onestà intellettuale, riferendosi agli sprechi: "che il problema vada affrontato è chiaro, anzi, i ritardi accumulati sono insostenibili, meno chiara è la strategia da seguire per realizzare l'obiettivo. Strategia che in questi anni è mancata nei troppi soggetti preposti, da quelli nazionali a quelli regionali". Sono interamente d'accordo con lui. Ormai, come sostengo da tempo, i ritardi sono il

vero problema della sanità pubblica. Questi ritardi, che sono degli uomini che governano la sanità e cioè del “riformista che non c’è”, sono culturali, progettuali, riformatori, e stanno mettendo sempre più a rischio la natura pubblica del sistema. Devo a questo punto ricordare che anche la sanità ormai non può essere ripensata come se fosse in un vuoto europeo. Ormai la posizione dell’Europa e della Bce nei nostri confronti è molto chiara: riforme in cambio di maggiore flessibilità e monitoraggio rigoroso sui risultati. Se per la sanità non ci sbrighiamo ad entrare davvero in una logica riformatrice (logica del tutto estranea al Patto per la Salute e alla logica marginalista della spending review), la sua riforma probabile sarà solo una sua ulteriore privatizzazione.

Per evitare di perdere la sanità pubblica, **questa è la mia proposta:**

- il governo si prenda da subito 6 mld dalle Regioni tagliandoli dal Fsn
- istituisca l’authority di garanzia per la difesa dei servizi
- sblocchi in modo discreto contratti e turn over,
- deleghi al Ministero della Salute la presentazione, entro tre mesi, di un progetto di riforma dell’attuale sistema di tutela,
- apra un tavolo di confronto con tutti gli autori di sanità pubblica
- legiferi con procedura d’urgenza le scelte riformatrici fatte

Ivan Cavicchi

Speciale Easd 2014. Ecco esami e farmaci inutili da tagliare. Le indicazioni dei diabetologi al ministro Lorenzin

Per recuperare risparmi basterebbe tagliare farmaci inutili a cominciare dagli inibitori di pompa protonica per finire agli esami per il dosaggio della vitamina D per il quale si stima si spendano 15-20 mln di euro l’anno. La spending review secondo diabetologi e associazioni di pazienti lanciata in occasione del 50° Congresso Easd a Vienna.

Anche se la coperta economica è sempre più corta, si può fare molto per poter evitare tagli lineari e offrire ai pazienti terapie efficaci e farmaci di ultima generazione.

Basterebbe iniziare a eliminare medicinali ed esami di laboratorio inutili. Quali? Gli inibitori di pompa protonica in primis, farmaci sicuramente non indispensabili per tutti i pazienti che li assumono. Mentre sul fronte degli esami di laboratorio basterebbe dare una sforbiciata a quelli per i dosaggi della vitamina D per i quali si stima si spendano in Italia 15-20 milioni di euro l’anno.

E ancora, risparmi pari a ben 132mln di euro potrebbero arrivare se si applicasse un prezzo di riferimento unico per gli strumenti di autocontrollo della glicemia.

Le indicazioni “taglia sprechi” rivolte all’indirizzo del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin sono arrivate dal 50° Congresso Easd organizzato a Vienna dal 15 al 19 settembre.

Nel corso di una conferenza stampa congiunta, la Società italiana di diabetologia (Sid), Diabete Italia e l’Associazione medici diabetologi (Amd) hanno messo, infatti,

sul piatto la loro ricetta per uscire dalla crisi e recuperare fondi per offrire un'assistenza d'eccellenza alle persone con diabete, e non solo.

“Il ‘tutto a tutti’ non può più essere garantito da tempo – ha detto **Enzo Bonora**, presidente della Sid – e l'unica ricetta possibile per continuare ad assicurare agli italiani un'assistenza sanitaria di alto livello, ma allo stesso tempo sostenibile, sta nell'appropriatezza prescrittiva. Un passaggio essenziale soprattutto quando c'è la necessità di poter accedere a nuove terapie farmacologiche più efficaci ma anche più costose. Per far questo dobbiamo tagliare gli sprechi per poter liberare quelle risorse che consentiranno di accedere alle terapie più opportune. E per trovare spese di dubbia utilità non bisogna andare troppo lontano. Quante persone stanno utilizzando inibitori di pompa protonica, tra i farmaci maggiormente utilizzati in Italia, senza una chiara necessità di farlo? Troppi. Altro esempio, per i dosaggi di vitamina D si spendono ogni anno cifre in eccesso, per un esame inappropriato”.

Dosaggio della vitamina D, 20 milioni di euro l'anno sprecati. Nell'arco degli ultimi anni nel mondo si sono moltiplicati gli studi sull'associazione tra carenza di vitamina D, malattie cardio-vascolari, tumori e diabete. Si tratta per ora di studi osservazionali mentre mancano ancora le prove (gli studi sono ancora in corso) di benefici derivanti dalla supplementazione di vitamina D. Ma ha aggiunto il presidente della Sid: “Riteniamo che in questo momento nella pratica clinica si stia facendo un ricorso inappropriato di questi dosaggi e che questo genera anche la spesa conseguente alla supplementazione con vitamina D”.

E questa corsa al dosaggio della vitamina D comporta una spesa non trascurabile: “Solo nell'Ospedale universitario di Verona, presso il quale lavoro, si spendono ogni anno 200 mila euro per dosare la vitamina D. Una somma che riferita al Veneto consiste in non meno di 2 milioni di euro l'anno ed estrapolato all'Italia a circa 20 milioni di euro l'anno”.

Cifre iperboliche, se si pensa che la spesa per questi dosaggi in moltissimi casi di dubbia utilità ammonta a un terzo del tetto di spesa, fissato dall'Aifa, per le iniezioni orali.

Le analisi di laboratorio. Quello della vitamina D non è naturalmente l'unico esempio di spesa inutile nel capitolo ‘analisi di laboratorio’. La lista è lunga e altri esempi – alcuni dei quali riguardano da vicino l'area del diabete anche se spesso sono prescritti da non diabetologi – sono rappresentati dai dosaggi di insulina, peptide C, lipoproteina(a) [Lp(a)], omocisteina, fibrinogeno, proteina C reattiva (Pcr). Tutti esami costosi che andrebbero richiesti in casi limitati dallo specialista in contesti specifici e con motivazioni cliniche mirate ma che vengono invece prescritti spesso, con un grande spreco di soldi, visto che non aggiungono nulla all'inquadramento clinico o alle scelte terapeutiche.

“Con questo non vogliamo certo dire che i controlli di laboratorio siano tutti inutili e da tagliare – chiarisce Bonora – Tutt'altro! L'appello, anche in questo caso è all'appropriatezza. Anche perché, a fronte di sprechi certi e documentabili, ci sono anche molte ‘inadempienze’. Può essere inappropriato sia il prescrivere che il non prescrivere. Molto spesso le persone con diabete sono sottoposte a monitoraggio inadeguato di esami essenziali, quali l'emoglobina glicata, la creatinina, il profilo

lipidico, la microalbuminuria".

Autocontrollo glicemico. Con prezzi unici di riferimento risparmi per 132 mln di euro.

E la spending review secondo i diabetologi non si ferma qui. Se si uniformasse i prezzi di riferimento per l'acquisto degli strumenti di autocontrollo della glicemia si risparmierebbero ben 132 mln di euro l'anno. A presentare la stima del possibile taglio di spese, **Salvatore Caputo**, presidente di Diabete Italia che invita il ministro a intervenire sulla materia in tempi strettissimi.

“Abbiamo presentato al ministro un calcolo di quanto si può recuperare il rimborso delle strisce e lancette pungidito uniformando al prezzo più basso – ha spiegato Salvatore Caputo – arriveremmo a risparmiare ben 132 mln di euro l'anno.

Basterebbe guardare a quanto realizzato in regione Toscana. Per questo chiediamo di adottare una tariffa di rimborso nazionale, unica e sostenibile, evitando il ricorso alle gare. Ma anche di istituire un'Authority nazionale che garantisca sicurezza e definisca la tariffa di rimborso oltre a distribuire gli strumenti per l'autocontrollo nelle farmacie territoriali”.

Ma non solo, Diabete Italia, chiede anche a Ministro e Regioni di avere una uniformità di accesso alle cure per i pazienti diabetici su tutto il territorio nazionale e di lasciare nel mercato italiano solo gli strumenti affidabili e sicuri.

Malattia di Cushing. Anipi: “E' on-line la prima web-community italiana dedicata ai pazienti”

Informazioni sulla malattia ma anche video e racconti dei pazienti e un forum per condividere esperienze e difficoltà: la web-community appena inaugurata sul sito anipi-italia.org è tutto questo ed è stata realizzata, in collaborazione con Novartis, per dare supporto ai pazienti e ai loro familiari.

Condividere le informazioni e le esperienze di vita quotidiana, come le gioie e i dolori, è fondamentale, soprattutto quando si è affetti da una malattia rara come quella di di Cushing. E' questa la ratio che ha ispirato la creazione della prima web-community dedicata alle persone con questo tipo di patologia, il cui fulcro è rappresentato dal forum di discussione all'interno del quale i pazienti o i loro familiari potranno confrontarsi sul proprio percorso diagnostico e terapeutico. Una sezione della community è dedicata alle testimonianze, in forma di video e brevi racconti.

“Ogni giorno le associazioni dei pazienti si confrontano con una crescente richiesta di informazioni da parte dei propri iscritti – racconta **Fabiola Pontello**, presidente Anipi Italia – La natura delle richieste varia da esigenze personali a notizie di ordine più generale”.

La malattia di Cushing, è una malattia rara legata a un difetto dell'ipofisi, che colpisce quasi sempre le donne con un pesante impatto sulla qualità di vita. La causa è la presenza di un adenoma ipofisario, un tumore benigno dell'ipofisi, che determina la produzione in eccesso di un ormone chiamato ACTH, deputato a stimolare le ghiandole situate in prossimità dei reni, le ghiandole surrenali che, a produrre

cortisolo.

Quando viene rilasciata una quantità troppo elevata di ACTH, l'eccesso di cortisolo prodotto dalle ghiandole surrenali iperstimolate dà luogo a una serie di segni e sintomi che includono alterazioni e disturbi a livello corporeo e fisico ma anche della sfera comportamentale, sessuale e psichica.

Per questo l'impatto sulla qualità di vita del paziente è molto pesante. L'evidenza dei cambiamenti fisici e la perdita di autonomia generano, infatti, frustrazione, ansia, rifiuto di se stessi e senso di colpa.

“L'esigenza di creare uno spazio web ad hoc per le persone che sono colpite dalla malattia di Cushing – spiega ancora Pontello – deriva dal fatto che si tratta generalmente di pazienti giovani, che utilizzano il web per cercare risposte e potersi confrontare con altre persone che stanno affrontando il loro stesso percorso. La scelta di puntare sul web è dovuta anche al fatto che le persone colpite dalla malattia di Cushing, per le trasformazioni fisiche che subiscono a causa della malattia, accentuate nella maggior parte dei casi da una diagnosi tardiva, tendono ad isolarsi e ad utilizzare il computer come strumento principale di relazione con il mondo”.

Nelle malattie ipofisarie la diagnosi precoce è un fattore chiave per ridurre il rischio che si sviluppino complicanze gravi. Quasi tutti i pazienti condividono però l'esperienza di una diagnosi tardiva, a causa della scarsa informazione su queste malattie rare, spesso sottovalutate e non riconosciute.

SOLE 24ORE SANITA'

Ecco il programma per la ricerca sanitaria 2014-2016. Ma incombono i tagli della spending review

Il ministero della Salute pianifica la ricerca sanitaria da qui al 2016. Il 23 settembre approda alla Stato Regioni per il primo esame tecnico il Programma nazionale della ricerca sanitaria 2014-2016 con cui sono fissate priorità e strategie per finanziarie la ricerca corrente e quella finalizzata. Ma sul programma - che non indica le risorse a disposizione - incombe la tagliola della spending review, come ha fatto sapere lo stesso ministro della Salute Beatrice Lorenzin che tra i tagli del 3% ai fondi del ministero annovera anche quelli della ricerca.

Le priorità per i prossimi tre anni. La bozza di programma all'esame delle Regioni prevede innanzitutto che gli obiettivi della ricerca sanitaria siano coerenti con le strategie Ue: dal nuovo programma Horizon 2020 fino al nuovo piano «Salute per la crescita» 2014-2020 da poco approvato da Bruxelles. Ma tra le altre priorità nazionali ci sono anche il «sostegno ai processi di innovazione tecnologica, clinica e organizzativa» (a cominciare dall'Hta, l'health technology assessment), «un'attenzione sistematica al tema del trasferimento delle conoscenze» per favorire la penetrazione nella pratica clinica dei risultati della ricerca e poi azioni per «favorire una migliore percezione del valore della ricerca in Italia». Fin qui le priorità generali a cui

dovranno guardare le diverse ramificazione della ricerca sotto la stella del Ssn (biomedica-clinica; assistenziale-gestionale; sicurezza ambientale e del lavoro; benessere animale; sicurezza alimentare). Priorità su cui lavorerà anche la ex commissione nazionale ricerca sanitaria che secondo il programma avrà due ruoli: quello di indirizzo e di verifica dei risultati.

La divisione delle risorse e la tagliola della spending. Il programma nazionale della ricerca sanitaria in attesa che vengono stanziati le risorse fissa subito alcuni paletti importanti: innanzitutto la divisione del budget complessivo della ricerca che negli anni, va detto, si è assottigliato. La ricerca corrente - quella che finanzia tutti - assorbirà almeno il 55% delle risorse disponibili (in passato la torta si è aggirata tra i 150 e i 200 milioni) e la ripartizione avverrà in base ad alcuni criteri di efficienza: il 40-50% dei fondi saranno attribuiti in base alla produzione scientifica, un altro 30-40% in base ai criteri di appropriatezza, esiti, qualità complessiva e il restante 15-25% sulla base della capacità di operare in rete. Un altro 7% del budget complessivo della ricerca sanitaria sarà destinato agli investimenti in «conto capitale» per investire nell'acquisto di strumenti e apparecchiature per la ricerca. Il resto, il 38% della torta, finirà alla ricerca cosiddetta «finalizzata», quella a bando (nella bozza di programma c'è anche uno schema) che mette in gara in particolare gli Irccs, gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico. L'ultimo bando, quello del 2013, diventato operativo lo scorso giugno ha messo in palio in tutto 76 milioni (di cui una parte destinata ai giovani ricercatori under 40). Ora però sul futuro delle risorse incombe già una certezza, quella del taglio della spending review: «Abbiamo fatto un taglio del 3% al budget del ministero della Salute, non al fondo sanitario. Sono circa 40 milioni», ha spiegato il ministro Beatrice Lorenzin. Che chiarisce come i tagli siano «in parte sul fondo per la ricerca scientifica».

Ocse: in Italia troppa variabilità nell'assistenza sanitaria, «bisogna cambiare rotta»

Ancora troppa disomogeneità nell'erogazione dei servizi sanitari in Italia: urge un cambiamento per una programmazione più efficace. A tirarci le orecchie questa volta è l'Ocse, che in un Report, pubblicato oggi, dal titolo "Variazioni geografiche nell'assistenza sanitaria: cosa sappiamo e cosa possiamo fare per migliorare le prestazioni del sistema sanitario?", segnala una notevole variabilità degli indicatori di attività per l'assistenza sanitaria, indice di un possibile squilibrio nella fornitura delle prestazioni. Il Rapporto prende in esame nove ambiti dell'assistenza sanitaria nel periodo che va dal 2007 al 2011. Indicatori, ampiamente noti a chi segue la politica sanitaria del nostro Paese, in grado di evidenziare queste disomogeneità che si trasformano in prestazioni inappropriate. Per fare un esempio il volume di tagli cesarei, di procedure cardiache e di test diagnostici è almeno il doppio nelle aree ad alta attività rispetto a quelle con bassa attività ospedaliera.

Insomma, a seconda dei casi è possibile intravedere un eccesso di prestazioni potenzialmente evitabili o, al contrario, bisogni non completamente soddisfatti. Solo

conoscendo a fondo queste criticità si potrà mettere mano al cambiamento. Questo nuovo documento è stato realizzato in collaborazione con il ministero della Salute e l'Agens e, oltre a prendere in esame i dati italiani in sé, contiene informazioni utili per la programmazione sanitaria derivanti dal confronto con la situazione riscontrata in altri paesi aderenti, insieme all'Italia, al progetto Ocse "Medical Practice Variation". Tra le soluzioni evidenziate, figurano le politiche di maggior coinvolgimento dei centri di cura (come in Belgio e Canada), degli incentivi finanziari (come in Inghilterra, Francia e Corea), e di maggiore coinvolgimento dei pazienti nel processo decisionale, tramite la isurazione dei risultati post-chirurgici (come in Svezia e Regno Unito).

[Il link al documento](#)

Perché la formazione è un flop L'analisi e le proposte di «Anaa giovani» tra un passato fallimentare e un presente al buio Le priorità: più programmazione, dati certi, nuovo test d'ingresso e teaching hospital

Una riforma del test d'ingresso legata al concetto di numero programmato e a quello più generale di «programmazione». Per offrire un valido sbocco professionale ai camici bianchi e frenare la «fuga» dei giovani. Ridefinire le modalità dei quiz con un'attenzione alla valutazione «vocazionale» e attitudinale, garantendo un rapporto ottimale tra studenti e strutture di formazione e modulato sulle uscite pensionistiche. Puntare sul tirocinio «professionalizzante» e sui teaching hospital per «imparare facendo». Riorganizzare la macchina dei contratti di specializzazione. Il tutto a partire dalla «cultura del dato», che rappresenta l'anno zero da cui ricominciare per analizzare il problema formazione medica in un'ottica di sistema. È la ricetta dell'Anaa giovani, che analizza i come e i perché del flop italiano.

I nodi della formazione medica sono una priorità da affrontare in modo razionale e sistematico. Un esempio di criticità riguarda una possibile riforma del test di ingresso al corso di laurea in Medicina e chirurgia, spesso al centro di discussioni per trasparenza e meritocrazia, sulla base del “modello francese”, ovvero l'apertura del primo anno a tutti gli iscritti lasciando la “selezione” in un secondo tempo. Attualmente l'ammissione al primo anno di Medicina prevede il superamento di un concorso a graduatoria nazionale.

Il test d'accesso dovrebbe essere legato al concetto di numero programmato e a quello più generale di “programmazione”, fondamentali per offrire uno sbocco professionale, e che attualmente mostra un forte gap dato dalla discrepanza tra numero di studenti che accedono alle scuole di Medicina e chirurgia (oltre 10mila e

fino ad almeno 15mila se saranno accolti i ricorsi al Tar) e che si laureano con un trend in aumento fino a oltre 9.000 stimati nell'anno accademico 2016-17 con un tasso di laurea tra l'82-85% e numero di contratti di formazione specialistica che diminuiscono o aumentano sulla base delle risorse economiche disponibili (a oggi 5.504 inclusi i regionali e altri enti, A.A. 2013-14, figura 1).

Pertanto appare assurdo aprire il primo anno di Medicina a tutti quelli che volessero intraprendere la professione, nel 2014 circa 65.000 studenti (dati Cineca). Numeri che potrebbero mettere in seria crisi le università come strutture e ridurre drasticamente la possibilità di accesso a uno studio di qualità. Senza contare che il mancato introito della tassa di iscrizione metterebbe in seria crisi il fondo di finanziamento ordinario destinato alle università.

Mantenere il numero chiuso per un nuovo modello di insegnamento. Da ciò mantenere il numero chiuso sembra fondamentale, ripensato con modalità a test da definire, più inclini a una valutazione "vocazionale" e attitudinale, garantendo un rapporto ottimale tra studenti e strutture di formazione e modulato sulle uscite pensionistiche; si dovranno considerare il numero di docenti, gli standard ospedalieri e l'esigenza di acquisire un'esperienza attraverso un modello di rete formativa che per il percorso di studi pre e post laurea si delocalizzi dall'Università verso determinati Teaching hospital del Ssn.

Dall'analisi dei piani di studio di Università italiane ed europee, si nota un forte sbilanciamento tra preparazione teorica e pratica a sfavore proprio di quest'ultima. L'inserimento del tirocinio definito "professionalizzante" avrebbe lo scopo di ampliare la parte pratica di contatto con il malato (imparare facendo). L'obiettivo è quello di acquisire specifiche professionali in tutti gli ambiti della medicina, che devono essere stabilite e programmate nel corso dei sei anni, uguali per tutti gli studenti e verificate in itinere con prove quali il Progress test.

Resta cogente il precoce inserimento dei giovani medici nel mondo lavorativo attraverso una riforma dell'esame di Stato da svolgersi all'interno del percorso di studio del corso di laurea in Medicina e chirurgia con l'ottenimento di una "laurea in sé abilitante alla professione".

I dati e i costi delle fughe all'estero. Parificare il curriculum di studio italiano con quello dei colleghi del resto d'Europa rappresenta quindi oltre che un controllo sul "prodotto" finale, anche un'esigenza vista una mobilità lavorativa che sta diventando sempre più una realtà o meglio una necessità.

La figura 2 rappresenta il fenomeno della "fuga all'estero", mostrando il rapporto tra i flussi medi annuali di trasferimento all'estero dei medici (dati del Ced FnomCeo 2014 che registra la cancellazione dei professionisti dagli ordini provinciali) e la media annuale dei posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e chirurgia (ovvero i potenziali futuri medici).

Tale prospettiva è da considerarsi approssimativa e fortemente sottostimante i reali flussi esteri in quanto molti professionisti mantengono comunque l'iscrizione al proprio ordine.

Inoltre il ministero della Salute, rilascia annualmente circa 1.000/anno certificati di onorabilità professionale che esprimono quantomeno l'intenzione del medico all'emigrazione in Europa (spesso Francia, Germania, Svezia, Regno Unito, Australia

e altro).

Secondo il Ced FnomCeo il numero complessivo di trasferimenti esteri negli ultimi 5,5 anni (2009-14, per le fasce d'età 25->70) risulta essere stato di 625 medici, pari a una media annuale di 114 unità (il triennio di maggior espatrio è risultato essere il 2012-13-14, con una netta prevalenza delle fasce d'età comprese tra i 25 e i 39 anni, per un totale di 348 unità, figura 3).

Pertanto è verosimile considerare, in quest'ultimo triennio, una migrazione che come numeri si pone intorno alle 674 unità, media tra il rilascio dei circa 1.000 certificati di onorabilità e il dato delle 348 unità nel triennio 2012-14.

La spesa dello Stato per i 6 anni di laurea come Fondo di finanziamento ordinario (Ffo) e per "specializzare" un singolo giovane medico ammonta a circa 24.800 euro e circa 128.000 euro rispettivamente, ovvero circa 152.800 euro per l'intero iter di 11 anni (fonte: IV rapporto costi atenei italiani 2013 di Federconsumatori, statistica Miur e Portali Atenei).

Il concorso nazionale per le scuole di specializzazione medica: modelli a confronto e criticità. È lodevole, come principio ispiratore, il tentativo di riorganizzare l'esame d'ingresso per le Scuole di specialità mediche, attraverso un concorso nazionale (decreto ministeriale 8 agosto 2014, n. 612) e utile la scelta di rideterminare la durata delle scuole di specializzazione dall'anno accademico 2014-15, con facoltà per chi è già nella scuola di optare per il nuovo ordinamento (escluso l'ultimo anno). Si eviterebbero in questo modo contenziosi, verrebbe implementato il numero dei contratti e favorito un ingresso più rapido nel mondo del lavoro.

Purtroppo, per il concorso nazionale di quest'anno per titoli, sede e quiz (110, di cui 70 per la prova generale, 30 per area e 10 per la specifica scuola) viene scelta una metodologia discutibile che mostra numerose ombre, facilmente identificabili: la scelta della scuola di specializzazione e della sede universitaria avviene prima della pubblicazione della graduatoria, i candidati non conoscono come sono suddivise le specialità per aree (medica, chirurgica e dei servizi), la valutazione comparata (riguardo ai titoli) del settore disciplinare cui si riferiscono l'esame o i singoli corsi integrati nelle diverse Università non è omogenea e lascia spazio alla discrezionalità della commissione, il farraginoso scorrimento delle graduatorie che richiede diversi accessi informatici con possibilità di errori di valutazione da parte dei candidati, in particolare quando si parla di "posizione utile" su graduatorie di più scuole, la contestuale presenza di contratti di formazione regionali assegnati a determinate Regioni (nelle quali si è studiato) che possono comportare se non segnalati, scelte di sedi o specialità universitarie non desiderate e a prescindere dal punteggio, la sicurezza del concorso telematico in cui si identifica il candidato con il codice fiscale, l'appalto a "società esterne" per le prove concorsuali con il rischio di "aumentare" le fughe di notizie e con incrementi di spesa e per finire, ma si potrebbe andare avanti, la distribuzione dei contratti di specialità, assegnati attraverso un dato storico che non tiene conto delle realtà territoriali, ma dei soliti Atenei "forti". In questo modo verrebbe a cadere il principio di una competizione tra i migliori centri. Se volessimo considerare le principali specialità (pediatria, medicina interna, geriatria, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia, ginecologia, anesthesiologia, urologia, radiologia, psichiatria, igiene e sanità pubblica) del Sistema sanitario nazionale, noteremmo

come non vi sia alcuna differenza nell'assegnazione negli anni accademici 2010-11, 2011-12, 2012-13 e 2013-14 (figura 4).

Infatti, la distribuzione dei contratti per le principali specialità carenti del Sistema sanitario nazionale (studio Anaa 2014), quest'anno risente di un incremento medio regionale dello 0,7% che al netto dell'esclusione dei contratti regionali (inclusi nei 5.504), si avvicina all'anno accademico 2010-11, dimostrando di fatto una assegnazione storica, per di più sottostimata.

RIFORMA PA/ Incongruenze, pasticci e favori della legge di conversione del Dl 90 Ricambio generazionale addio Il trattenimento fino a 70 anni e l'equivoco dei 65 per rottamare

È approdata sulla Gazzetta Ufficiale (n. 190 del 18 agosto 2014) la legge (11 agosto 2014, n. 114) che ha convertito il decreto 90/2014 sulla pubblica amministrazione. Sono note le vicende legate alla conversione del Dl, dopo che quattro emendamenti sono stati ritirati all'ultimo istante per consentire il rispetto delle coperture e del termine di scadenza - ormai prossimo - del 23 agosto.

La "riforma" della Pa è dunque definitiva, ma con le modifiche apportate somiglia sempre meno a una riforma organica. Infatti sono notevolmente aumentati gli interventi congiunturali e contingenti che non hanno nulla di sistematico e sono stati adottati soltanto per far fronte a vere e proprie emergenze. Per un giudizio più approfondito occorre attendere l'approvazione del Ddl delega di «Riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche» (atto Senato n. 1577).

Per ciò che riguarda il personale e, in particolare, quello delle aziende sanitarie, proviamo a riprendere l'analisi già fatta prima delle ferie e tentiamo di elaborare un primo bilancio della normativa.

All'articolo 1 riguardante il cosiddetto ricambio generazionale non sono state apportate modificazioni ai commi 1 e 2. Di conseguenza resta il trattenimento fino a 70 anni dei dirigenti sanitari - unica tipologia di trattenimento rimasta in tutto il pubblico impiego - in completa contraddizione con le dichiarate finalità dell'articolo che - ricordiamolo - è titolato «ricambio generazionale». Sulla materia le Regioni avevano espressamente chiesto l'abrogazione dell'articolo 22 della legge 183/2010 e i sindacati medici avevano criticato la mancata abrogazione, ma non sono stati ascoltati.

Possiamo ignorare gli articoli 3, 3-bis e 3-ter e prendere atto della soppressione dell'articolo 4 che è stato trasformato in norma a parte. Completamente riscritto è invece il comma 5. Il testo attuale prevede che per procedere alla risoluzione unilaterale del rapporto l'amministrazione debba motivare adeguatamente in ordine alle esigenze organizzative e ai criteri di scelta, garantendo in ogni caso la funzionalità dei servizi.

I destinatari della risoluzione possono essere soltanto i dipendenti che hanno raggiunto - ma senza penalizzazioni - i requisiti per la pensione anticipata. Se si

procede con la risoluzione va dato un preavviso di sei mesi. La novità è che i medici e gli altri dirigenti sanitari (non più soltanto i direttori di struttura complessa, come era stabilito nel Dl) non possono essere “rottamati” prima dei 65 anni, mentre per i “primari” viene eliminato il limite dei 68 anni e si afferma semplicemente che le disposizioni a loro “non si applicano”. E qui sorge il colossale equivoco cui si è già accennato in precedenza e che non è stato corretto in sede di conversione, visto che 65 anni è l’età massima fissata dall’ordinamento per il collocamento a riposo per raggiunti limiti di età.

Viene in tal modo fatta una pericolosa confusione tra gli istituti del collocamento a riposo e della risoluzione del rapporto di lavoro che può ben avvenire prima di 65 anni. Quello che in definitiva si evince è che con un complicato - e scritto malissimo - giro di parole il legislatore ha, in pratica, stabilito che la rottamazione ai medici (e agli altri sanitari) non si applica. Il che, unito alla mancata espressa abrogazione del trattenimento a 70 anni nonché al pasticcio dei 68 anni dei primari, dimostra ampiamente che specificità costituiscano i medici (o, meglio, i sanitari visto che dell’emendamento se ne avvantaggiano anche i biologi, i farmacisti, gli psicologi ecc.), con buona pace delle migliaia di medici disoccupati che speravano nel “ri#cambio generazionale” al quale è dedicato l’articolo 1. Nel caos degli emendamenti è stata però commessa una leggerezza terminologica perché la non applicabilità della risoluzione viene stabilita per «i responsabili di struttura complessa» senza specificare - come si dovrebbe poter intuire - del ruolo sanitario: dunque, anche un direttore di Sc professionale, tecnico o amministrativo può rimanere fino a 68 anni? Il dato letterale è inequivocabile, al di là del refuso formale che li definisce «responsabili» e non «direttori». Rispetto al testo originario del decreto legge è stato sostituito l’intero comma 11 dell’articolo 72 della legge 133/2008, chiarendo in tal modo che la rottamazione non scadrà più a dicembre 2014, ma diventa una disposizione ordinamentale a regime.

Proviamo a riassumere: il trattenimento per un biennio è stato abolito, i 40 anni effettivi per i dirigenti sanitari sono rimasti, la rottamazione è stata rimodulata in quattro (apparenti) fattispecie: comparto e dirigenti Pta non di Sc, dirigenti sanitari non di Sc, dirigenti Pta di Sc, dirigenti sanitari di Sc. In realtà, però, se è vero che un primario non può essere rottamato nulla impedisce che venga collocato a riposo per raggiungimento del limite massimo di età di 65 anni (sempreché non chieda il trattenimento ex lege 183).

Nell’articolo 3 è stata inserita una serie di norme a tutela del turn over delle più svariate categorie e settori, ma per la sanità non viene detto nulla.

L’articolo 4 risulta sostanzialmente uguale con una modifica formale - che a mio giudizio peggiora molto il contenuto - e una giusta modifica sostanziale. La prima è quella di aver sostituito tra le indicazioni del bando di mobilità «i criteri di scelta» con «i requisiti e le competenze professionali richieste»: la scelta dei potenziali candidati al trasferimento sarà molto più discrezionale e la trasparenza sparisce del tutto. La seconda riguarda la mobilità obbligatoria dei dipendenti con figli sotto i tre anni che potranno essere trasferiti solo con il loro consenso.

Il comma 1-bis prevede la riqualificazione dei dipendenti trasferiti ma è in palese

contraddizione con il comma precedente laddove si prevede nel bando l'indicazione delle competenze professionali richieste. La questione non è formale ma testimonia la confusione con la quale è stata costruita la norma: se vengono cancellati i criteri di scelta e si dice che il bando prefigura il candidato ideale che senso ha che costui una volta trasferito venga riqualificato se è stato scelto proprio perché era in possesso dei requisiti e delle capacità? Avrebbe una sua logica se la riqualificazione riguardasse la mobilità obbligatoria ma il comma 1-bis tratta proprio di quella volontaria.

Il comma 2 dell'articolo 4 è stato riscritto in modo più lineare ma il contenuto sostanziale non cambia; sparisce però il riferimento all'unità produttiva e il trasferimento - vista la non applicabilità del terzo comma dell'articolo 2103 del codice civile - può avvenire senza alcuna motivazione di natura organizzativa o produttiva. In applicazione del comma 3 attendiamo per il 10 ottobre la tabella di equiparazione dei profili.

Nell'articolo 5 viene precisato che il demansionamento può riguardare un solo livello inferiore e viene previsto che il dipendente demansionato può essere ricollocato nella qualifica originaria anche con mobilità volontaria (ma allora si doveva modificare opportunamente anche l'art. 30 perché la mobilità può avvenire soltanto tra profili corrispondenti).

L'articolo 6 tratta del divieto di conferire incarichi a ex dipendenti. Gli emendamenti hanno attenuato il rigore precisando che le deroghe al divieto riguardano gli incarichi gratuiti ma ora anche quelli con il solo rimborso spese. L'emendamento è stato proposto dalle Regioni e con tutto quello che è accaduto in questi ultimi anni con i rimborsi forse sarebbe stato opportuno evitarlo.

Relativamente all'articolo 7 viene confermato in blocco il taglio delle prerogative sindacali se non per un incomprensibile cambio della parola «riduzione» in «ridefinizione», salvo poi nel comma successivo trovarne una terza: «ridefinizione». Inoltre resta del tutto irrisolta dalla legge di conversione la questione del taglio dei permessi destinati alle Rsu che, invece, ha trovato una soluzione positiva (nel senso che i permessi spettanti alla Rsu non si toccano) nella circolare n. 5 del 20/8/2014 del ministro della Pubblica amministrazione.

Si possono commentare insieme gli articoli 9 e 13 perché trattano di due incentivazioni di natura molto settoriale che a giugno erano state soppresse brutalmente con il rischio di generare più guai che benefici. Per gli onorari degli avvocati due sono gli aspetti innovativi: il primo è la fissazione del tetto di 300.000 euro alle retribuzioni, comprensive degli onorari, degli avvocati pubblici e, inoltre, il complesso degli onorari non può superare il trattamento economico complessivo ordinario. Il secondo è che la percezione degli onorari in caso di compensazione delle spese o di transazioni è congelata nei valori del 2013. Ma quest'ultima formula di evidente compromesso si applica «in base alle norme regolamentari o contrattuali vigenti» e, quindi, per la dirigenza professionale delle aziende sanitarie la percezione dell'onorario può avvenire soltanto quando la controparte soccombente è condannata alle spese, in pratica cioè quando non risulti alcun onere a carico del bilancio (vedi il chiaro disposto dell'articolo 64, comma 2, lettera a), del Ccnl del 5 dicembre 1996). Anche gli incentivi alla progettazione hanno trovato una svolta positiva con alcune sensate modifiche: il fondo da distribuire passa in pratica dal 2% all'1,6 per cento

(come valori massimi) e - precisazione sacrosanta - non vale per le attività manutentive (di qualsiasi genere). Anche il rapporto con il rispetto dei tempi e dei costi di realizzazione è positivo.

Infine viene fissato un tetto annuo di percezione di incentivi nella misura del 50% del trattamento economico complessivo dell'interessato. Se si fosse prevista una disposizione relativamente alla compatibilità di queste attività in orario di lavoro e alla rinuncia da parte dei beneficiari alla produttività "normale" (quella cioè che grava sui fondi contrattuali) la norma sarebbe stata perfetta. Anche una precisazione sulla imputabilità dell'Irap sarebbe stata utile, viste le annose diatribe del passato. Il giudizio positivo è attenuato da una gaffe terminologica che fa sorridere: i criteri di ripartizione del fondo sono definiti in «contrattazione decentrata e integrativa», locuzione non soltanto ridondante ma anche grossolana: la contrattazione di II livello si è chiamata decentrata fino al 1999 e successivamente la denominazione ufficiale è divenuta "integrativa". Va da sé che questo contratto integrativo deve essere stipulato sia al tavolo del comparto che a quello della dirigenza Spta.

L'articolo 11 conteneva il comma 3 che aveva dato adito a letture contrastanti. Gli emendamenti hanno chiarito due cose: che l'articolo 15-septies è una «disposizione normativa di settore riguardante incarichi della medesima natura» e che va fatta una selezione pubblica. Però tutto il beneficio del chiarimento viene annullato dal farneticante richiamo all'articolo 110 del decreto 267/2000 che, ovviamente, con la dirigenza Pta del servizio sanitario nazionale non c'entra niente (ma neanche con la dirigenza regionale). Se la volontà del legislatore era quella di impedire la pericolosissima chiamata intuitu personae, c'erano ben altri modi per scrivere la norma. Ciò che in buona sostanza risulta dal lungo articolo 11 è che la percentuale di contratti conferibili con l'articolo 15-septies a dirigenti Pta passa dal 5 al 10 per cento.

Infine l'articolo 27 chiarisce che l'esenzione dall'obbligo di avere una polizza assicurativa per i medici in attività istituzionale pubblica vale anche per la libera professione intramuraria. A questo articolo viene aggiunto un comma 1-bis dove si obbligano tutte le aziende sanitarie - ma anche tutti i soggetti privati accreditati o meno che erogano assistenza - a dotarsi di polizza assicurativa per la Rct e la Rco ovvero di «altre analoghe misure»; questa oscura formulazione si riferisce a tutte quelle - ormai numerose - Regioni che hanno introdotto la cosiddetta autoassicurazione.

DOCTOR33.IT

Studi di settore, Falconi: per Mmg si riaprono spazi di libera professione

Lo stipendio del medico di famiglia potrà non cambiare se ha più personale. Potrà anche essere problematico utilizzare i collaboratori come parametro di ricchezza. Ma

gli studi di settore sono un'arma della collettività contro l'evasione fiscale e non vanno toccati. Lo afferma in sostanza il Tar Lazio nel respingere, con sentenza 9339 depositata il 3 settembre scorso, il ricorso Fimmg di un anno fa contro l'obbligo dei Mmg di rispondere agli accertamenti parametrici del Fisco. L'interesse pubblico a individuare i contribuenti infedeli e le fonti di reddito sottratte all'imposizione tributaria "appare prevalente sulle difficoltà derivanti dall'applicazione dell'istituto". Replica **Maurizio Di Marcotullio** consulente della Commissione Fisco Fimmg con tre argomenti: la conclusione del Tar non ha una reale giustificazione giuridica; gli studi di settore sono considerati dalla stessa Agenzia delle Entrate strumento obsoleto nella lotta all'evasione; infine, per una categoria il cui reddito deriva in media per oltre il 90% dalla convenzione con il servizio sanitario, applicare gli studi è distorsivo.

Ma al medico di famiglia conviene sottolineare che la sua quota libero professionale è residuale o non conviene piuttosto anche in termini d'immagine investire sul proprio essere libero professionista? «A mio avviso, chi pensa di risparmiare sullo studio di settore e sull'Irap fa un ragionamento pericoloso. Alla fine, lo stato potrebbe toglierci l'Irap e darci una maggiore subordinazione ma a fronte di un contratto sempre più limitante e inadatto a premiare il merito», dice **Mario Falconi**, presidente del Tribunale dei diritti e doveri del medico, già segretario Fimmg tra il 1995 e il 2006. Che ritiene utile puntare sul ruolo giuridico libero professionale «La quota di libera professione del Mmg è stata sempre più irreggimentata nelle varie trattative, ma oggi dobbiamo chiederci se la nostra attività si esaurisca nel convenzionamento; i tagli crescenti al servizio sanitario preludono a un ritrarsi dei livelli essenziali di assistenza. Non credo che in prospettiva il Ssn possa offrire tutti i servizi di cui hanno bisogno i nostri pazienti. E se vorremo aiutarli dovremo attrezzarci anche in un ambito extra-convenzionale, con accordi con mutue integrative o in libera professione, da soli o attraverso le cooperative di medicina generale, appunto enfatizzando i nostri aspetti libero professionali».

Raddoppio spesa ospedaliera, Iommi (Cergas): «Aspettiamo consuntivo di fine anno»

L'allarme che si evince dai dati di monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera forniti per il primo semestre 2014 dall'Agenzia del farmaco va rivalutato con dati di consuntivo: è il suggerimento che arriva dall'economista **Claudio Jommi**, coordinatore dell'Osservatorio Farmaci del Cergas dell'Università Bocconi. Premessa: secondo i dati "parziali" Aifa, se si proiettasse a tutto quest'anno lo sfondamento del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera (750 milioni nei primi sei mesi), il "rosso" sarebbe pari a 1,5 miliardi di euro, un po' meno del doppio degli 880 milioni registrati nell'intero 2013, al lordo dei pay-back versati dalle imprese farmaceutiche a beneficio delle Regioni, pay-back non ancora quantificati nel primo semestre 2014. «Per quanto l'aumento dello sfondamento del tetto di spesa fosse previsto, i dati del primo semestre 2014 fanno ipotizzare un aumento più consistente», ammette Jommi. Ma aggiunge: «Si tratta però di dati ancora parziali, da

verificare con quelli a consuntivo, sulla base dei flussi della tracciabilità riferiti al complesso degli acquisti diretti da parte delle aziende sanitarie, dei dati su distribuzione diretta e per conto dei farmaci in Fascia, dei dati di spesa per farmaci in Fascia C e C-bis usati in ambito ospedaliero e, per differenza, del dato riferibile alla spesa farmaceutica ospedaliera». «Non sempre – prosegue Jommi- i trend dei primi sei mesi si riflettono esattamente sui successivi: nel 2013, ad esempio, sembrava che la spesa per farmaci in distribuzione diretta e per conto fosse stabile o in leggera diminuzione (cosa che anche i dati del primo semestre 2014 fanno intravedere), ma a fine anno – come era prevedibile e come anche per il 2014 probabilmente accadrà – tale spesa è complessivamente cresciuta. Si tratta comunque di dati rilevanti, considerando che, nonostante l'aumento del tetto sull'ospedaliera dal 2013, di fatto quasi tutte le regioni sembrano confermare uno sfioramento del tetto anche per il 2014. Considerando che diversi nuovi farmaci lanciati sul mercato sono utilizzati in ambito ospedaliero, è importante valutare se tale tetto sia coerente con una programmazione ragionevole della spesa e, comunque, aspettare i dati di consuntivo».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS

ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584