

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
19 MAGGIO 2014

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Fnomceo. Per i medici arriva il nuovo Codice: "Diagnosi e prescrizione sono atti medici"

Dopo una lunga votazione, che ha vagliato i molti emendamenti, il nuovo Codice è stato approvato con una larga maggioranza dal Consiglio nazionale della Fnomceo, con 10 voti contrari e 2 astenuti sui 106 rappresentanti degli Ordini provinciali. Confermati i cambiamenti annunciati nei giorni scorsi e integrato l'articolo 3 che ribadisce le competenze del medico su diagnosi e prescrizione.

La parola "paziente" non è sparita dal Codice di Deontologia Medica approvato oggi a Torino dal Consiglio nazionale della Fnomceo, ma si alterna, nei casi opportuni, con l'indicazione più ampia di "persona" o "persona assistita". Il nuovo testo, votato a larga maggioranza con 10 voti contrari e 2 astenuti sui rappresentanti dei 106 Ordini provinciali, contiene le [novità preannunciate](#) alla vigilia della votazione. Approvata un'integrazione all'articolo 3 che ribadisce le competenze del medico su diagnosi e prescrizione e inseriti 4 nuovi articoli riguardanti la medicina potenziativa, la medicina militare, le nuove tecnologie e i rapporti con l'organizzazione sanitaria.

Lorenzin: "Quella sanità di cui non si parla mai. E che funziona con altissime professionalità"

Abbiamo tantissimi centri di eccellenza che sono un fiore all'occhiello per il nostro Paese. Purtroppo però i media non danno molta attenzione agli aspetti positivi della sanità, non si sottolineano quasi mai le grandissime qualità del nostro sistema sanitario. Invece è importante che di salute si parli come di un valore e non solo come di un costo

Sin dal primo giorno del mio mandato governativo ho lavorato sodo con un solo obiettivo: dare risposte alle esigenze degli italiani. L'ho fatto affrontando i problemi della sanità che, accanto alle mille questioni quotidiane, impongono una visione strategica per il futuro.

In questi mesi ho visitato tante strutture sanitarie e tanti ospedali in tutta Italia, anche con blitz inattesi. L'obiettivo era quello di conoscere l'operatività delle strutture, raccogliere eventuali criticità dalla viva voce di operatori e pazienti per cercare di capire quali fossero le azioni più utili per giungere al loro superamento. E' stata per me una grande opportunità.

Ho potuto verificare che abbiamo tante strutture in cui operano operatori sanitari di altissima professionalità. Medici e infermieri che svolgono un ruolo fondamentale non solo

perché curano i pazienti, perché salvano le vite, ma anche perché affiancano alle loro competenze scientifiche una grandissima umanità: incoraggiano e danno speranza e conforto psicologico a chi si trova ad affrontare un percorso difficile della propria vita quale è quello del confronto con la malattia.

Nel corso di una mia visita al reparto di oncologia pediatrica del Policlinico Umberto I di Roma il 15 maggio scorso ho avuto modo di conoscere infermieri e medici e ho visto con i miei occhi con quanta dedizione e umanità assistono i piccoli pazienti che sono ricoverati lì.

Abbiamo in Italia tantissimi centri di eccellenza che sono un fiore all'occhiello per il nostro Paese, purtroppo però i media non danno molta attenzione agli aspetti positivi della sanità, non si sottolineano quasi mai le grandissime qualità del nostro sistema sanitario. Invece è importante che di salute si parli come di un valore e non solo come di un costo.

Agli Stati Generali della Salute, che ho voluto organizzare a Roma quale prologo al semestre europeo a guida italiana, abbiamo messo a punto le linee strategiche di un grande progetto: la salute come esempio etico di impresa. Resto convinta che la sanità può rappresentare per l'Italia una grande occasione di sviluppo, può dare ricchezza economica accanto al bene più alto che deve rimanere l'assistenza a tutti i cittadini, primato tutto italiano, che fa parte di una cultura alla quale non possiamo e non vogliamo rinunciare.

L'invecchiamento della popolazione ci impone scelte e dobbiamo farle subito per mettere in sicurezza il sistema per i prossimi decenni. Farmaci sempre più innovativi ma anche sempre più costosi stanno per essere inseriti nel mercato e l'Italia dovrà poterli garantire a tutti i cittadini.

Questi temi li metterò sul tavolo durante il semestre di presidenza italiana dell'UE. La salute deve essere al centro di tutte le politiche perché è un tema trasversale che interessa tutti.

Beatrice Lorenzin

Editoriale dell'ultimo numero della News Letter del Ministero della Salute

La questione medica e la riforma del Titolo V

Dopo 15 anni di un federalismo sanitario spesso competitivo e di abbandono, c'è la necessità di “un nuovo equilibrio”. Che, però, va trovato non solo tra istituzioni ma anche tra tutti gli attori del sistema. Senza dimenticare che il problema non è solo esercitare dei poteri ma è anche “come” essi vengono esercitati

Nel corso della audizione in Senato, a proposito delle modifiche in cantiere al titolo V della Costituzione, il Presidente **Vasco Errani** ha affermato che “Il nostro Paese non può non rivedere le competenze” aggiungendo che “se ci sono stati problemi con il Titolo V non si deve ritornare al centralismo. Il Parlamento deve trovare un nuovo equilibrio...”.

Difficile non concordare con Errani sulla necessità, dopo 15 anni di un federalismo sanitario

spesso competitivo e di abbandono, di “un nuovo equilibrio” che, però, va trovato non solo tra istituzioni ma anche tra tutti gli attori del sistema, senza dimenticare che il problema non è solo esercitare dei poteri ma è anche “*come*” essi vengono esercitati. Sulla stessa lunghezza d’onda, da tempo **Ivan Cavicchi** ci invita a riflettere sulla riforma del titolo V, facendo notare che se gli interessi di tutti gli attori non saranno collocati all’interno di una sorta di “*game strategy*”, è possibile che si resti tutti con un pugno di mosche in mano.

Per i medici ed i dirigenti sanitari soddisfare insieme i propri interessi professionali ed il diritto alla salute dei cittadini dipende non solo dagli strumenti, quali contratti e servizi, ma anche dalle forme di governo. Quelle attuali negano ogni genere di partecipazione ed interlocuzione, al punto che il famoso “patto per la salute”, come ho già avuto modo di dire, diventa l’espressione di un regolamento di conti tra istituzioni, all’insegna di formulazioni regolamentarie e algoritmi economici, che esclude di fatto i professionisti, e le loro competenze, e non reggerà di fronte alla ambizione dichiarata di costruire la sanità del prossimo decennio, muovendosi, per di più, nel vuoto di uno spazio contrattuale che sia strumento di cambiamento e di riconciliazione della dimensione organizzativa con quella del lavoro.

Il nucleo centrale della “questione medica”, che da anni si aggira irrisolta nel mondo sanitario, è nella perdita di potere nel giudizio, nella scelta e nell’atto, quindi nella perdita secca di autonomia, da cui deriva la necessità urgente di recuperare un ruolo sociale e politico nei confronti delle decisioni che ci riguardano. E’ evidente, quindi, che occorre cambiare forma di governo del sistema, creando le condizioni affinché il gioco degli interessi, dei diritti, dei valori morali e sociali, sia partecipato, senza escludere o marginalizzare le componenti professionali. Se il presupposto di partenza è che la complessità del nostro lavoro non tollera unilateralismi decisionali, verticismi, e forme più o meno dissimulate di autoritarismo, la domanda cui rispondere, anche con la modifica del titolo V, è come si decide e come si governa in sanità.

Cavicchi ripropone l’idea di un “governo multilivello”, già avanzata in precedenza, in qualche modo presente anche nella proposta del Presidente del Consiglio. Si tratta di distinguere nettamente dentro una logica “federale” le competenze generali del governo centrale da quelle specifiche e locali del governo regionale, ridefinendo il ruolo degli enti intermedi tra governo e regioni, attribuendo ai comuni, o perché no alle nuove città metropolitane, competenze in materia di produzione e tutela della salute. Senza rispolverare il vecchio centralismo, ma mantenendo verticali, nell’ambito di una competenza unitaria, alcuni elementi fondamentali, quali la definizione dei LEA, lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, la individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, e sviluppando una politica regionale orientata al miglioramento dei servizi e alla composizione non conflittuale tra le diverse componenti del sistema.

Non dimenticando che il federalismo nato dalle modifiche del titolo V, oltre a produrre un neo centralismo regionale e la crescita esponenziale di un contenzioso tra istituzioni, figlio delle ambiguità della legislazione concorrente, ha ampliato le diseguaglianze tra le varie aree del Paese, costringendo un diritto di cittadinanza uno e indivisibile a venire declinato in modi diversi a seconda del luogo dove ci si trova a vivere. Il che cambia radicalmente lo spazio e le prospettive dei diritti di cittadinanza, che valgono per l’individuo a prescindere dalle condizioni contingenti, in direzione di un contesto in cui essi cessano di

essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale, trasformando la appartenenza locale nella fonte primaria del diritto sulle risorse.

L'aspetto che ci riguarda da vicino è come concepire la governabilità in funzione della partecipazione tanto dei diritti che degli interessi, a diversi livelli. Il che significa cominciare a rivedere il modello aziendale, oggi orientato al puro controllo dei costi, concepito e organizzato a partecipazione professionale e sociale assente, per realizzare un management diffuso, aperto alla domanda ed alla responsabilità sociale. Oltre ai luoghi tradizionali della contrattazione può, in questa ottica, essere utile istituire un luogo nuovo in cui il lavoro, le professioni, l'operatività abbiano voce nei confronti delle scelte di politica sanitaria, sul modello di un "*professional board*", nel quale sono presenti tutte le professioni del sistema sanitario nazionale. Oppure di un *consiglio sanitario*, già previsto come consiglio sanitario nazionale dalla 833. Inoltre, se lo strumento per intervenire nella sanità è il "*programma*", la programmazione deve essere intesa come una *metodologia partecipata* a qualsiasi livello essa venga agita. In una ottica di sistema, capace di guardare insieme, e nello stesso tempo, il prima e il dopo l'ospedale con quanto accade al suo interno.

Le Regioni hanno oggi, e verosimilmente avranno domani, il poterema è necessaria una politica per un progetto di servizio sanitario federale ed una idea federale di salute. La questione ancora aperta è chi, come, con che cosa si definisce la identità pubblica di un sistema sanitario regionalizzato, il suo governo e le sue politiche rispetto al diritto alla salute. Ma rispondere non sarà possibile senza i Medici ed i Dirigenti sanitari o contro di loro

Il dibattito sulle implicazioni della modifica del titolo V sotto il profilo della equità, della giustizia distributiva, della condivisione di una stesa idea di diritto è, forse, solo all'inizio, ma occorre intervenire con l'ottica del lavoro dei professionisti, prima che si chiudano i giochi con risultati prevedibilmente scarsi. Senza un nuovo compromesso sociale tra Stato e Medici la sanità pubblica continuerà a rincorrere le ragioni della propria sopravvivenza acuendo il disagio dei cittadini.

Costantino Troise

Segretario Nazionale Anaa Assomed

DOCTORNEWS33

Asl e Ao bloccano Ecm per carenze organico, Sumai: il codice li combatta

La formazione continua di molti medici è in pericolo, e occorre proteggerla nel codice deontologico che la Fnomceo approva in questi giorni a Torino. L'allarme lo lancia il Sumai, sindacato dei medici specialisti, in parallelo alla proposta di proprie modifiche alla bozza di codice in discussione. All'articolo 19, alla luce delle difficoltà che molti medici hanno nel vedersi riconosciuto il diritto all'aggiornamento professionale, Sumai chiede che il medico segnali all'ordine di appartenenza di intervenire su enti e aziende sanitarie ove questi ostacolano gli obblighi formativi. «Specie nelle regioni in piano di rientro dove il turn over è

di fatto bloccato, la carenza di personale impedisce a molti medici di espletare le 4 ore a settimana, 200 l'anno, di aggiornamento professionale previste da contratto, e molti colleghi non raggiungono il fabbisogno annuo previsto di crediti per il dossier formativo», afferma **Gabriele Peperoni** segretario Sumai campano e vicepresidente del sindacato nazionale.

«Nella mia Campania, stando alle lamentele che ricevo, dei primari avrebbero risposto alla richiesta di prendere delle ore per la formazione: “l'aggiornamento lo fai con me ogni giorno in sala operatoria”. Non è esattamente questa la formazione sul campo. Alcune aziende non riconoscono più nemmeno le 4 ore in nome della copertura dei turni. Sollecitano il medico ad aggiornarsi quando è in ferie o a prendersi un congedo ordinario o non retribuito. A nostro avviso l'Omceo deve segnalare questi abusi perché l'aggiornamento è un obbligo previsto dalla legge 502, la quale nei casi citati viene infranta».

Il Sumai chiede anche che il Codice non sottolinei per il medico l'obbligo di assicurarsi poiché non è ancora chiarito il come ci si potrà assicurare da agosto 2014 quando scatterà l'obbligo previsto dalla manovra d'estate 2011 e dalla legge Balduzzi. «Se la legge non è chiara e la compagnia non è vincolata ad assicurare il medico o tira in modo folle sul premio è comprensibile che il medico subisca l'obbligo senza dividerlo», spiega Peperoni. Ergo, il Sumai reputa prudente scrivere semplicemente di far riferimento alle leggi vigenti. C'è infine la proposta Sumai di invertire gli attuali articoli 3 (competenze e doveri del medico) e 4 (autonomia, responsabilità, indipendenza della professione). «Uno dei problemi che il mondo medico vive sulla sua pelle è lo sconfinamento da parte di altre professioni; Sumai propone di anticipare l'articolo 4 aggiungendo il principio della competenza, e inserire dopo l'articolo 3 che definisce l'attività del medico, con le recenti modifiche del consiglio di Terni che fanno riferimento agli ordinamenti didattici, allo sviluppo delle conoscenze, alle innovazioni tecno-gestionali ed ai principi del Codice».

Tavoli separati anche per pediatria, Simpef va da solo

Tavoli separati per i sindacati dei medici di famiglia, un unico tavolo per la specialistica mentre per la pediatria alla fine si profila un percorso separato per il Sindacato medici pediatri di famiglia/Simpef – 900 iscritti per lo più in Lombardia - che ha chiesto un colloquio a parte a Sisac. All'indomani della tornata con le regioni, il tavolo pediatri, anche da alcuni protagonisti, era stato dipinto come “ad una sola voce”. In una nota Giampietro Chiamenti, Presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), aveva sottolineato come il coordinatore Sisac Franco Rossi avesse ricomposto le tensioni e come sia auspicabile un tavolo unico per la categoria, rappresentata oltre che dalla maggioritaria Fimp e da Simpef anche da Smi Unps e da Cipe. Motivo della necessaria compattezza: «Il modello pediatrico italiano non può e non deve essere messo in discussione, ma semmai va rilanciato con il rinnovo dell'Accordo Nazionale partendo proprio dalla trattativa aperta nel corso di questi incontri preliminari». In realtà Simpef, che –pur radicato territorialmente - rappresenta più del 10% dei pediatri italiani, «apprezza l'idea di Rossi di mediare le posizioni con consultazioni riservate. Abbiamo una piattaforma da esporre in modo riservato. In realtà sono in tutto dodici le sigle che avranno colloqui da calendarizzare con Sisac, presumo nell'arco delle prossime 3-4 settimane, e alla fine avremo un documento di sintesi», afferma il Segretario Simpef Rinaldo Missaglia. Che accenna alla piattaforma per Sisac: «Chiediamo di sviluppare per bambini e adolescenti un'assistenza H12 sostenibile incentivando l'offerta e la capacità di far da filtro degli studi nei confronti dell'ospedale. In tal senso, Simpef scommette sul self-help, la possibilità di stabilire con piccoli esami

diagnosi e terapia di una patologia acuta del bambino senza sprechi di risorse. Per la copertura delle notti Simpef punta sull'educazione sanitaria degli assistiti, che sempre meno dovrebbero ricorrere al pronto soccorso, ma ai quali potrebbe restare la possibilità di fruire della continuità assistenziale, nell'ambito del "ruolo unico", previ formazione ad hoc e finanziamento del servizio». Ma il vero snodo delle proposte Simpef è la richiesta alle Regioni di offrire localmente la possibilità di vincere la logica dei compartimenti stagni territorio-ospedale attraverso "contrattazioni pattizie" con i colleghi dell'ospedale. «Convenzioni e contratti nazionali – riassume Missaglia - andrebbero "sbloccati" per dare la possibilità in casi determinati di far lavorare specialisti di estrazione diversa accomunando alcuni aspetti dei rispettivi contratti».

Accordo tra chirurghi ospedalieri dell'Acoi e Consulcesi

Gli iscritti all'Associazione chirurghi ospedalieri italiani (Acoi) potranno accedere, a condizioni esclusive, a tutti i servizi offerti da Consulcesi, associazione per la tutela e la difesa dei diritti dei professionisti della sanità, compreso l'accesso alle cause collettive di rimborso per i diritti negati, la consulenza legale e assicurativa e la formazione Ecm. Sono questi i termini dell'accordo sottoscritto tra le due associazioni, che grazie alla partnership con SanitAssicura, offre anche la possibilità di ricevere assistenza per definire la migliore copertura assicurativa tra quelle presenti sul mercato grazie al partner. «L'accordo stipulato ha l'obiettivo di offrire ai nostri iscritti» ha spiegato **Luigi Presenti**, presidente Acoi, «tutta una serie di servizi volti a tutelare, difendere e aggiornare i medici. In particolare sarà sviluppato, tramite Fad, un percorso formativo di corsi condivisi per rispondere all'esigenza di continuo approfondimento e ampliamento della competenze e delle conoscenze. A fronte, poi, delle tante vittorie che in questi anni Consulcesi ha saputo ottenere per i medici, si potrà dare riposta alle richieste di riconoscimento dei diritti e dei rimborsi a lungo negati». Un accordo che vede soddisfatta anche la controparte, come ha sottolineato **Massimo Tortorella**, presidente onorario di Consulcesi «la stipula dell'accordo con Acoi ci permetterà di estendere anche ai suoi iscritti i nostri migliori servizi a livello legale. Quest'anno abbiamo impresso un'accelerazione al percorso di sostegno alla categoria medica attraverso la definizione di convenzioni con molti OMCeO in tutta Italia, società scientifiche e sindacati, cui garantiamo un supporto costante e puntuale tramite il numero verde dedicato 800.122.777 a cui oltre 350 consulenti daranno gratuitamente pronta risposta per ogni situazione specifica».

Choosing wisely, 5 prescrizioni da evitare in reumatologia

Anche i reumatologi Usa ora dispongono di una "Top 5 List", ovvero di un elenco di procedure da evitare perché inutili, costose e, a volte, dannose. I punti sono stati stabiliti dall'American College of Rheumatology, che hanno aderito all'iniziativa "Choosing wisely". 1) Non richiedere sottosierologia Ana (anticorpi antinucleo) con un test Ana positivo e un sospetto clinico di malattia immunomediata. La sottosierologia, infatti, è solitamente negativa se l'Ana è negativo. Un ampio range di test autoanticorpali va evitato. La scelta degli autoanticorpi da testare dev'essere invece guidata dalla specifica malattia. 2) Non effettuare test per malattia di Lyme a causa di sintomi muscoloscheletrici senza una

storia di esposizione e reperti appropriati all'esame obiettivo. Il test per malattia di Lyme in assenza delle caratteristiche manifestazioni cliniche (brevi attacchi di artralgia o episodi intermittenti o persistenti di artrite in una o più articolazioni alla volta) aumenta la probabilità di falsi positivi e può portare a follow-up e terapie non necessari. 3) Non richiedere una risonanza magnetica (Rm) delle articolazioni periferiche per il monitoraggio routinario dell'artrite infiammatoria. Nonostante l'edema osseo valutabile con Rm possa essere predittivo di progressione in alcune popolazioni, il suo uso routinario non è costo-efficace rispetto allo standard attuale di cura che prevede la valutazione dell'attività clinica di malattia e la radiografia piana. 4) Non prescrivere farmaci biologici per artrite reumatoide (Ar) prima di una tentativo con metotrexate (o un altro Dmard convenzionale non biologico). La terapia iniziale dell'Ar dovrebbe essere un Dmard convenzionale non biologico, tranne in caso di controindicazione. Se un paziente ha una risposta inadeguata al metotrexate con o senza Dmard non biologico, si può considerare l'adozione di una terapia biologica (di prima linea solo in pazienti ad alta attività di malattia e scarsa prognosi). 5) Non ripetere routinariamente scansioni con assorbimetria a raggi X a doppia energia (Dxa) più di 1 volta ogni 2 anni. L'intervallo ottimale tra due scansioni non è noto, ma esami frequenti (<2 anni) non sono necessari nella maggior parte dei pazienti. L'esame andrebbe ripetuto solo se il risultato può influire sulla gestione clinica o se sono attesi rapidi cambiamenti dell'osso.

DIRITTO SANITARIO Selezione pubblica Asl: il colloquio non può essere determinate

Il fatto

Un'Azienda Sanitaria, nel 2012, con avviso pubblico, aveva bandito una selezione per la formazione di una graduatoria finalizzata all'assunzione a tempo determinato di dirigenti psicologi. La selezione doveva svolgersi mediante la valutazione dei titoli e lo svolgimento di un colloquio ai quali erano assegnati rispettivamente un massimo di punti 20 per i titoli, e di punti 80 per il colloquio. Una partecipante ha impugnato l'intera procedura e il Tar, dopo aver rilevato che il punto nodale dell'intera controversia era la censura di eccesso di potere per illogicità e irragionevolezza per avere l'Amministrazione scelto una modalità selettiva che privilegiava in maniera determinante il colloquio per il quale la Commissione aveva a disposizione 80 dei 100 punti disponibili, rispetto ai titoli per i quali la Commissione poteva assegnare solo 20 punti, riteneva fondate le censure formulate ed accoglieva il ricorso.

Profili giuridici

Il Consiglio di Stato ha osservato che pur trattandosi di formare una graduatoria per assunzioni a tempo determinato e per esigenze temporanee, con la possibilità di utilizzare procedure più snelle rispetto a quelle per le assunzioni a tempo indeterminato, è da ritenersi illegittima in quanto contraria al dettato normativo e a principi di buon andamento, logicità, ragionevolezza, l'attribuzione di un punteggio di soli 20 punti ai titoli a fronte di un punteggio di 80 punti da attribuirsi ad un colloquio, quest'ultimo inoltre rappresentato dalla risposta ad una sola domanda. Così operando l'amministrazione ha attribuito un peso assolutamente determinante al colloquio svuotando la valutazione per titoli che pure assicura una garanzia di oggettività ed affidabilità, conformemente dalla legge.

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

Più Stato e meno Regioni, più Salute e meno Economia. Ecco l'indagine di Affari sociali e Bilancio della Camera

Più Stato, meno Regioni. Più Salute meno Economia, con un contrappeso tra ministri. Risparmiare sugli ospedali factotum e investire nel territorio. Sfatate il mito dei costi standard e rifare le regole di riparto dei finanziamenti alle regioni. Dare per sempre l'addio ai tagli lineari che impoveriscono i poveri e rivedere da cima a fondo l'organizzazione dei servizi. Premiare non solo le regioni virtuose, ma anche le singole asl e gli ospedali e il personale e anche il privato migliori. Puntare forte su fondi integrativi e polizze assicurative, collettivi e individuali, con più defiscalizzazione. E ancora: ticket, farmaci, investimenti, prevenzione, personale. Le commissioni Bilancio e Finanze della Camera hanno pronta la ricetta per dare un nuovo volto alla sanità pubblica. Per salvarne l'universalità che resta nel bel mezzo dei vincoli di finanza pubblica. Per renderla sostenibile, mentre si allungano ombre pesanti sul welfare tradizionale.

Hanno ascoltato per mesi più di 50 tra associazioni, sindacati, istituzioni, centri studi, e due ministri, della Salute e dell'Economia, appunto. E ora le commissioni guidate da Francesco Boccia del Pd (Bilancio) e da Pierpaolo Vargiu di Scelta civica (Affari sociali) sono pronte col documento finale dell'indagine conoscitiva, che sarà ratificato dopo le elezioni al termine di un confronto finale su tutte le virgole di quel testo. Ma le linee sembrano già tracciate. In parte già dentro la cornice di quel «Patto per la salute» che attende di decollare.

Già le premesse delle conclusioni (**VEDI**) sono indicative. Da una parte il valore «insostituibile» del Ssn e il fatto che per la salute si spenda meno della media Ue e internazionale. Dall'altra la pesantezza della crisi e i tagli che riducono la qualità dei servizi e soprattutto nelle regioni commissariate del Sud i ritardi infrastrutturali e la qualità dei servizi peggiorano sempre di più.

Ventuno Italie distanti anni luce, tante sanità a mille velocità con mille diritti diversi. E allora ecco la richiesta di un passo indietro dall'attuale titolo V con un modello di governance che assegni allo Stato definizione di standard, poteri di controllo, intervento e verifica su erogazione e uniformità dei Lea; alle regioni quello di «enti erogatori, con minor grado di responsabilità decisionale» rispetto ad oggi. In parte la "linea Renzi". E poiché la valutazione dell'efficace ed equa erogazione dei Lea deve valere quanto il controllo dei bilanci, si propone di bilanciare i poteri dei ministri di Economia e Salute.

Sul piano dei costi e dell'organizzazione, poi, serve un passo indietro da ospedaletti e ospedali che fanno gli ambulatori: devono specializzarsi. E far risparmiare. Magari non nell'immediato, anche se poi quei risparmi vanno indirizzati sul territorio, dove le cure d'ogni giorno saranno centrali. Il modello di finanziamento del welfare sanitario dovrà a sua volta cambiare pelle: costi standard e regioni benchmark sono passi virtuosi «in linea di principio» ma rischiano di essere solo «mere enunciazioni» se tra i criteri di riparto delle risorse non si terrà conto di variabili come le patologie, la densità della popolazione, l'estensione territoriale e l'orografia regionale, i flussi migratori, gli indici di povertà. Criteri indigesti a tanti. Ma un toccasana per il Sud. Senza però abbandonare la strada del "premio

al merito" di chi fa qualità e tiene bene i conti: un bonus andrebbe riconosciuto anche alle singole asl, agli ospedali, al privato a tutti gli operatori che hanno meritato.

C'è poi la partita dei ticket, che vanno rivisti, a partire da verifiche ferree e puntuali su quel 50% di italiani esenti che consumano l'80% delle prestazioni. E questo mentre aumenta la spesa privata a carico dei cittadini: ormai oltre 30 mld l'anno, tutti out of pocket. Che potrebbero essere evitati puntando su «fondi integrativi, polizze assicurative, collettive e individuali», premiate con «una maggiore defiscalizzazione», che alleggerirebbero i bilanci delle asl. Aziende che, se in difficoltà, dovrebbero avere più autonomia e flessibilità nell'uso dei fattori produttivi. Se mai bastasse.

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