

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
2 LUGLIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

**REGIONE Oggi il via libera della commissione all'ex San Raffaele
Previsto il voto favorevole di maggioranza e opposizione Il sì era già
atteso ieri dopo l'audizione di Pigliaru e Arru**

Tutti per il San Raffaele (o come si chiamerà l'ospedale di Olbia), il San Raffaele è di tutti. Oggi, a mezzogiorno, arriverà un sì di massa, con la commissione Sanità del Consiglio, che darà il via libera definitivo all'accordo fra Regione, Qatar Foundation e Bambin Gesù di Roma. Nessuno voterà contro la proposta di delibera amministrativa della giunta Pigliaru, nessuno pretenderà postille nell'ultima pagina del contratto, nessuno rimetterà in discussione il piano industriale del colosso privato. Quello della commissione sarà un sì unanime, bi-partisan, trasversale, com'era scontato che fosse. Quattro ore. È durata un'intera serata la prima e quasi unica riunione dei commissari, in un'aula dove di solito c'è posto per quattordici consiglieri (nove della maggioranza, cinque dell'opposizione), ma ieri affollata anche da undici capigruppo, diversi osservatori, più il presidente della Regione Francesco Pigliaru, l'assessore alla Sanità Luigi Arru e buona parte del suo staff, a cominciare dal direttore generale Giuseppe Sechi. La folla delle grandi occasioni, senza dubbio, perché il San Raffaele è una partita speciale. E in quattro ore la partita si è chiusa: il voto favorevole sarebbe potuto arrivare anche alle 20 e qualcosa della serata, ma alla fine (ancora all'unanimità) hanno deciso il rinvio a oggi. Devono essere limati ancora alcuni aspetti (insignificanti) e poi dalle 11.30 uno dopo l'altro, dai capigruppo ai commissari, alzeranno la mano fino a quando il presidente Raimondo Perra non pronuncerà la frase: «Quattordici favorevoli, nessun contrario, nessun astenuto». L'ultimo colpo. È stato quello dell'opposizione. Ha provato, ma senza tirar su le barricate, non aveva i numeri per farlo, di far transitare la delibera non solo in commissione ma anche in aula. Forza Italia, Udc, Psd'Az e Riformatori hanno sostenuto che «il voto del Consiglio avrebbe messo meglio al sicuro la delibera da possibili (qualcuno sostiene già probabili) ricorsi sull'ingresso del San Raffaele nella rete ospedaliera». In sostanza, la responsabilità (visto che tutti sono d'accordo) non deve essere caricata solo sulle spalle dei commissari ma dell'intero Consiglio. Per essere ancora più chiari: supponiamo che fra qualche anno sul nuovo ospedale si accendano (guai a invocarli) i riflettori della Corte dei conti, perché a essere a rischio quel giorno dovrebbero essere solo i quattordici, i commissari, e non tutti i consiglieri, che sono sessanta? L'obiezione comunque verbalizzata, motivata ma anche furbetta, poteva attirare allo scoperto i maldipancia della maggioranza, non è passata e anche questo era scontato. Il centrosinistra ha detto no e no è stato. Il muro si alzato ancor più alto, quando sempre la minoranza ha rilanciato e azzardato: «Con una legge del Consiglio, saremo più forti e inattaccabili di una semplice delibera della Giunta e ci metteremo al sicuro anche da possibili amnesie del Governo sulla deroga per i posti letto da

tagliare nell'isola e su quella che ci libera per tre anni dall'obbligo di ridurre la spesa sanitaria privata». Perché, in effetti, finora il Governo si è fatto avanti solo con una lettera d'intenti, è firmata dal ministro Beatrice Lorenzin e dal sottosegretario Graziano Delrio, ma di legge o decreti legge non c'è ancora traccia. Anche su questa limatura il centrosinistra ha detto no, fino a giurare in pubblico: «Sappiamo che l'articolo sulla sanità sarda sarà inserito nella prima legge utile e sarà quella sulla competitività nazionale». A quel punto le schermaglie sono finite lì e in pochi si sono messi a discutere anche sulla mappa (di fatto era blindata) del piano industriale che assegna i 242 posti letto, accreditati e pagati dalla Regione, ai vari reparti del San Raffaele. Discorso chiuso e rinvio a oggi, per l'unanime alzata di mano. I tempi. Dopo la performance rapida della commissione, l'iter ora sarà molto più veloce. Nella lettera d'accompagnamento alla delibera, Pigliaru aveva ipotizzato sette giorni per «ottenere il parere vincolante»: sono bastate cinque ore, quattro ieri, una oggi. Il che vuol dire: da giovedì in poi la Giunta potrà riunirsi in qualunque momento per approvare l'ultima stesura del contratto. Contratto che, a questo punto, potrebbe essere firmato martedì 8 luglio, a Cagliari. È questa la data più probabile di una cerimonia che sarà solenne, a Villa Devoto, con o senza Renzi fra gli invitati.

I NUMERI Dal 2016 i posti letto saranno 242

I posti letto pubblici del San Raffaele a regime, nel 2016, saranno 242, 142 per acuti e 100 post-acuti. Ma prima di raggiungere il “pieno” è prevista una fase sperimentale – dal 25 marzo 2015, data presunta dell'inaugurazione al 31 dicembre dello stesso anno – con soli 178 posti letto accreditati, 100 per i pazienti acuti, 78 post acuti. L'investimento privato iniziale sarà di 163 milioni per interventi strutturali, ammodernamento e acquisto di attrezzature. I costi di gestione annuali ipotizzati sono intorno ai 70 milioni. A pieno regime, il sistema sanitario regionale sosterrà per il San Raffaele un costo che non dovrà superare i 55,6 milioni l'anno. Nella delibera sono stati messi in fila anche i posti letto assegnati alle 5 aree: 33 fra pediatria e chirurgia pediatrica, 51 oculistica, ortopedia, urologia, chirurgia oncologica, terapia intensiva e day hospital, 40 medicina interna, cardiologia, neurologia e terapia per le ischemie. Sono 8 i posti assegnati alla chirurgia avanzata e sperimentale fra cardiocirurgia, neurochirurgia e chirurgia vascolare. L'area post acuti potrà contare su 100 posti suddivisi fra i reparti Recupero-riabilitazione funzionale e quello per la neuro-riabilitazione. Senza posti letto, emodinamica, radiologia, medicina dello sport e medicina nucleare. Infine, ci sono anche 50 suite a pagamento.

L'entusiasmo del governatore. La minoranza voleva il passaggio in Consiglio «Adesso la Sardegna è più forte»

Gavino Sale di Irs era stato drastico: «Se non votiamo subito sì al San Raffaele, dovremmo andare tutti a casa». I sessanta consiglieri regionali resteranno tutti al loro posto: ora il nuovo ospedale è davvero «cosa fatta». La prima delle conferme è stata quella del presidente Francesco Pigliaru: «Ho trovato una maggioranza fantasticamente compatta e una minoranza che vuole stare in partita». Dunque, il voto di oggi sarà compatto e «questo – ancora parole del governatore – fa onore non al presidente, non al centrosinistra, ma a tutta la Sardegna, diventata oggi più forte e credibile per ambasciatori, imprenditori e politici». Anche l'opposizione parteciperà alla festa di oggi, anche se Pietro Pittalis (Forza Italia) e Attilio Dedoni (Riformatori) avrebbero preferito anche il passaggio in aula della delibera, perché il solo voto della commissione va bene per «le strutture sanitarie già pronte, non

quando devono essere ancora costruite com'è il San Raffaele». Secondo Pittalis, «con il voto del Consiglio, avremmo avuto maggiori garanzie mentre ora dobbiamo sperare che un domani non ci siano intoppi. Comunque le mie perplessità sono a verbale». Insieme a quelle di Giorgio Oppi (Udc) che dopo aver detto: «Dobbiamo stare attenti, i ricorsi al Tar sono sempre possibili e massima vigilanza sull'investimento, noi sappiamo che il Bambin Gesù non naviga nell'oro», ha aggiunto: «Deve essere chiaro che delle mille assunzioni annunciate più della metà, almeno seicento, dovranno essere di sardi. È un impegno a cui gli investitori privati non possono sfuggire». Poi per i sardisti, Christian Solinas, «Alla Giunta chiedo il massimo della vigilanza nei rapporti fra la curatele fallimentare dell'ex San Raffaele e i nuovi proprietari, perché non ho visto ancora un vero calcolo del rischio d'impresa», e Marcello Orrù: «Deve essere formale il giuramento che il nuovo ospedale non penalizzerà le eccellenze sanitarie della Sardegna». Alla minoranza ha risposto, con garbo, il capogruppo del Pd, Pietro Cocco: «Dal presidente della Giunta abbiamo avuto la conferma che la procedura adottata, cioè quella del solo passaggio in commissione, è giusta e così si sono espressi anche gli uffici legali e legislativi della Regione. Da oggi in poi la nostra vigilanza sarà massima sulla nuova proprietà e sugli effetti che il San Raffaele avrà, ma non ci saranno, sulla sanità pubblica. Poi sui posti di lavoro, sappiamo già che la Qatar Foundation assumerà almeno 600 sardi». Con la delibera ormai messa al sicuro, anche Sel, con il coordinatore e consigliere regionale Luca Pizzuto, ha detto la sua: «Mai avremmo votato a favore di un progetto che favorisce la sanità privata a discapito di quella pubblica. Il che vuol dire: abbiamo la garanzia che non ci saranno contraccolpi neanche in periferia». Infine, Giuseppe Fasolino (Forza Italia): «La foresta è disboscata, ora il San Raffaele è in dirittura d'arrivo».

Domani e venerdì Parlamentari in missione prima a Cagliari, poi a Olbia

La commissione Sanità della Camera sarà in Sardegna domani e venerdì, prima a Cagliari e poi a Olbia, per una missione conoscitiva sul progetto del nuovo ospedale che sorgerà al posto del mai nato San Raffaele. Invece, slitta probabilmente alla settimana prossima l'audizione sull'argomento del ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Domani l'organismo di Montecitorio, presieduto dal deputato sardo Pierpaolo Vargiu, eletto con Scelta civica, sarà a Cagliari, in Consiglio regionale, per una serie di audizioni. La commissione incontrerà il governatore Francesco Pigliaru, l'assessore alla Sanità Luigi Arru, il presidente della commissione regionale competente Raimondo Perra e il rettore dell'università del capoluogo Giovanni Melis. Venerdì la commissione si trasferirà a Olbia per effettuare il sopralluogo nell'area dell'ex San Raffaele e poi aprirà le audizioni con il rappresentante della Qatar Foundation Endowment, Lucio Rispo, con i sindaci del distretto sanitario guidati dal primo cittadino di Padru Antonio Satta, con il nuovo rettore dell'università di Sassari Massimo Carpinelli e con i sindaci di Sassari e Alghero, Nicola Sanna e Mario Bruno. Della commissione guidata da Vargiu fa parte anche un altro parlamentare sardo, Roberto Capelli, eletto con il Centro democratico.

OSILO Sanità: punti prelievo in 23 Comuni

Il Distretto n. 1 e il Plus Anglona-Coros-Figulinas hanno compiuto un altro passo avanti nel progetto di potenziamento dei punti prelievo diffusi nel territorio. In un incontro con i medici di medicina generale, tenutosi nella sala Angioy della Provincia, sono state poste le

basi per un maggiore coinvolgimento dei medici di base, che dovrebbe consentire la conferma dei punti esistenti e la possibile apertura di altri centri nei 23 Comuni del Plus. Dopo il saluto del nuovo assessore alle Politiche sociali della Provincia, Marisa Porcu Gaias, il sindaco di Osilo, Nanni Manca, nella sua veste di rappresentante dell'ente capofila del Plus, ha ricordato come da tempo, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, il Plus e il Distretto lavorino per il potenziamento dei servizi nel territorio. «L'incontro di oggi – ha detto il sindaco – vuole essere un primo momento di confronto per capire la disponibilità dei medici di base a collaborare a quel progetto». Nicolino Licheri, direttore del Distretto n. 1, ha ricordato gli indirizzi della Regione in materia di sicurezza delle prestazioni sanitarie, che riguardano anche i prelievi effettuati al di fuori delle strutture ospedaliere. «Per questi motivi – ha detto il direttore del Distretto – serve la collaborazione dei medici di medicina generale, per potenziare ed estendere i punti prelievo nei comuni del Plus, e poter operare in condizioni di sicurezza». Arcangelo Chighine, anch'egli del Distretto n. 1, ha spiegato nel dettaglio i termini e le modalità della collaborazione richiesta. I medici presenti – una ventina in tutto, provenienti da molti dei 23 comuni del Plus – pur offrendo la loro disponibilità a collaborare al progetto, hanno prospettato perplessità e riserve su un servizio che andrebbe ad aggiungersi ad impegni che occupano già buona parte della loro giornata. «Intervenire sui prelievi – ha detto più di uno – comporta un aggravio di orario che mal si concilia con le nostre giornate già troppo piene». Dubbi sono stati avanzati sui profili di responsabilità che l'impegno comporterebbe, e sulla necessità di tutele legali. Nel dibattito sono intervenuti anche sindaci e assessori di alcuni dei 23 comuni del Plus, che hanno sottolineato l'importanza del servizio prelievi in loco, soprattutto per i più anziani che non hanno la possibilità di recarsi ai laboratori di analisi di Sassari. In conclusione, è stata concordata la necessità di una mappatura del territorio, per capire quali sono i comuni che già usufruiscono del servizio e quali dove lo stesso possa essere avviato. Questo anche sulla base della disponibilità dei singoli medici che, nell'ottica del potenziamento e dell'estensione del servizio, verranno contattati singolarmente da Arcangelo Chighine, per studiare comune per comune, tempi e modalità della possibile collaborazione.

L'UNIONE SARDA

San Raffaele, sì a tempo di record Alle 12 di oggi è previsto il voto (unanime) della Commissione **Ok sull'intervento dopo sole quattro ore di dibattito**. **Obiezioni sulla procedura**

Quattr'ore per un sì in giornata all'ospedale senza nome. Tutti, a partire dal governatore **Francesco Pigliaru**, avevano pronosticato una settimana di inciampi, obiezioni, ostruzionismo, rinvii, bla bla. Nulla di tutto questo. San Raffaele, supposto che esista, ha messo tutti d'accordo: a mezzogiorno di oggi, infatti, maggioranza e opposizione esprimeranno il loro parere vincolante (perché di questo si tratta dal punto di vista amministrativo) sulla struttura sanitaria di Olbia da 242 posti letto accreditati (più cinquanta riservati ai solventi). Scontata, l'unanimità.

LA COMMISSIONE Ieri, alle sette e mezzo del pomeriggio, tutti hanno dato atto al presidente della Commissione Sanità **Mondo Perra** di aver condotto con correttezza la lunga e affollata riunione del parlamentino. All'audizione del Presidente della Regione, dell'assessore **Luigi Arru** e del direttore generale della Sanità, il serafico Giuseppe Sechi,

hanno infatti assistito anche tutti i capigruppo, e, in qualità di osservatori, i due consiglieri regionali della Gallura, **Giuseppe Meloni** del Pd e **Giuseppe Fasolino** di Forza Italia, apparsi alla fine raggianti per il risultato, come il presidente del consiglio comunale di Olbia **Vanni Sanna**, che ha atteso la fine della riunione nei corridoi del palazzo di via Roma. Perra ha coordinato i lavori con equilibrio, favorito dai consiglieri che hanno dato vita a un dibattito articolato, incentrato quasi interamente sugli aspetti procedurali. Ma nessuno ha osato mettere in discussione la validità dell'intervento, l'eccellenza del progetto e la solidità dell'investitore. La seduta di oggi dell'organismo consiliare sarà veloce: i consiglieri dovranno solo dire sì a un documento modificato con l'integrazione di alcuni punti sollevati ieri dalla minoranza, e quindi la delibera riprenderà la strada di viale Trento per l'ok definitivo della Giunta. A quel punto, si sarà al capolinea dell'iter, e la *Qatar Foundation Endowment* potrà cominciare i lavori nel palazzone bianco, a sud del capoluogo gallurese. Domani e dopo, detto per inciso, arriverà in Sardegna (giovedì a Cagliari, venerdì a Olbia) la Commissione Sanità della Camera presieduta dal leader dei Riformatori **Pier Paolo Vargiu**.

LE INTEGRAZIONI Il capogruppo di Forza Italia **Pietro Pittalis**, ha insistito per il passaggio in aula e ha proposto che leggi ad hoc (e non le deroghe nazionali annunciate nella lettera d'intenti del Governo) avrebbero tolto ogni arma a eventuali ricorsi. Sotto l'impulso del capogruppo del Pd **Pietro Cocco** (per Pigliaru, il "regista" di quest'ultima fase), la maggioranza ha rinunciato a lunghi interventi con il palese obiettivo di raggiungere un'intesa in giornata. Quanto alle osservazioni di Pittalis, gli uffici hanno confermato la legittimità della procedura indicata. E cioè è applicabile l'articolo 24 della legge 11 del 2012 (varata, tra l'altro, dalla giunta regionale guidata da **Ugo Cappellacci** per derogare al piano della rete ospedaliera).

OPPI La presenza del leader Udc **Giorgio Oppi** all'inizio aveva inuquietato più di un commissario. L'ex assessore regionale alla Sanità ha sollevato un problema sul partner principale dei qatarini, vale a dire il Bambin Gesù. Notizie provenienti dalla Calabria infatti rivelerebbero che, a un anno dalla convenzione firmata con l'Azienda ospedaliera pugliese Ciaccio, la Regione Calabria e il presidente del Bambin Gesù **Pierpaolo Profiti**, il giudizio degli utenti e dei partiti politici non è per nulla positivo. Oppi ha dunque chiesto «la massima vigilanza», per poi affrontare argomenti più tecnici, basati soprattutto sull'aumento dei tetti di spesa e sulla difesa delle eccellenze sarde che operano nelle strutture dell'isola.

IL GOVERNATORE «Debbo dare atto - ha dichiarato un soddisfatto Francesco Pigliaru al termine della seduta - di aver trovato un clima molto favorevole e costruttivo da parte della Commissione. Allo stesso modo, va evidenziata la prova di assoluta compattezza della maggioranza e la volontà della minoranza di voler essere della partita. Mi si chiede se la Giunta regionale ora è più forte? No, è più forte la Sardegna».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Il dibattito sulle Asl. La governance aziendale non è la causa di tutti i mali di Enzo Chilelli Direttore generale di Federsanità Anci

Costantino Troise aveva definito le Asl come "Organismi geneticamente modificati". Ma il

nodo di fondo è che "per governare qualunque sistema occorre conoscerlo ed analizzarlo e noi misuriamo davvero poco, soprattutto la parte clinica"

Egregio dottor Troise, profitto dell'ospitalità di *Quotidiano Sanità*, per confermarle i miei più sinceri auguri per la prosecuzione di un lavoro nel suo insieme complesso e per condividere alcune riflessioni sul suo ultimo articolo sull'aziendalizzazione delle Asl. Per prima cosa mi permetto di ricordarle solamente un fatto: circa il 65% dei direttori generali di aziende sanitarie proviene dalla dirigenza medica e diversi sono i direttori succedutisi in questi venti anni di aziendalizzazione che sono passati attraverso la dirigenza Anaa. E ciò fa onore alla sua organizzazione.

Mi consenta, però, di difendere nuovamente l'operato della stragrande maggioranza di questi dirigenti che, ribadisco, rimettendoci parte della propria retribuzione e lavorando con responsabilità enormi (quasi sempre l'Azienda sanitaria o l'Ospedale sono la più grande azienda di una provincia) hanno scelto di dedicarsi con abnegazione al servizio della collettività cercando di attuare quell'ammodernamento delle aziende sanitarie pubbliche difficilissimo da affrontare in tempi di rapida evoluzione tecnologica ed in presenza del blocco degli investimenti derivante dal D.lgs. 118/2011.

Si è fatto riferimento all'influenza nelle nomine dei direttori generali della politica locale, ma né la norma attuale, né - da quello che si legge - quella in fieri prevedono una qualunque forma di ingerenza della politica né locale, né generale. E, in ogni caso, se ciò accade, non si vede come il problema possa essere superato, con un Albo nazionale. Oppure è forse per una sorta di "pregiudizio" che nasce l'idea della necessità di uniformare i criteri di inserimento nell'Albo dei potenziali direttori generali? O dalla volontà di limitare il (a norme vigenti, legittimo) potere dei governatori regionali di poter decidere, fra i soggetti in possesso di profili professionali necessari, coloro che meglio si adattano ad una specifica realtà sanitaria?

Peraltro, il precedente ministro Balduzzi, ha introdotto l'obbligo che la Commissione per la selezione dei primari (direttori delle UO complesse), sia estratta da un elenco nazionale e ha previsto che la presidenza della commissione venga individuata con meccanismo interno elettivo (cosicché il direttore sanitario diviene un mero componente della Commissione) abolendo la cosiddetta terna di idonei e sostituendola con una graduatoria.

Insomma, oggi la Commissione "comunica" al direttore generale la graduatoria dalla quale è assai improbabile che questo possa discostarsi (pena il ricorso o, peggio, la possibile denuncia per abuso d'ufficio...). Inoltre, analizzando da vicino la nuova normativa sulle nomine dei responsabili di struttura complessa emerge come, anche in questo caso, la "meritocrazia" sia alquanto anestetizzata da regole e punteggi che premiano più l'anzianità di servizio che la genialità e la capacità professionale, e chissà se è davvero la direzione giusta per una governance migliore.

Quale può essere il risultato di questa visione? Quasi certamente il ritorno in auge le antiche lobbies dei professionisti, quelle che stabiliscono chi può partecipare e chi è bene/giusto che vinca. Altro che governo clinico! E tutto ciò alla faccia dell'autonomia imprenditoriale (ex DLgs 502/92) e della cosiddetta cultura aziendalistica che, a parole, anche il prof. Gianfrate sostiene di voler promuovere.

È certo che il Ssn abbia bisogno di essere messo in condizione di assolvere al meglio ai

compiti sociali a cui deve rispondere e che tutte le parti in causa debbono concorrere offrendo il proprio contributo per raggiungere questo obiettivo ma non credo che sia solamente la governance aziendale ad essere la causa di tutti i mali.

Per governare qualunque sistema occorre conoscerlo ed analizzarlo ("Misurare per governare" recitava il Modello Toyota negli anni "70 ed "80, durante la crisi industriale dell'epoca) e noi misuriamo davvero poco, soprattutto la parte clinica, tanto che in tutti i convegni internazionali a cui partecipiamo anche i nostri scienziati portano sempre dati anglosassoni o americani.

Sarebbe auspicabile, nel terzo millennio, ragionare su qualità ed efficienza dei servizi erogati. Un esempio sono le reti di patologie "nazionali", nelle quali far confluire i "dati" di tutti i pazienti cronici, in modo da poter intervenire sui processi di cura e sulla presa in carico del singolo paziente. Ma nel nostro Ssn, in tutto il nostro Ssn, si continua a lasciare la misurazione in mano a singoli di buona volontà, senza sistematicità né obbligo.

Ecco, per una governance diversa, forse migliore, io partirei da qui per poi lavorare su un governo clinico che possa camminare su fondamenta solide.

Enzo Chilelli

Direttore generale di Federsanità Anci

I dati Ocse e il declino della sanità italiana

I numeri ci dicono che l'Italia spende per la sanità molto meno degli altri paesi con caratteristiche simili e che negli ultimi anni c'è stato un definanziamento netto del SSN. Per invertire la rotta il nostro sistema sanitario deve cambiare e deve lavorare di più su qualità e appropriatezza

I dati contenuti nel documento Health Statistics 2014 dell'OCSE rendono trasparente una verità spesso occultata e mistificata. Le cassandre della insostenibilità del SSN debbono ora elaborare una nuova strategia per convincere i cittadini che il nostro ultimo sistema di protezione universalistico rimasto è incompatibile con lo stato della nostra economia e un freno per lo sviluppo.

Per anni ci è stato raccontato che il sistema sarebbe collassato sotto il peso di una spesa crescente e che quindi bisognava supportarlo con robuste iniezioni di privatizzazioni. Peccato che in un sistema come il nostro, in cui l'interesse privato prevale sempre e comunque, le privatizzazioni hanno sortito come unico effetto quello di depauperare il pubblico dei pochi gioielli di famiglia rimasti a tutto vantaggio dei soliti noti che usano il liberismo come specchio per le allodole per realizzare profitti altrimenti impossibili

E dunque i dati nella loro nudità ci dicono che l'Italia spende per la sanità molto meno degli altri paesi con caratteristiche simili (Francia, Germania, Paesi Bassi) e che negli ultimi anni c'è stato un definanziamento netto del SSN (-3% nel 2013) e che lo stesso è avvenuto per la farmaceutica diminuita ogni anno dal 2009, con una riduzione nel 2012 di oltre il 6% in termini reali. Capisco che il riscontro di una percentuale di finanziamento pubblico sul totale della spesa (77%) ancora superiore alla media europea (72%) possa dare fastidio a tutti coloro che scommettono sul secondo pilastro assicurativo, ma i dati testimoniano che il collasso del sistema non sarà determinato certo dall'implosione della spesa, ma nel caso in cui questo avvenga, dal suo esatto contrario: il ritiro unilaterale dello Stato.

Nonostante questo e nonostante anche che la qualità certificata del complesso dei sistemi regionali non sia certo a livello dei paesi di punta, bisogna tuttavia riconoscere che il sistema Italia tiene ancora per quanto riguarda l'attesa di vita che rimane a livelli di eccellenza.

Credo che questi siano i dati da cui partire: il nostro sistema sanitario deve cambiare e deve lavorare di più su qualità e appropriatezza. Questi infatti non sono termini vuoti ma sono dei modi di concepire la realtà sanitaria mettendo al primo posto quello che serve effettivamente ai cittadini. Significa anche recuperare le soggettività dei malati, capendo che spesso alcune terapie nuove non vengono giudicate con criteri oggettivi ma vengono "svalorizzate" da chi nella divisione sociale del lavoro sanitario potrebbe subire danni incalcolabili da una medicina non più basata solo sui presidi farmacologici. Nella valutazione di impatto in campo di innovazione (di qualunque natura esse siano) servono intelligenze ma soprattutto professionisti realmente indipendenti dalle cordate che dominano incontrastate il campo sanitario.

E serve anche un cambio generazionale perché il SSN ha bisogno soprattutto di energia nuova e di giovani che guardino la sanità con lo sguardo mattutino di chi si affaccia sul mondo e vuole ancora cambiarlo.

Roberto Polillo

DOCTORNEWS33

Lettori Pos, dai medici un coro di no. In arrivo le prime applicazioni mobili

C'è il costo del canone per avere il dispositivo collegato alla banca, per cui la spesa varia da 10 euro a 40 euro al mese a seconda del modello e della connessione (wifi - mobile - fissa); c'è quello d'installazione e, soprattutto, c'è il costo delle commissioni sulle transazioni (da 70 centesimi a oltre 2 euro). Le ragioni per dichiararsi in larga maggioranza contrari per i medici, all'indomani dell'entrata in vigore dell'obbligo di utilizzare il lettore bancomat negli studi, non mancano. Ed è per questo che arrivano aperture a soluzioni alternative come il "point of sale mobile", da portarsi dietro, senza costi fissi, con qualche piccolo aggravio sulle commissioni forse ma tanta praticità. Stando a un questionario posto da Consulcesi, associazione con 350 legali sparsi in tutta Italia, a 6 mila medici il 73% degli intervistati a conoscenza dell'obbligo di Pos, in un caso su tre non si è ancora mosso per dotarsene. Di cosa diffida? Dei costi fissi, quello del device, il canone, l'attivazione. Già sul mercato esistono dispositivi Pos mobili che funzionano attaccandosi via bluetooth a cellulare e Ipad e consentono le stesse operazioni del Pos fisso senza costi fissi: Jusp, Signup tanto per fare solo alcuni nomi. Si pagano solo le commissioni lievemente maggiorate, «ma i medici non temono un mini-aggravio sulla commissione se possono fruire di soluzioni maneggevoli», afferma il vicepresidente di Consulcesi Edoardo Pantano. E anche l'associazione ha lanciato una sua applicazione Pos mobile, Doctor Pay. Ribadito che le spese sono omogenee al Pos fisso (ma alcune app come Jusp dimezzano la commissione da 2,5 a 1,25% oltre i 6 mila

euro di fatturato), l'ultima perplessità è relativa alla sicurezza dell'operazione e in particolare del bancomat: come riconoscere il cliente furbo e la "card" taroccata? «I livelli di sicurezza dei sistemi sono oggi eccellenti; il riconoscimento del possessore delle carte di credito e di debito è dato dall'utilizzo del codice Pin che è personale. Con le vecchie carte bastavano la strisciata sul lettore e una firma ma il livello di certezza che l'autore della transazione avesse la disponibilità del contante e un'identità certa poteva e può essere massimo solo se il professionista controlla anche la carta d'identità e la coincidenza dei dati riportati con quelli del bancomat».

Statuto Enpam, Calì (Smi): nuovo testo corporativo e antiquato

Il nuovo statuto dell'Enpam? Sembra partorito trent'anni fa. È questo il commento del segretario nazionale Smi, **Salvo Calì**, dopo le tre giornate di lavori che hanno portato al nuovo Statuto. Il testo, secondo Calì «affronta in modo inadeguato il nodo delle quote rosa e l'urgente riforma del sistema elettorale, l'ente rimane ostaggio degli ordini, oltretutto senza nessuna proporzionalità rispetto alla consistenza numerica degli albi: Roma vale Aosta, per intenderci. Oltretutto riducendo i componenti del Consiglio di Amministrazione, con la scusa dei risparmi, si aumenta in modo sproporzionato il potere dei "nominati". Si minimizza, di fatto, quindi, la partecipazione attiva della categoria». Una delusione che, per il segretario nazionale Smi si aggiunge a quella «del nuovo codice deontologico Fnomceo» e che rappresenta «un capolavoro di corporativismo e conservatorismo». Calì, in conclusione ne ha anche per il presidente Alberto Oliveti che «siede nel Consiglio di Amministrazione dell'Enpam dal 1996. Così» conclude «verremo travolti dalla modernità: un medico, un voto, questa è la strada per il rinnovamento, come d'altronde fanno anche diverse altre casse previdenziali. Non stiamo chiedendo la luna».

SOLE24ORE/SANITA'

Patto per la salute, così cambiano i farmaci. E c'è un «Patto nel patto» sull'e-health

Un nuovo Prontuario dei farmaci rimborsati dallo Stato creato in base al loro costo/beneficio e alla loro reale efficacia, ma anche con prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee. Contestualità tra immissione in commercio dei medicinali e decisione della rimborsabilità pubblica. Basta far west regionali sull'equivalenza terapeutica. E insieme tavoli di monitoraggio permanenti e stringenti valutazioni di Hta (Health technology assesment) sia per i farmaci che per i dispositivi medici, per i quali ci saranno presto appositi Osservatori regionali con tanto di budget annuali dei consumi ben definiti per asl e ospedali. Contiene numerose novità per le imprese il «Patto per la salute 2014-2016» che è atteso domani all'esame delle regioni. Con una new entry: un vero e proprio «Patto nel Patto», quello sulla sanità digitale, che è tutta da realizzare nella sanità pubblica e da implementare dappertutto se davvero si vogliono realizzare i risparmi miliardari annunciati dall'e-health e a tutt'oggi un mistero in più di mezza Italia.

È un documento di 29 articoli raccolti in 36 pagine il «Patto» che dopo faticosi confronti col Governo, in primis il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, potrebbe arrivare domani allo show down quasi finale. Non che le resistenze non manchino, come ha fatto capire ieri il governatore veneto Luca Zaia («se è così non lo firmo»), aprendo le porte a sorpresa a una

mancata intesa anche solo per un voto contrario. Un pre allarme che in queste ore si cercherà di sminuire, col rischio, altrimenti, di mandare tutto all'aria o di affidare le future regole del gioco dell'assistenza sanitaria pubblica a misure calate dall'alto, sebbene in grande parte già concordate.

Misure che contengono appendici volute dall'Economia: i 337 miliardi previsti nei tre anni – con la clausola che eventuali risparmi resteranno nel Ssn – potrebbero infatti subire tagli per necessità di finanza pubblica (leggi: manovre aggiuntive) o per «variazioni del quadro macroeconomico». E la promessa che nelle regioni in rosso i governatori non potranno più essere commissari, con tanto di allontanamento dei manager che non rispetteranno gli impegni o non garantiranno il rispetto dei Lea (livelli essenziali di assistenza), da garantire uguali in tutta Italia e tenere sotto stretta e continua osservazione.

Intanto sui farmaci si conta di procedere a passo di carica, o quasi. Anche se, insieme alla necessità confermata nel testo del provvedimento di tenere blindata la spesa del Ssn, il «Patto» afferma la necessità di coniugare «l'importanza del mondo imprenditoriale del settore» e il suo ruolo «fondamentale per le strategie del Paese». Carezze che, evidentemente, potranno trovare soluzioni su altri tavoli. Come quelle sul valore dell'innovazione e dell'accesso da parte dei pazienti. In quell'ottica della «sostenibilità» del sistema sanitario che è la parola d'ordine dell'accordo, ha ripetuto più volte il ministro Beatrice Lorenzin.

Intanto anche per i ticket si cambierà, puntando su condizione reddituale e composizione delle famiglie. La revisione sarà decisa entro fine novembre, ma in ogni caso il gettito dei ticket non potrà crescere. Della «condizione economica delle famiglie» (uso dell'Isee), se ne parlerà solo più avanti. Mentre da subito le asl dovranno attivarsi sui controlli per la sicurezza alimentare: ancora una volta con la raccomandazione di difendere un settore definito decisivo per il Pil come l'agro-alimentare. Da sostenere, ma proprio per questo da garantire al top della qualità.

Farmaci: Consip estende il catalogo dei prodotti per le gare Ssn

Diventano da oggi 4.646 le combinazioni di principio attivi, forma farmaceutica e dosaggio presenti nel catalogo dei prodotti farmaceutici disponibili sul Sistema dinamico d'acquisto della PA (Sdapa) gestito da Consip per il Mef, che consente a tutte le PA di negoziare, in modalità totalmente telematica, gare sopra e sotto la soglia comunitaria, invitando tutti gli operatori economici ammessi da Consip al sistema.

Il Sistema dinamico di acquisizione dei prodotti farmaceutici è stato istituito da Consip per un valore indicativo di 12 miliardi di euro in tre anni, a fronte di una spesa pubblica per i farmaci che è di circa 6 miliardi l'anno: gli enti del Ssn sono tenuti all'utilizzo dello Sdapa come strumento di acquisto e negoziazione telematico ai sensi del DL 95/2012 (art. 15, comma 13, lettera d). Consip ha supportato gli enti del Ssn nell'acquisto di farmaci, bandendo per loro alcune gare (es. Regione Siciliana, Regione Veneto e Regione Lazio) e successivamente mettendo a disposizione lo Sdapa farmaci, per un valore complessivo di circa 8 miliardi di euro: su queste iniziative è stato ottenuto un risparmio medio sui prezzi d'acquisto di circa il 10%.

I prodotti farmaceutici oggetto dello Sdapa sono una categoria merceologica caratterizzata dalla numerosità dei principi attivi e dei fornitori presenti sul mercato: queste caratteristiche li rendono adatti alla negoziazione on line, consentendo significativi risparmi di processo ed

economici per stazioni appaltanti e imprese. L'impiego della piattaforma telematica Consip consente la standardizzazione delle procedure e della documentazione di gara, la semplificazione delle modalità di partecipazione per le imprese e della valutazione delle offerte per le stazioni appaltanti, consentendo tempi più brevi di aggiudicazione e minori costi per PA e imprese.

L'ingresso delle imprese al Sistema è gratuito ed consentito per l'intera durata del bando (36 mesi prorogabili di ulteriori 12). Attualmente sullo Sdapa prodotti farmaceutici sono accreditati circa 200 fornitori, tra cui sia gli operatori più rilevanti del settore farmaceutico sia i piccoli fornitori. La creazione di un elenco di fornitori già ammessi e la possibilità aperta a nuovi offerenti di aderirvi in corso d'opera, consentono alle amministrazioni aggiudicatrici di disporre di un ampio ventaglio di offerte e, quindi, di assicurare un utilizzo ottimale delle finanze pubbliche grazie all'ampia concorrenza che si viene a instaurare.

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