

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Inchiesta della Procura, il fisiatra indagato si difende: “Non avevo io l'apparecchio sparito. Lo avevo chiesto in affidamento all'Asl, poi l'ho mandato in assistenza”

Si affida all'avvocato Nicola Satta che lo tutela per chiarire la sua posizione «di assoluta estraneità» rispetto ai fatti che gli contesta la procura della Repubblica di Sassari. E i fatti contestati cui si riferisce Massimo Pellicano, il medico sportivo che esercita come fisiatra all'Asl di Sassari, si riferiscono in particolare alla scomparsa – dagli ambulatori dell'azienda sanitaria – di un'apparecchiatura per la misurazione impedenziometrica di cui, in base a una segnalazione arrivata ai carabinieri, lui sarebbe stato in possesso nel suo studio privato. E proprio per questo i militari del Nas hanno eseguito nei giorni scorsi una perquisizione accurata nell'abitazione e nell'ambulatorio dove Pellicano riceve i pazienti. «Ma quell'apparecchio non lo aveva lui – precisa il legale Nicola Satta – Il decreto di perquisizione prevedeva la ricerca di quattro macchinari, tre sono stati trovati ancora confezionati negli armadi degli ambulatori dell'Asl, quello per la misurazione impedenziometrica mancava all'appello e allora gli uomini del Nas sono andati a cercarlo a casa del mio assistito. Ma lui ha da subito spiegato che l'apparecchio in questione lo aveva mandato in assistenza da un tecnico. I militari hanno preteso che Massimo Pellicano chiamasse questo tecnico in loro presenza e lo stesso per telefono ha confermato che l'attrezzo era effettivamente in suo possesso. Subito dopo lo ha riconsegnato agli uomini dell'Arma». Ferma restando l'esistenza di un'indagine del sostituto procuratore Giovanni Porcheddu a carico del fisiatra, l'avvocato Nicola Satta ritiene di dover fare delle precisazioni circoscritte al fatto per il quale hanno proceduto i carabinieri del Nas: la sparizione dell'apparecchio in dotazione all'Asl. «Siamo in possesso dei protocolli attraverso i quali il mio cliente aveva comunicato all'Asl di aver preso in affidamento quei macchinari in quanto coordinatore del progetto “Movimento è vita” affidato dall'azienda sanitaria a un'équipe multidisciplinare che Pellicano gestiva. Era autorizzato a utilizzare queste strumentazioni per portare avanti quel lavoro». Il progetto cui si fa riferimento si prefiggeva, in linea con quelli del Piano nazionale di prevenzione, di trasmettere ai pazienti selezionati le abilità, le competenze e le capacità per svolgere un'attività fisica consona al recupero delle funzioni cardio metaboliche articolari e motorie per migliorare la qualità della vita. L'intesa tra Asl di Sassari, Provincia e comuni di Sassari e Porto Torres aveva permesso di “arruolare” 270 pazienti che erano stati sottoposti a visita cardiologica e a un esame di impedenziometria. «A un certo punto il macchinario è stato portato in assistenza – spiega il legale – e il tecnico lo ha confermato». Durante la perquisizione nello studio di Pellicano i carabinieri hanno sequestrato anche delle agende: «Abbiamo già fatto richiesta al Riesame – ha detto a proposito Nicola Satta – per il dissequestro». L'inchiesta della magistratura intanto va avanti.

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Ricetta elettronica, un muro informatico tra mmg e farmacia

Tra medici e farmacie i lamenti sulla dematerializzazione delle ricette non mancano, le seconde -specie in Sicilia dove si sperimenta a tappeto – lamentano blocchi del sistema ed errori nelle ricette. I mmg sono invece colpiti dal fatto vi sia ancora bisogno di tanta carta, come spiega **Paolo Misericordia** responsabile Fimmg per l'informatica. «Il medico – non solo in Sicilia - è tenuto a inviare la prescrizione in remoto alla farmacia, ma se non la stampasse ci sarebbero grossi problemi nel dispensare il farmaco e inviare ad Asl e Regione il dato di spesa. Il farmacista infatti non apre la schermata con la ricetta leggendo il codice fiscale del paziente nella tessera sanitaria, come sarebbe auspicabile, ma legge il codice a barre relativo alla prescrizione, stampato dal medico e rilasciato al paziente. Il farmacista con lettore prende il dato, lo ri- dematerializza sul monitor del pc e trasmette all'Asl; se la testina della stampante è sporca si può fermare tutto, ed ecco i problemi segnalati dalle farmacie. Fimmg auspica che sia la lettura del codice fiscale su microchip o banda magnetica, ad aprire la schermata dove il farmacista annota la dispensazione e trasmette». C'è poi un problema nelle regioni dove l'invio avviene attraverso sistema di accoglienza centrale su scala nazionale: «Il medico deve allineare con una precisione estrema le ricette cartacee rosse compilate alla numerazione progressiva assegnata dal sistema; ma quando si è in gruppo, si fanno 300 ricette al giorno una sbavatura può sfuggire e il sistema si blocca». I problemi sono stati segnalati al ministero Pa, fin qui invano. Con la nuova convenzione che obbliga a lavorare in aggregazioni di 25 medici, le Aft, si apre un altro problema. «La categoria utilizza una cinquantina di programmi di gestione di studio, i problemi di incomunicabilità tra gestionali vanno risolti, e Fimmg con la società Netmedica ha messo a punto un sistema in "cloud" che ospita in remoto i diversi database dei mmg dell'Aft e consente di acquisire dati singoli (referti etc) sulla scheda dell'assistito; e consente al medico di continuità assistenziale di accedere ai dati di un paziente, la notte o i festivi, e caricarne di nuovi, con un iter totalmente tracciabile». Il cloud di Netmedica potrebbe essere d'aiuto nel compilare il complesso Patient summary incluso nello schema di decreto sul Fascicolo sanitario elettronico? «Qui è attivo un tavolo ministeriale con rappresentanti Fnomceo; a monte, dovremo far capire alla parte pubblica che il Fse non può sostituirsi a cartella clinica ospedaliera e scheda assistito ma va disegnato intorno a noi utilizzatori».

Petrone (Fimmg): consenso unanime su polo unico per medici fiscali

Prende posizione anche la Fnomceo sulla vicenda dei 1400 medici fiscali dell'Inps il cui lavoro è stato quasi azzerato dal 2 maggio 2013 in seguito ai tagli della spending review. In commissione affari sociali alla Camera la Federazione ha chiesto un tavolo tecnico di confronto con sindacati medici e ministero del lavoro per arrivare a una proposta condivisa. E Fimmg con il leader Giacomo Milillo ha sostenuto un polo unico della medicina fiscale nell'Inps che con una convenzione recupererebbe tutti i medici fiscali (anche per occuparsi delle assenze dei dipendenti pubblici, in passato avocate alle Asl). «Oltre che da parte di Fnomceo e di uno schieramento nutrito di parlamentari – dice Alfredo Petrone, responsabile del settore Medicina Fiscale di Fimmg – sul polo unico registriamo il consenso da parte di

tutti i sindacati che si occupano della vicenda». Nel 2012 l'Inps ha erogato 2 miliardi di euro per indennità di malattia, in un paese con un tasso di assenteismo medio del 2%; per Inps le visite fiscali poco giovavano a scoprire assenteisti: su 900 mila contatti d'ufficio solo 83 mila prognosi riviste, meno del 10%. Il quasi azzeramento delle visite disposte d'ufficio dovuto alla spending review - a un certo punto sono rimaste solo le visite chieste dai datori di lavoro - ha abbattuto lo stipendio del medico fiscale, tenuto alla reperibilità, a soli 300-400 euro/mese medie, equivalenti a 5-6 visite mensili. Le visite sono poi state ripristinate ma con un budget scarso di 12 milioni di euro. Fimmg ha spiegato che nel 2012 si sono spesi per i controlli sui lavoratori in malattia 69 milioni ma subito i datori di lavoro avevano recuperato 17 milioni di euro più quasi 20 milioni di sanzioni per le assenze a visita. L'aumento dello 0,1% dell'assenteismo, assai probabile dopo il maxitaglio delle visite fiscali, costa all'Inps almeno 100 milioni di euro. Si va in perdita. Il Polo unico risolverebbe la crisi dei medici e quella dei controlli, forte di un sistema esperto di indicatori per il controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia (data mining), e di valigette informatiche con cui i medici già possono trasmettere i dati delle visite dalle case in tempo reale.

Lauree facili all'estero, Conte (Fnomceo): fenomeno preoccupante

Il fenomeno delle iscrizioni in massa di ragazzi italiani ad alcune università straniere per frequentare facoltà medico-sanitarie «è preoccupante, perché non permette di mantenere sotto controllo gli standard di formazione». Lo sottolinea a Doctor33 Luigi Conte, segretario generale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici commentando un'interrogazione parlamentare recentemente presentata sul tema. «Il nostro sforzo» spiega «è di avere professionisti di una certa caratura per cui fughe di questo tipo non aiutano». I numeri spiegano il peso del fenomeno. «All'Università di Arad in Romania ci sono stati 266 connazionali iscritti a Medicina e 320 a odontoiatria. Poi c'è l'Università Nostra Signora del Buon Consiglio di Tirana dove, in virtù della convenzione con un'Università romana (quella di Tor vergata n.d.r.) si sono rivolti molti studenti che non avevano superato i test d'ingresso in Italia». Studenti che poi tornano in Italia abilitati alla professione. «E qui sta il problema» sottolinea Conte «visto che si tratta di Paesi che non hanno livelli formativi elevati o che comunque non condividono la nostra impostazione. La Romania, del resto, è comunitaria mentre nel caso dell'Albania è la convenzione con l'Università romana ad abilitare i neolaureati sul nostro territorio». Un fenomeno che si può arginare? «La chiave è a livello europeo» spiega Conte «serve un intervento per uniformare e aumentare le verifiche nell'accesso. A livello ministeriale» conclude «bisogna definire delle verifiche non solo di possesso del titolo ma anche un vero e proprio esame al quale sottoporre i giovani laureati all'estero».

Pronto soccorso: ridurre i costi in 5 mosse

Creare un elenco di 5 procedure ed esami che potrebbero in molti casi non essere prescritti - sempre dopo attenta valutazione da parte del medico - nei dipartimenti di medicina d'urgenza perché poco utili alla diagnosi finale e troppo costosi. È questo l'obiettivo di uno studio condotto assieme ai suoi colleghi da **Jeremiah Schuur**, del Brigham and Women's Hospital di Boston e recentemente pubblicato sulla rivista *Jama Internal Medicine*. «Le

spese mediche negli Stati Uniti stanno crescendo a un ritmo insostenibile» spiega l'autore «e spesso gli esami o le terapie richieste dai medici del pronto soccorso hanno costi davvero elevati». Non si tratta ovviamente di limitare le possibilità di azione di chi lavora nei reparti di medicina d'urgenza, ma piuttosto di ottimizzare le procedure mediche, a partire dal triage, per evitare inutili perdite di tempo e di soldi. «Il lavoro svolto per creare questa lista rappresenta il primo passo verso la comprensione dell'enorme importanza della medicina d'urgenza» precisa Schuur, che è arrivato a una lista finale a 5 punti anche grazie all'aiuto di un gruppo di esperti istituito *ad hoc*. Come spiegano gli autori, lo studio prevedeva 4 fasi distinte. Nella fase 1 è stata preparata una prima lista di decisione cliniche considerate di basso valore dal gruppo di esperti e dai medici intervistati, nella fase 2 questo elenco è stato ordinato in base al contributo ai costi, ai benefici per il paziente e alla fattibilità per il medico. Nella fase 3 sono stati intervistati medici di sei dipartimenti di pronto soccorso sulle singole voci della lista e infine, nell'ultima fase, il gruppo di esperti ha votato la lista finale di 5 elementi. Nella top-five si incontrano ben 4 esami di imaging: si parla in particolare di evitare TC della colonna cervicale dopo un trauma, della testa in caso di danno traumatico lieve o del torace per la diagnosi di embolia polmonare senza aver prima stabilito che il paziente è ad alto rischio. Anche la risonanza magnetica potrebbe essere evitata se un paziente si presenta con dolore lombare ma non è ad alto rischio. E infine rientrano nella classifica anche esami anticoagulanti approfonditi se il paziente se non c'è emorragia o sospetto di problemi alla coagulazione. «Questo elenco ha il merito di essere stato generato in base a criteri molto ben definiti» scrive affermano **Deborah Grady**, dell'università della California a San Francisco «Bisogna ora passare allo step successivo e valutare il reale effetto di questi elenchi».

[JAMA Intern Med. Published online February 17, 2014.](#)

Rimborsabilità incretine, le società di diabetologia contro l'Aifa

Rimborsabilità delle terapie basate sulle incretine: la vicenda che contrappone i diabetologi all'Aifa va avanti da mesi e ora la pubblicazione dei nuovi piani terapeutici ha scatenato la reazione delle società scientifiche, che lamentano di non essere state neppure informate. Ora, l'Associazione medici diabetologi (Amd) e la Società italiana di diabetologia (Sid) si sono associate nel segnalare criticità e contraddizioni nelle restrizioni imposte dall'Aifa sulle terapie innovative per i diabetici.

Il presidente Amd Antonio Ceriello sottolinea il cambio di passo: «Se in passato ci eravamo lamentati di non essere stati coinvolti, ora facciamo punto per punto una critica scientifica sulle indicazioni alla prescrivibilità delle incretine ed evidenziamo il contrasto tra i criteri adottati in Italia con quelli utilizzati nel mondo. Siamo di fronte a un paradosso: secondo l'Aifa, due farmaci analoghi del GLP-1, così come è scritto nelle note, possono essere prescritti anche laddove è invece controindicato, cioè a quei pazienti che hanno insufficienza renale».

Le conseguenze, avverte il presidente Sid Stefano Del Prato, possono essere molto gravi: «Le persone che potrebbero giovare di trattamenti favorevoli vengono esposte ad altri farmaci che possono comportare complicanze, non ultima l'ipoglicemia, una condizione che determina notevoli rischi. Il problema principale è garantire una cura adeguata ai numerosi pazienti che potrebbero beneficiare di un trattamento esistente e che per scelte categoriche

rischiano di essere escluse da questa possibilità».

Ma da cosa sono dettate le scelte dell'Aifa? «Il fatto di vivere in un momento di difficoltà economica – risponde Del Prato - fa pensare che si tenti di ridurre la spesa, ma è un tentativo miope perché se si espongono i pazienti a maggiori rischi, tra cui più accessi al Pronto soccorso per ipoglicemie, e alla lunga si finisce per spendere di più».

I diabetologi ribadiscono la disponibilità alla collaborazione, ritengono di poter fornire indicazioni utili e ricordano che è compito degli specialisti assicurare cure appropriate, che comprendono anche i trattamenti innovativi.

Antibioticoresistenza, Ricciardi (Iss): rifinanziare Programma nazionale linee guida

Se ne parla molto ma non è mai abbastanza perché, secondo **Walter Ricciardi** (foto), direttore del Dipartimento di sanità pubblica dell'Università Cattolica Policlinico Gemelli di Roma e membro dell'Istituto superiore di sanità, «l'antibioticoresistenza è un problema epocale». L'ultimo monito arriva dagli Stati Uniti dove, al ventesimo congresso annuale dell'American Academy of Emergency Medicine, si è puntato il dito contro un antibiotico specifico: l'azitromicina, un principio appartenente alla famiglia dei macrolidi, che è spesso utilizzato impropriamente per trattare faringiti, otiti e polmoniti. Anche secondo Ricciardi, il concetto principale che deve essere assimilato dai medici è l'appropriatezza, «è ben nota l'inutilità della prescrizione di antibiotici in caso di malattie virali come il raffreddore o l'influenza, eppure durante la stagione influenzale si assiste al picco dell'utilizzo di questi farmaci, e in molta parte si tratta di consumi non appropriati». Ricciardi non rileva nel nostro Paese un'emergenza legata a un antibiotico specifico, ma segnala che la situazione è particolarmente critica, anche se da tre anni il ministero della Salute porta avanti una campagna di sensibilizzazione sulla corretta prescrizione e utilizzo degli antibiotici: «C'è qualche segnale che il messaggio stia passando in alcuni medici, ma certo non siamo di fronte a un'inversione di tendenza». Anche in quest'ambito, le differenze tra le strutture ospedaliere e in generale tra le diverse Regioni sono molto marcate, «al Gemelli stiamo lavorando moltissimo su questo argomento, ma nella distribuzione dell'uso di antibiotici in Italia c'è una tripartizione: il Nord è un po' meglio del Centro che è molto meglio del Sud». Siamo certamente di fronte a un problema culturale, che riguarda medici e cittadini, ma anche in questo caso gli insufficienti investimenti non aiutano: «il Programma nazionale linee guida languisce, - ammette Ricciardi - avrebbe dovuto fornire riferimenti a tutti ma non è stato rifinanziato e programmi regionali in molti casi mancano, lasciando spazio comportamenti spontanei o autoreferenziali».

QUOTIDIANOSANITA'.IT

INTERVISTA Parla il neo presidente dei pediatri, Giampietro Chiamenti: “Sindacato deve riacquisire suo ruolo guida. No a convenzioni a costo zero”

“Dobbiamo riaffermare la nostra posizione ai tavoli dove si decide del futuro delle cure

primarie”. E poi sull’atto d’indirizzo per le convenzioni: “Siamo perplessi, non si tiene conto che la specificità della pediatria è diversa da quella della medicina generale”.

Lo scorso 16 febbraio **Giampietro Chiamenti** è stato eletto nuovo presidente della Fimp e in quest’intervista al nostro giornale detta la linea di quella che sarà la rotta che il Sindacato intende intraprendere.

Primo tassello per il nuovo numero uno Fimp è il recupero del ruolo del Sindacato all’interno della pediatria dopo il caos degli ultimi mesi che ha portato alla sfiducia dell’ex presidente **Alessandro Ballestrazzi** che era stato eletto solo sette mesi fa. E poi c’è il tema del riordino delle cure primarie: “L’Atto d’Indirizzo su alcuni punti ci trova d’accordo ma su altri abbiamo perplessità”, e poi “no a ristrutturazione con rinnovi contrattuali a costo zero”.

Presidente, la Fimp è tornata alle urne a distanza di pochi mesi e ora ha una nuova guida. Possiamo dire che con la sua elezione si chiude la tormentata vicenda interna al sindacato oppure il lavoro per risolverla inizia ora e spetta a lei?

Credo che si possano dire risolte le tensioni interne alla Fimp, considerato il livello di riconoscimento con cui sono stato eletto, e cioè il 79 per cento dei consensi sul 93 per cento delle Sezioni Provinciali votanti. Resta invece molto da fare per riaffermare il ruolo primario della Fimp come sigla sindacale, elemento fondamentale per raggiungere gli obiettivi che ci siamo preposti per la riqualificazione delle cure primarie. **Attraverso quali azioni pensa di poter riaffermare il ruolo della Fimp?**

Ritrovando l’unitarietà alla base delle nostre scelte. Sia chiaro: non è nostra intenzione conquistare una posizione egemone all’interno dell’area pediatrica, ma non possiamo neanche dimenticare che la Fimp, con 5.444 iscritti, rappresenta il 77,6 per cento dei pediatri di libera scelta del nostro Paese, che sono in totale 7.016. Abbiamo il dovere di rappresentare i nostri iscritti e, di conseguenza, di riaffermare la nostra posizione ai tavoli dove si decide del futuro delle cure primarie. Un futuro che però non vogliamo decidere da soli. Uno dei nostri obiettivi principali è dialogare con tutte le altre sigle della pediatria di famiglia, per poter elaborare, attraverso il confronto, una piattaforma comune da presentare ai tavoli delle trattative. Sono fortemente convinto che la compattezza della categoria sia uno strumento essenziale per raggiungere qualsiasi obiettivo e migliorare il Ssn. Per questo, contestualmente, porteremo avanti anche un confronto con la componente ospedaliera e universitaria della pediatria italiana. Solo lavorando tutti insieme sarà possibile risolvere quelle criticità di sistema che oggi danneggiano la categoria intera e anche i nostri assistiti.

Cosa ne pensa dell’Atto di indirizzo approvato dalle Regioni?

Si tratta di una proposta importante che su alcuni punti ci trova d’accordo. Siamo ben consapevoli della necessità di riorganizzare il sistema delle cure primarie a livello nazionale. Tuttavia, conserviamo molte perplessità sul documento delle Regioni. Anzitutto perché non si tiene conto che la specificità della pediatria famiglia è diversa da quella della medicina generale. Non accetteremo di vedere riproposto alla pediatria il modello della medicina generale sic et simpliciter.

Allo stesso modo condividiamo la necessità di rivedere l’associazionismo, ma prendiamo le distanze da chi vuole cancellare tutte le esperienze del passato. E ancora: pensiamo che le Aggregazioni complesse Uccp non abbiano per la pediatria la stessa rilevanza che per la medicina generale, o che comunque vadano studiate e declinate secondo le proprie specificità.

Tra le altre cose, vorrei sottolineare che la concertazione prevista all’interno di questo Atto

di indirizzo stravolge quello che è sempre stato il dialogo tra istituzioni – siano esse regionali o nazionali – e le organizzazioni sindacali. Non possiamo e non intendiamo accettare che una Regione abbia la facoltà di stravolgere motu proprio gli accordi che abbiamo siglato. Sul rispetto degli accordi non intendiamo fare passi indietro.

Il tutto vi viene chiesto a costo zero...

Credo che la politica debba sedersi e valutare seriamente come sia compatibile realizzare una ristrutturazione così articolata con contratti a costo zero. Non vorrei che alla fine si trattasse più di parole e dichiarazioni di principio che non della possibilità di realizzazione vera di cambiamenti necessari per realizzare un sistema di cure primarie gestibile e funzionale ai bisogni del paziente. Perché non dobbiamo mai dimenticare che il nostro interesse primario è il bene del bambino. E siamo seriamente preoccupati per i tagli subiti dal Ssn.

L'instabilità politica ed economica del nostro Paese non aiuta. Ora sta per aprirsi una nuova stagione. Qual è il suo giudizio sull'operato svolto dal ministro Lorenzin e cosa auspica per il futuro?

Il nostro giudizio sul ministro Lorenzin è molto positivo. Siamo sempre stati in sintonia con i suoi interventi. Ora è evidente che nella partita complessa che si sta giocando tra ministero, regioni e organizzazioni sindacali sulle convenzioni sarebbe auspicabile un dialogo preliminare sulle linee di indirizzo. La presenza del ministro Lorenzin, in questo senso, sarebbe per noi una garanzia.

Quindi lei auspica una conferma dell'incarico all'attuale ministro. Come commenta, allora, le voci su un possibile accorpamento della Salute all'interno di altri dicasteri?

Un'ipotesi allarmante. Un accorpamento rischierebbe inevitabilmente di nuocere sulle possibilità di pianificazione, di intervento e di efficacia del ministero della Salute. Un'efficacia che eventualmente ha bisogno di essere rafforzata, non certo indebolita. Soprattutto nella prospettiva sollevata da più parti di una possibile abolizione del Titolo V della Costituzione.

Uno dei temi più scottanti per la sanità italiana e per i suoi medici è quello del contenzioso medico. I pediatri come vivono questa problematica?

Siamo preoccupati, e molto. Forse subiamo meno denunce rispetto ad altri colleghi, ma non siamo estranei al problema e viviamo con ansia l'accentuarsi del fenomeno. Lo Stato deve tutelarci sotto questo aspetto, perché non possiamo pensare di tenere il Ssn sotto il ricatto di associazioni che lucrano sulla pelle dei medici e dei cittadini. Purtroppo, quello del contenzioso sta diventando sempre più il terreno per azioni speculative dove il fatto che il medico abbia operato in scienza e coscienza non ha più importanza.

Renzi e la sanità. Ma come la pensa il premier incaricato?

Renzi è intervenuto raramente sulle questioni sanitarie. Ma forse si possono desumere le sue future strategie politiche dai punti presentati alla "Leopolda" nel 2011 e 2013 e dalle dichiarazioni di personalità a lui vicine. Dagli sprechi legati a "privilegi professionali" alla depenalizzazione della responsabilità del medico e alla riforma dei ticket. Mentre c'è silenzio sulle questioni bioetiche

Il premier incaricato **Matteo Renzi** interviene raramente sulle questioni sanitarie. Non è quindi facile capire quale strategia possa avere il suo futuro governo. In attesa della presentazione dell'Esecutivo cerchiamo – sulla base dei documenti esistenti – di capire quale possa essere la sua strategia politica sul punto. I documenti che analizzeremo sono tre: i [punti della “Leopolda” del 2011](#) e del 2013 ([vedi allegato](#)), l'[intervista a quotidiano sanità di Yoram Gutgeld](#) suo consigliere economico, il programma del partito democratico presentato in campagna elettorale ([vedi allegato](#)).

Durante la prima Leopolda la sanità occupa un ruolo marginale e sulle 100 proposte se ne contano sei sulla sanità: costi standard, ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale, ospedale solo per acuti e chiusura piccoli presidi, percorsi regionali e revisione delle esternalizzazioni.

Quest'ultimo – ancorché poco sviluppato – sembra costituire la parte interessante. Si pone una critica al costo delle esternalizzazioni che, in via teorica, secondo il documento renziano dovrebbero servire per assicurare un servizio migliore rispetto a quello interno e per ridurre i costi. Invece si arriva spesso a conclusioni contrarie. Scrive testualmente il testo della prima Leopolda: “costa di più l'infermiera esternalizzata dell'infermiera interna e l'esternalizzazione è troppo spesso gravata da attività professionalmente scadente”. Un invito a internalizzare i servizi e a valorizzare le professionalità assunte oppure un invito alla revisione delle esternalizzazioni? Sembrerebbe – data l'esperienza avuta – che le esternalizzazioni non siano quindi una pratica virtuosa. La conclusione è comunque difficile data l'estrema semplicità e superficialità dei sei punti.

Nel 2013 il documento sulla sanità emerso dalla terza Leopolda è leggermente più strutturato e occupa una paginetta in formato A4. Andando oltre la classica vulgata renziana di carattere sloganistico – “non si possono tagliare i fondi per risparmiare, occorre tagliare i fondi per non sprecare” – si specifica che lo spreco è “ancora annidato ovunque” e cita al primo posto “i privilegi professionali”. Purtroppo non si declina tale affermazione in quanto sarebbe stato interessante per capire il punto di vista del futuro premier sul mondo professionale. A chi si riferisce Renzi quando parla di “privilegi professionali”? A tutte le professioni sanitarie? A parte di esse? A una di esse? Questo punto è un *unicum* nella comparazione con gli altri documenti renziani, del partito democratico e delle persone, come Gutgeld, date a lui vicine. Bisognerà vedere se questa forte affermazione sui “privilegi” professionali possa avere una ripercussione sui vari progetti di legge sugli ordini professionali che sono in parlamento.

Sempre sul piano professionale – nel documento dell'ultima Leopolda – si afferma la richiesta sulla depenalizzazione della responsabilità del medico. La richiesta, non presente nel programma sanità del Partito Democratico, avrebbe come risultato un “immediato e significativo risparmio”. Non si capisce bene come, a parte eventuali ma certo non immediati risparmi sulla medicina difensiva, visto che la maggior parte dei problemi è nella sede civilistica (su cui infatti, insiste molto, il ben più strutturato documento sanità presentato in campagna elettorale dal suo partito). Tra l'altro, queste proposte, erano state avanzate nell'ottobre 2013 a circa un anno dalla parziale esenzione dalla responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie approvata con la legge Balduzzi.

Sui progetti legati alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale il Renzi leopoldiano si distacca completamente dal programma del partito democratico e chiede la

“costruzione di un credibile strumento di compartecipazione (progressiva) dei cittadini alla spesa”. La compartecipazione alla spesa in realtà, come è noto, esiste da moltissimi anni ed è stata criticata dal partito democratico nel suo programma in quanto “la tutela della salute per tutti è un diritto primario e fondamentale” e “la fonte principale per reperire le risorse necessarie a rendere esigibile questo diritto è e resta la fiscalità generale”. Tra l’altro sul versante risparmi e razionalizzazioni non possiamo non citare la curiosa affermazione di un altro esponente vicino al futuro premier che ha avuto modo di sostenere che l’adozione dei costi standard produrrebbe un risparmio di 30-40 miliardi di euro annui a fronte di un fondo che è poco più di cento miliardi ([intervista al finanziere Davide Serra](#) a margine alla Leopolda) 2013.

Per il resto i documenti renziani sposano – a quanto è dato di capire – il servizio sanitario pubblico e non mettono in discussione l’universalità dei servizi mostrando anche un risentimento verso la gestione strumentale delle liste di attesa che vengono utilizzate “coscientemente per fare uscire persone dal Servizio sanitario nazionale”. Sullo stesso versante sembra essere Yoram Gutgeld – parlamentare Pd dato vicino a Matteo Renzi – che sembra avergli suggerito il superamento del sistema dei ticket con un sistema che tenga conto dell’Isee riformato.

Il continuo riferimento al rafforzamento del rapporto ospedale-territorio sembra quindi più in linea con un sistema sanitario come quello che comunemente definiamo “toscano” e più lontano dal sistema “lombardo” più basato sulle realtà ospedaliere. Questo quello che si evince dai pochi documenti in cui il prossimo presidente del consiglio ha mostrato interesse sulle questioni sanitarie o, meglio, sul sistema sanitario.

Sul fronte dei diritti bioetici invece l’ormai ex sindaco di Firenze non si è mai particolarmente esposto. Le gravi lacune normative che esistono sul versante del consenso informato, del testamento biologico e, più in generale delle tematiche di fine vita, nonché di una legge sulla procreazione assistita inficiata da gravi problemi di costituzionalità non sembrano una sua priorità e verosimilmente non possono esserlo né culturalmente né politicamente. Non vi è da attendersi sviluppi di sorta sul punto vista anche la sua sensibilità verso le tematiche vicine ai movimenti *pro life* dimostrata nella recente [delibera del Comune di Firenze sul cimitero dei feti](#).

È molto facile pronosticare un accantonamento di queste tematiche, anche in un prosieguo di legislatura come l’attuale che potrebbe, così dice Renzi e il suo entourage, arrivare a naturale scadenza. Su queste tematiche la nostra distanza dall’Europa è tangibile e non sembra che l’ex rottamatore voglia colmarla.

Stato Regioni. Dalla telemedicina al Comitato per la sicurezza alimentare. Tutti i documenti all’attenzione della seduta di oggi

Pronte le linee guida sulla telemedicina: dalla formazione ai criteri di accreditamento fino alla valutazione economica dei servizi. Proposti i 4 rappresentanti delle Regioni per il Comitato per la sicurezza alimentare. All’esame della Conferenza anche il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie.

Tre i gradi temi che oggi approderanno all’attenzione della Conferenza Stato- Regioni: le

linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, le nomine dei rappresentanti delle Regioni in seno al Comitato per la sicurezza alimentare e l'istituzione di un flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

Andando per ordine, il [documento sulla telemedicina](#), di cui è previsto periodico aggiornamento, propone innanzitutto un inquadramento strategico della materia individuando gli ambiti prioritari di applicazione. Si passa poi a proporre una classificazione delle prestazioni erogate e un modello organizzativo di tipo relazionale, basato sui rapporti tra i soggetti che parteciperanno all'erogazione delle prestazioni (pazienti/caregivers, medici ed altri operatori sanitari). Nel documento si parla poi della formazione dei soggetti coinvolti e delle modalità di integrazione della telemedicina nel Ssn, con riferimento ai criteri di autorizzazione e accreditamento. Infine, vengono affrontati i temi riguardanti la remunerazione e valutazione economica dei servizi, l'individuazione degli indicatori di performance utili per il monitoraggio e la valutazione dei servizi e gli aspetti riguardanti la privacy.

Lo [schema di decreto concernente l'istituzione del flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie](#), fa riferimento a quelle apparecchiature rilevanti ai fini dell'erogazione dei Lea nonché di rilievo per il Ssn. Nell'ambito del Nsis è istituito il flusso informativo la cui realizzazione è affidata al Ministero della Salute. Viene inoltre stabilito che il conferimento dei dati al Sistema informativo sanitario costituisce uno degli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

Infine, per la [designazione di quattro rappresentanti delle Regioni in seno al Comitato nazionale per la sicurezza alimentare](#), i nominativi avanzati sono i seguenti:

- **Bartolomeo Grigli** - Regione Piemonte
- **Alessandro Salvelli** - Regione Veneto
- **Giorgio Cester** - Regione Veneto
- **Edoardo Imperiale** - Regione Campania

SOLE24ORE/SANITA'

Le poltrone di San Valentino *Alla scoperta del Renzi-pensiero sul Ssn, mentre il Patto (forse) avanza*

Da Enrico a Matteo, passando per Beatrice. Sfrattato dal suo stesso partito con una coda di veleni che è solo agli inizi in un drammatico giovedì 13 febbraio, Letta ha lasciato al caro nemico Renzi la poltrona di palazzo Chigi il giorno dopo, venerdì 14 febbraio. E come spesso capita nei romanzi noire, anche stavolta San Valentino non ha fatto sbocciare l'amore mai nato tra i due toscani-contro. Del resto, come poteva il santino dei cioccolatini favorire amorosi sensi tra Firenze e Pisa? Ben altri santi sarebbero serviti.

E allora eccoci al nuovo, un premier a soli 39 anni che si gioca la partita della vita. E quella dell'Italia, come dice lui stesso e come speriamo in tanti. Anche se tutto dipende da cosa vorrà fare con quel programma choc che ha annunciato in due soli mesi. Vedremo. Di sicuro la drammaticità della situazione (politica ed economica) che si apre ora, ci presenterà col nuovo Governo un conto non esattamente dolce, almeno nell'immediato, sperando che

davvero stavolta si riesca a costruire l'ormai mitico «futuro»: occupazione, fisco leggero, spesa pubblica qualificata. E riforme, riforme, riforme...

Già, le riforme. Dove la sanità e il welfare non saranno una partita minuscola. Anzi. Con quel «Patto» atteso alla prova da troppo tempo che ora, con la conferma (per la quale rema) della ministra Lorenzin, è da considerare sempre in pista. Matteo Renzi permettendo, che in ogni caso potrà intestarselo. E (nuovo) ministero dell'Economia concedendo. Che tutto procederà liscio, è presto per dirlo. Anche perché l'incognita su quanto il neo-premier imporrà, è grande come una casa. Insomma: qual è il Renzi pensiero sui destini della Sanità pubblica?

Domanda lecita, se solo si guarda al suo programma «Cambiare verso» in occasione delle primarie Pd di dicembre. Sarà per quell'eccesso di sintesi e di comunicazione efficace e così sbrigativamente twitteriana che lo anima, certo è che il premier-sindaco in quel librettino per gli elettori sulla Sanità ha preferito non dilungarsi. Salvo dire che «l'espansione dei diritti alla persona non può essere un'operazione a somma zero, in cui qualcuno vince e qualcuno perde: dev'essere al contrario un modo per far crescere l'intero Paese. L'altra faccia della medaglia dello sviluppo economico è infatti rappresentata da quello civile». E per questo «l'Italia deve costruire una cultura dell'inclusione». Chi ci capisce? E poi? E come? E che ne facciamo del Ssn e dei suoi guai, delle fughe da casa per curarsi, dei debiti, degli sprechi, della corruzione, del Sud che affonda, del personale senza contratto e di quello fannullone e di chi lavora troppo, della filiera industriale. E del federalismo sanitario, che se ne fa? Che ne pensa e che vuol fare Matteo?

Sicuramente Lorenzin vorrà mandare un appunto al suo nuovo premier che ha a lungo combattuto quando era “solo” sindaco e segretario del Pd. Qualcosa più di un tweet o di un sms arriverà a Renzi da Lungotevere Ripa. E le Regioni, poi, proprio quelle Regioni che Renzi, anima da sindaco, non si può dire che adori, che faranno? Le spine non mancheranno. Dopo che Enrico Letta, lasciando in eredità il suo “Impegno Italia” prima di dare l'addio, non ha scordato alcune notarelle su ciò che avrebbe fatto: il Patto da incassare entro marzo, la lotta al gioco d'azzardo patologico, la digitalizzazione, il completamento dei pagamenti della Pa alle imprese fornitrici soffocate dai crediti insoluti,

E così ora Matteo, forse affiancato da Beatrice, ma anche dal fido Davide Faraone delegato al Welfare per il Pd, dovrà rivelarci il suo pensiero sanitario. Sul Patto, per dire, si va allo stop agli ospedali sotto i 60 letti, ma al Sud non va giù. Si pensa di mettere mano ai dipartimenti e ai primariati. Farmaci e dispositivi sono nel mirino. Sul riparto dei fondi, ecco dalla Campania la pregiudiziale che per riconoscere la deprivazione e dare un peso maggiore alla popolazione giovane. Col resto del Sud che concorda e le altre Regioni che non ci stanno esattamente.

Belle grane. Senza dimenticare la spending review, che sembrava in rampa di lancio con Carlo Cottarelli, con l'aggiunta del fatto che il commissario alla spending con Saccomanni erano in urto (eufemismo) con Lorenzin che pretendeva di fare lei (e le Regioni) col «Patto» i risparmi, trattenendoli nel Ssn «per rilanciarlo e investire», ci di più di un aumento dei fondi per 7,6 mld nel 2015-2016.

Cosa dirà adesso il Vangelo secondo Matteo? (r.tu.)

E se G.F.G. va alla Salute? Baroni rampanti, conti e visconti a caccia di posti

Appuntatevi queste iniziali per un papabile (sotto?) ministro: G.F.G., universitario di lunga carriera, barone direbbero le lingue cattive. E tenete a mente questo rischio: Salute in serie B. Nella giostra impazzita del totoministri del cantiere del Renzi 1, si stanno consumando faide, giochetti, interessi che si accavallano e che si sommano. Giochi, per dire, che qualcuno attribuisce essere frutto di trame segrete da una parte di Verdini (renziano a suo modo) e Zangrillo (custode della salute centenaria e più del Cav) e dall'altra dell'area toscorenziana, per non arrivare dritti dritti a super Matteo.

Tam tam impazzito

Il Tam tam ormai gira impazzito. Non è più un mistero. Anche se un mistero resta ad oggi la soluzione del "caso ministero della Salute", solo una casella nel mosaico incompiuto del futuro Governo. Ma noi che di Sanità (e salute) ci occupiamo, pensiamo sia bene darne conto, come abbiamo fatto per giorni in solitudine sull'ipotesi del ministero di serie B accorpato nel super Welfare. Salvo poi raccogliere le preoccupazioni di tanti, segno che l'ipotesi, come sapevamo, ben esiste al tavolo delle trattative. Che poi si faccia, è altra cosa.

Vent'anni di facoltà

Ebbene, le cose stanno (starebbero) in questo modo. Disegni e interessi che si saldano starebbero spingendo il preside ventennale della facoltà di medicina fiorentina, G.F.G. appunto (sapete bene chi è, cercate su Google), nonché presidente della società italiana di telemedicina che di questi tempi va di gran spolvero per il varo imminente (domani) delle linee guida in materia, e curiosamente a caccia di visibilità da qualche parte nel mondo della cosiddetta informazione.

A tutta Università

G.F.G. non è certo un signore qualsiasi. Ha 69 anni, fior di bagaglio professionale e professorale, ampie conoscenze della salute nostra e bagaglio culturale di tutto rispetto. Chapeau. Ma è un prof, un barone benché di sinistra dicono le solite male lingue. E la sinistra (tanto più il centro-sinistra) non è che abbia mai disprezzato i codici, chiamiamoli così, universitari. Università che in questo modo tenterebbe l'ennesimo assalto alla fortezza (?) del Ssn, dove peraltro ha solidi presidi ed entrate di tutto rispetto. Ma volete: avere il proprio ministro? Togliersi di mezzo anche le piccole brigliette rimaste, tanto più mentre col «Patto», si mormora, saranno spuntate le unghie, o almeno qualcosina, alle baronie?

Avanti baroni, conti e visconti

E allora, avanti prodi baroni. Vuoi mettere Gian Franco Gensini (e diciamolo il nome...) anche solo alla mini Salute? Vuoi mettere conti, visconti dimezzati, duchi e baroni rampanti a comandare il gioco in casa Ssn? D'altra parte, si mormora, se di serie B, se vice ministro, un barone vice ministro della Salute farebbe meno scandalo. Eh, già...

Un'ultima domanda? E Matteo che ne pensa, sempreché pensi qualcosa dei destini della sanità pubblica? Potrà smentire tutto, se non accadrà niente di tutto ciò. Ma noi garantiamo: l'ipotesi G.F.G. è sul tavolo (*r.tu*)

ppss sia chiaro: niente di personale verso G.F.G. in queste righe. Solo una riflessione filosofica



Mediadue Comunicazione

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