

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
26 GIUGNO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE San Raffaele al traguardo: «È fatta» L'ok alla delibera è slittato a oggi: «Ma siamo alle virgole e ai punti» assicurano in giunta. Forse arriva Renzi per la firma

Testuale dal primo piano della Torre di viale Trento, uffici della presidenza della Giunta: «Per il San Raffaele, siamo alle virgole e ai punti». Solo per questi particolari è slittata di ventiquatt'ore, a questa sera alle 18.30, l'approvazione della delibera amministrativa che ufficializzerà l'ingresso del nuovo ospedale nel Servizio sanitario regionale. Di fatto, il documento è pronto – confermano anche questo dalla Regione – e «lo slittamento è dovuto ad alcuni ultimi e necessari chiarimenti con il ministero della Salute e i partner dell'investimento, la Qatar Foundation e il Bambin Gesù di Roma». Tutti gli intoppi e i dubbi sono stati cancellati in due momenti. Prima nella seduta no stop, durata dalla mattina presto a sera inoltrata, della Giunta, con un passaggio politico che si è concluso con la «piena condivisione di tutti gli assessori della delibera» e dunque il voto di questa sera dovrebbe essere una semplice formalità. Il secondo momento decisivo è stato quello che ha visto i tecnici dell'assessorato alla Sanità, con a capo il direttore generale Giuseppe Sechi, impegnati in un confronto serrato, punto su punto, con i funzionari del ministero e l'équipe scientifica dell'ospedale romano. C'erano da chiarire, almeno così pare, ancora alcuni aspetti del piano industriale, che comunque sarà grosso modo come quello pubblicato ieri da La Nuova, cioè quattro poli con intorno altrettanti reparti trasversali, e due o tre passaggi della lettera d'intenti con cui il Governo si è impegnato a escludere per tre anni il San Raffaele dal conto regionale dei posti letto e dai tagli alla spesa sanitaria privata. Come detto, alla fine è stata fumata bianca. Tanto che nel tardo pomeriggio, nella riunione dei capigruppo in Consiglio regionale, il presidente Pigliaru ha annunciato che oggi le carte saranno consegnate alla commissione Sanità per esprimere il necessario parere. Subito dopo la comunicazione del governatore si è messa subito in moto la macchina interna del Consiglio e Raimondo Perra, presidente della commissione, ha convocato martedì mattina la riunione sul San Raffaele, anche se c'è ancora una possibilità che possa essere anticipata a sabato. In ogni caso se saranno questi i tempi a questo punto sembrano destinate a saltare le ultime due date ipotizzate per la firma finale del contratto, lunedì 30 giugno e proprio martedì primo luglio. Anche di recente il presidente Pigliaru proprio sulle date non si è voluto sbilanciare, ma nulla esclude che le parti possano essere convocate per la cerimonia del protocollo entro la fine della prossima settimana. Piena soddisfazione. I tre partner sono ormai alla stretta finale e se la riapertura del cantiere di Olbia sarà davvero in tempi stretti, massimo una o due settimane dopo la firma, alla fine potrebbe essere confermata anche l'apertura del nuovo Bambin Gesù di Olbia entro l'estate del prossimo anno. Come si sa è questo l'impegno preso dalla Regione e dalla Qatar Foundation il giorno in cui il pre-accordo è stato firmato a Palazzo Chigi anche dal presidente del Consiglio, Matteo Renzi.

Fra le tante indiscrezioni c'è anche quella che il premier potrebbe essere presente il giorno storico, a Cagliari, della cerimonia conclusiva dell'operazione San Raffaele. È data già per certa la presenza dello sceicco Faisal Bin Thani Al Thani, cognato dell'emiro del Qatar, che ai primi di giugno è stato in missione, prima a Cagliari poi a Olbia, proprio per definire i dettagli dell'accordo. Altri investimenti. Il Qatar ha una predilezione per l'Italia e la sanità italiana in particolare. L'ha confermato, a Milano, un altro componente della famiglia reale. Dopo l'accordo per il San Raffaele, ha detto Ali Bin Thamer Al Thani, cugino dell'emiro: «Siamo interessati ad altri ospedali. Quello di Olbia è solo il primo in cui siamo pronti a investire nel vostro paese». Se l'annuncio sarà confermato dai fatti, la Gallura – come ha sostenuto sempre Matteo Renzi – farà da apripista all'ingresso della ricca Qatar foundation nel mondo della sanità privata italiana. Ma soprattutto in quello della ricerca, con Qf che ogni anno investe nei laboratori sei miliardi di dollari. In Sardegna, nel secondo semestre del 2015, si sa già che una buona parte di quel tesoro servirà a sostenere gli studi sulla talassemia e il diabete.

In Sardegna la commissione sanità della Camera **La prossima settimana i parlamentari saranno in missione prima a Cagliari e poi a Olbia**

Missione in Sardegna, all'inizio della prossima settimana, per la commissione sanità della Camera, presieduta da Pierpaolo Vargiu (Riformatori-Scelta civica) e di cui far parte anche il deputato Roberto Capelli (Centro Democratico). Mercoledì e giovedì la commissione sarà prima a Cagliari e poi a Olbia per studiare da vicino il caso San Raffaele. Qualche ora prima della partenza per l'isola, i commissari ascolteranno anche la relazione sul nuovo ospedale del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Ministro che, ieri sempre nell'aula della commissione di Montecitorio, ha confermato il pieno appoggio del Governo alla Regione per «una pronta conclusione dell'accordo fra Regione Qatar Foundation e Bambin Gesù di Roma». «Con l'ingresso degli investitori stranieri nel sistema sanitario – è stata la dichiarazione del presidente Vargiu – siamo di fronte a un caso rivoluzionario. I nostri ospedali hanno un disperato bisogno di nuove risorse e l'accordo per il San Raffaele apre nuove opportunità di sviluppo, interpreta in modo innovativo il rapporto fra lo Stato e le Regioni e ridefinisce anche proprio il ruolo delle Regioni nella sanità». È una novità rivoluzionaria, per usare le parole del presidente Vargiu, che «la commissione vuole studiare a fondo nella sua prossima missione conoscitiva in Sardegna». Si sa già che i commissari per mercoledì e giovedì convocheranno, a Cagliari e a Olbia, la Regione (di sicuro il governatore Pigliaru e l'assessore alla Sanità, Luigi Arru), i rappresentanti della Qatar Foundation (dovrebbe essere il plenipotenziario in Italia, Lucio Rispo) e quelli del Bambin Gesù. Sarà poi la volta dei rettori delle università, della Asl di Olbia e dei sindaci del distretto sanitario gallurese .

Università di Sassari **La spunta Carpinelli: il fisico è il nuovo rettore**

Un fisico delle particelle alla guida dell'università di Sassari per i prossimi sei anni. Ieri, con 387 preferenze, e dopo una lunga e tormentata campagna elettorale, Massimo Carpinelli è stato eletto rettore dell'ateneo turritano. Cinquant'anni, di Benevento, Carpinelli si è formato a Pisa dove si è laureato con una ricerca condotta nell'università di Stanford, in

California. Dal 2006 è professore ordinario nel Dipartimento di Chimica e Farmacia a Sassari e ha anche ricoperto l'incarico di preside nella ex facoltà di Scienze dal 2010 al 2012. L'aula magna della sede centrale dell'università è stato il teatro dove si è svolta la scena finale della sfida elettorale tra cinque candidati alla carica di rettore. Sul campo, ieri erano però rimasti Massimo Carpinelli ed Eraldo Sanna Passino, direttore dell'ospedale didattico veterinario dell'omonimo Dipartimento. Il ballottaggio, che si è svolto all'insegna di una lotta testa a testa fra i duellanti, si è concluso con un vantaggio tutto sommato molto contenuto: 387 voti per Carpinelli contro 355 in favore di Sanna Passino. Segnale, questo, di un grande conflitto avvenuto all'interno del mondo accademico che ha visto alla fine coagularsi i consensi attorno due soli nomi. E infatti la tensione tra gli scranni dell'antica aula era palpabile. Tra i presenti i vertici del Dipartimento di Scienze Mediche, Ida Mura e Andrea Montella, quest'ultimo tra i candidati iniziali che poi aveva ritirato il programma per confluire nella candidatura di Sanna Passino, e lo stesso direttore dell'ospedale veterinario che ha seguito le operazioni di spoglio con grande attenzione seduto in una delle file in fondo alla sala. Tra un sorpasso di appena un voto e molti pareggi le schede venivano estratte via via dall'urna mentre la voce del docente Antonello Mattone, presidente del seggio, delineava, pronunciando i nomi dei due candidati, il futuro dell'università almeno per i prossimi sei anni. E a un certo punto, ma solo verso la fine dello scrutinio dei voti assegnati dal personale docente, è stato chiaro che Carpinelli avrebbe avuto la meglio. Così, pochi secondi dopo la proclamazione del rettore lo scienziato di Benevento, assente per tutta la durata dello spoglio, ha fatto capolino dalla porta dell'aula magna tra gli applausi dei presenti. Chiamato da Mattone a dire due parole al microfono è stato però travolto dall'emozione e non ha rilasciato alcuna dichiarazione. Solo in seguito, dopo aver raccolto abbracci e strette di mano, in primo luogo dall'avversario Sanna Passino e poi dal rettore in carica, fino al 1° novembre, Attilio Mastino, davanti alle telecamere e ai cronisti ha detto che il suo obiettivo «è quello di fare dell'università di Sassari ciò che merita, cioè una delle migliori d'Italia. La più grande risorsa che abbiamo è l'intelligenza e io farò il possibile perché venga valorizzata al massimo. Mi metterò subito a studiare e coinvolgerò le persone che ho incontrato in questi mesi. Persone di grande valore che mi aiuteranno a realizzare un sogno». Tra le preoccupazioni la scarsità di fondi a disposizione e la crisi economica del territorio ma «sono ottimista come lo sono stato durante tutta la campagna elettorale che pure si è presentata complessa». L'ultima considerazione l'ha riservata agli studenti: «La loro curiosità e il loro entusiasmo vanno premiati con un ambiente stimolante basato su ricerca e didattica». Si è conclusa così un'avventura cominciata sulla base di cinque candidature tutte considerate forti: da quella del preside di Agraria, Giuseppe Pulina, ritenuto negli ambienti universitari un cavallo vincente a quella del preside di Medicina Andrea Montella, da quella di Marco Vannini, docente nel Dipartimento di Scienze economiche e aziendali (arrivato a candidarsi in ritardo rispetto agli altri) a quella di Carpinelli e Sanna Passino. Già dalla prima votazione, però, le sorprese non erano mancate quando Carpinelli aveva raccolto tantissime preferenze lasciandosi dietro con grande distacco tutti gli altri. Ecco allora arrivare il ritiro di Montella e Pulina, abbandonati da molti di coloro che avevano promesso il loro sostegno. Nella seconda votazione il vantaggio di Carpinelli era sempre marcato ma l'eliminazione di Marco Vannini con i suoi 122 voti da ricollocare rendeva difficile fare pronostici. E infatti la battaglia si è giocata tutta su una manciata di preferenze. Da oggi dunque il nuovo rettore si prepara a entrare in carica definitivamente, forte di un curriculum a cinque stelle con collaborazioni al Cern di Ginevra dove ha fatto parte di un gruppo di ricerca sul bosone di Higgs. E pure la sua vita privata ha qualche aspetto legato al nuovo incarico visto che il fisico beneventano è stato sposato con

l'ex ministro dell'Istruzione e dell'Università Maria Chiara Carrozza la quale a sua volta è stata rettore della prestigiosissima Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Una "parentela" da cui il nuovo rettore Massimo Carpinelli potrebbe ricavare utili consigli per ridisegnare il futuro dell'ateneo turritano.

SASSARI La dentiera numero 500 nella "casa dei miracoli" Aldo Meloni: «La nostra ricompensa? Avere restituito il sorriso a tanti poveri»

Doveva essere la festa per la consegna della dentiera numero 500 ma i dentisti e l'odontotecnico che hanno compiuto il piccolo miracolo di generosità hanno voluto fare una sorpresa ad Aldo Meloni, presidente della Casa della Fraterna Solidarietà. E hanno consegnato anche la protesi numero 501 a una paziente in lista d'attesa. Come dire che la solidarietà non si ferma. Il presidente della Casa della Fraterna Solidarietà ha potuto annunciare con orgoglio: «abbiamo restituito il sorriso ai nostri poveri». Oltre a chi ha ricevuto la dentiera, ieri mattina Meloni era il più felice. E aveva tutte le ragioni per esserlo, lui che dopo avere raccolto e consegnato provviste a migliaia di persone che non hanno il necessario per mangiare, da qualche anno ha deciso di occuparsi anche di tutti coloro che non riescono ad ottenere una protesi dal servizio sanitario. Ieri mattina, nei locali dell'associazione, ai festeggiamenti per questo importante traguardo hanno preso parte il sindaco Nicola Sanna, la presidente della Provincia Alessandra Giudici e l'assessore comunale alle Politiche sociali Grazia Manca. C'erano ovviamente i dentisti Paolo Usai e Dario Bonelli che, in sinergia con l'odontotecnico Gavino Dettori, collaborano gratuitamente con l'associazione nel progetto che ha già restituito il sorriso a cinquecento persone in difficoltà. I dentisti si alternano nelle visite, mentre Gavino Dettori realizza tutte le protesi grazie al materiale fornito dalla Onlus sassarese. La loro ricompensa? «Il sorriso dei nostri pazienti» risponde per tutti Paolo Usai. Il più commovente è stato quello di una insegnante ridotta in povertà dal marito che la maltrattava e che aveva rinunciato a insegnare per non spaventare i bambini con la sua bocca sdentata. E che adesso, grazie alla generosità e professionalità dei volontari, può riprendere a sorridere e a sperare. Tante le persone che ogni giorno si rivolgono all'associazione per avere una dentiera: giovani donne con difficoltà economiche, per la società diventate "brutte" perché senza denti, e che erano depresse. Sono state aiutate. C'è stato perfino un detenuto del carcere di Bancali che, una volta alla settimana, utilizzava i permessi premio per una "ritoccatina" alla protesi. Il signor Giovanni, al quale ieri mattina è stata consegnata la dentiera, ora può masticare senza problemi. L'uomo si è precipitato davanti allo specchio. «Non ci posso credere – ha detto commosso – posso tornare a sorridere senza mettere la mano davanti alla bocca». È stato lui il 500esimo a riceverla in dono, seguito da Maria (nome di fantasia) che si è rivolta alla Onlus perché, senza denti, si vergognava a sostenere i colloqui di lavoro. Per avere una dentiera, infatti, anche con un reddito ridotto a zero, è necessario sborsare alla Asl o all'Azienda mista non meno di 600 euro. Attualmente, in Sardegna, le protesi ortodontiche non sono inserite tra i Servizi elementari di assistenza (Lea). Nessuno può negare le gravi conseguenze per la salute di chi non è in grado di masticare: denutrizione, problemi di digestione. Eppure, nonostante la Regione non paghi le dentiere, sostiene le cure le malattie causate dalla cattiva masticazione. Una contraddizione che ha conseguenze devastanti per tantissimi sardi. Non ha esitato a denunciare questo grave problema, il presidente Aldo

Meloni, che ogni giorno vive a stretto contatto con i poveri di Sassari. L'associazione, in media, consegna giornalmente 500 buste della spesa ad altrettante famiglie. «Chi è povero e sdentato, e si rivolge alla Asl o all'Azienda mista chiedendo una dentiera, si sente rispondere che deve pagare centinaia di euro - spiega -. Questa grave carenza, fino a qualche anno fa, mi era ignota. È stata una signora che, rivolgendosi a noi telefonicamente, ci ha prospettato la sua necessità di una dentiera, che le era stata rifiutata sia dall'Azienda mista che dalla Asl. La mancanza totale o parziale della dentatura è un handicap grave. Ma è anche una sofferenza facile da cancellare. Il risparmio nei costi della sanità si può ottenere migliorando l'efficienza, non con dolorosi e umilianti tagli nelle prestazioni essenziali».

L'UNIONE SARDA

San Raffaele, la Giunta rinvia **Nubi sul progetto e sui tempi** Assessori perplessi, il voto oggi. **A Olbia la Commissione sanità della Camera**

Niente da fare, fumata nera. Sul San Raffaele la Giunta regionale decide di non decidere: tutto rinviato a oggi (ore 18,30), ammesso che la notte porti consiglio. Una maratona, un'interruzione non solo per addentare un panino, assessori perplessi. Poi, prima delle otto di sera, il rinvio. Nel frattempo, si è saputo che la Commissione Sanità della Camera presieduta dal deputato dei Riformatori **Pier Paolo Vargiu** sarà a Olbia giovedì prossimo, anche su sollecitazione del deputato nuorese **Roberto Capelli**. Dopo l'audizione a Roma del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, i commissari sbarcheranno in Sardegna per un'indagine conoscitiva. Saranno ascoltati la Regione, gli investitori della *Qatar Foundation Endowment*, il Bambin Gesù, le università, l'Asl e i sindaci del distretto. Vargiu sostiene la Regione e l'iniziativa del Qatar e non esita a definire «un fatto epocale, rivoluzionario, questa interpretazione del titolo V della Costituzione».

NUBI All'orizzonte, però, si addensa qualche nube minacciosa sui tempi e sullo stesso progetto. Dopo il voto dell'esecutivo regionale, altri ostacoli rischiano di far slittare la firma. Quando arriverà il dossier in Commissione Sanità? Oggi, no. Domani c'è Consiglio e a questo punto è probabile che sia lo stesso **Francesco Pigliaru** a riferire lo stato dell'arte in aula. Radio tam tam poi comunica che alcuni partiti chiederanno (Udc, Forza Italia e Sel) che l'argomento approdi in Consiglio regionale.

SABATO Il presidente del parlamentino **Mondo Perra** si dice «disponibile a lavorare di sabato, ma credo che tutto slitti alla prossima settimana». Lunedì è 30, ma si sa che i consiglieri cominciano a lavorare di martedì. E siamo al primo luglio, giorno previsto per la firma dell'accordo finale.

IL GOVERNO La Giunta regionale non ha deliberato dopo aver attentamente analizzato la lettera d'intenti firmata dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** e dal sottosegretario **Graziano Delrio**. Proprio il contenuto del documento governativo in relazione al piano industriale del Qatar avrebbe richiesto ulteriori approfondimenti, dopo una serie di osservazioni (giuridiche ma anche politiche) da parte di alcuni assessori. Nella *road map* più volte citata da Pigliaru, il Governo deve garantire, con due deroghe, l'esclusione dei 262 posti letto dal conto nazionale dei tagli fino al 2017, e l'esonero da vincoli della *spending review* sulla sanità privata.

MELONI VS SCANU «Nella sua intervista all'Unione, Gian Piero Scanu ha perso un'occasione per tacere - ha dichiarato il manager **Franco Meloni** -. Il deputato del Pd, a proposito del ricorso presentato a suo tempo contro il Piano Sanitario Regionale, non sa di

cosa parla. Noi ricorremmo non contro il San Raffaele di Olbia (io sono favorevole), ma perché l'assessore Dirindin ci tolse 500 posti letto senza neanche discutere».

AL THANI A Milano Ali Bin Thamer Al Thani, dell'Emirato qatarino, ha annunciato:

«Siamo interessati ad altri ospedali: quello di Olbia è il primo di una serie di investimenti in Italia».

SASSARI Cinquecento nuovi sorrisi in regalo Il traguardo della Casa della Fraterna solidarietà

«Avevano perso il lavoro perché senza denti erano brutte. Tra le dentiere installate, abbiamo dato possibilità a diverse donne di riacquistare il loro posto nella società». Aldo Meloni, il presidente della Casa Fraterna Solidarietà di Sassari, non fa troppi giri di parole ed è raggianti nel presentare il traguardo raggiunto in due anni, dalla sua associazione, davanti al sindaco di Sassari Nicola Sanna e la presidente della Provincia Alessandra Giudici.

Cinquecento dentiere sulle bocche di poveri della città, assolutamente gratis.

Ieri mattina, nella casa di corso Margherita di Savoia, signor Giovannino ha ricevuto la dentiera numero cinquecento ed è stata sistemata anche quella numero 501. Conti alla mano, con 2500 euro per ogni bocca, il costo potenziale dell'operazione sarebbe di oltre 1 milione di euro. Ma nessuno ha messo una lira se non l'acquisto del materiale da parte dell'associazione. «La sanità pubblica non offre questo servizio - ha detto Meloni - e i poveri devono rivolgersi a professionisti privati. Con quelle cifre, sono costretti a rimanere senza denti». Ed invece, il lavoro gratuito dei dentisti Dario Bonelli e Paolo Usai, insieme all'odontotecnico Gavino Dettori, è servito per restituire sorrisi in mezza città. «Ogni giorno distribuiamo oltre 400 sacchetti con i viveri - ha spiegato - ma è inutile dar da mangiare a chi non ha denti».

SASSARI Scelto un fisico nucleare per l'Ateneo del futuro Massimo Carpinelli batte ai punti Eraldo Sanna Passino

È stata una sfida all'ultima scheda per tutto lo spoglio, tanto da far pensare che nessuno avrebbe raggiunto i voti necessari. Ma alla fine uno solo doveva essere il Magnifico Rettore dell'Università di Sassari. E sarà Massimo Carpinelli che, nella terza votazione di ieri sera, ha battuto al ballottaggio il suo avversario Eraldo Sanna Passino. Il fisico nucleare ha avuto la meglio sul direttore dell'ospedale veterinario con 387 voti contro i 357 del suo concorrente.

BUONA LA TERZA Il successore del bosano Attilio Mastino sarà il fisico nucleare di Benevento, 50 anni, eletto Rettore alla terza votazione, 757 votanti, dopo i due turni del 17 e 19 giugno. Contro gli iniziali cinque concorrenti, era stato lui la vera sorpresa e, anche ieri sera in Aula Magna, ha bruciato per 30 preferenze il suo collega Sanna Passino, direttore dell'ospedale veterinario, riconosciuto proprio lo scorso anno struttura di eccellenza a livello europeo. Ma questo non è bastato per la campagna elettorale.

MAGNIFICO RETTORE «Sono troppo emozionato - ha detto subito - e posso solo ringraziare chi mi ha scelto». Dopo un professore di storia romana, a guidare l'Università di

Sassari sarà un fisico nucleare, laureato all'Università di Pisa con una ricerca condotta a Stanford. Dal 2006 è professore ordinario nell'ateneo turritano e preside della facoltà di Scienze. Il testa a testa dello spoglio aveva fatto pensare a un altro turno di ballottaggio. E invece poi lo stacco contro il concorrente, la proclamazione, gli applausi e la standing ovation. «Comincerò a lavorare da subito - ha aggiunto - ma più di questo non riesco a dire». Il suo lavoro è riassunto nelle prime righe del suo manifesto: «L'Università dovrà essere il motore dello sviluppo culturale ed economico del territorio. Le nostre comunità hanno bisogno di innovazione culturale e scientifica. Immagino la nostra istituzione sarda con un respiro internazionale».

IL PERCORSO Carpinelli è arrivato al risultato dopo una campagna elettorale anomala. Nei primi turni il posto era stato conteso tra Carpinelli e Sanna Passino ma con la presenza di Marco Vannini, Andrea Montella e Giuseppe Pulina. Questi ultimi si erano poi ritirati dalla corsa che, già dalle prime battute, aveva visto la netta sorpresa del neo rettore. Il professore di fisica affiancherà Mastino fino a Novembre.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Riforma PA. Il decreto in Gazzetta. **Novità per le pensioni dei primari. Un anno in meno per le specializzazioni e ricette per malattie croniche valide 180 giorni. Tutte le altre novità e il testo**

Il presidente della Repubblica ha firmato il decreto per "la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari" che contiene le norme varate dal Governo lo scorso 13 giugno. Nel testo molte misure di interesse sanitario. In Gazzetta anche un altro decreto sulla tutela ambientale e altre norme varate nello stesso CDM del 13 giugno scorso. Le norme sanitarie articolo per articolo. *.IL TESTO DEL DECRETO SULLA PA DEL DECRETO AMBIENTE.*

In Gazzetta gli attesi decreti del Governo sulla riforma della PA e sulle altre misure per l'agricoltura, l'ambiente e il rilancio delle imprese.

Ecco una sintesi delle misure contenute nei due provvedimenti:

DECRETO LEGGE 90 DEL 24 GIUGNO 2014 - Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari

Dirigenti medici in pensione - Articolo 1

Possibilità di mandare in pensione i dirigenti medici responsabili di struttura al compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni, fatte salve le disposizioni per l'accesso al pensionamento del "Salva Italia" di Monti del 2011, per coloro che maturano i requisiti del pensionamento a decorrere dal 1° gennaio 2012. Limiti, quelli imposti dal "Salva Italia", che oggi corrispondono a 42 anni e 6 mesi di contribuzione per gli uomini e a 41 anni e 6 mesi per le donne.

Assunzioni - Articolo 3

Gli Enti di ricerca, la cui spesa per il personale di ruolo non superi l'80% delle proprie entrate correnti complessive, possono procedere per gli anni 2014-2015, ad assunzione di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel limite di spesa pari al 50% di quella relativa al personale di ruolo cessato nell'anno precedente. La facoltà di assumere è fissata nel limite del 60% nell'anno 2016, dell'80% nell'anno 2017 e del 100% a decorrere dall'anno 2018.

Per il 2014 e 2015, anche le Regioni sottoposte a Piano di rientro possono procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato nel limite di un contingente di personale complessivamente corrispondente ad una spesa pari al 60% di quella relativa al personale di ruolo cessato nell'anno precedente.

Nuova allocazione del personale Pa - Articolo 4

Le amministrazioni possono ricoprire posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti appartenenti a una qualifica corrispondente e in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento, previo assenso dell'amministrazione di appartenenza. In via sperimentale, in attesa di introdurre nuove procedure per la determinazione del fabbisogno standard di personale delle amministrazioni pubbliche, per il trasferimento tra le sedi centrali di differenti ministeri, agenzie ed enti pubblici non economici nazionali, non è richiesto l'assenso dell'amministrazione di appartenenza, la quale dispone il trasferimento entro due mesi dalla richiesta dell'amministrazione di destinazione. Tale trasferimento dovrà avvenire entro un limite di 50 chilometri dalla sede dell'amministrazione.

Al fine di favorire tali processi, il Mef istituisce un Fondo destinato al miglioramento dell'allocazione del personale presso le pubbliche amministrazioni, con una dotazione di 15 mln di euro per il 2014 e 30 mln a decorrere dall'anno 2015.

Divieto di incarichi dirigenziali ai pensionati - Articolo 6

Divieto di conferire incarichi dirigenziali a chi è già pensionato. Sono comunque consentiti gli incarichi e le cariche conferite a titolo gratuito.

Taglio del 50% delle agibilità sindacali - Articolo 7

Ai fini della razionalizzazione e riduzione della spesa pubblica, a decorrere dall'1 settembre 2014, i contingenti complessivi dei distacchi, aspettative e permessi sindacali, sono ridotti del 50% per ciascuna associazione sindacale.

Ridotte di un anno le Specializzazioni - Articolo 15

Riduzione di un anno della durata delle scuole di specializzazione medica a decorrere dall'anno accademico 2014-2015. Si autorizza un incremento di 6 milioni per il 2014, di 40 milioni per il 2015 e di 1,8 milioni per il 2016, che farà salire da 3300 a 5000 i posti nelle scuole di specializzazione.

L'importo massimo per la copertura delle spese di segreteria per la partecipazione ai concorsi di ammissione secondo quanto previsto dalla legge 183/2011, viene quantificato per l'aspirante specializzando in un contributo di 100 euro.

Prescrizioni semplificate per i malati cronici - Articolo 26

Per le patologie croniche il medico può prescrivere medicinali fino a un massimo di 6 pezzi

per ricetta, purchè già utilizzati dal paziente da almeno 6 mesi. In tal caso, la durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia.

Assicurazioni professionali - Articolo 27

Riguardo la costituzione di fondi assicurativi prevista dalla legge Balduzzi, si specifica che la copertura assicurativa vale nei limiti delle risorse del fondo. Sarà poi il soggetto gestore a stabilire le misure di contribuzione per la costituzione del fondo e non la contrattazione collettiva.

Riguardo i contratti assicurativi per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale a cui il decreto premette il richiamo alla legge 148/2011 nella parte in cui stabilisce che a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

Il CSS passa da 40 a 30 membri - Articolo 27

I componenti del Consiglio Superiore di Sanità si riducono da 40 a 30 e, al trentesimo giorno dall'entrata in vigore del Decreto legge, i componenti in carica del Ccs decadranno automaticamente per poi essere ricostituiti, sempre in quella data, a ranghi ridotti.

Previste procedure più snelle anche per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie sulle quali i Comuni non dovranno più acquisire la verifica sulla compatibilità del progetto da parte della Regione.

DECRETO LEGGE 91 del 24 GIUGNO 2014 - Disposizioni urgenti per il settore agricolo, la tutela ambientale e l'efficientamento energetico dell'edilizia scolastica e universitaria, il rilancio e lo sviluppo delle imprese, il contenimento dei costi gravanti sulle tariffe elettriche, nonché per la definizione immediata di adempimenti derivanti dalla normativa europea

Rischio idrologico - Articolo 10

I presidenti delle Regioni subentrano ai commissari straordinari delegati per gli interventi di mitigazione del rischio idrogeologico. I presidenti riferiscono dello stato di avanzamento degli interventi con cadenza almeno trimestrale e inserendo i dati in un sistema online con modalità che saranno specificate dal ministero dell'Ambiente. Viene soppresso l'Ispettorato generale che era stato istituito ad hoc. Rafforzati indagini e interventi nel territorio campano.

Verifica ambientale - Articolo 12

Ridotti da 50 a 40 i commissari per la Valutazione impatto ambientale, per i quali sono previsti precisi requisiti professionali compresi almeno 5 anni di esperienza professionale nei rispettivi settori di congruente attività.

Smaltimento dei rifiuti - Articolo 13

Per prevenire ed evitare emergenze relative alla tutela della salute e dell'ambiente, la requisizione in uso degli impianti da parte degli Enti locali può avvenire anche per un potenziale rischio per la tutela. Prevista la nomina in tempi brevi di commissario straordinario per la realizzazione dell'impianto di termovalorizzazione dei rifiuti nella provincia di Salerno.

Controlli della Corte dei Conti - Articolo 33

I sindaci dei Comuni con oltre 15 mila abitanti o i presidenti di Provincia trasmettono annualmente alla sezione regionale della Corte dei Conti un referto sui sistemi di controllo interni e sui controlli effettuati nel corso dell'anno.

Le sezioni regionali della Corte dei Conti trasmettono poi annualmente ai consigli regionali una relazione sulla tipologia delle coperture finanziarie adottate nelle leggi regionali approvate nell'anno precedente e sulle tecniche di quantificazione degli oneri.

Il presidente della Regione trasmette ogni 12 mesi alla sezione regionale della Corte dei Conti una relazione sul sistema dei controlli interni e sui controlli effettuati nel corso dell'anno.

Anaao Assomed. Ecco la mozione finale del Congresso nazionale: “Basta con gli attacchi al personale sanitario. Siamo noi il motore del sistema”

La piattaforma di iniziativa per i prossimi quattro anni prevede 5 obiettivi: contratto subito, legge sulla responsabilità professionale, lotta al precariato e al blocco del turn over, cambio del sistema formativo recuperando il ruolo professionale del SSN, valorizzazione del lavoro di medici e sanitari.

Ecco il testo completo della Mozione approvata al termine del 23° Congresso nazionale dell'Anaao Assomed:

“Il Congresso Nazionale Anaao Assomed tenutosi ad Abano dal 17 al 21 giugno 2014 si riconosce nella relazione del Segretario Nazionale dott. Costantino Troise e negli interventi dei delegati che, nel loro insieme, hanno evidenziato le criticità della sanità pubblica che aggravano le condizioni di lavoro dei professionisti e minacciano i principi fondamentali di uguaglianza, solidarietà ed universalismo del SSN.

In un Paese nel quale si contano oltre 8 milioni di cittadini sulla soglia di povertà e milioni di giovani alla ricerca di prima occupazione (46%), la sanità pubblica, nonostante che la spesa sanitaria sia cresciuta negli ultimi anni al di sotto della media europea e che la spesa per la non autosufficienza ed invalidità per anziani disabili sia la metà della spesa pro capite di Regno Unito e Francia, continua a svolgere una inestimabile funzione di ammortizzatore sociale e di coesione sociale. Il defianziamento del sistema e la sostenibilità economica, declinato nella unica ed esclusiva forma del contenimento della spesa, hanno determinato tagli lineari e vuoti assistenziali, al punto che oggi solo dieci regioni garantiscono i LEA. La crisi ha accentuato gli squilibri tra regioni più ricche e regioni più povere, ha prodotto forme di migrazione sanitaria, ha frantumato la rete dei diritti al punto che il diritto della salute diventa una variabile del luogo di residenza.

In questo contesto l'abbattimento del costo del personale dipendente (-3% nel 2010-2012, ulteriore -1,1% nel 2013) diventa il principale obiettivo delle politiche sanitarie. Nella governance delle aziende sanitarie i medici ed i dirigenti sanitari perdono l'identità di professionisti per essere assimilati a fattori produttivi da utilizzare in base a pure logiche economicistiche. Le risorse umane diventano un costo da abbattere, un numero complessivo di unità da ridurre, trasferendo competenze verso figure professionali a minor costo o prefigurando soluzioni programmatiche e legislative che, negando il ruolo di dirigente, riportano indietro nel tempo i medici ed i dirigenti sanitari verso contratti a minor costo oggi non più praticabili e tollerabili.

La questione medica rimane ancora oggi un problema irrisolto, sostenuto da un disagio professionale figlio di un continuo processo di delegittimazione che vede i medici ed i sanitari sempre più marginalizzati e costretti in matrici organizzative che il più delle volte trascurano le competenze e mortificano la passione. Cresce il contenzioso medico-legale alimentato da comportamenti opportunistici e da falsi miti, aggravato dal ritardo di provvedimenti legislativi che riscrivono le norme sulla colpa necessarie ad un diverso inquadramento giuridico della responsabilità medica. Servono nuove soluzioni, quali il passaggio ad un sistema assicurativo no fault, svincolato dalla necessità di provare le responsabilità, una innovativa visione del problema che ponga il tema degli eventi avversi come parte costitutiva dei LEA, la cui responsabilità è ricondotta agli stessi soggetti cui la costituzione pone l'obbligo di garantirli a tutti i cittadini.

Il blocco del turn-over ha prodotto vuoti nelle dotazioni organiche, costringendo i medici e i dirigenti sanitari a ritmi e turni di lavoro il più delle volte insostenibili, con grave pregiudizio della qualità e sicurezza delle cure, obbligandoli a milioni di ore aggiuntive, quasi sempre non retribuite e non recuperabili, a mancati riposi ed a ferie non godute. Come effetto collaterale si è andato ampliando il numero di medici e sanitari disoccupati e precari, una intera generazione di giovani respinta o relegata dopo 11-12 anni di formazione in contratti di lavoro atipici che negano i diritti fondamentali del lavoro. Non è pensabile una riorganizzazione del sistema sanitario senza la premessa della fine del precariato, ed è questo il nostro punto di partenza.

Il blocco del contratto, che dura ormai da cinque anni senza nessuna prospettiva di rinnovo a breve, ha comportato una riduzione del potere di acquisto delle retribuzioni pari al 20%. La sistematica negazione della normativa contrattuale perseguita dalle amministrazioni regionali ed aziendali, ha contribuito ad aggravare le condizioni di lavoro creando un clima di sfiducia e di rabbia nella categoria. E' indispensabile ritrovare certezze nel rispetto delle norme, a partire dal meccanismo di progressione di carriera che deve essere liberato dalle ingerenze della politica e che deve essere centrato esclusivamente sul merito. E' necessario arrivare al più presto alla definizione delle aree contrattuali ed aprire una nuova stagione contrattuale che consenta una diversa configurazione del mondo del lavoro sanitario, aggiornando norme ed organizzazione, creando le premesse indispensabili al cambiamento.

I ritardi della politica sanitaria si misurano principalmente nei ritardi di organizzazione della rete ospedaliera e territoriale. L'unico obiettivo costantemente perseguito come filo conduttore di programmazione e spending-review è stato l'abbattimento della dotazione dei posti letto. Gli ospedali hanno perso in 10 anni oltre 70.000 posti letto, raggiungendo un rapporto per abitante che si pone ben al di sotto della media europea. L'allungamento delle liste di attesa ed il sovraffollamento dei PS, principali conseguenze di questa politica recessiva, sono diventati un dramma quotidiano che famiglie e medici devono affrontare in assoluta solitudine, il più delle volte su fronti opposti, tra incomprensioni che alimentano il contenzioso medico-legale ed incrinano il rapporto medico-paziente. Il trasferimento delle risorse dall'ospedale al territorio, intesa generalmente come la unica forma di programmazione e di riorganizzazione delle cure in risposta alle transizioni demografiche ed epidemiologiche, trascura che gli anziani sono prevalentemente polipatologici e soggetti a facili instabilità cliniche che il più delle volte rendono necessario il ricorso all'ospedale.

I ripetuti interventi legislativi che a partire dal 2010 hanno interessato la Pubblica Amministrazione (blocco delle retribuzioni, blocco del turn-over, riforma delle pensioni ecc.) hanno colpito indiscriminatamente anche la Dirigenza medica e sanitaria, disconoscendo la sua natura di dirigenza specificatamente tecnico- professionale. Una dirigenza con una identità giuridica caratterizzata da un duplice profilo, da un lato quello di dipendente per la sua collocazione nel pubblico impiego e dall'altro quello di dirigente per le sue specifiche funzioni di gestore ed ordinatore di spesa. La frustrazione prodotta dal mancato riconoscimento del valore e del significato della Dirigenza medica e sanitaria non deve tradursi in un chiamarsi fuori per dedicarsi alla purezza della professione, lasciando ad altri la responsabilità della gestione. Nell'attesa di individuare diverse collocazioni giuridiche (categoria speciale, rapporto di convenzione) è preferibile rivisitare, con presupposti più coerenti con la natura peculiare del sistema salute, il carattere di dirigenza speciale delineato dall'art. 15 del Dlgs 502/92 e sm. rafforzandone tutti quei caratteri di autonomia che rendono peculiare la funzione sanitaria sia nel profilo professionale che gestionale.

La formazione medica è diventata una vera emergenza nazionale che non può essere affrontata senza mettere in discussione il ruolo della Università che continua a considerarsi una variabile indipendente del sistema, estranea ad ogni progetto di riorganizzazione. Il sistema formativo pre-laurea sconta ritardi di competenze professionali e quello post-laurea è condannato al "collo di bottiglia" nel quale restano prigionieri migliaia di neolaureati che non avranno accesso alla formazione specialistica e a quella della medicina generale, requisiti legislativi necessari per l'accesso al lavoro nel SSN. Una formazione post-laurea che è sottratta agli ospedali, a differenza di quanto accade nel resto di Europa, finalizzata agli interessi della Università piuttosto che a quella del futuro medico specialista, sganciata da una rigorosa programmazione dei bisogni formativi. E' indispensabile accorciare il tempo della formazione post-laurea per favorire un ingresso precoce nel mondo del lavoro assicurando in questo modo un dignitoso futuro previdenziale ai giovani medici. Ma è assolutamente inaccettabile che tale soluzione si accompagni ad un loro inquadramento contrattuale nell'area del comparto trasformando i medici in maxi infermieri, una riserva indiana di lavoro flessibile ed a basso costo.

Il XXIII Congresso Nazionale Anaa Assomed mette al centro delle proprie rivendicazioni il lavoro ed il valore intrinseco del sapere e del saper fare. Il lavoro arricchito dall'autonomia professionale e dalla responsabilità. Il lavoro come diritto a difesa di altri diritti, in una congiunzione che lo trasformi nel più grande e potente fattore di cambiamento della storia.

I LEA sono i professionisti che rivendicano dignità e diritti. I LEA siamo noi, siamo noi che facciamo la differenza tra la vita e la morte, tra malattia e salute e senza di noi non è possibile il rilancio del SSN.

Il XXIII Congresso Nazionale Anaa Assomed chiama i medici ed i dirigenti sanitari italiani a mobilitarsi intorno a parole d'ordine che diano senso e forza alle nostre future battaglie:

- 1) Contratto subito come strumento di governo.
- 2) Legge sulla responsabilità professionale.
- 3) Lotta al precariato ed al blocco del turn over.
- 4) Cambio del sistema formativo recuperando il ruolo professionale del SSN.
- 5) Valorizzazione del lavoro di medici e sanitari che danno contenuti professionali ai

riferimenti normativi del diritto alla salute.

Il XXIII Congresso Nazionale Anaao Assomed impegna i gruppi dirigenti eletti a tutti i livelli nel perseguire questi obiettivi continuando a reclutare energie ed intelligenze di giovani e donne cui affidare il compito di coltivare la nostra passione civile in difesa dei cittadini e delle nostre professioni”.

Stop al contenzioso medico-legale? Depenalizzare atto medico e controquerela al paziente

Un tempo il rapporto medico-paziente era fondato sulla totale fiducia, sulla linearità del confronto, in cui il paziente si affidava al medico con totale serenità, generando a sua volta nel professionista, ancor più attenzione e vicinanza. Gli ovvi e inevitabili insuccessi, insiti in ogni atto clinico o chirurgico, non creavano litigiosità, ma diventavano la base sulla quale cercare nuove soluzioni spesso, se non addirittura sempre, condivise.

Oggi le cose sono mutate, travolte dalla nascita delle informazioni mediatiche reperibili facilmente dal tessuto di internet e dal concetto, sbagliatissimo, che il risultato di una moderna terapia debba essere necessariamente solo positivo. E' bene sottolineare che "il desiderio di immortalità della nostra società", non è compatibile con la realtà della clinica e delle risorse che abbiamo oggi a disposizione.

Una cura può rivelarsi inefficace per cause non prevedibili, sappiamo che le reazioni e le complicanze inattese possono essere dietro l'angolo della prospettiva terapeutica, aggravandone la prognosi e portandola in alcuni casi a danni irreversibili.

In queste condizioni, il rapporto si è alterato, si è letteralmente trasformato, perdendone in spontaneità ed in reciproca umanità. Ed ecco la genesi della medicina difensiva, delle "futilities diagnostiche", con l'eccesso di analisi e di accertamenti che crea disorientamento nel paziente, sempre più spesso affidato a sanitari diversi, "spesso non di sua scelta", perdendo così il rapporto con il "suo" medico e quindi minando alla base la reciproca affinità e anche amicizia, che naturalmente tende a crearsi.

Tutto ciò permette il fiorire di un terreno fertile costellato di disaccordi e malintesi e quindi, a questo punto, giungere al contenzioso rappresenta un passo breve.

Si aggiungano poi la pretestuosità di molte richieste di indennizzo a seguito di presunta malpractice. In certi ambiti territoriali sono ormai diventati quasi la regola, una forma di nuovo ammortizzatore sociale. E' pertanto ormai evidente che esistono certe schiere di "pazienti", spesso supportati da "certi avvocati", privi di qualunque dignità per la professione che esercitano, che a fronte di qualunque atto medico o chirurgico, spesso effettuato nei loro confronti addirittura in regime di "stato di necessità" (nel quale il sanitario NON può rifiutare la sua prestazione d'opera), che in malafede chiedono risarcimenti per danni a loro dire subiti a seguito di tali atti.

Il più delle volte tali richieste sono di una banale semplicità, redatte dall'"avvocato del paziente", e regolarmente si concludono con la richiesta di risolvere la questione del risarcimento per via bonaria minacciando altrimenti il ricorso alle vie legali. Tali missive sono in genere indirizzate alle direzioni sanitarie delle aziende. Il dramma è che certe

direzioni sanitarie sono particolarmente propense ad accettare in maniera pressoché indiscriminata tali accordi extragiudiziali rifondendo il "paziente" per danni assolutamente mai accertati e soprattutto mai subiti. Altre volte invece viene chiamato direttamente in causa il medico che ha eseguito la procedura che avrebbe arrecato danno al "paziente". E qui la situazione viene gestita personalmente dal sanitario in funzione del suo carattere, della condotta della sua assicurazione, della somma richiesta, ecc.

Quale allora una possibile soluzione? Quale un percorso attuabile in tempi brevi e finalizzato alla necessaria riduzione di un tale contenzioso?

E' ipotizzabile, dapprima, rendere finalmente l'atto medico libero dal vincolo penale, cosa che esiste solo in Italia, esclusa la Polonia che certo non è un esemplare di antica democrazia e tanto meno un modello a cui fare riferimento. Depenalizzare l'atto medico è una misura di civiltà, ovvero facendo in modo che l'eventuale errore di un camice bianco non sia considerato, come accade ora, un reato penale addirittura prima ancora di averne accertato l'eventuale colpa o dolo.

E' una misura di stampo medievale, priva della necessaria ragione, ma ditemi chi, esercente l'attività clinica, si permetterebbe mai di intervenire solo per causare un danno e non per guarire il paziente? E poi, se eventualmente dovesse sussistere un qualsiasi dolo, il nostro codice penale già prevede specifica accusa e processo per tale reato. Pertanto, tale norma andrebbe cancellata senza attendere oltre.

Un'altra proposta potrebbe vedere poi l'inserimento nei meccanismi procedurali della controquerela, perseguibile di ufficio da parte dello Stato, con risarcimento a carico dello stesso paziente, nei casi in cui l'azione penale o civile intentata nei confronti del medico, si sia rivelata errata o temeraria e quindi conclusa con l'accertamento di una non responsabilità. Risulterebbe così evidente l'orientamento a porre almeno un freno al circo delle denunce che, senza problemi, tendono a generarsi continue dai vari attori presenti in questa nauseante realtà.

Questa è la sanità a cui ci sta portando il "pulcinellismo" di alcuni pazienti, di alcune amministrazioni sanitarie, di alcuni avvocati e soprattutto di uno stato, assolutamente sordo al grido di dolore, proveniente dalla classe medica.

Tranne se, mi si lasci pensar male, questo atteggiamento pilatesco dello Stato non sia propedeutico, una sorta di alibi se non addirittura uno strumento di parte, per quella strisciante ma evidente opera di smantellamento della sanità pubblica messo in atto nel nostro paese oramai da vari anni.

Dott. Domenico Crea

Uil-Fpl Medici di Napoli

DOCTORNEWS33

Specializzandi, pensione primari e Css, le novità del decreto Pa

I membri del Consiglio superiore di Sanità (Css) si riducono da 40 a 30. Lo prevede il Dl 90/2014 per la semplificazione e la trasparenza pubblicato ieri in Gazzetta Ufficiale. Il Css, precisa la norma, decadrà il 25 luglio (30 giorni dopo l'entrata in vigore del Dl), data entro

la quale dovrà essere ridefinito secondo le nuove misure. Ma, nel Dl tante altre novità che riguardano la sanità. In primis, la possibilità per le aziende di mandare in pensione i primari che abbiano raggiunto i 40 anni di contributi. C'è poi la norma sulla mobilità volontaria su richiesta del dipendente senza necessità dell'assenso dell'amministrazione di appartenenza, ma anche obbligatoria entro un limite di 50 km dalla sede originaria. Niente incarichi dirigenziali a chi è già pensionato (fatti salvi quelli conferiti a titolo gratuito), taglio dal 1 settembre del 50% di permessi e distacchi sindacali.

Novità anche per le scuole di specializzazione di medicina. C'è il taglio di un anno della durata dei corsi di tutte le scuole, a decorrere dal 2014/2015. Ma, per le specializzazioni, anche nuovi fondi per consentire il ritorno a 5mila posti nelle scuole, rispetto ai 3.300 cui si erano ridotti quest'anno. Nello specifico sono stanziati ulteriori 6 mln per il 2014, 40 mln per il 2015 e di 1,8 mln per il 2016. Definita per lo specializzando che vuole partecipare ai test di ammissione una quota massima di 100euro per le spese di segreteria. Nel Dl anche procedure più snelle per la costruzione di strutture sanitarie e sociosanitarie sulle quali i comuni non dovranno più acquisire la verifica sulla compatibilità del progetto da parte della Regione. Novità anche in materia di farmaci per i cronici. Si potranno prescrivere medicinali fino a sei pezzi per ricetta. Purché questi siano utilizzati dal paziente da almeno 6 mesi. E in questo caso la ricetta non può in ogni caso superare i 180 giorni. Modificate anche alcune misure della legge Balduzzi su fondo assicurativo. Stabilito che la copertura assicurativa vale "nei limiti delle risorse del fondo" e che a definire le misure di contribuzione per la costituzione del fondo non sarà la contrattazione collettiva, ma il soggetto gestore. Infine, nel decreto semplificate anche le assegnazioni e i rinnovi per le pazienti agli invalidi e il riconoscimento delle prerogative delle invalidità (prestazioni, indennità di accompagnamento ecc.) ai minori in modo automatico al momento del compimento dei 18 anni.

Riforma Pa, Troise: rottamare non crea posti di lavoro

«Un impoverimento culturale della sanità pubblica a vantaggio di quella privata». È questo, secondo il segretario nazionale di Anaa Assomed **Costantino Troise**, uno dei rischi che si corre con l'approvazione e la pubblicazione in Gazzetta ufficiale del Dl 90/2014 per la semplificazione e la trasparenza. «L'idea che rottamare crei posti di lavoro è un'illusione» sottolinea Troise, che fa riferimento alla norma in base alla quale per le aziende c'è la possibilità di mandare in pensione i primari che abbiano raggiunto i 40 anni di contributi. «Di fatto viene abolito l'art. 16 che dava la possibilità di trattenersi in servizio oltre i 65 anni, a discrezione dell'azienda» spiega il segretario Anaa. «Ora una "rottamazione", che di fatto già c'era, viene estesa anche ai primari. Ma non è così che si creano nuovi posti di lavoro. Anche perché i nuovi posti potenziali sono di competenza delle Regioni, che visto la fase economica di ristrettezze, ben difficilmente li manterranno. Manca del tutto» continua Troise «l'attenzione alla funzionalità delle strutture e non si va alla radice del problema che è l'annosa questione del blocco del turn over. L'idea che domina» continua «è quella di una sanità che è "cenerentola" del pubblico». Non piace a Troise nemmeno la norma che taglia dal 1 settembre del 50% permessi e distacchi sindacali. «Qui siamo alla schizofrenia» riprende Troise. «A maggio è stato approvato un contratto sui permessi sindacali e dopo un mese lo stesso Governo annulla le proprie decisioni. Oltretutto i distacchi sindacali per la professione medica sono già il 20% in meno rispetto agli altri rappresentanti del pubblico impiego». Qualche rilievo positivo per Troise comunque c'è. «Il provvedimento sulla

ricetta, così come il chiarimento sull'obbligo assicurativo sono positivi, ma per il resto si continua a perdere di vista la specificità e la delicatezza che sono propri della professione medica all'interno del servizio pubblico» conclude.

Ema, obbligatoria pubblicazione sintesi dati studi clinici

Dal prossimo 21 luglio chi finanzia uno studio o una sperimentazione clinica sarà obbligato a pubblicare i risultati sul database europeo degli studi clinici EudraCT, gestito dall'Agenzia europea dei farmaci (Ema). Lo rende noto lo stesso ente dal suo sito. Questa data è in linea con il completamento della programmazione del database, come spiegano le linee guida della Commissione europea, in applicazione di una direttiva del 2001 sulle sperimentazioni cliniche. La sintesi dei risultati degli studi sarà così disponibile pubblicamente non appena i finanziatori inizieranno ad adempiere ai propri obblighi legali. In particolare, per gli studi che si concluderanno entro o dopo il 21 luglio, i risultati andranno pubblicati entro i 6 o 12 mesi successivi alla fine della sperimentazione. Per gli studi conclusi prima di quella data, i finanziatori dovranno pubblicare i risultati in retrospettiva.

Già dall'ottobre 2013 gli "sponsor" degli studi erano stati invitati a pubblicare la sintesi dei risultati su base volontaria. Da maggio 2014 è stata inoltre aggiunta una nuova funzione a EudraCt, che vede la pubblicazione dell'autorizzazione all'immissione in commercio degli studi condotti in paesi terzi su popolazione pediatrica di farmaci autorizzati in Europa. Sul database sarà così possibile avere informazioni sugli obiettivi dello studio, su come è stato progettato, i suoi principali risultati e le conclusioni. «Un passo avanti che però non risolve il problema - commenta il farmacologo Silvio Garattini - Quello che servirebbe infatti è la pubblicazione di tutti i dati grezzi della sperimentazione, perché è solo così che si può formulare un giudizio e controllare la bontà della pubblicazione. Solo con la sintesi dei risultati, ciò non è possibile».

SOLE24ORE/SANITA'

Lorenzin: Patto per la salute chiuso entro oggi. Ospedali: tagli ridimensionati

Le nuove previsioni per le piccole case di cura private contenute nel Patto per la salute che è ormai in dirittura di arrivo salverebbero di fatto tutte le strutture attuali. Il meccanismo messo a punto prevede di cambiare il limite di 60 posti letto perché la struttura possa rimanere operativa - scritto originariamente nel regolamento sugli standard ospedalieri, mai approvato - a 80 posti letto, ma con la possibilità di esprimere un accorpamento amministrativo di più strutture, mai inferiori però a 40 posti letto tra autorizzati e accreditati.

E nella messa a punto finale del Patto anche un altro parametro sta cambiando, sempre nell'ambito degli ospedali, ma questa volta pubblici: non sarebbero più 7.389 i posti letto da ridurre (tra 14.043 in meno per acuti e 6.653 in più per la post-acuzie), ma ci si fermerebbe a 3.000-3.500. Con meccanismi calibrati sulle caratteristiche e le esigenze delle varie Regioni.

E oggi, giornata clou per la messa a punto dell'intesa, si sono chiusi anche i giochi per quanto riguarda la revisione del settore del farmaco, argomento questo ancora in sospeso dalla scorsa settimana.

«Per quanto riguarda la competenza nostra e del ministero dell'Economia, entro questa sera dovremmo chiudere. Ci sarà quindi un allargamento domani alla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni e dopodiché si passerà alla firma dei governatori. Sono stati superati i nodi più complessi», ha detto ieri il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, al termine dell'audizione in Commissione Affari Sociali della Camera in riferimento ai lavori per la definizione del Patto.

Riferendosi quindi alle ipotesi circolate in merito all'impiego degli specializzandi in medicina negli ospedali, Lorenzin ha precisato che «le Regioni hanno fatto varie proposte di vario tipo e articolazione, e tutto ciò che riguarda il tema specializzazioni e sistema universitario è stato inviato al ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca. Non uscirà nulla - ha concluso il ministro - che non sia concordato con il ministro dell'Università».

Patto per la salute: ecco i primi contenuti su cui sono al lavoro ministero e Regioni

Patto per la salute: giornate cruciali per definire il testo che - in attesa del visto dell'Economia come anticipato oggi da Il Sole-24 Ore (VEDI) prima di tutto per la cifra di finanziamento che prevede nei tre anni: 327 miliardi, ma non solo - domani potrebbe avere il primo via libera dei governatori.

Un testo su cui da settimane si lavora e i cui contenuti in via di definizione sono stati anticipati su Il Sole-24 Ore Sanità n. 24/2014 - come anche ripreso dalle agenzie stampa (l'Ansa di ieri) - anche se, naturalmente, fino all'ultimo istante tutte le modifiche sono in pista.

Questi gli argomenti su cui le intese sono già in fase avanzata.

I risparmi restano nel Ssn

Il Patto ha una nuova premessa delle Regioni che rafforza e puntualizza i modelli di applicazione del nuovo Titolo V: l'organizzazione resta a noi e allo Stato vanno solo le norme generali, è il concetto ripetuto in più punti del documento che la scorsa settimana era di 26 articoli, ma dove ancora alcuni di questi erano in bianco, su cui hanno giurato di tenere duro il ministro della Salute, Lorenzin, e i governatori: tutti i risparmi che si otterranno con le misure già scritte e, successivamente, con la revisione dei Lea, resteranno "in casa" per rimpinguare le risorse sanitarie destinate a investimenti e assistenza.

«I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie», si legge nelle prime righe dell'articolo sul finanziamento, in cui si confermano per i tre anni gli importi di 109,9 miliardi, 112,06 e 115,44 miliardi. tenuto conto di tutti gli effetti del Pil calante e delle misure sul personale dell'Economia.

E ancora, più avanti, «fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009 (la Finanziaria 2010 e l'articolo è quello sulle aliquote e sulle spese delle Regioni in piano di rientro, per le quali invece resta ancora in bilico la decisione se prevedere o meno che il commissario non sia più il governatore e che comunque dovranno essere ridisegnati e si chiameranno "piani operativi"), si conviene altresì che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimangano nella disponibilità delle Regioni stesse per finalità sanitarie».

Medici nel Ssn senza specializzazione

Tra le novità che dovranno essere discusse questa settimana - le riunioni a oltranza sono

riprese ieri - oltre al capitolo farmaci c'è anche quella che riguarda i medici ospedalieri, in cui si prevede la possibilità di assunzione per i non specializzati ai quali non potranno essere assegnati incarichi direttivi però, fino al compimento dell'iter formativo. E ancora, nel Patto è scritta a chiare lettere per la dirigenza la separazione tra funzione gestionale professionale, mentre per tutte le professioni si sta scrivendo il meccanismo di un «sistema dinamico» escludendo «ingessature organizzative, nelle progressioni di carriera, nel rispetto comunque dei vincoli previsti dalla legislazione vigente con riguardo agli effetti delle stesse, favorendo meccanismi di valorizzazione professionale sia di natura economica che giuridica capaci di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo».

Finanziamento con meno vincoli

Sul finanziamento poi si allentano i vincoli di utilizzo dei fondi per gli obiettivi di Psn (che devono essere raggiunti, ma le Regioni possono utilizzare liberamente le relative risorse purché sempre in ambito sanitario), mentre si rafforza la necessità di prevenzione e si stabiliscono a priori i finanziamenti anno per anno per il relativo piano nazionale (v. tabella).

E si prevedono «ulteriori criteri per le forme premiali, che riguardano anche l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza oltre che gli attuali criteri di natura economico-finanziaria per le Regioni che hanno assicurato sia l'equilibrio economico che l'appropriata erogazione dei Livelli essenziali di assistenza».

Aziendalizzazione new look con meno Asl

Questi i presupposti, già scritti e in linea di massima approvati. Che nelle premesse indicano anche la necessità di un cambio di rotta nell'aziendalizzazione che «dovrà tendere a preservare il presidio territoriale nelle funzioni di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi evitando la ridondanza, dovuta alla meccanica replicazione della struttura fondamentale dell'azienda, di quei servizi aziendali con funzioni di supporto amministrativo generale, tecnico-logistico e sanitario intermedio la cui ubicazione (aziendale o sovra aziendale) non inficia i presupposti di autonomia e responsabilità tipici del modello aziendale né influenza la qualità e l'accessibilità nelle cure e nei servizi». E le Regioni si impegnano «a rivedere, entro ... (la data ancora non c'è nel testo della scorsa settimana) gli assetti organizzativi, dei propri Ssr, con individuazione delle dimensioni minime delle aziende Usl (non inferiori a ...000 abitanti) e delle funzioni da centralizzare a livello regionale/sovraziendale delle tecnostutture di supporto, con particolare e prioritario riferimento agli acquisti di beni e servizi, al reclutamento e alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale».

Nuovo Prontuario ma rinvio per ticket e Lea

Patto ancora in divenire, quindi. Con una serie di rinvii a momenti successivi per le materie più delicate che, giurano Regioni e ministero, si concluderanno comunque entro l'anno. Primo tra tutti quello della revisione dei ticket, per vagliare l'ipotesi di una compartecipazione alla spesa del sistema sanitario nazionale proporzionale al reddito, alla composizione del nucleo familiare e alle patologie, con modalità però scelte più avanti nell'anno anche per fare bene i conti ed evitare pasticci burocratici. E per la farmaceutica in generale torna in auge - e si rafforza - la ripulitura del prontuario da parte di Aifa già prevista nella legge Balduzzi, ma ancora non andata in porto. Così come la norma sull'intramoenia per la quale il Patto ribadisce con forza la necessità di immediata applicazione per rientrare nel «regime ordinario»,

Anche per i Lea, di cui al tavolo si parla, la decisione finale sarà presa più avanti, anche se nel testo del Patto è comunque previsto che «si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea e stabiliti per i direttori generali sia «grave inadempimento contrattuale» con la previsione di loro decadenza automatica».

Agenzie da riformare

Uno dei tasselli certi del puzzle che in ore e ore di riunione si sta componendo è quello della riforma di Agenas, Aifa e Iss, per la quale il ministro si impegna entro un periodo stabilito a ridefinire ruolo e competenze.

Ospedali, arrivano gli standard

Anche gli standard ospedalieri dovranno essere approvati a stretto giro (ma probabilmente non entreranno tutti nel Patto per non ingolfarlo e saranno approvati con un'altra intesa a stretto giro), tanto che già si sono messe a fuoco le modifiche al vecchio testo e, andando incontro a una richiesta delle Regioni, si cambiano le scelte sulla chiusura delle piccole strutture private con meno di 60 posti letto. L'orientamento è di cambiare questo limite a 80 posti letto, ma con la possibilità di esprimere un accorpamento amministrativo di più strutture, mai inferiori però a 40 posti letto tra autorizzati e accreditati. Il tutto scatterebbe dal 2016. Nessun rischio invece per le strutture monospecialistiche che non rientrerebbero nelle previsioni. In generale per gli ospedali si conferma la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri a 3,7 per mille, come previsto nella spending review, «da realizzare in un lasso temporale congruo, anche per recuperare risorse da investire sul territorio». Il criterio dei posti letto è stato però definito dallo stesso ministro «vetusto e sorpassato», ma ha anche aggiunto che «ci vorrà del tempo prima di poter passare a un altro tipo di misurazione».

Hta per farmaci e dispositivi

Poi, tra gli articoli ancora da limare, c'è la previsione di Hta (Health Technology Assessment) a go-go per farmaci e dispositivi medici e un articolo - che invece è in "versione avanzata" tutto per la mobilità transfrontaliera. Si prevede tra l'altro, oltre all'applicazione immediata di linee guida ad hoc, «di procedere all'analisi sistematizzata, ai fini di una loro eventuale revisione e/o modificazione, e/o integrazione, delle norme che consentono il ricorso all'assistenza sanitaria all'estero, attesa la complessa applicazione delle stesse in modo omogeneo sul territorio nazionale e al fine di offrire le massime garanzie di tutela ai cittadini e realizzare nel contempo un costante monitoraggio della mobilità internazionale, per individuare e contenere fenomeni di ricorso inappropriato alle cure».

Irccs, niente spoil system per i direttori scientifici. L'intesa Stato-Regioni in Gazzetta

Stop allo spoil system dei direttori scientifici degli Irccs, i "gioielli" della ricerca targata Servizio sanitario nazionale. Oggi decadono automaticamente quando si insedia il nuovo Consiglio di indirizzo e di verifica, domani resteranno in carica per cinque anni senza interruzioni.

A sancire il nuovo corso è l'intesa Stato-Regioni pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 145 del 25 giugno (già anticipata su questo sito), che propone di modificare in questo senso l'articolo 12 dello schema tipo di regolamento di organizzazione e funzionamento degli Irccs, allegato all'accordo 1° luglio 2004.

Un cambiamento che si rende necessario - spiega il documento - sia per la [più lunga e](#)

complessa procedura di nomina dei direttori scientifici degli Istituti, introdotta con il Dpr 42/2007 (dunque successivo all'intesa del 2004), sia per marcare «la differenza delle funzioni svolte dai direttori scientifici e dal Consiglio di indirizzo e verifica, l'una prettamente tecnica, l'altra di indirizzo politico».

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