

# RASSEGNA STAMPA

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

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **San Raffaele, c'è il sì della Regione La Giunta approva la delibera con il piano industriale. Via libera per 242 posti letto entro il 2016**

Più dei numeri, per quelli leggere il tabellone, stavolta a svelare che chiudere (perché finalmente è chiusa) la partita del San Raffaele è stata davvero una faticaccia, sono i volti e le parole di chi è al tavolo della presidenza. Nella conferenza stampa convocata all'ora di cena per l'atteso annuncio, «Ecco qua la nostra proposta di delibera», la faccia del governatore Francesco Pigliaru è molto tirata, anche la voce conferma e persino lo tradisce: sembra stanco. Quella dell'assessore alla Sanità, Luigi Arru, è persino peggio, con un bel po' di occhiaie, subito sottolineate da parole che per la fretta di rientrare a casa, spesso si accavalleranno fra loro. Per non parlare degli sguardi del direttore generale dell'assessorato, Giuseppe Sechi, e del capo di gabinetto, Giuseppe Pintor: sono visi stravolti. Giorni e giorni di trattative con la Qatar foundation e il Bambin Gesù hanno lasciato il segno e a far invecchiare in fretta i quattro devono essere state anche le pressioni politiche e mediatiche di queste interminabili settimane cariche e tese. Settimane cominciate il 16 maggio (preliminare d'accordo), passate attraverso la cerimonia voluta da Matteo Renzi a Palazzo Chigi (21 maggio) e poi da allora vissute in apnea fino a ventiquattr'ore fa. La maratona sta per finire, manca solo l'ultimo giro di pista, quello che di solito gli atleti corrono dentro lo stadio e in questo caso il "catino" sarà quello del Consiglio regionale, per un parere vincolante e decisivo. Se sarà positivo, fra un'altra manciata di giorni sarà organizzata la foto di gruppo a tre: Regione, Qatar e Bambin Gesù, con ospite d'onore forse Renzi. È stata dura. Il presidente lo dice subito, in apertura, senza prendere una pausa: «È stata una cavalcata, ora siamo soddisfatti. Abbiamo dato il massimo per rispettare i tempi che avevamo promesso agli investitori stranieri. Avevano detto il 24 giugno, abbiamo mandato la delibera in stampa alle 20 del 26, con due soli giorni di ritardo». Luigi Arru non è da meno, nel discorso dell'annunciazione: «Mettere assieme tutte le carte, anche per quelle del Governo abbiamo dovuto faticare, non è stato facile, ma i tavoli tecnici e politici, con nel mezzo anche un bel po' di mediazione, hanno macinato in totale non so più quante ore. Complimenti a tutti, (e i due funzionari ringraziano con un sorriso) ma ora possiamo dirlo: è stata una bell'impresa. E lo è stato anche far accettare ai partner l'apertura del San Raffaele in due fasi: la prima dall'estate del 2015 in poi, l'altra, a pieno regime, dal 2016. Però, in questo momento, è davvero tutto a posto». Anche l'ultimo conto è stato fatto: 55,6 milioni sarà la spesa massima che l'ospedale qatarino scaricherà sulla Regione per l'accreditamento totale di 242 posti letto, mentre altri 50 sono riservati alle suite sanitarie privatissime e a pagamento. Ci siamo. Manca solo il voto della commissione. Pigliaru è fiducioso e ottimista: «Siamo di fronte a una grande operazione e non solo per la portata dell'investimento, ben oltre il miliardo, ma per i benefici che porterà alla Sardegna e al nostro sistema ospedaliero». Senza che ci siano contraccolpi violenti sull'esistente, e questo sono pronti a giurarlo i quattro al tavolo, perché «ogni posto letto è stato calcolato

all'interno di un quadro complessivo» e gli «effetti, è l'augurio, non potranno che essere positivi per tutti». A cominciare, ad esempio, dalla riduzione della spesa, oggi intorno ai 60 milioni, di quella conosciuta dai bilanci della sanità come la migrazione passiva, sono i viaggi della speranza, verso gli ospedali della penisola. Ma il nuovo San Raffaele potrà attrarre pazienti anche dall'Italia, dall'Europa e dalla Penisola Araba. È un salto di qualità, questa un'altra sintesi, anche per la ricerca con ben dieci aree scientifiche in cui saranno impegnati i team transnazionali: dalla genetica, con due sottoaree dedicate alla talassemia e al diabete, alle malattie neurodegenerative, a quelle auto-immuni, più altri studi sull'obesità. E ancora: cardiologia e cardiocirurgia, oncologia della mammella, riabilitazione, medicina dello sport e infine l'invecchiamento. Le università di Cagliari e Sassari, più il Crs4, saranno coinvolti in ognuno di questi progetti finanziati dal Qatar. I retroscena. La parte più difficile, ammettono i due tecnici, è stata convincere il Bambin Gesù a ridurre al minimo i posti letto di cardiocirurgia e neurochirurgia, sono due a testa, perché «altrimenti avremmo rischiato di soffocare quelle che oggi sono le alte professionalità in Sardegna, al Brotzu e negli ospedali di Nuoro e Sassari». I qatarini hanno resistito per qualche riunione, poi hanno ceduto e la mappa voluta dalla Regione «è stata condivisa da tutti i partner». Non è finita, proprio per evitare che la sanità pubblica vada a sbattere contro quello che sarà certo un colosso, la giunta in queste ore ha deliberato un maxi finanziamento di 287 milioni per il rilancio degli ospedali. «Pubblico e privato dovranno muoversi in sinergia ed è a questo che puntiamo, per diventare insieme un'eccellenza regionale». I rischi. Uno è calcolato ed è quello che il governo dalla lettera d'intenti per le deroghe (posti letto in più e spesa sanitaria privata da tagliare) passi ad impegni formali con una legge: «Arriverà», è la certezza del governatore. L'altro è che, in commissione, qualcuno voglia mischiare un'altra volta i numeri della mappa condivisa. Sarà possibile? «La nostra è una proposta e non è certo blindata. Rispettiamo ruoli e funzioni del Consiglio, ma dobbiamo andarci molto cauti. La mappa dei reparti non può essere stravolta, perché ricordiamoci: è comunque un investimento privato». Da non perdere e soprattutto da difendere nell'ultimo giro di pista.

## **Le tappe in vista della firma del contratto Alla cerimonia, prevista per la metà o al più tardi per la fine di luglio, potrebbe partecipare Renzi**

I tempi dell'ultimo giro, quello decisivo, sono l'ultima incognita del mega contratto. La Giunta ha rispettato i suoi, con appena due giorni di ritardo, la clessidra da oggi passa alla commissione Sanità del Consiglio regionale. Si sa già che il presidente Raimondo Perra (Sardegna Vera-Psi) l'ha convocata martedì primo luglio di mattina e per tutta la prossima settimana i commissari dovranno pensare solo a quello: sedute e lavoro saranno a oltranza. Mercoledì 2 la commissione dovrebbe poi convocare il presidente della Giunta, Francesco Pigliaru, e l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, per eventuali chiarimenti sui passaggi politici (leggi deroghe del Governo) e tecnici (mappa dei reparti e relativi posti letto) della delibera. Giovedì 3, sempre in commissione, a quel punto dovrebbe cominciare il confronto interno sulla proposta a e soprattutto sulle aree mediche previste nella bozza concordata fra Regione, Qatar Foundation e Bambin Gesù di Roma. Nell'ultima comunicazione agli investitori stranieri, la Regione ha ipotizzato che il parere definitivo e obbligatorio della commissione potrebbe arrivare al massimo fra 7 giorni, a partire proprio da martedì primo luglio. Dunque, nella settimana successiva, da martedì 8 in poi, e ovviamente solo se il parere della commissione sarà positivo, la Giunta potrà essere convocata in qualunque momento per approvare il «dispositivo finale del riordino della rete ospedaliera». Sarà

quella la penultima tappa, perché subito dopo, nel giro di pochi giorni, dovrà essere convocato il tavolo per la firma ufficiale del contratto-convenzione. Calendario alla mano, la cerimonia potrebbe essere prevista dalla fine della seconda settimana di luglio, fra giovedì 10 e sabato 12, oppure al più tardi nei primi giorni della terza, ad esempio fra martedì 15 e giovedì 17. Ma tutto il percorso ipotizzato finora potrebbe saltare invece se la commissione decidesse di sfruttare tutti i venti giorni che ha disposizione. In questo caso, la firma ufficiale non potrebbe essere prima di lunedì 28 luglio. Date a parte, prende sempre più corpo l'indiscrezione che il giorno della cerimonia potrebbe essere presente anche Matteo Renzi. «Lo inviteremo noi a, Cagliari – ha detto il governatore – a meno che non sia prima lui a invitarci, insieme ai partner, a Palazzo Chigi». Però visto che l'altra volta, quasi a fine maggio, è stato il premier a imporre alla Regione di volare a Roma, ora dovrebbe spettare a lui restituire la visita e partecipare così ai festeggiamenti finali.

## **SASSARI Ortopedia: al Civile frattura del femore a posto in 48 ore**

Nel 2011 era la cenerentola d'Italia oggi l'Ortopedia del Santissima Annunziata vanta la performance (differenziale annua) tra le prime 5 migliori d'Italia per gli interventi di frattura della testa e del collo del femore effettuati entro le 48 ore dal ricovero, ovvero il principale indicatore attualmente utilizzato in Italia per valutare la qualità dei risultati conseguiti dalle strutture di Ortopedia e Traumatologia. I risultati restituiti dal Centro di Governo Clinico della Asl di Sassari mostrano che l'Ortopedia del Civile ha raggiunto nel 2013 il 53 per cento degli interventi operati entro 48h, un balzo in avanti incredibile se confrontato con il dato che nel 2011 era pari al 3,9 per cento e nel 2012 al 9,8 per cento. Il miglioramento valorizzato per Sassari in un solo anno rispetto al valore dell'anno precedente (+43 per cento dal 2012 al 2013), risulta tra i migliori 5 valori conseguiti in Italia. Il report ha rilevato in sostanza che l'equipe dell'Ortopedia e Traumatologia guidata da Francesco Cudoni opera entro le 48 ore dal ricovero più della metà dei pazienti. «Le fratture dell'anziano – dice il primario Cudoni – hanno una grande rilevanza numerica (operiamo circa 300 pazienti anziani all'anno con questa patologia) e velocizzando le procedure chirurgiche e riabilitative con tecniche moderne consentiamo loro di tornare quanto prima alla loro vita quotidiana. Ciò significa poter dedicare tempo anche alle altre patologie traumatiche». Ortopedia ha, infatti, ripreso le attività di artroscopia e ricostruzione dei legamenti, la chirurgia di protesi di anca, ginocchio e la chirurgia della spalla. I dati rilevano tra l'altro una contestuale ottimizzazione dei posti letto. Ora, l'obiettivo affidato all'Ortopedia è quello di migliorare la performance superando la soglia del 65 per cento.

## **L'UNIONE SARDA**

### **San Raffaele, finalmente arriva il sì La Giunta approva la delibera: accreditati 242 posti letto, più altri 50 a pagamento Ora la battaglia in Commissione**

Tutto a posto, per ora. La delibera sul San Raffaele c'è, **Francesco Pigliaru** è apparso raggiante quando ieri sera, poco prima delle nove, ha annunciato la lieta novella in una conferenza stampa un po' anomala. Con lui c'è **Luigi Arru**, l'assessore. Quattordici pagine, numeri, leggi, vocaboli tecnici: le ultime scartoffie sono state firmate, i dubbi degli assessori

fugati dopo l'ennesimo blitz a Cagliari del plenipotenziario della *Qatar Foundation Endowment* . E ora il percorso dell'ospedale è tracciato, anche se c'è ancora qualche insidia. **IL PRESIDENTE** «Da oggi - ha attaccato il governatore - la Sardegna lancia un messaggio importante: siamo in grado di dare risposte certe in tempi stabiliti agli investitori che arrivano dall'estero. Tutto è partito il 16 maggio, con due tavoli tecnici; dovevamo chiudere entro il 24 giugno. Siamo al 26, e dovremo attendere ancora qualche giorno». Luigi Arru ha aggiunto: «Dovevamo dare una risposta storica alla Gallura allo stesso tempo dotare la Sardegna di una struttura di altissimo livello».

**I NUMERI** La delibera è zeppa di cifre. Partendo dai posti letto, a regime saranno 242, di cui 142 per acuti e 100 per i post-acuti, mentre altri 50 posti saranno riservati ai cosiddetti solventi, quelli che generano costi per il sistema sanitario. In fase di avvio, cioè nel primo anno di attività (dal 2015) i posti letto saranno 178 (108 per acuti).

**LE AREE** Pediatria e chirurgia pediatrica avranno 27 posti letto nel 2015 e 33 nel 2016: in questo campo il Bambin Gesù giocherà un ruolo essenziale. Dell'area chirurgica fanno parte: oculistica, ortopedia, urologia, chirurgia oncologica, terapia intensiva e il *day surgery* . Area internistica: cardiologia, neurologia, stroke unit. Poi, cardiocirurgia (2 posti letto), neurochirurgia (lo scoglio più difficile da superare, 2 posti letto), chirurgia vascolare, C'è poi il settore della riabilitazione, oltre emodinamica, radiologia interventistica, medicina nucleare.

**AREE TEMATICHE** Sono dieci: genetica, malattie neurodegenerative, malattie autoimmuni, malattie rare, oncologia della mammella, malattie correlate allo stile di vita, riabilitazione, medicina dello sport e invecchiamento.

**L'ITER** La delibera ha preso subito la via della Presidenza del Consiglio regionale. Il presidente della Commissione Sanità **Mondo Perra** ha convocato il parlamentino per martedì 1° luglio, giorno in cui cominceranno le danze. È prevista una battaglia a colpi di osservazioni da parte dell'opposizione. L'Udc (leggi **Giorgio Oppi** ), ma anche Forza Italia ( **Pietro Pittalis** ) porranno una serie di quesiti di carattere giuridico e politico.

**LA LETTERA D'INTENTI** Il Governo ha inviato un atto firmato dal ministro **Beatrice Lorenzin** e dal sottosegretario **Graziano Delrio** , con le deroghe sul taglio dei posti letto e alla *spending review* sugli accreditamenti ai privati. Ma Pigliaru ha annunciato che la Regione chiederà la trasformazione della lettera d'intenti in un atto più cogente. La delibera, in proposito, parla chiaro.

**CONSIGLIO** Oggi si riunisce il Consiglio. Se qualcuno chiedesse al Pigliaru di riferire in aula tutto questo? «Nessun problema - ha risposto il governatore - leggerei pari pari la delibera».

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

#### **Corte dei Conti: “La sanità è malata”. Sostenibilità a rischio, liste d'attesa, troppi ticket e allarme per blocco contratto e turn over**

*Nella memoria del procuratore Nottola indicati i punti di deboli del sistema: “Bisognerà interrogarsi sulla ulteriore sostenibilità di una eccessiva contrazione delle risorse da destinare al settore, senza prima affrontare il vero nodo rappresentato da una coerente riqualificazione della spesa, da depurare innanzi tutto da fenomeni di mala gestio e da*

*sprechi*”. **LA MEMORIA INTEGRALE DELLA CORTE DEI CONTI.**

La Corte dei Conti non risparmia le critiche al sistema sanitario nazionale. E lo fa il giorno del suo giudizio sul Rendiconto generale dello Stato in una delle tante relazioni presentate ed in particolare nella memoria del Procuratore generale **Salvatore Nottola**, nell’ambito della quale c’è un corposo capitolo dedicato alla sanità curato dal vice procuratore generale **Roberto Benedetti**.

“Una delle voci più rilevanti della spesa pubblica è quella relativa alla sanità. In proposito – osserva Nottola nelle sue considerazioni iniziali - l’andamento della gestione finanziaria del comparto sanitario ha presentato anche lo scorso anno alcuni aspetti positivi e di miglioramento rispetto agli esercizi precedenti, frutto delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica, che hanno consentito di attestare i risultati finali di spesa a livelli più contenuti di quelli inizialmente previsti. Fra l’altro, pur considerata la particolare congiuntura economica, la sua incidenza sul prodotto interno lordo è tornata a diminuire, in misura tuttavia contenuta, attestandosi al 7,2% (nel 2012: 7,3%)”.

“Per quanto riguarda il finanziamento del S.S.N. – prosegue Nottola - il complesso delle risorse acquisite a tale titolo nello scorso anno è ammontato a € 113,039 miliardi, in diminuzione rispetto al 2012, e conferma il trend positivo degli scorsi anni, con un avanzo pari a 0,381 miliardi”.

“Conclusivamente – sottolinea il Procuratore generale - si può osservare che se da un lato la gestione complessiva sembra avviata verso risultati contabili più che accettabili, dall’altro occorre evidenziare come già fatto negli anni scorsi alcuni aspetti critici, come i costi non uniformi, di beni e servizi acquistati all’esterno dalle AA.SS.LL., le sempre lunghe liste d’attesa; i problemi connessi alla minore propensione delle assicurazioni a coprire i rischi della professione medica, l’aumento della compartecipazione (ticket) richiesta all’assistito”.

**Ma è nel capitolo “sanità” della memoria**, curato, come abbiamo detto dal vice procuratore Benedetti, che insieme ai dati contabili di dettaglio sull’andamento della spesa nel 2013, troviamo le critiche più esplicite alla gestione attuale del sistema sanitario, tant’è che c’è un paragrafo volutamente intitolato *“La sanità malata”*.

“Se i flussi finanziari – si legge infatti nel testo - sembrano ormai avviati verso approdi contabili più accettabili, appaiono ancora latitare interventi significativi per le varie criticità sostanziali che affliggono da tempo il nostro sistema sanitario, dimostrando nuovamente l’evidente difficoltà di giungere a convincenti soluzioni”.

“Del resto – prosegue Benedetti - la sommaria analisi dei dati contabili, fin qui effettuata, richiede alcune necessarie considerazioni integrative relative all’effettivo stato di salute del sistema, al di là, cioè, di quanto potrebbero indurre a ritenere i pur provvisori dati di consuntivo, per verificare in concreto il bilanciamento fra i vari interessi pubblici in gioco, tenuto conto che le pur importanti esigenze di bilancio vanno temperate con il risultato di assicurare un effettivo e generalizzato diritto alla salute”.

“In altri termini – chiosa il vice procuratore - in un settore molto particolare, come quello sanitario, la validità di una gestione non può essere valutata esclusivamente con i dati numerici, ma va vista anche in funzione degli obiettivi da raggiungere ovvero, se ritenuti già

raggiunti, da mantenere”.

### **Sanità oggetto delle più svariate manovre ma ora bisogna interrogarsi sulla sostenibilità del sistema**

“Da diversi anni, ormai – rileva Benedetti - la sanità è stata fatta oggetto delle più svariate manovre di contenimento della spesa pubblica, che hanno comportato una costante diminuzione delle risorse a disposizione a fronte di livelli di assistenza in tendenziale espansione. Bisognerà allora interrogarsi sulla ulteriore sostenibilità di una eccessiva contrazione delle risorse da destinare al settore, senza prima affrontare il vero nodo del problema, rappresentato da una coerente riqualificazione della spesa da sostenersi, da depurare innanzi tutto da fenomeni di *mala gestio* e da sprechi, spesso dovuti a deficienze organizzative che andrebbero risolte con sollecitudine”.

“Anche perché – prosegue - la vulnerabilità intrinseca del sistema, oggetto di male intenzionate incursioni esterne ma anche di tarli interiori alquanto attivi, finisce talvolta per depotenziare o addirittura annullare del tutto gli effetti positivi che i vari strumenti riformistici hanno faticosamente conseguito”.

### **Sempre liste d’attesa e attenti alla medicina difensiva**

“Neppure il 2013 è stato l’anno di significativi miglioramenti dell’antica problematica delle liste d’attesa scrive ancora Benedetti - che rappresentano una delle spie più sensibili del difficoltoso funzionamento del sistema e per il quale si devono nuovamente sollecitare interventi organizzativi strutturali”.

“L’effetto ingolfante della c.d. medicina difensiva, invero difficile da scongiurare senza un’appropriata riforma culturale di operatori sanitari ed assistiti – osserva poi il vice procuratore - va fronteggiato con adeguati strumenti che assicurino l’effettuazione delle prestazioni in tempi ragionevoli, magari escludendo dai vincoli di spesa e dai tetti programmati quegli accertamenti riguardanti patologie particolarmente rischiose, che richiedono una risposta pronta ed efficace”.

“Da monitorare, comunque – conclude su questo punto Benedetti - i tentativi posti in atto in alcune regioni del centro nord per lo svolgimento di accertamenti diagnostici anche in giorni festivi ed in orari notturni”.

### **Sanità pubblica senza coperture assicurative per Asl e professionisti**

“Già in passato – ricorda Benedetti - si è avuto modo di richiamare l’attenzione sulla progressiva disaffezione delle compagnie assicuratrici nei confronti di un settore ritenuto evidentemente poco remunerativo. La carenza di specifiche informazioni al riguardo, non consente, per ora, di valutare i riflessi contabili della scelta effettuata in alcune regioni di far assumere a diretto carico delle strutture sanitarie (e quindi dell’amministrazione pubblica) il rischio da responsabilità civile verso terzi derivante da errori professionali, non ricorrendo più alle coperture offerte dalle imprese assicurative. Anche al di là, comunque, del potenziale impatto economico, resta pur sempre una scelta controversa, perché da un lato espone il sistema a futuri potenziali oneri oggi non previsti e forse neppure prevedibili e quindi in oggettiva collisione con le esigenze di programmazione; mentre dall’altro, considerate le intuibili limitatezze delle risorse a ciò disponibili, favorisce un sistema di garanzie affievolite a fronte di contenziosi spesso economicamente rilevanti, a tutto

discapito oltre che delle strutture sanitarie coinvolte, anche degli operatori sanitari e degli stessi soggetti danneggiati”.

### **La crisi della sanità privata**

“Altro aspetto segnalato in passato, che ha fatto registrare segnali di oggettivo peggioramento - dice Benedetti introducendo un altro elemento di criticità alla sua relazione - è quello della crisi manifestata nell’ambito della sanità privata, le cui difficoltà finanziarie hanno talvolta trovato le proprie cause in gestioni non corrette, quando addirittura illecite. I segnali degli anni passati, già di per sé preoccupanti, riguardanti tale contesto, hanno trovato lo scorso anno la propria inevitabile conferma, rendendo inequivocabilmente manifeste situazioni assai critiche concernenti anche importanti e rinomate strutture sanitarie, che al di là dell’innato dualismo fra pubblico e privato, non da tutti correttamente apprezzato, hanno comunque concorso in passato alla piena realizzazione delle finalità del sistema sanitario e che rappresentano pur sempre una valida alternativa ai limiti delle strutture pubbliche”.

### **Le compartecipazioni di spesa**

“Altro fenomeno sul quale riflettere – aggiunge Benedetti - è quello del livello raggiunto dal pagamento dei tickets sulle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, che in alcuni casi sta progressivamente avvicinandosi ai costi di mercato di alcune prestazioni effettuate in privato, incentivandone paradossalmente il ricorso in quella direzione. Seppure rimane alquanto difficile pensare ad una loro diminuzione, va però ribadita la necessità che un tale strumento vada adottato in maniera più equa, razionalizzando prescrizioni, dimensioni delle confezioni farmaceutiche alle effettive esigenze terapeutiche, migliorando anche altri aspetti del sistema, all’apparenza secondari, per venire soprattutto incontro a quella parte più debole della popolazione, per la quale curarsi si è trasformato in un lusso”.

### **I danni erariali alla sanità**

“In occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario 2014 – ha ricordato Benedetti - si è dato conto dell’attività svolta dalle Procure e dalla Sezioni giurisdizionali nei giudizi di responsabilità amministrativa riguardanti il settore, caratterizzato da numerose fattispecie di danno erariale, a riprova di un ambito facilmente incline a ruberie e sprechi, che incidono prima ancora che finanziariamente, anche sotto un profilo etico, quando non sono addirittura forieri di mettere in discussione gli stessi equilibri politici delle realtà territoriali. Del resto, poiché gli errori sanitari sono diventati sempre più oggetto di contenziosi giudiziari, anche per fattispecie un tempo inimmaginabili, il riflesso negativo che peserà sulle finanze pubbliche è largamente scontato, con la conseguente necessità di risarcire il danno prodotto alle strutture”.

### **Sempre meno operatori sanitari?**

“Se i dati provvisori finora disponibili saranno in seguito definitivamente confermati, per la prima volta negli ultimi anni – sottolinea Benedetti - la spesa per l’aggregato delle risorse umane non rappresenta più quella maggiormente incidente sul totale delle risorse a disposizione del sistema sanitario, sopravanzata dalla spesa per l’acquisizione di beni e servizi. Il blocco dei contratti pubblici e la contrazione del turn over rendono coerente il dato rilevato, ma suggeriscono anche l’opportunità di un’attenta valutazione in prospettiva futura, per evitare il rischio di un depauperamento progressivo del personale addetto. Anche in questo caso, dunque, una visione esclusivamente contabilistica del profilo rischia di

entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema”.

### **Stili di vita migliori**

“Sempre nell’ottica di risparmiare risorse talvolta assorbite da aspetti non propriamente prioritari – conclude la disamina sulle criticità della sanità del vice procuratore - sarebbe opportuna una maggiore coscienza istituzionale, quanto più possibile corroborata da consapevoli scelte personali, finalizzata a favorire stili di vita più sostenibili e condivisi, a cominciare da una più corretta educazione alimentare da porre al centro di un nuovo modello di sviluppo”.

## **Patto Salute. Lorenzin: "Testo a governatori per esame finale". Ma nuovi Lea slittano a settembre, mentre per la riforma dei ticket bisognerà aspettare dicembre**

*Spending review interna con reinvestimenti in Lea e nomenclature protesi audio-visive, riorganizzazione cure primarie e rete ospedaliera, investimenti in edilizia sanitaria e meccanismi di allerta per le regioni a rischio Piano di rientro. Ecco il Patto che potrebbe essere firmato entro la prossima settimana. Lorenzin: "Si garantisce sostenibilità Ssn per prossimi 15-20 anni". IL TESTO INTEGRALE DELL'AUDIZIONE.*

"Sono molto soddisfatta, dopo 15 giorni di riunioni no stop con la commissione Salute della Conferenza delle Regioni e il Mef, ora manca solo il via libera dei governatori per la ratifica dell'intesa. Spero che la prossima settimana non ci siano sorprese e si possa dire che questa importantissima riforma che riorganizza la programmazione per il prossimo triennio e risolve una serie di nodi lasciati aperti negli ultimi anni nel sistema sanitario, sia andata finalmente in porto. Sarà il passo decisivo per garantire la sostenibilità del nostro Ssn per i prossimi 15-20 anni". Così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha parlato dello stato dell'arte del Patto della Salute prima di entrare nell'aula della commissione Igiene e Sanità del Senato per il seguito dell'audizione sull'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn. ([Vedi testo integrale](#))

Come spiegato dal ministro, il punto di partenza del nuovo Patto per la Salute è stata la certezza di budget per la sanità richiesta a più riprese dalle Regioni. In tal senso, è stata confermata la presenza di una spending review all'interno del Patto che "servirà a reperire risorse da reinvestire all'interno dello stesso settore", ha assicurato Lorenzin. "C'è infatti bisogno di investimenti in infrastrutture, personale, tecnologie, ricerca e accesso ai nuovi farmaci - ha proseguito il ministro nel corso dell'audizione -. Con i risparmi, inoltre, entro il 30 settembre presenteremo la lista dei nuovi Lea che saranno finanziati con 900 mln di euro in 3 anni. Ci sarà anche un aggiornamento del nomenclatore delle protesi audio-visive". Il ministro ha riferito alla commissione che, all'interno dell'accordo con i rappresentanti delle Regioni, si sono volute affrontare le due sfide principali che hanno messo a rischio il nostro Ssn: la longevità, con un conseguente aumento della spesa sanitaria e della domanda socio-assistenziale, e la crisi economica che ha comportato una contrazione della spesa in generale e di quella sanitaria nel particolare.

In tema di Piani di Rientro, Lorenzin ha annunciato che nel Piano sono state "cedute porzioni di sovranità da parte delle Regioni per poter porre in essere un sistema di controllo

più efficace e efficiente laddove si presentino problemi gestionali, in modo da poterli affrontare con tempestività prima che scattino meccanismi di commissariamento". In pratica un meccanismo di allerta che prevede un nuovo ruolo per Agenas e l'avvio di un sistema di open data che permetta un accesso immediato ai dati non solo di tutte le aziende sanitarie, ma anche un collegamento con i dati delle prescrizioni dei medici di famiglia, con il fascicolo sanitario e con le stesse farmacie. "Potremo così individuare parametri ad hoc per affrontare per tempo i possibili allarmi, tentando di evitare nuovi Piani di rientro, con l'intervento di una task force ad hoc chiamata a risolvere prontamente gli eventuali problemi gestionali".

Sono state inoltre, "stabilite nuove norme per uscire da Piani di rientro, ma anche per rendere il loro percorso più snello e meno burocratizzato". Lorenzin ha poi ribadito la necessità di tenere insieme equilibrio bilancio e qualità servizi, riconoscendo come in questi ultimi anni non ci sia stata "la stessa attenzione tra riequilibrio dei conti e erogazione dei Lea".

Quanto ai ticket: "Abbiamo affrontato il tema della compartecipazione nel Patto - ha detto Lorenzin - abbiamo inserito una sorta di legge delega con una commissione che entro dicembre dovrà stabilire nuovi ticket che saranno improntati all'esigenza di equità sociale e di contrasto a chi evade".

Confermata, infine, la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri che passerà a 3,7 per mille abitanti. Nel contempo, si dovrà potenziare il territorio anche nell'ottica di un'integrazione sempre più stretta con l'assistenza socio-sanitaria.

## **Patto Salute. Anaa: "Stato e Regioni autoreferenziali. Ma senza cittadini e professionisti non c'è cambiamento"**

*Per il sindacato il Patto rappresenta "un'occasione mancata per la definizione di un nuovo compromesso sociale tra Stato, cittadini e professionisti" e rischia di riverlarsi "incapace" di rispondere alle necessità. "La sanità pubblica continuerà a rincorrere di manovra in manovra, di patto in patto, le ragioni della propria sopravvivenza".*

"Il Patto per la salute che oggi si chiude rappresenta un'occasione mancata per la definizione di un nuovo compromesso sociale tra Stato, cittadini e professionisti". Ne è convinta l'Anaa Assomed, secondo cui quello che è "un atto di programmazione in un settore fondamentale per la vita dei cittadini, e per l'economia del paese", è stato "blindato nell'incontro di due centralismi, saltando a piè pari Parlamento, cittadini, autonomie locali e coinvolgimento della Dirigenza medica e Sanitaria, conditio sine qua non, a detta del Ministro, di ogni cambiamento in Sanità".

"Eppure - afferma l'Anaa in una nota - ci ostiniamo ancora ad auspicare un passo in avanti sul terreno dei contenuti. Occorre innanzitutto evitare di scaricare su cittadini ed operatori il costo dei risparmi annunciati, facendo tesoro dei dati sulla crescita del ticket fino al 3% del fondo sanitario e sulla diminuzione del 4% del costo del lavoro del personale dipendente. La questione lavoro è oggi decisiva per vincere, o perdere, le sfide della qualità e del contenimento dei costi. Le "risorse umane", che del SSN rappresentano il capitale professionale, aspettano soluzioni in merito alla piaga del precariato ed al vuoto dello spazio

contrattuale, che è fattore di governo e di cambiamento, e risposte non al ribasso alla questione della formazione medica e dell'accesso al lavoro dei giovani".

Per l'Anao "l'ennesimo taglio dei posti letto, annunciato al di fuori di una sincronizzazione con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, servirà solo a collocarci all'ultimo posto in Europa ed a peggiorare l'atmosfera da assalto al forte nei pronto soccorso, lasciando i medici a reggere da soli la forbice tra crescita dei bisogni dei cittadini e riduzione delle risorse disponibili".

In definitiva, "la pratica autoreferenziale che Regioni e Governo si preparano a concludere non supererà la prova dei fatti, la traduzione nella realtà in cui oggi si è costretti a curare e a rivendicare l'esigibilità del diritto alla salute, se incapace di rispondere alle domande degli operatori e dei cittadini. E la sanità pubblica continuerà a rincorrere di manovra in manovra, di patto in patto, le ragioni della propria sopravvivenza".

## **GIURISPRUDENZA Cassazione. Paziente corresponsabile se non ha seguito le direttive del medico**

*Annullata con rinvio la condanna di un medico per il decesso di un paziente a seguito di un sovradosaggio di un farmaco anticoagulante. Per i giudici occorre infatti considerare la corresponsabilità del paziente per avere effettuato i controlli ematici prescritti in ritardo rispetto a quanto consigliato. LA SENTENZA*

La colpevolezza di un medico non esclude la corresponsabilità del paziente se questo non ha eseguito correttamente le indicazioni del medico. A stabilirlo è stata la terza sezione civile dalla Cassazione che, con la sentenza n. 11637 del 26 maggio scorso, ha in pratica sostenuto il concorso di colpa del paziente nella determinazione dell'evento fatale.

Il caso riguarda un uomo deceduto. I suoi eredi avevano ottenuto il risarcimento dei danni perché il decesso sarebbe avvenuto a causa dalla somministrazione in dosi eccessive di un farmaco anticoagulante che aveva determinato l'insorgere di un'emorragia interna rivelatasi fatale. La condanna del medico era stata confermata dalla Corte di Appello. Ma a rivoltare la situazione è arrivata la Cassazione, che ha annullato con rinvio la decisione dei Giudici d'Appello sostenendo la necessità, in Appello, di tenere in considerazione il concorso di colpa del paziente nella determinazione dell'evento fatale.

La sentenza di primo grado aveva infatti accertato che il defunto era da ritenere corresponsabile nell'evento letale, avendo effettuato i controlli ematici prescritti ad intervalli temporali ben più ampi rispetto a quelli consigliati dalla terapia.

## **La sanità e l'azienda. Un dibattito sempre attuale**

*Il primo punto da definire con chiarezza è che nelle nostre ASL l'elemento mancante è proprio la "cultura aziendalistica". Ma su tutto pesa il ruolo che i medici giustamente rivendicano per il "governo clinico" di Asl e Ospedali, anche se occorre superare i conflitti tra manager e professionisti e quelli, tutti medici, tra apicali e non*

I due pregevoli interventi del [Prof. Gianfrate](#) e del [Dott. Troise](#) riportano il dibattito da dove era inizialmente partito, quando si iniziò a discutere di aziendalizzazione del SSN. E allora

(come oggi) i temi erano: la natura giuridica dell'azienda; i possibili modelli di governance dell'azienda sanitaria su cui si scontravano i sostenitori del modello monocratico e coloro che propendevano per una gestione allargata tipo consiglio di amministrazione ed infine, ma non per ultimo, il rapporto o meglio dire lo scontro tra professionisti sanitari e managers in quella che il BMJ definì una vera e propria *danza macabra* progressivamente intensificatosi a seguito del varo della 502/517.

Il Prof. Gianfrate nel suo contributo ricco di suggestioni dopo aver giustamente ricordato alcuni principi della scienza dell'organizzazione (il conformismo istituzionale che contraddistingue le organizzazioni di un determinato campo organizzativo) e i vecchi vizi della nostra società (il familismo amorale a si potrebbe aggiungere il predominio in ogni ambito di quella che Eugenio Scalfari e Guido Carli chiamavano la "razza padrona" e il capitalismo molecolare e straccione che ha colonizzato anche le aziende sanitarie, che in alcune regioni rappresentano il principale se non unico motore dell'economia) e propone come soluzione quella di: *"di riparlare di "checks and balance", pesi e contrappesi, di gestione e controllo reciproco, come ad esempio un consiglio di amministrazione, esecutivo con membri (votanti) anche rappresentativi delle professioni, dei pazienti/cittadini e delle municipalità del territorio, sullo stampo ad esempio di quanto si sta facendo in Gran Bretagna con la recente riforma Cameron col suo "NHS White Book"*.

Il Dott Troise, condividendo totalmente l'analisi del Prof Gianfrate, ritiene invece che:

*La complessità del mondo sanitario non può essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio. Rimane evidente la necessità di un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che, a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, definisca una nuova cornice culturale, giuridica, amministrativa, civile e sociale ed un nuovo modello di governance a management diffuso e responsabilità sociale dimostrata. Questa rimane oggi la questione centrale e soprattutto cruciale per vincere, o perdere, le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario, quella del consenso dei cittadini, in pericolosa discesa, e quella della sua sostenibilità economica nella salvaguardia dell'universalismo e dell'equità.*

In entrambe le posizioni ritengo ci siano elementi condivisibili a patto però che la nostra analisi non nasconda nulla di quello che è ormai a tutto evidente.

E il primo punto da definire con chiarezza è che nelle nostre ASL l'elemento mancante è proprio la "cultura aziendalistica" perché, proprio per i fenomeni di isomorfismo mimetico citati dal Prof. Gianfrate quello che in larga parte delle ASL ha prevalso finora è stato un modello gestionale orientato al rafforzamento delle *elites* politiche che avevano in mano il governo della regione. In altri termini la totale subordinazione del manager alle indicazioni del politico di turno, (in mancanza di una burocrazia di alto livello e in un certo senso autosufficiente come in Francia) ha fatto in modo che solo formalmente e solo come dice Troise sulle politiche del personale si adottassero strumenti aziendalistici (prevalentemente orientati al controllo punitivo dei costi) mentre in realtà la gestione reale dell'azienda perseguiva le vecchie strade della dipendenza dalla politica e in molti casi della corruzione.

In fondo le aziende sanitarie non sono dissimili dalle altre aziende pubbliche in cui si chiudono i bilanci in rosso ma i manager non solo non vengono rimossi ma anzi si

preparano per un altro incarico portando a casa non il demerito ma buone uscite vertiginose. Perché mai dunque le ASL dovrebbero essere dissimili se quello è il modello isomorfico del *public mangement* nostrano?

Come dicevo prima sono temi assolutamente legati al modello di società italiano che purtroppo non è minimamente cambiato nel corso di decenni e che negli ultimi tempi, come dimostrano gli intollerabili scandali delle ultime settimane, si è ulteriormente rafforzato. E a tal proposito è sufficiente ricordare l'intervista della [Sen. Nerina Dirindin](#) su QS sui costi stratosferici della corruzione in sanità e sulla necessità di introdurre strumenti innovativi per contrastarla che devono vedere, necessariamente il coinvolgimento di nuovi soggetti.

Ben venga dunque il *checks and bilance* proposto dal Prof. Gianfrate a patto che la nostra attenzione sia rivolta agli esiti (con il coinvolgimento attivo di soggetti terzi) e non ai soli volumi prestazionali (come avviene oggi) e che sia dato un ruolo ben preciso anche alle organizzazioni dei cittadini nella valutazione del servizio e degli operatori. Una valutazione che non può essere solo una formalità da sbrigare in fretta e da cui non deriva conseguenza alcuna. Rimane però il fatto che senza un profondo rinnovamento della classe politica e imprenditoriale anche questo modello di governance partecipato produrrebbe effetti solo marginali

Ritornando all'intervento del Dott Troise in esso vi è la riproposizione del vecchio dibattito sul governo clinico e sulla responsabilità della gestione da affidare ai medici e agli altri operatori sanitari come unica soluzione possibile alla mutazione genetica che ha snaturato l'azienda sanitaria. Il Dott. Troise vuole infatti recuperare dagli archivi:

*l'idea del governo clinico, o comunque lo si voglia chiamare, che mantiene le sue buone ragioni anche se ha perso forza, agibilità e concretezza, in una inerzia legislativa che ha indebolito potenzialità e deluso speranze. A questa idea, che riconosce la centralità del ruolo delle professioni all'interno delle Aziende Sanitarie, è possibile affidare, infatti, quanto la cultura aziendalista ha dimostrato di non poter compiutamente provvedere, e cioè la garanzia delle finalità etiche, civili e tecnico-professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, reclutando tutti i professionisti, medici e non, all'obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale e della contestuale crescita dei costi, individuando procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali ed autoritarie ed alleggerendo la deriva burocratica verso la quale è oggi sospinta la pratica dell'appropriatezza clinica.*

Bene, credo che il ritorno all'idea del governo clinico (buona medicina, buona organizzazione) possa contribuire anch'esso alla soluzione al problema a condizione però che si dia giusta risposta a due problematiche ad essa connessa. La prima di natura *interprofessionale* e la seconda (del tutto all'ordine del giorno) di natura più prettamente *intraprofessionale*. Per il primo aspetto mi limito a ricordare come Øvretveit, tra i più grandi studiosi della qualità, sostenesse come sia indispensabile risolvere proprio quella condizione di conflitto tra manager e professionisti sanitari, considerata anche da altri studiosi una delle componenti di maggiore ostacolo alla modernizzazione dei servizi sanitari dei paesi industrializzati.

Tale concetto è stato successivamente ribadito da Degeling per il quale la mancata risoluzione di tale problema comporta tre tipi di conseguenze negative: “primo impedirà di incorporare le prospettive dei clinici nelle locali strategie di modernizzazione; secondo impedirà la rinascita di quella “autonomia responsabile” principio fondamentale nella organizzazione dei servizi sanitari, ed infine significherà che tutte le parti continueranno ad essere guidate dalla diffidenza e dalla conseguente crisi di reciproca fiducia che pervade il campo

Per la seconda voglio ricordare come la *classe medica* non rappresenti un tutto omogeneo ma come da sempre ci sia un conflitto tra le vecchie e le nuove generazioni, tra apicali e non. Tale conflitto è stato riproposto nell'ultimo contratto in cui si è tornati indietro nella battaglia di effettiva equiparazione tra ex assistenti e ex aiuti, reintroducendo una insensata segmentazione delle carriere basata sull'anacronistico criterio di appartenenza storica a qualifiche ormai superate (ex IX e ex X livello) E tale conflitto si ripropone oggi tra coloro che vogliono giustamente un ricambio generazionale e quanti vogliono trattenere in servizio oltre ogni limite ragionevole quanti hanno già ampiamente superato l'età pensionabile.

Questioni come si vede non irrilevanti e che illustrano in modo molto netto come il conflitto sia una realtà a più dimensioni che attraversa le categorie, che stratifica i ruoli penalizzando alcuni a vantaggio di altri e che quindi rende molto più complicata la partita che si sta giocando.

*Roberto Polillo*

## DOCTORNEWS33

### **Dieci Ordini a Enpam: tecnici in Cda per gestire il patrimonio**

«Dovendo Enpam erogare pensioni agli iscritti è necessario che il rendimento di un patrimonio che attualmente supera i 15 miliardi di euro sia consistente e garantito da prodotti finanziari sicuri e affidabili sia nel campo mobiliare sia in quello immobiliare». A ribadirlo, alla vigilia del Consiglio generale dell'Enpam che si apre oggi, una nota congiunta di dieci Ordini dei medici (Ascoli Piceno, Bologna, Ferrara, Isernia, Latina, Milano, Piacenza, Potenza, Salerno, Trapani). Nella nota gli Ordini firmatari fanno alcune valutazioni nell'imminenza dell'approvazione del bilancio a consuntivo 2013 e del rinnovo dello Statuto. Per cominciare, sottolinea la nota, è inopportuno consentire l'entrata nella Fondazione Enpam di altre professioni e aumentare il Consiglio Nazionale a quasi 180 componenti. Sempre nell'ottica del risparmio e dello snellimento gli Ordini invitano a ridurre i componenti del Consiglio di amministrazione dagli attuali 27 a sette componenti e ritengono indispensabili prevedere in Statuto il compenso degli organi istituzionali, con una drastica riduzione del compenso attuale. Nella nota si auspica che nel nuovo Statuto vengano previsti: il meccanismo elettorale della preferenza unica, per garantire maggiore rappresentatività, clausole di incompatibilità di incarichi e di cariche intra ed extra ente per gli amministratori e infine paletti di assoluta sicurezza ai settori finanziari ove il Cda può investire. La richiesta di una presenza di tecnici in Cda, conclude la nota, parte dal

presupposto che nessun medico può avere competenze sufficienti per gestire al meglio un patrimonio così rilevante come quello della Fondazione. I tecnici servono ad apportare conoscenze indispensabili alla gestione del patrimonio stesso e devono poter essere revocabili in ogni tempo se le periodiche e frequenti verifiche sul loro operato dovessero evidenziare una non corrispondenza agli obiettivi loro assegnati.

## **DIRITTO SANITARIO Istanza di trasferimento del dipendente: non decide Tar su silenzio della P.A.**

Avverso il silenzio serbato dalla Asl in relazione alle istanze di trasferimento del dirigente medico ai sensi dell'art. 33, comma 5, Legge n. 104 del 1992 non è possibile proporre ricorso al giudice amministrativo. Il Tar ha dichiarato inammissibile la domanda avanzata da un sanitario, in servizio presso la Uoc di Chirurgia generale dell'ospedale, di disporre l'annullamento del silenzio - inadempimento formatosi sulla sua richiesta. Presupposto per poter promuovere l'azione avverso il silenzio della Pubblica amministrazione è la giurisdizione del giudice amministrativo sul rapporto giuridico sottostante, mentre, nel caso in esame, la questione relativa al trasferimento del pubblico dipendente presso Amministrazione diversa da quella di appartenenza, a seguito della privatizzazione del pubblico impiego, è stata devoluta al giudice ordinario, nella persona del giudice del lavoro. Pertanto, la controversia può essere decisa direttamente da tale giudicante, avvalendosi dei poteri istruttori che gli competono, a prescindere dagli atti adottati dall'Amministrazione. [Avv. Ennio Grassini – [www.diritto-sanitario.net](http://www.diritto-sanitario.net)]

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Patto per la salute: basta con i governatori commissari. Medici nel Ssn senza specializzazione. Show down la prossima settimana in Stato-Regioni**

**Assessori, tecnici delle Regioni, esperti del ministero: tutti riuniti fino a tarda notte ieri per chiudere il Patto per la salute. I lavori tecnici sono ormai finiti, ma per avere un testo coordinato sarà necessario attendere la prossima settimana, quando i vanti aspetti concordati saranno assemblati e pronti per la Stato-Regioni (in programma, ma non ancora convocata) che darò il via libera definitivo.**

Da oggi e per i prossimi giorni il confronto passa in commissione salute tra assessori (questa volta di tutte le Regioni e non solo delle otto "delegate" alla messa a punto del Patto) e ministero, per mettere insieme i tasselli del puzzle che in queste settimane ha preso forma sul tavolo Regioni-Salute.

Queste le ultime novità.

#### **Risparmi**

La prima e più importante novità è la vittoria Regioni-Lorenzin con il via libera dell'Economia che ha accettato di lasciare i risparmi ottenuti con il nuovo Patto (e non solo: ci saranno anche quelli dei nuovi Lea - circa 900 milioni in tre anni è la stima - quando

questi saranno approvati entro fine anno) nel Servizio sanitario per consentire politiche di sviluppo e investimento.

Resta invece ancora in sospeso - sempre in attesa del parere dei tecnici di Padoan - la richiesta delle Regioni al Governo di finanziare almeno gli accordi di programma per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico delle Regioni che già hanno ottenuto l'ok del Cipe.

Per il riparto invece, con i criteri rivisti rispetto a quello in base ai costi standard del 2013, bisognerà attendere ancora: le novità eventuali non faranno parte del Patto e se ne riparlerà a settembre.

### **Spending**

Restano i principi di quella modello Cottarelli che andranno applicati secondo le caratteristiche del Ssn. In questo senso la prima previsione scritta nel Patto è della creazione di una rete centralizzata tra centrali di acquisito regionali.

### **Farmaci e dispositivi**

Per i farmaci è certa la revisione del prontuario terapeutico da parte di Aifa che dovrebbe portare a un risparmio di circa 600 milioni e sia per farmaci che per i dispositivi medici ci è previsto l'utilizzo a tappeto dell'Hta (Health Technology Assessment). Per i farmaci poi si metteranno a punto percorsi di equivalenza terapeutica, mentre per i dispositivi saranno realizzate reti di vigilanza nazionale e locale.

### **Piani di rientro**

E' previsto un monitoraggio strettissimo e continuo di supporto alle Regioni in piano di rientro da parte dell'Agenas, anche di tipo preventivo rispetto a eventuali carenze nell'applicazione delle misure o a inefficacia dei loro risultati.

Novità sono in vista anche per i commissari. Quelli attuali restano, ma i prossimi non potranno più essere governatori. Dovranno avere un profilo tecnico e capacità adeguata al compito, ma stop alle figure politiche: gli incarichi di governo saranno incompatibili con la nomina.

### **Ospedali**

Il limite di posti letto per le case di cura private accreditate resta 60, ma da 40 in su sarà possibile eseguire accorpamenti amministrativi che le salverebbero praticamente quasi tutte rispetto alla versione iniziale degli standard. Per le monospecialistiche il criterio resta lo stesso, tranne per quelle di neuroriabilitazione che non avrebbero limiti.

Per quanto riguarda i posti letto pubblici, fermo restando lo standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, la revisione finale degli eventuali tagli, avrebbe abbassato l'asticella delle riduzioni dagli oltre 7mila posti letto in meno previsti ai tempi di Balduzzi (tra 14.043 in meno per acuti e 6.653 in più per la post-acuzie), a circa 3mila-3.500 tagli veri e propri.

### **Cure primarie**

Legato a doppio nodo con la revisione della rete ospedaliera è il restyling delle cure primarie. Che seguirà il processo indicato nella legge Balduzzi (legge 189/2012) con l'obbligo di attivare le aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le unità complesse di cure primarie (Uccp) in tutte le Regioni e come nuova, unica forma di gestione dell'assistenza sul territorio.

### **Personale**

Un aspetto del tutto nuovo nel Patto sarà quello della possibilità di assunzione per i medici non specializzati ai quali non potranno essere assegnati incarichi da dirigente fino al compimento dell'iter formativo. In questo senso le ultime versioni del Patto prevedono un

inquadramento - ovviamente diverso da quello degli specialisti - nella categoria Ds del comparto. Si tratta della più elevata economicamente e professionalmente per i non laureati, alle porte degli incarichi nei contratti della dirigenza che però per il personale è quella non medica, mentre in questo caso, una volta che i dottori saranno specializzati, sarebbe quella regolare nell'area medica.

## **Riforma Pa e rottamazione dei primari. Troise (Anaa): «Si indebolisce il pubblico e si rendono i medici succubi della politica**

«Provvedimenti che vanno - ancora una volta - contro la sanità pubblica perché hanno di mira solo il costo del lavoro». Parla chiaro Costantino Troise, segretario nazionale Anaa Assomed, tirando le somme per il sito de Il Sole-24 Ore Sanità dei capitoli che nel decreto legge 90/2014 di riforma della Pa in cui si parla di personale ([VEDI](#)) se la prendono con i primari con più di 42 anni di contributi e con i distacchi sindacali.

«E' fuori dubbio - afferma Troise - che la norma è sbagliata. L'abbiamo criticata già quando è uscita nel 2010 (premier Tremonti, ministro Brunetta), perché affidarsi alla discrezionalità dei direttori generali per rimanere o meno in servizio significa rendersi succubi della politica, senza un criterio. Estendere la possibilità di rottamazione ai direttori di struttura complessa significa aumentare il livello di mercato del personale pubblico e il rischio di sudditanza della competenza professionale alle esigenze economicistiche».

Secondo Troise la norma è ancora di più sbagliata perché la possibilità di andare in pensione col massimo dei contributi molti l'hanno pagata di tasca loro riscattando anni pregressi. «L'hanno pagata - afferma - per avere la libertà di scegliere quando andare via e fino a quando rimanere. Se qualcuno cambia le regole senza restituire quello che si è pagato - spiega - in qualche modo espropria una libertà personale senza nemmeno indicare un criterio generale che possa fare da guida alle decisioni di direzioni generali e Regioni».

Ancora una volta secondo Troise si risponde solo all'obiettivo di ridurre il costo del lavoro: «La sanità italiana - afferma il segretario Anaa - si sta riducendo alla siringa e ai medici: il costo della famosa siringa diverso in tutta Italia e il costo dei medici da saldare al massimo ribasso, con meno unità, meno stipendi e meno valore anche economico per quanto riguarda il costo del singolo».

Per di più, secondo Troise, oltre al danno, la norma configura anche un comportamento «schizofrenico»: «Un provvedimento così che già c'è dal 2010 e ora viene allargato ai primari - non più di 2mila persone in realtà - aumenta la platea di quelli che "possono", non "devono" in maniera automatica, essere messi in quiescenza. E ben prima dell'età anagrafica: da una parte si dice che con la Fornero si arriva anche ... a 80 anni, dall'altra si mettono per la strada competenze professionali del servizio pubblico di persone al massimo sessantenni, con il risultato che poiché i medici non vanno certo ai giardinetti, andranno a lavorare nel privato e al pubblico faranno concorrenza».

«L'ossessione sui costi - commenta Troise - sta facendo perdere il lume della ragione senza rendersi conto che ogni unità medica che se ne va, sono competenze che se ne vanno con lei. Non sostituite né facilmente sostituibili. E' chiaro poi che se non c'è un automatismo tra il risparmio sui costi e l'investimento sui giovani il saldo sarà una diminuzione dei posti di lavoro di almeno la metà, cancellati, aggregati, accorpati dalle Regioni. La fantasia

istituzionale non ha limiti e si andrà a una riduzione delle teste che lavorano con un aumento dei disagi per i cittadini».

Il problema riguarda, secondo il segretario Anaao, il sistema nel suo complesso. Un sistema che ha «molte attenzioni alla funzionalità degli uffici giudiziari - è l'esempio di Troise - ma non delle strutture sanitarie: una causa quindi ha più diritti di una malattia. Non si capisce perché in alcuni settori c'è un gradualismo e in altri no», afferma.

E poi, chiede Troise: come è possibile che rispetto al testo originario, dalle previsioni siano scomparsi gli universitari? «Avrebbero dovuto essere rottamati anche loro, ma a quanto pare quando c'è da pagare scompaiono sempre, mentre quando c'è da incassare sono sempre lì».

Infine i permessi sindacali dimezzati: «Altra paranoia - afferma -. Il Consiglio dei ministri ha approvato il 5 maggio scorso un contratto sui permessi e distacchi e poi dopo un mese dice che ha cambiato idea e li taglia a metà. E' una questione di credibilità, anche dei contratti».

**Addetto stampa** - Maria Antonietta Izza - [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584