

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MERCOLEDI' 29 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE/ LA GESTIONE DELLA SANITA' **Scontro sulla riforma dall'opposizione 400 emendamenti**

La manutenzione straordinaria del sistema sanitario può cominciare. A inaugurare il cantiere è stato questo voto del Consiglio: un sì a maggioranza al «passaggio agli articoli» della proposta di legge presentata dal Pd e antepresa del prossimo commissariamento delle Asl. Il cammino sarà lungo, sono una decina gli emendamenti della Giunta, 400 quelli presentati dall'opposizione, però c'è stata almeno la posa della prima pietra. Anche se fuori dall'Aula tutti non fanno che guardare oltre la «leggina» in discussione e disegnare quello che in verità interessa più di ogni altra decisione: la futura mappa delle cinque possibili Asl dal 2015 in poi. Per i confini definitivi e sicuri, ci vorrà del tempo, forse saranno ufficiali solo in primavera, nel frattempo sul piatto c'è quello che si sapeva: la nuova Azienda per le emergenze, non subito, la Centrale unica degli acquisti, subito, la riclassificazione di grandi e piccoli ospedali, fra pochi mesi, la chiusura immediata dell'Agenzia della sanità, finora una scatola vuota. A gettare le fondamenta del progetto messo sulla carta dalla maggioranza di centrosinistra saranno undici commissari. A novembre prenderanno il posto degli attuali direttori generali, e nei prossimi quattro mesi, prorogabili una sola volta, dovranno abbozzare quel tagli-e-cuci che sarà indispensabile alla Giunta per presentare la riforma vera e propria. Perché quella in aula da 24 ore è comunque, sempre e solo una «leggina» seppure importante. Il centrosinistra. Messa da parte gli scontri interni, l'aria sembra dell'armistizio, si è schierato compatto a favore della proposta. Che non è perfetta, ma «è una prima risposta a due esigenze fondamentali: la qualità dei servizi, va molto migliorata, e l'abbattimento dei costi, che dovrà essere secco e deciso», ha detto l'assessore alla Sanità, diventerà alla Salute, Luigi Arru. Il primo a parlare a favore è stato Mondo Perra (Psi), presidente della commissione Sanità: «Non c'era più tempo da perdere. Siamo in emergenza». Poi Lorenzo Cozzolino (Pd): «La spesa è impazzita». A ruota Franco Sabatini (Pd): «Dobbiamo vincere i soliti poteri autoreferenziali che si oppongono al cambiamento». E ancora Augusto Cherchi (Soberania), «puntiamo all'efficienza», Roberto Desini (Cd), «rimetteremo al centro del sistema il cittadino-paziente», Daniele Cocco (Sel), «il commissariamento prima di tutto», Emilio Usula

(Rossomori), «vogliamo una gestione finalmente trasparente». Poi Fabrizio Anedda (Sinistra), «ora sì che si parla di prevenzione», Efisio Arbau (Sardegna Vera), «abbiamo l'obbligo di mettere in sicurezza il sistema», fino al capogruppo del Pd, Pietro Cocco: «Per noi era ed è un obbligo morale tagliare i ponti con il disavanzo, 400 milioni, provocato dalla gestione disennata di Cappellacci e più». Il centrodestra. Compatto ha detto no a quella che da sempre ritiene «solo una scorciatoia per acchiappare altre poltrone». L'hanno ripetuto Edoardo Tocco (Fi), «partite con il piede sbagliato», Marcello Orrù (Psd'Az), «aumenteranno le spese», Ignazio Locci (Fi), «spazzerete vie le periferie», Stefano Tunis (Fi), «è solo una legge pretesto», Angelo Carta (Psd'Az), «la sanità e materia seria», Alberto Randazzo (Fi), «navigate a vista». Poi Oscar Cherchi (Fi), «è una legge inutile», Gianluigi Rubiu (Udc) altro che razionalizzazione», e Alessandra Zedda (Fi): «Sarà il caos e il diritto alla salute dei cittadini finirà in cantina». Il fuoco di fila è stato affidato ai capigruppo. Giorgio Oppi (Udc), «è una riforma non riforma», Paolo Truzzu (Fdi), «è solo un sogno destinato a svanire», Attilio Dedoni (Riformatori), «moltiplicate le Asl», Christian Solinas (Psd'Az), «aumenterà l'inefficienza» fino a Pietro Pittalis (Fi): «Assessore, questo è il peggior biglietto da visita con cui poteva presentarsi». Stasera ancora il dibattito su articoli ed emendamenti. Il voto finale, la prossima settimana.

Cisl all'attacco «È una rischiosa operazione d'ingegneria»

Giochi pericolosi. La Cisl non ci sta, condanna gli azzardi e va subito a colpire il bersaglio grosso, con il segretario regionale Ignazio Ganga e quello della Funzione pubblica, Davide Paderi. «La Regione continua a pasticciare sul riordino dei distretti amministrativi e sanitari – è la denuncia – Anzi, assistiamo sbigottiti a una rischiosa sperimentazione di ingegneria istituzionale che, se non concertata con le rappresentanze sindacali e produttive e con i territori, potrebbe danneggiare seriamente l'organizzazione sanitaria e amministrativa della Regione e alcune realtà locali subirebbero anche gravi ripercussioni. Senza risolvere, peraltro, i veri problemi della spesa fuori controllo, degli sprechi e delle inefficienze gestionali». Alla Cisl la bozza sulle nuove cinque Asl non è proprio piaciuta e ora invoca in tempi stretti un confronto con le parti sociali sulla riorganizzazione. Nulla può essere imposto dall'alto: «Dovrà essere cercata e trovata invece la massima adesione popolare sia sul riordino del quadro istituzionale regionale sia su quello della sanità e degli enti locali». Secondo il sindacato il nuovo modello sarà realizzabile ed efficace «soltanto se sarà all'interno di un più ampio quadro d'innovazione che dovrà riguardare nello stesso momento l'intera architettura della Sardegna e coinvolgere i territori attraverso la promozione di un processo decisionale dal basso, per poi riguardare anche la riorganizzazione funzionale dalla macchina Regione». Nei fatti è un appello a quella «nuova stagione di contrattazione» sollecitata più volte e anche di recente dai sindacati alla Giunta. «Una stagione necessaria – concludono i due segretari della Cisl – per dare anche adeguate garanzie ai lavoratori coinvolti nei processi di cambiamento».

«Prima il riordino istituzionale» Deriu e Bruno analizzano la rivoluzione in arrivo. Giovannelli: non penalizzateci

Fa discutere, e parecchio, la riforma sanità-enti locali. Il progetto regionale di accorpate 5 nuove Asl in altrettanti Distretti destinati a sostituire le Province suscita commenti, reazioni e qualche polemica. «Io mi sarei occupato di sanità partendo dalla necessità di dare risposte ai cittadini in termini di salute piuttosto che dalla gestione delle Asl», sostiene il sindaco di Alghero, Mario Bruno, sino a pochi mesi fa vicepresidente del consiglio regionale. «Preferirei a ogni modo che prima venissero riordinati gli enti locali perché vorrei vedere gli amministratori locali protagonisti del cambiamento – aggiunge – Capisco le esigenze di semplificazione. Nel frattempo pongo però due domande. A che punto siamo con la nuova rete ospedaliera? È stata davvero data attuazione al piano sanitario voluto dall'ex assessore Nerina Dirindin? Ecco: io ripartirei da lì, dai contenuti». Comunque Roberto Deriu, ex presidente dell'Unione Province, preme subito il freno sulla possibilità che le cose si possano fare senza un dibattito approfondito. «Ai tempi di Cappellacci e dei Riformatori, che hanno operato con leggi e leggine trascurando i problemi pratici della transizione, succedeva così e abbiamo potuto osservare poi che cos'è accaduto». «In questo caso dobbiamo regolare realtà complesse – prosegue – E nella maggioranza c'è un accordo che subordina il riordino territoriale ai riassetto politici. Così né i numeri né gli equilibri delle Asl oggi possono considerarsi prestabiliti: perché l'intero ragionamento deve partire dagli enti locali, non dalla riforma sanitaria». Deriu sostiene che quelle circolate finora sono idee e ipotesi di lavoro. «Perché il presidente Francesco Pigliaru in persona ci ha garantito un percorso preciso che avrà inizio solo quando l'assessore Cristiano Erriu presenterà alla prima commissione la proposta di riordino degli enti - sottolineare l'ex presidente della Provincia di Nuoro oggi consigliere regionale del Pd – Mi rendo conto che peso e dimensioni della spesa sanitaria suscitino attenzione, ma tutto dipenderà dal tipo di architettura istituzionale: quindi prima il riassetto amministrativo, poi il riordino delle Asl». «Nel frattempo situazione a due velocità: dovremo continuare a gestire i servizi nel contingente e individuare obiettivi finali che magari richiederanno anni per la loro attuazione. Intanto, però, né le Asl né le Province potranno smettere di funzionare: dovremo perciò individuare soluzioni nel contingente». A entrare nel merito della rivoluzione pensa il sindaco di Olbia. «Il nostro territorio non deve perdere autonomia e identità per via di un riassetto che porta a 5 le Asl – attacca Gianni Giovannelli – Come Alta e Bassa Gallura avevamo rappresentato l'esigenza di mantenere in funzione l'Asl 2. La nostra area non può perdere la caratterizzazione di assistenza pubblicata legata all'ospedale Giovanni Paolo II e agli altri servizi sul territorio, dalla Maddalena in giù, solo perché esiste il programma di dar via al Mater Olbia, l'ex San Raffaele, che più di un'impostazione privata sarà un polo d'eccellenza per tutta la sanità, sarda e nazionale». «Quanto poi alle Province, dato che ho avuto un ruolo determinante nella nascita di quella gallurese, sarei stato favorevole a una loro riarticolazione – incalza il

sindaco – Infatti domando: come si opererà in concreto nel riassetto? in che modo verrà ridistribuito il personale? chi si occuperà dell'edilizia scolastica? e in che misura saranno superati Patto di stabilità e altri vincoli che già adesso impediscono ai Comuni di lavorare al meglio?».

SASSARI Morte al Civile, 5 medici dal gup L'inchiesta sulla morte di Gesuino Porcu: il 7 novembre le decisioni del giudice

Nella richiesta di rinvio a giudizio, il pubblico ministero definisce i comportamenti dei medici (dell'ospedale Civile di Sassari) sotto inchiesta «ingiustificatamente attendisti e omissivi», una condotta, scrive il magistrato, «che ha permesso e non efficacemente contrastato una massiva estensione dell'infarto venoso dell'intestino e la necrosi massiva dello stesso». Nell'udienza preliminare fissata per il prossimo 7 novembre il giudice deciderà se Pietro Niolu (primario di Chirurgia), Francesco Bandiera (primario di Medicina interna), Luisa Porcu, Gianluca Erre e Antonio Cicu (medici in servizio nel reparto di Medicina interna) andranno o meno a processo per la morte di Gesuino Porcu, 69 anni, ex presidente dell'Azienda trasporti pubblici di Sassari molto conosciuto in città. Porcu il 10 gennaio del 2011 fu ricoverato in Chirurgia al Santissima Annunziata perché aveva forti dolori allo stomaco. Lì gli avevano diagnosticato una trombosi alla vena porta, che raccoglie il sangue dell'apparato digerente e lo convoglia al fegato «ma nessuno dei sanitari – scrive il pm – dava indicazione della necessità dell'intervento che, al contrario, veniva inopinatamente escluso». Il giorno successivo Gesuino Porcu era stato trasferito in Medicina interna «e nonostante le manifestate condizioni di sofferenza veniva sottoposto soltanto a trattamento con terapie antidolorifiche, anticoagulanti e antibiotiche». A quel punto le condizioni del paziente erano peggiorate ulteriormente, «il danno anatomico ischemico, di fatto trascurato e sottovalutato anche dal punto di vista della sorveglianza radiologica – aggiunge il pm – evolveva». Il 4 febbraio Gesuino Porcu venne trasferito in Rianimazione «e solo l'8 febbraio, quando era ormai in fin di vita, veniva sottoposto a intervento di laparotomia esplorativa». Ma l'intestino era in necrosi e infatti un'ora dopo l'operazione il paziente morì per uno shock settico. All'epoca delle indagini, il consulente della Procura stabilì che quella precipitazione del quadro clinico fu in qualche modo provocata dalla «condotta attendistica» dei medici, che avrebbero agito con «imperizia, negligenza e violando i protocolli operativi». Nell'udienza del 7 sarà il gup a stabilire se gli imputati (assistiti dai legali Nicola Satta, Paolo Zichi e Piergiovanni Arru) abbiano qualche responsabilità o se invece la loro condotta fu rispettosa dei protocolli medici. I familiari della vittima, intanto, si sono affidati all'avvocato Stefano Porcu.

SASSARI «Visite regolari, nessuna truffa» Si difende il

medico arrestato dai carabinieri del Nas insieme alla segretaria

Ha risposto a tutte le domande del gip, ieri mattina, il medico Gianni Marras arrestato nei giorni scorsi dai carabinieri del Nas - insieme alla segretaria Jenny Piana - per truffa, falso, esercizio abusivo della professione e frode in pubbliche forniture. Assistito dall'avvocato Maurizio Serra, il professionista ha spiegato le modalità con le quali ha svolto sinora il suo lavoro, utilizzando negli studi professionali tecnologie che - secondo quanto ha affermato - non avrebbero necessità (sul momento) della presenza del medico e del tecnico specializzato. Il dottor Marras ha sottolineato che l'attività si è svolta sempre alla luce del sole e che le visite alle quali venivano sottoposti i pazienti (controlli oculistici, cardiologiche e spirometrici) con l'impiego di moderne tecnologie non richiedevano personale con particolari titoli abilitativi. Le certificazioni, invece - sempre secondo le dichiarazioni di Marras - sarebbero state rilasciate solo dal medico. Sulla stessa linea la segretaria Jenny Piana - anche lei difesa dall'avvocato Serra - che ha confermato più volte di non avere sostituito il medico nello svolgimento delle sue funzioni ma di avere sempre svolto il ruolo di segretaria. Il gip si è riservato di decidere sulle revoca delle misure cautelari (i due sono ai domiciliari). Nell'inchiesta sono indagate altre 13 persone. Per quanto riguarda la vecchia inchiesta delle ricette "fantasma", dove Marras era stato prosciolto per intervenuta prescrizione, da segnalare che l'altro medico di base coinvolto (una dietologa) era stato completamente scagionato e prosciolto già in fase di indagini preliminari su richiesta del pm

L'UNIONE SARDA

REGIONE /SANITA' Asl, battaglia sui manager Primo sì alla legge che apre la via ai commissariamenti Il centrosinistra: ridurremo le spese. L'opposizione: la legge è solo un pretesto

Viene facile a Pietro Pittalis sottolineare le contraddizioni in seno al popolo del centrosinistra, a proposito della legge sulla sanità all'esame del Consiglio regionale: «Il Pd parla di vera riforma del settore, gli altri escludono che lo sia», dice in aula il capogruppo di Forza Italia, «la verità è che è solo un pretesto per commissariare le Asl». In effetti, non si può non notare la diversità di accenti con cui la maggioranza difende il provvedimento, nel corso della discussione generale.

PD E ALLEATI Il più convinto sostenitore è Pietro Cocco, capogruppo democratico e primo firmatario, che ribadisce l'utilità dei punti chiave della legge: dalla nuova centrale unica degli acquisti all'Azienda dell'emergenza-urgenza (118, pronto

soccorso, guardie mediche, elisoccorso). Utili anche «per porre un freno ai costi che nei cinque anni del centrodestra sono esplosi, arrivando a un disavanzo di 400 milioni».

L'assessore alla Sanità Luigi Arru sottolinea le altre novità, come le case della salute e gli ospedali di comunità: «Con il sistema dell'emergenza, garantiranno la continuità di un servizio che non può essere incentrato solo sugli ospedali, destinati alle patologie acute».

In maggioranza c'è però anche chi ridimensiona la portata del provvedimento. Secondo Roberto Desini del Centro democratico «è l'inizio della razionalizzazione». Efisio Arbau (La Base) ed Emilio Usula (Rossomori) parlano di «un primo passo», anche se «non risolve i problemi», mentre il capogruppo di Sel Daniele Cocco ribadisce la sua posizione apertamente favorevole ai suoi commissariamenti delle Asl: «Se il presidente Pigliaru e l'assessore Arru hanno fatto un errore, è stato aspettare troppo per sostituire i manager nominati dal centrodestra, che fanno ancora danni».

L'OPPOSIZIONE I commissari arriveranno a novembre, dopo il sì alla legge. Nel testo non ci sarà invece il riassetto delle Asl, che il governatore Francesco Pigliaru conferma di voler tagliare: la maggioranza inserirà una sorta di delega alla Giunta, ma sul numero finale ci sono idee diverse in maggioranza.

Il meccanismo non piace all'opposizione: «Si sta trasferendo il potere legislativo sulla Giunta», obietta Paolo Truzzu (Fratelli d'Italia). «È un errore dare mandato all'esecutivo per definire i territori delle Asl - concorda Giorgio Oppi - perché si tratta di un compito del Consiglio»: il leader dell'Udc comunque suggerisce quattro Aziende. Invece il capogruppo dei Riformatori Attilio Dedoni insiste sulla proposta dell'Asl unica, e solleva il problema dei costi dell'Azienda del 118: «Non è vero che basteranno 600mila euro».

Anche il sardista Christian Solinas, come Pietro Pittalis, vede nella discussione della legge «niente più che una perdita di tempo per il Consiglio, visto che la norma serve solo a commissariare le aziende. La Giunta poteva farlo lo stesso».

Riforma sanitaria, gli sbagli da evitare Una sola Asl e nuove agenzie di Franco Meloni

Caro direttore,

scrivo quando il Consiglio regionale sta decidendo sulla riforma della sanità sarda che presumibilmente sarà presa la prossima settimana. La fretta della maggioranza è comprensibile: vogliono cambiare i manager. Ma mi pare che il presidente Pigliaru stia cadendo nella trappola in cui siamo caduti anche noi cinque anni fa. In poche parole si cambieranno i manager e poi non si farà più nulla oppure per salvare la faccia al presidente, si taglieranno le Asl dell'Ogliastra e del Medio Campidano e si lascerà il resto più o meno com'è adesso.

Dalle scarse notizie di stampa di cui possiamo disporre sembra che per ora verranno accantonate la centralizzazione dei servizi acquisti e la stessa Areu che pure sembrava una ormai irrinunciabile (!) conquista dei cittadini della Sardegna. Il tutto

per spendere al meglio i soldi dei sardi, mettere fine agli sprechi, da loro quantificati in 400 milioni, e andare alla ricerca dell'efficienza e dell'efficacia.

Bene, non è una previsione difficile da fare: con questa legge non troveranno né l'una né l'altra e soprattutto, una volta nominati i commissari, non riusciranno più a modificare il sistema. Devono agire subito, abolire tutte le Asl e sostituirlle con agenzie sanitarie più o meno simili alle Asl attuali ma dotate di sole competenze sanitarie, con a capo dirigenti sanitari ed amministrativi di carriera e non nominati dalla politica.

Basta una sola Asl, corrispondente al territorio della Sardegna con il compito di espletare tutte le funzioni amministrative del sistema, acquisti, personale, pagamenti e contenziosi.

Considerando i risparmi sugli acquisti, (il loro valore è stimato in circa 1 miliardo) e sul personale amministrativo è facile prevedere che già dal primo anno potremo risparmiare almeno 70 milioni di euro, che andranno a crescere di anno in anno fino a stabilizzarsi dopo tre quattro anni su livelli vicino a 250-300 milioni.

I territori avrebbero garantiti i loro "diritti" sanitari, il sistema funzionerebbe regolarmente senza tagliare neppure una visita ambulatoriale ma ad un livello di spesa più compatibile con sempre più ridotte le finanze regionali. Ci sarebbero meno direttori generali ma più soldi per l'agricoltura, il commercio, l'artigianato, la scuola e altri settori che ne hanno estremamente bisogno. Basta scegliere.

SASSARI Caso Marras: denuncia delle impiegate Geseco Arzachena Noi nude in ambulatorio, ma loro erano veri medici?

«Ma chi sono quelli che ci hanno visitato? Li avete letti i giornali, ma chi sono veramente? Ci hanno fatto spogliare per l'elettrocardiogramma e hanno fatto anche la visita oculistica, uno era un uomo, ma di sicuro non si tratta del dottor Marras»: ecco le domande che si fanno le dipendenti della municipalizzata Geseco di Arzachena, che qualche giorno fa, insieme ai colleghi maschi, in tutto circa cento persone, sono state sottoposte alle visite mediche per l'idoneità al lavoro. Affidate dalla società pubblica allo studio del medico sassarese Giovanni Marras, lo specialista arrestato dai carabinieri del Nas, con l'accusa di avere delegato alla segretaria Genny Piana, anche lei sotto inchiesta, gli accertamenti sanitari.

L'INCHIESTA La Geseco (municipalizzata che si occupa di pulizia delle spiagge, parcheggi e siti archeologici, anche in Costa Smeralda) ha subito avviato una indagine interna. Alla presidente della società, Flora Spanu, è stato chiesto di stabilire l'identità delle due persone, un uomo e una donna, che hanno effettuato le visite e, ovviamente, le qualifiche degli operatori. I dipendenti vogliono sapere, in sostanza, chi ha effettuato gli accertamenti sanitari (prelievi del sangue, elettrocardiogramma, visita oculistica) visto che nello studio di medicina del lavoro di Marras, stando all'inchiesta del Nas, anche chi non aveva i titoli poteva occuparsi delle verifiche sanitarie. E lo sconcerto è soprattutto tra le signore.

VISITATE DA CHI? Le donne che lavorano per la Geseco, durante la visite, non si sono poste certo il problema di spogliarsi. Davanti a un dottore è normale. Ma quando hanno letto sui giornali la storia di Giovanni Marras, hanno iniziato a pensare a quelle persone che si sono occupate di loro. E non si tratta soltanto di una questione di privacy. Alla fine delle visite è stato rilasciato un certificato che attesta l'idoneità al lavoro. I dipendenti della Geseco si chiedono che valore abbia.

TUTTI AL TEATRO Ma c'è anche un altro problema per le visite affidate allo studio del medico arrestato. Infatti gli accertamenti sanitari effettuati ad Arzachena, sono stati completati nei camerini del teatro del paese. In una nota interna della Geseco, si parla di locali privi di ricambio d'aria, umidi e, quindi, del tutto inadatti alle operazioni. Va detto che, ovviamente, per questo servizio, la municipalizzata arzachenese, ha dovuto pagare.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Dossier Smi. Quanto costa il lavoro medico. Medici di famiglia in vetta. Guadagnano il 38% in più degli ospedalieri

Uno studio presentato all'ultimo congresso dello Smi svela le retribuzioni medie annue dei camici bianchi italiani. Con non poche sorprese. Se un medico di medicina generale percepisce in media 60,7 euro l'ora, il collega dirigente ospedaliero non arriva a 38 euro. Per scendere ai 24 euro orari della guardia medica. Ma non basta, il costo dei medici rapportato al numero di abitanti, varia anche da Regione a Regione. LE TABELLE.

Se l'abito non fa il monaco, il camice bianco non rende tutti i medici uguali. Almeno dal punto di vista del guadagno. Prendendo spunto da un'analisi comparata del lavoro medico in Italia, realizzata in occasione dell'ultimo congresso dello Smi da **Gianfranco Rivellini** e **Maurizio Andreoli** del Centro studi del sindacato, siamo andati ad esaminare la retribuzione media per ore di lavoro delle diverse figure professionali scoprendo differenze spesso di non poco conto.

Ad un primo sguardo il livello di retribuzione media annua tra le varie categorie professionali mediche - che ricordiamo nasce da regole contrattuali molto diverse tra loro - sembrerebbe indicare che, con 111mila euro l'anno, i pediatri siano la categoria con il guadagno maggiore, seguiti dai medici di famiglia con oltre 75mila euro, i Medici dirigenti con oltre 73mila euro, gli specialisti ambulatoriali con più di 36mila euro, la Guardia medica con poco più di 27mila euro l'anno, per finire con la Medicina dei servizi che segna una retribuzione media annua di poco superiore ai 17mila euro.

Queste differenze, però, se scorperate a livello di guadagno medio per ore di lavoro, lasciano spazio ad alcune sorprese. Se, infatti, in media, un'ora di lavoro di un medico di famiglia viene pagata 60,7 euro (per una media di 24 ore settimanali), lo stesso dato scende a 53,4 euro quando si parla di pediatri (40 ore), a 37,35 per un medico dirigente (38 ore) e ancora, a 32,1 per gli specialisti ambulatoriali (22 ore), 25,5 euro per la Medicina dei servizi (13 ore), fino ai 23,9 euro l'ora per una Guardia medica (22 ore).

A conti fatti, dunque, un medico di famiglia percepisce un guadagno quasi doppio rispetto ad un specialista ambulatoriale a parità di ore lavorative, fino ad arrivare ad una retribuzione oraria quasi tripla se messa a confronto con quella relativa al settore della Medicina dei servizi. Considerevole (38,4% in più) anche il gap che separa la retribuzione oraria di un medico di famiglia con quella di un dirigente medico.

E' evidente che nel confronto, soprattutto tra medico di famiglia e ospedalieri, pesa il fatto che il primo ha a suo carico anche le spese per lo studio medico e il costo di eventuali sostituzioni per ferie e malattia, ma è indubbio che la difformità sul costo orario è in ogni caso rilevante.

A **livello anagrafico**, l'età media dei Medici convenzionati è di 50,5 anni, mentre per i Medici dirigenti si arriva a 52 anni. Scorporando i dati e suddividendoli per singole categorie professionali, si va dai 53 anni di media per i Medici di famiglia ai 51 per i Pediatri, dai 46 anni di Guardia Medica e 118 ai 49 degli specialisti ambulatoriali, fino ai 51 anni per la Medicina dei servizi.

Un ulteriore livello di confronto è stato poi realizzato su base regionale, sui singoli dati per categorie.

Cominciamo con la **Guardia Medica e 118**. Qui si va da un numero minimo di medici per 100.000 residenti che spetta alla Lombardia con i suoi 18 camici bianchi, che costano per residente 4,29 euro lavorando 18 ore a settimana e guadagnando, in media, oltre 23mila euro all'anno. Subito dietro la Lombardia troviamo Trento e Bolzano con i loro 23,3 medici per 100.000 residenti, che costano 5,27 euro per residente lavorando sempre 18 ore settimanali e guadagnano, in media, poco più di 22mila euro l'anno.

Fanalino di coda, invece, il Molise con 115,3 medici per 100.000 residenti che costano ben 46,75 euro per residente lavorando in media 30 ore settimanali e percependo oltre più di 38mila euro l'anno.

Restando a livello regionale, passiamo ai **Medici per l'assistenza primaria**. Il costo per residente qui va da un minimo di 56,14 euro, registrato in Calabria, a fronte di una retribuzione media annua di poco inferiore ai 63mila euro e di una presenza di 93 medici per 100.000 residenti, fino ad un massimo di 78,62 euro per residente registrati in Emilia Romagna, per una presenza di 90,5 medici per 100.000 residenti che guadagnano poco più di 90mila euro di media all'anno.

Infine, passiamo alla **Dirigenza medica**. La media italiana è di 192 dirigenti medici per 100.000 residenti, con un costo per residente di 192,90 euro ed una retribuzione media di oltre 73mila euro. I due estremi in questo caso sono rappresentati da una parte dalla Lombardia, con il più basso numero di medici dirigenti per 100.000 residenti (154) ed un costo per residente di 157,30 euro a fronte di una retribuzione

media annua di 76.518 euro; e dall'altra dalla Valle d'Aosta con 289 dirigenti per 100.000 residenti ed un costo per residente di 312,30 euro a fronte di una retribuzione annua di 79.622 euro.

■ [Analisi comparata del lavoro medico in Italia](#)

Epatite C. Nuovi farmaci “*interferon free*” solo per pochi. Aifa fissa i criteri per l’accesso. Ecco chi potrà accedervi e a chi rivolgersi

In una prima fase saranno solo poche tipologie di malati a poter accedere alla combinazione interferon free ABT-450/r-ombitasvir e dasabuvir di AbbVie. I pazienti potranno accedere alla terapia solo in 37 centri clinici selezionati. Resta comunque il programma di uso compassionevole su base nominale già attivato da parte di AbbVie

Di seguito il comunicato dell’Aifa :

“Allo scopo di aumentare l’accesso alle terapie antiepatite C, l’Agenzia Italiana del Farmaco, facendo seguito a quanto già pubblicato circa l’uso terapeutico della combinazione *interferon free* ABT-450/r-ombitasvir e dasabuvir di AbbVie, comunica che tale uso terapeutico sarà inizialmente previsto per individui con infezione da HCV sostenuta da genotipo 1 intolleranti o non eleggibili ad una terapia con interferone che rientrino in una delle categorie di seguito definite:

- Recidiva di epatite dopo trapianto di fegato (epatite fibrosante colestatica o epatite cronica con grado di fibrosi METAVIR F0-2);
- Cirrosi compensata (Child-Turcotte-Pugh score A) in assenza di significative comorbidità;
- Malattia epatica cronica con fibrosi di grado METAVIR F3 in pazienti non responsivi a duplice terapia (PegIFN+RIBA);
- Epatite cronica con manifestazioni extra-epatiche HCV-correlate clinicamente rilevanti (es. sindrome crioglobulinemica sintomatica di grado moderato-severo o sindromi linfoproliferative), indipendentemente dal grado di fibrosi.

Al fine di accelerare l’accesso alla terapia, sono stati individuati i centri clinici, omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale, presso cui il programma potrà essere attivato e i cui comitati etici hanno già approvato l’utilizzo compassionevole su base nominale di questa medesima combinazione terapeutica oppure nel contesto di sperimentazioni cliniche, già effettuate o in corso.

Tali centri saranno contattati dalla Direzione Medica di AbbVie, per fornire istruzioni circa l’attivazione del processo di richiesta ed approvazione del protocollo e della terapia *interferon-free* da parte dei comitati etici nell’ambito di questo programma di uso terapeutico.

Gli specialisti appartenenti a tali centri potranno procedere alla raccolta di più schede nominali da inviare, insieme alla documentazione amministrativa, al comitato etico competente, permettendo così un tempestivo processo deliberativo e, quindi, un rapido accesso dei pazienti alla terapia.

I farmaci saranno forniti secondo quanto previsto dal DM 8 maggio 2003. Si ricorda che tale programma di uso terapeutico si aggiunge al programma di uso compassionevole su base nominale già attivato da parte di AbbVie. Tale accesso per uso nominale è aperto a tutti i pazienti, per le cui richieste di trattamento i centri non inclusi nella lista allegata potranno contattare la Direzione Medica di AbbVie srl”.

■ [Lista centri clinici autorizzati per nuovi farmaci epatite C](#)

Ebola. Lorenzin: "Applicazione Regolamento sanitario internazionale avrebbe impedito diffusione epidemia". E sui militari Usa: "Nessun rischio"

E' la valutazione espressa dal ministro in occasione della conferenza 'Health in the Mediterranean'. Lorenzin ha poi fornito rassicurazioni riguardo i militari americani che stanno rientrando a Vicenza dopo un periodo in Africa. "Nessun motivo di preoccupazione, saranno tenuti in isolamento e monitorati per 21 giorni, il limite massimo di incubazione dell'Ebola".

“L’applicazione del Regolamento sanitario internazionale avrebbe impedito il dilagare di un’epidemia come quella di Ebola”. E’ la valutazione espressa dal ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, a margine della conferenza ‘Health in the Mediterranean’, tenutasi presso il Ministero di via Ribotta in occasione del semestre italiano di presidenza del Consiglio dell’Unione Europea.

“L’evento odierno – ha sottolineato Lorenzin nel corso dei lavori – focalizza l’attenzione sui confini dell’area mediterranea in materia di salute che ormai non attiene più alle dimensioni regionali o nazionali, ma che deve essere concepita in un’ottica globale”. Il ministro ha quindi richiamato l’attenzione sulla necessità di “rafforzare il monitoraggio sui sistemi sanitari nella cintura nordafricana, soprattutto per quanto concerne le vaccinazioni, sia per uomini che per animali”. Senza dimenticare che nel Mediterraneo “sono presenti malattie peculiari come anemia e talassemia, che impongono un’attenzione costante”.

La conferenza odierna “si tiene in corrispondenza di un’importante coincidenza – ha osservato Lorenzin – e cioè il **passaggio da Mare Nostrum a Triton** che assume una valenza fondamentale in quanto significa che l’Europa ha compreso come il problema della sorveglianza delle coste non appartenga soltanto all’Italia”. Nel complesso non ci si può limitare a fronteggiare le emergenze, “ma bisogna anche essere in grado di prevenirle, tramite strumenti come i vaccini. E questo vale per fenomeni come la poliomielite in Siria ma anche per le questioni legate alla salute degli animali, come la Bluetongue e l’afta, e per i disastri ambientali e biochimici”.

Lorenzin ha poi fornito rassicurazioni riguardo la **situazione dei militari americani di ritorno alla base Dal Molin dopo un periodo trascorso in Africa**. “La vicenda è di competenza del Ministero della Difesa, ma la situazione è assolutamente sotto controllo – ha garantito – Siamo in costante contatto con le autorità statunitensi e stiamo applicando gli stessi protocolli che seguiamo per i nostri operatori che tornano

dai Paesi colpiti dall'Ebola. In ogni caso, i militari non hanno avuto contatti diretti con i malati e alla partenza non hanno manifestato sintomi. Saranno comunque posti in isolamento e monitorati per 21 giorni. Non esiste quindi – ha concluso – alcun motivo di preoccupazione”.

DOCTOR 33.IT

Responsabilità professionale. Fnomceo: perplessità su bozza Dpr

La bozza di Dpr ora all'esame della Conferenza Stato-Regioni, che definisce i requisiti minimi delle polizze assicurative per Responsabilità professionale sanitaria e l'accesso al Fondo di garanzia, lascia perplessa la Fnomceo. Lo riferisce una nota della Federazione degli ordini nella quale si sottolinea come «dall'esame di tali bozze, pur non definitive» sembrano non essere state recepite «alcune qualificanti richieste - condivise da tutte le Professioni sanitarie e rappresentate in sede di Tavolo tecnico - utili a restituire serenità all'esercizio professionale a fronte dell'obbligo doveroso di dotarsi di polizza assicurativa». Nel merito la nota Fnom si sofferma sulla previsione «che conferirebbe una priorità “ai più giovani” nell'accesso al Fondo di Garanzia. Il criterio» spiega la nota Fnomceo «non dovrebbe essere quello puramente anagrafico, ma dovrebbe essere legato al conseguimento dell'abilitazione: in altre parole, sembrerebbe più coerente collegare la priorità al termine di dieci anni dal conseguimento del titolo abilitante all'esercizio della Professione». Altro elemento disatteso, secondo la nota «è l'obbligo di consultazione della rappresentanza di ciascuna Professione sanitaria, sia nella regolamentazione dell'accesso al Fondo, sia nella definizione delle categorie di rischio: solo le Professioni, infatti, possono avere il reale “polso della situazione” delle attività a più alto rischio. Infine» conclude Fnomceo «la retroattività della polizza, che deve essere estesa sino a un massimo di dieci anni. Pur comprendendo la necessità che il Dpr operi una meditata sintesi tra i diversi interessi in campo» conclude la nota, «la Fnomceo auspica che non vengano eluse, per mere esigenze economico-commerciali, queste richieste, considerate irrinunciabili per permettere ai professionisti di recuperare serenità e sicurezza: solo così potranno assolvere al meglio l'alto ruolo sociale e tecnico al quale sono chiamati».

Infermieri in sciopero il 3 novembre, disagi negli ospedali

Lunedì 3 novembre incroceranno le braccia, consapevoli del fatto che la loro protesta porterà disagi ai cittadini ma convinti che le richieste alla base del loro sciopero

meritino una risposta urgente. Sono gli infermieri pubblici: lunedì prossimo, dunque, negli ospedali saranno a rischio le attività ambulatoriali e gli interventi chirurgici programmati, con inevitabili disagi in corsia per pazienti e ricoverati. A proclamare lo sciopero - al quale si affiancherà una manifestazione davanti a Montecitorio - è il Sindacato delle professioni infermieristiche Nursind al quale, spiega il segretario nazionale Andrea Bottega, «aderiscono circa 22mila dei 220mila infermieri italiani». Il 3 novembre, spiega, «si fermeranno dunque le attività ospedaliere degli ambulatori, dalla radiologia agli esami di endoscopia, ed a rischio è pure l'attività delle sale operatorie per quanto riguarda gli interventi chirurgici già programmati, ma saranno garantiti gli interventi d'urgenza». Tre, fondamentalmente, le ragioni dello sciopero: «Chiediamo innanzitutto la fine del blocco del turn over. Il "ricambio" del personale con la sostituzione di coloro che vanno in pensione - chiarisce Bottega - è bloccato infatti dal 2008, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro. Ciò vuol dire che gli infermieri sono sempre di meno, nonostante la mole di lavoro». Tanto che, sottolinea il segretario Nursind, «secondo gli ultimi dati Ocse, in Italia mancano circa 100mila infermieri rispetto alla media degli altri Paesi Ue». Altro paradosso è che, se da un lato gli infermieri dovrebbero essere più numerosi per stare alla pari con la media europea, dall'altro aumentano invece i disoccupati: «Oggi sono circa 25mila gli infermieri senza lavoro e agli ormai rarissimi concorsi pubblici si presentano in migliaia per pochissimi posti». Altro nodo è quello relativo al blocco contrattuale: «Il contratto di categoria è scaduto 5 anni fa e da allora non è stato rinnovato. Ciò significa - denuncia Bottega - che i nostri stipendi sono fermi al 2009». E la situazione non sembra volgere ad un miglioramento: «Con la legge di stabilità il governo ha chiesto alle Regioni un taglio di risorse agli sprechi che innegabilmente esistono, ma tagliare sugli sprechi vuol dire riorganizzare il sistema dei servizi, cosa che non si può fare senza usare il lavoro professionale. Di fatto - denuncia - anche questa legge di stabilità ribadisce le politiche contro il lavoro pubblico». Il che vuol dire «che i nuovi tagli andranno a penalizzare inevitabilmente i sistemi di garanzia dei Livelli essenziali di assistenza». Insomma, è un profondo malessere quello che la categoria denuncia, a fronte di un dato innegabile: «Gli infermieri - rileva Bottega - sono i professionisti in prima linea nell'accogliere e assistere i malati acuti, cronici e fragili. E non è un caso che i primi ad essere stati contagiati dal virus Ebola siano stati infermieri in servizio presso gli ospedali». E proprio Ebola rappresenta un'ulteriore urgenza irrisolta: «Ad oggi - conclude il leader sindacale - non abbiamo ricevuto una formazione adeguata, nonostante il nostro ruolo sia cruciale per fare fronte all'emergenza».

DIRITTO SANITARIO Appalti Asl: criteri valutativi nelle gare con offerta più vantaggiosa

Ai sensi dell'art. 83 del D. Lgs. n. 163 del 2006, nelle gare svolte con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, l'eventuale articolazione dei criteri valutativi in sub-criteri, cui assegnare sub-pesi o sub-punteggi, deve essere stabilita dalla stazione appaltante ed indicata nel bando, mentre non può essere stabilita dalla

Commissione di gara dopo la presentazione delle offerte. Ove necessario, il bando può prevedere, per ciascun criterio di valutazione prescelto, anche i sub-criteri e i sub-pesi o i sub-punteggi, definendo così una griglia di valutazione ancora più analitica. L'opportunità, o la necessità, di definire anche i sub-criteri o i sub-punteggi va valutata in relazione all'analiticità di quelli principali (o primari) ed all'idoneità di questi ad assicurare, per un verso, un'adeguata e compiuta valutazione delle offerte e, per altro verso, il rispetto del principio di trasparenza ed efficacia. Alla luce di tale interpretazione normativa, il giudice amministrativo non ha accolto il motivo di ricorso di una società farmaceutica in relazione ad una legge di gara contenente criteri valutativi eccessivamente vaghi, così che la Commissione Giudicatrice avrebbe arbitrariamente attribuito il punteggio qualità alle offerte tecniche dei concorrenti. Secondo il Tar, atteso il particolare e limitato oggetto della fornitura in questione (medicazioni emostatiche in collagene di origine animale e trombina), i criteri primari indicati dal bando, nella loro ampia e compiuta configurazione, erano sufficienti a garantire il raggiungimento delle finalità previste dalla legge. [Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584