

RASSEGNA STAMPA

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

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

San Raffaele, arriva l'ultimo sì Ora mancano solo pochi dettagli per la firma finale tra Regione, Qatar e Bambin Gesù

Sul San Raffaele, ora Giunta e Consiglio regionale hanno la coscienza a posto. Con un voto unanime, scontato, la commissione Sanità ha messo in poche ore il timbro sulla proposta di delibera dell'accoppiata Pigliaru-Arru, presidente della Regione e assessore alla Sanità. È l'atto amministrativo con cui dopo 26 anni d'attesa, partenze fasulle, fallimenti e rischi che «restasse un'incompiuta a vita», il nuovo ospedale di Olbia può cominciare a esistere per davvero. La politica ha fatto la sua parte: doveva dire sì in sette giorni, sono bastate sette ore, fra martedì e ieri, perché tutti avevano voglia di «stappare lo spumante». Entro questa settimana la Giunta approverà la delibera definitiva e poi il mazzo di carte ritornerà nelle mani della Qatar Foundation, l'investitore, e del Bambin Gesù di Roma, partner scientifico, per la stesura del contratto. Sì, all'appello manca solo quel carteggio, sarà materia esclusiva di chissà quanti avvocati e notai, per riaprire il cantiere dello «scatolone bianco» alle porte di Olbia, poi incrociare le dita (nessuno vuole intoppi) e puntare a questa data per l'inaugurazione: il 25 marzo del 2016. Prima è ovvio ci dovrà essere la firma ufficiale sul contratto ma su questa data fondamentale il presidente Pigliaru non si è voluto sbilanciare: «Sarà a breve». Forse alla fine della prossima settimana, o al massimo fra due. È realtà. Doveva essere tutto facile, ma l'ultima tappa, il voto in commissione, qualche impiccio l'ha avuto. Dopo l'insistenza di ventiquattr'ore prima, il centrodestra ha chiesto e ottenuto (senza per la verità grandi resistenze) che nel documento finale aumentassero le garanzie, per evitare «future e spiacevoli sorprese». A cominciare da una verifica attenta e continua sul «soggetto imprenditoriale» che sarà accreditato alla rete ospedaliera regionale. Insomma, non basta dire Qatar Foundation e Bambin Gesù, «dobbiamo sapere con chiarezza non solo chi firmerà il contratto, ma anche quale società gestirà il San Raffaele», questo chiedeva la minoranza e l'ha ottenuto. Così come la stessa Qf e gli altri suoi partner scientifici – è scritto in un altro passaggio del documento – «dovranno indicare con precisione l'entità degli investimenti e la cronologia del piano industriale». Soldi (si sa che in ballo ci sono 1,2 miliardi spalmati in dieci anni) e i tempi «devono essere una certezza» e «non potranno esserci dal momento della firma del contratto modifiche in corsa». Terza garanzia è che «i futuri passaggi sull'accREDITAMENTO dei 242 posti letto siano sempre garantiti da un'istruttoria da parte del Nucleo tecnico per le autorizzazioni sanitarie». Ottenute queste clausole per iscritto, la minoranza ha avuto dal governatore anche altre due parole d'onore. La prima è quella «di una verifica continua del reale investimento privato rispetto agli impegni economici della Regione», che come si sa ha previsto una spesa massima di «55,6 milioni l'anno per la convenzione con la struttura ospedaliera privata». La seconda è «l'impegno della Giunta a una verifica attenta delle procedure di acquisizione delle strutture finora costruite (intorno al 77 per cento del progetto esecutivo) da parte dei nuovi proprietari dal concordato fallimentare della Fondazione San Raffaele Monte Tabor». È la vecchia

società del prete-imprenditore Don Verzè, quella travolta dai debiti e che fino a poco tempo fa ha rischiato di fallire nelle aule del tribunale civile di Milano. Ma quella procedura non è ancora chiusa e quindi spetterà alla Regione verificare che non ci siano incidenti di percorso nel passaggio della proprietà dai curatori fallimentari alla Qf». Il documento. In quello votato dalla commissione c'è anche tutto il resto che si sapeva. L'impegno che buona parte dell'investimento sarà nei centri di ricerca scientifici transnazionali, in cui saranno coinvolte anche le università di Cagliari e Sassari, più il Crs4. Subito dopo, l'impegno che «gran parte delle assunzioni dovranno essere di sardi» sia nel riavvio del cantiere, sia quando «l'ospedale comincerà a ingaggiare il personale medico e paramedico». L'ultima raccomandazione: «Dal Governo aspettiamo in tempi rapidi la legge che allarga per tre anni in Sardegna la griglia dei posti letto e per lo stesso periodo non obbliga l'isola a ridurre la spesa sanitaria privata». Senza questa legge, addio alle prossime bottiglie di spumante.

Commissione sanità della Camera a Cagliari e Olbia

Due giornate da oggi in Sardegna per la commissione Sanità della Camera. La delegazione che sarà questa mattina a Cagliari e domani a Olbia è presieduta da Pierpaolo Vargiu (Scelta Civica) e fra i commissari ci sono anche Settimo Nizzi (Fi) e Roberto Capelli (Cd). Oggi la commissione incontrerà la Giunta e alle 19 il rettore di Cagliari, Giovanni Melis. Domani a Olbia alle 11 è previsto il sopralluogo al cantiere del San Raffaele, alle 11.45 conferenza stampa al museo, alle 12.15 incontro con Lucio Rispo della QF infine col sindaco Gianni Giovannelli.

LE REAZIONI Pigliaru: «Un giorno storico per l'isola»

RAIMONDO PERRA (presidente commissione Sanità del Consiglio): «In poche ore, abbiamo raggiunto un traguardo storico e questo è stato possibile grazie al contributo di tutti i partiti in un rapporto di piena collaborazione su un argomento molto complesso».

FRANCESCO PIGLIARU (presidente della Regione): «Ora abbiamo la certezza che, in piena trasparenza, l'interesse generale ha avuto la meglio su quelli particolari. È un giorno storico per la Sardegna, che con questo voto ritorna a essere autorevole per tutti gli interlocutori».

MARCELLO ORRU' (Psd'Az): «Le osservazioni della minoranza hanno reso questo voto ancora più forte».

UGO CAPPELLACCI (Forza Italia): «Ci sono battaglie in cui l'impegno come uomini di buona volontà viene prima dell'appartenenza ai partiti. In quest'occasione abbiamo dimostrato di essere tutti uomini di buona volontà».

GIUSEPPE MELONI (Pd): «Oggi è una giornata storica non solo per la Gallura. È l'intera Sardegna che deve essere orgogliosa per questo risultato».

PIETRO COCCO (Pd): «Abbiamo rispettato i tempi. Anzi, siamo stati più rapidi del previsto ed è stato possibile grazie al senso di responsabilità dimostrato dalla politica. Il modello di oggi non dev'essere un'eccezione, ma la regola».

PIETRO PITTALIS (Forza Italia): «Il sì al San Raffaele è una vera e propria svolta per la sanità sarda in cui il centrodestra ha creduto sin dall'inizio».

DANIELE COCCO (Sel): «Nessun posto letto in periferia sarà cancellato».

GIUSEPPE FASOLINO (Forza Italia): «Tutti i preconcetti sono stati cancellati».

ATTILIO DEDONI (Riformatori): «Enorme soddisfazione per un voto unanime che abbiamo cercato con determinazione».

ANTONELLO PERU (Forza Italia): «È una vittoria nella vittoria».

GAVINO SALE (Irs): «Il Mediterraneo è ritornato a essere il centro del mondo».

ISILI Batterio killer: tre morti sospette Le vittime sono anziani pazienti colpiti da un'infezione contratta nel reparto di Medicina. Gravissima una quarta persona

Tre morti sospette, avvenute negli ultimi giorni tra le corsie dell'ospedale San Giuseppe di Isili, concentrate in un unico reparto: quello di Medicina. I pazienti ricoverati, che hanno contratto una comune infezione che, aggravata, ne avrebbe provocato la morte. C'è un'inchiesta che accende i riflettori sull'ospedale del centro del Sarcidano: dopo la segnalazione della Asl, saranno ora i carabinieri della compagnia di Isili, guidati dal capitano Paolo Bonetti e la Procura della Repubblica di Cagliari a indagare su quello accaduto nel reparto ospedaliero. Le indagini sono alle battute iniziali. Le morti sarebbero avvenute l'1, l'11 e il 20 giugno, altre cinque persone hanno contratto la stessa infezione. Gli inquirenti, infatti indagheranno non solo sui casi di decesso, ma anche sul decorso ospedaliero di alcuni pazienti che sono stati contagiati. Il sospetto, ancora da verificare, è come si sia potuto propagare il batterio, favorendo così la trasmissione del virus. Il batterio è il "Clostridium Difficile", largamente diffuso e spesso innocuo, ma in grado di provocare un'acuta forma di colite che, se trascurata, può aggravarsi causando un'infezione letale. Si tratta di una infezione particolarmente comune in ambito ospedaliero, che colpisce soprattutto soggetti anziani e debilitati, con il fisico provato da prolungate terapie antibiotiche. Tra le corsie d'ospedale è particolarmente facile contrarre la malattia: basta toccarsi la bocca con le mani dopo il contatto con superfici contaminate o con un soggetto infettato. In alcuni casi, poi, il batterio può svilupparsi generando, come prima fase il contagio e poi la patologia. Il problema nasce dal momento in cui gli ambienti non vengono disinfettati, e i pazienti monitorati, è possibile scatenare una sorta di epidemia. Proprio su questo punto si focalizzerà l'indagine: capire se all'ospedale San Giuseppe siano state adottate tutte le cautele necessarie per evitare non solo i decessi, ma anche un'eventuale trasmissione del batterio. Sabato e domenica passati i pochi pazienti del reparto sono stati trasferiti in un altro padiglione della struttura ospedaliera. Tutto il reparto è stato sottoposto a controllo e disinfestazione. C'è comunque da chiedersi, se si appurasse che le tre vittime siano decedute a causa del batterio killer, perché tutti i pazienti non sono stati trasferiti in una struttura specializzata nel trattamento di malattie infettive? Queste sono solo ipotesi. Di certo è che i carabinieri stanno indagando a 360 gradi per accertare la causa di queste tre morti sospette. Le tre persone decedute sono anziane: due uomini e una donna di circa 80 anni. Anziana è anche la quarta persona, colpita dal batterio, una donna ricoverata in gravissime condizioni all'ospedale civile di Isili.

L'esperto: «Non esiste alcun rischio epidemia» L'infettivologo Sergio Babudieri esclude il contagio in soggetti sani: «Vengono colpite le persone debilitate da antibiotici»

Dopo la morte dei tre pazienti e gli altri cinque casi di contagio da batterio riscontrati nell'ospedale di Isili, il 27 giugno scorso il reparto di Medicina è stato chiuso per due giorni. «A fronte del riscontro del focolaio di infezione - hanno spiegato i direttori sanitari della Asl 8 di Cagliari e dell'ospedale, Ugo Storelli e Ferdinando Angelantoni - si è provveduto ad adottare nell'immediato tutte le misure previste dei protocolli, al fine di impedire ulteriori contagi tra i degenti e garantire le norme di sicurezza per operatori e visitatori». «Già dopo il primo caso riscontrato abbiamo messo in isolamento i pazienti avviando le varie procedure e la profilassi - hanno sottolineato ancora i due dirigenti -. Sono stati visitati, e lo

saranno sicuramente anche nei prossimi giorni, pazienti, personale sanitario, visitatori e chiunque sia entrato in contatto con i contagiati. Al momento potrebbero essere centinaia di persone, anche se una stima precisa non è ancora stata fatta». È stato inoltre applicato il protocollo internazionale previsto in questi casi e sono stati sanificati gli ambienti ospedalieri interessati. La Asl ha precisato che si è mossa da subito. «Siamo stati noi stessi ad eseguire le analisi alla ricerca del batterio davanti ai sintomi di colite per verificarne le cause - ha puntualizzato il direttore sanitario dell'ospedale di Isili - è una patologia perfettamente trattabile in pazienti che non hanno un quadro clinico a rischio come le tre persone decedute». E a escludere che possa esserci il rischio di un'epidemia è anche Sergio Babudieri, docente presso l'Istituto di Malattie Infettive dell'Università di Sassari. «Il batterio *Clostridium difficile* - spiega l'infettivologo - può causare gravi problemi in pazienti che si trovano sotto una massiccia terapia antibiotica. Questo bacillo - aggiunge l'esperto - si trova normalmente nell'intestino umano per cui, se si utilizzano per lungo tempo antibiotici, questi possono distruggere anche quei batteri che tengono confinato il *Clostridium* il quale può prendere il sopravvento e provocare crampi addominali e malattie varie che possono portare, in casi estremi, anche all'morte dell'individuo. Ma questo non vuol dire che il batterio possa colpire chiunque - conclude il medico - e in ogni caso non esiste nessun rischio epidemia».

OLBIA Sanità e Cucina Celiachia, la cura ideale si trova a tavola

Il pranzo è servito. E il menù, rigorosamente senza glutine, è davvero ricco. Si è chiusa a tavola la prima parte del convegno su “Celiachia e patologie correlate” tenuto ieri all'hotel President e a cui hanno partecipato specialisti sardi e di tutta Italia: pediatri, diabetologi, endocrinologi, anatomopatologi e medici di medicina generale. Ma anche ristoratori e tanti celiaci. Alla parte scientifica, stavolta, è stata affiancata quella gastronomica. Sì, perché l'Associazione Cuochi Provincia Gallura ha preparato piatti di ogni tipo, dagli antipasti ai dolci, seguendo quelle che sono le tradizioni isolate, senza utilizzare alimenti con glutine e andando a dimostrare che anche il celiaco può vivere normalmente e, soprattutto, può mangiare senza rinunciare alla pasta o alla seadas. Nel menù preparato con professionalità e competenza da un gruppo di cuochi dell'associazione, ecco le insalate composte, l'angolo dei salumi, le carni fredde, il mare, il vegetariano, i piatti caldi (gnocchetti senza glutine al sugo di castrato e ravioli di patate e menta senza glutine al pomodoro). E poi la pasticceria, il pane (carasau compreso) le pizzette. Non mancava proprio niente, insomma. Ma quel che conta, come ha sottolineato Fernando Rossi dell'Associazione Cuochi Gallura, è la preparazione e, di conseguenza, l'osservanza di norme particolarmente rigide in cucina. Un ristorante o un albergo, in teoria, dovrebbero avere una cucina divisa a metà, ma se ciò non fosse possibile è fondamentale seguire con attenzione un insieme di regole. «E' per questo che noi, come associazione, ma su iniziativa della Asl, organizziamo spesso dei corsi sulla cucina per celiaci, considerando anche che la Sardegna è la regione italiana dove si registrano, per questa patologia, i numeri più elevati di casi. Il rischio più alto è la contaminazione crociata - spiega Rossi -. Quando si cucina senza glutine, non bisogna mai entrare in contatto con ingredienti che lo contengano (la farina, tanto per fare un esempio). Quindi qualunque cosa si debba preparare per un cliente celiaco, se siamo al ristorante, deve essere cucinata in una pentola a parte. Sia che si tratti di pasta, sia che sia necessario l'uso di una friggitrice. In realtà bisognerebbe persino avere un forno ad hoc, ma in mancanza di questo lo si deve pulire alla perfezione prima di utilizzare per un piatto destinato a un

celiaco. Ebbene, ristoratori e cuochi sono i primi a dover sapere come comportarsi e quindi è fondamentale conoscere e aggiornarsi per consentire ai celiaci di vivere e mangiare bene senza privazioni». A guidare i cuochi davanti ai fornelli, c'era il presidente dell'associazione Cleto Veclami. «Siamo tutti cuochi professionisti, di ogni parte della Gallura che, dal 2005 a oggi, abbiamo unito le forze per valorizzare il nostro operato. Tra gli obiettivi, oltre quello di far conoscere sempre di più la cucina gallurese in ogni parte d'Europa e del mondo, come già abbiamo fatto, c'è anche la nostra costante crescita attraverso la formazione. Che vuol dire preparazione e competenza anche quando si tratta di cucinare piatti per celiaci».

Il primato della patologia spetta all'Isola

Celiachia e prevenzione: difficile parlarne. «Visto che esiste un rapporto diretto tra la quantità di glutine assunta e il rischio di sviluppare la celiachia - come spiegano gli esperti -, una possibilità preventiva sarebbe quella di mirare a una riduzione dei consumi di glutine a livello di tutta la popolazione». Impresa quasi impossibile, dato che, nell'alimentazione, è aumentato considerevolmente il consumo dei prodotti ricchi di glutine, come la pasta o la pizza. Una tendenza diffusa soprattutto in Sardegna, visto che è la regione che registra più casi di celiachia (stesso discorso per il diabete).«Innanzitutto - **spiega Antonio Balata, direttore dell'unità operativa di pediatria dell'ospedale di Olbia** -, quando si parla di celiachia bisogna considerare che c'è una predisposizione genetica a cui si aggiungono i fattori esterni. Ma c'è la cura: che consiste appunto nella eliminazione del glutine dalla dieta. C'è ormai una grandissima distribuzione commerciale di alimenti per celiaci ed è sempre più facile convivere con questa patologia. La cosa che conta è informare e formare soprattutto gli addetti alle mense o gli operatori della ristorazione ed è proprio questo il messaggio che vuole passare attraverso il convegno organizzato dalla Regione». Ma sono stati preparati anche i cuochi del futuro, come ha spiegato Fernando Rossi dell'Associazione cuochi galluresi, andando a tenere delle lezioni speciali negli istituti alberghieri, così come previsto dal progetto regionale. Il cui obiettivo è "l'ampliamento del diritto dei soggetti celiaci a una normale vita sociale, in albergo e al ristorante, attraverso l'aumento del numero di esercizi informati e preparati che possano offrire un servizio idoneo alle persone affette da celiachia o da patologie correlate in generale e diabete in particolare, le cui esigenze alimentari orientano la scelta dei locali di ristorazione e degli alberghi di tutta la famiglia, del gruppo di amici e dei colleghi di lavoro".

L'UNIONE SARDA

L'Emiro può entrare in corsia San Raffaele, voto unanime. Il governatore: grande occasione LA DELIBERA. Il sì della Commissione dopo l'ultimo confronto su procedure e garanzie

Aspetta solo le chiavi, lo sceicco. Poi, magari cambierà la serratura, ma il suo ingresso in corsia, nel casermone bianco sovrastato da tre gigantesche gru su cui verranno issate le bandiere del Qatar, è ormai cosa fatta. Alle tre di ieri pomeriggio, infatti, nei corridoi un po' tetri adiacenti alla zona-Commissioni regionali, un sorriso grande così ha accompagnato l'uscita dei consiglieri di maggioranza e opposizione, tutti felici e contenti (!) del voto unanime alla struttura sanitaria che comprende un Centro di ricerca di valore internazionale il cui nome verrà deciso a giorni.

I RITOCCHI Ci sono volute altre tre ore, dopo il dibattito dell'altro ieri in Commissione

Sanità, per arrivare al definitivo via libera sul documento che ora verrà riscritto alla luce delle osservazioni della minoranza, accolte dai partiti di governo, e rafforzate dall'impegno del governatore sui punti più controversi. A quel punto, la delibera ritornerà in Giunta («questione di giorni», ha annunciato il Presidente) per il placet finale, e - come atto finale - verrà firmato il contratto con la *Qatar Foundation Endowment*. Gli ultimi ostacoli sono stati superati da un serrato (ma pacato) confronto durato tre ore: l'opposizione ha riassunto tutto in otto punti, alcuni dei quali - come la questione legata alle deroghe del Governo - facevano già parte della posizione della maggioranza. Le garanzie richieste sono: la puntuale individuazione del soggetto da accreditare; la verifica delle procedure per l'acquisto delle strutture esistenti rispetto al concordato omologato dal Tribunale di Milano per la Fondazione San Raffaele del Monte Tabor; la verifica dell'investimento rispetto agli impegni della Regione pari a 55,6 milioni all'anno per vent'anni; la verifica, da parte degli uffici regionali, della coerenza con l'articolo 24 (comma 6) della legge 12 del 2011. L'opposizione ha insistito anche su un altro punto: la garanzia di tutti i soggetti, compresi i partner scientifici. Il riferimento, come spieghiamo in questa stessa pagina, è per il Bambin Gesù.

IL GOVERNATORE «Oggi - ha commentato a caldo **Francesco Pigliaru** - la politica ha colto una grande occasione: io stesso ho visto con molto favore la proposta d'investimento intanto perché gli interlocutori mi sono sembrati persone serie, e poi è stato decisivo l'aspetto legato alla ricerca e il profilo internazionale dell'operazione. Mi fa piacere constatare che, a fronte di scenari basati su scontri e battaglie di vario genere, l'interesse comune ha prevalso su quelli localistici. Certe posizioni infatti sono evaporate e penso da questo punto si possa partire per realizzare altri investimenti esteri in Sardegna. Spero in nuovi progetti del Qatar nell'isola, ma confido anche in proposte provenienti da altri Stati. La riduzione dei tempi scandita da una precisa *road map*, rispetto a ciò che eravamo abituati, è un valore aggiunto: ecco, noi vorremmo che la Regione fosse sempre così sollecita nel fornire risposte certe in tempi stabiliti. E lavoriamo per questo».

LA CAMERA Per oggi e domani infine è confermato l'arrivo in Sardegna della Commissione Sanità della Camera guidata da **Pier Paolo Vargiu**, di cui fanno parte anche i deputati sardi **Roberto Capelli** e **Settimo Nizzi**. A Cagliari verranno sentiti il governatore, l'assessore **Luigi Arru**, il presidente dell'assemblea regionale **Gianfranco Ganau** e quello della Commissione Sanità **Raimondo Perra**. Domani a Olbia, dopo la visita nel cantiere del San Raffaele, è prevista la conferenza stampa, quindi l'incontro con il plenipotenziario del Qatar **Lucio Rispo**, il rettore dell'Università di Sassari **Attilio Mastino**, il sindaco di Olbia **Gianni Giovannelli** e quelli del distretto sanitari galluresi **Antonio Satta** (decisivo nella battaglia per l'unità del territorio) e **Romeo Frediani**.

Due ombre: la Procura e il partner pediatrico

Due scogli, dopo l'ok unanime di ieri. Il primo è un articolo comparso l'altra settimana sul *Sole 24 Ore* dal titolo eloquente: «Esposto in Procura a Milano dai commissari del San Raffaele». Nel pezzo a firma Stefano Elli si sostiene che i commissari nominati dal tribunale fallirebbero «avrebbero appreso solo dai giornali degli accordi con il Qatar». Di qui l'esposto.

Il secondo scoglio riguarda ancora il Bambin Gesù. Ieri si sono appresi nuovi particolari che proiettano ombre sull'organizzazione presieduta da Pier Paolo Profiti. L'anno scorso, ad esempio, il gruppo consiliare del Pd di Catanzaro ha definito «un'operazione fallimentare» la convenzione tra l'Azienda ospedaliera Ciaccio, la Regione Calabria e il Bambin Gesù.

Anche i parlamentari calabresi del M5S Molinari e Barbanti hanno attaccato il governatore Scopelliti «per l'accordo con il Bambin Gesù per chirurgia pediatrica. Sono aumentati i costi - hanno osservato i grillini -, è aumentata l'emigrazione sanitaria e la Calabria ha meno servizi». La minoranza ieri ha chiesto di vigilare e preteso garanzie. Pigliaru ha assicurato che se ne occuperà personalmente.

Pittalis: «Una svolta» Meloni e Satta: «Giornata storica»

«È una svolta per la Sanità sarda fortemente voluta dal centrodestra». Parola di **Pietro Pittalis**, capogruppo di Forza Italia, che ricorda: «Abbiamo seguito questo progetto fin dai primi incontri tra il presidente **Ugo Cappellacci** e il Qatar quando buona parte della sinistra ci accusava di svendere il territorio».

Per l'unico consigliere regionale gallurese del Pd **Giuseppe Meloni** quella di ieri «è una giornata storica per la Sardegna tutta, la Provincia Olbia-Tempio e per la città di Olbia. Ero ottimista perché dal confronto quotidiano con i colleghi riscontravo un generale favore, ogni giorno crescente, verso l'apertura del nuovo ospedale, che ora è finalmente una realtà. Questa è la dimostrazione che la politica, quella buona, quando implica volontà e capacità, sa dare risposte in tempi brevi».

Il coordinatore dei sindaci del distretto gallurese **Antonio Satta** è «molto soddisfatto perché ha prevalso il buonsenso. Il voto unanime della Commissione è una garanzia per la Sardegna».

«Il nostro via libera al progetto della Qatar Foundation - sottolinea **Luca Pizzuto**, coordinatore regionale di Sel - è la garanzia che la sanità pubblica non sarà minata. La delibera della Giunta punta all'integrazione del sistema sanitario regionale e a un potenziamento dei servizi nella Gallura, territorio fortemente penalizzato in passato». Azione della Giunta soddisfacente anche per il capogruppo del Pd **Pietro Cocco**: «Ci fidiamo di Pigliaru. Il progetto del San Raffaele darà risposte importanti in campo sanitario e occupazionale con l'assunzione di operatori sardi».

Contraria all'accordo, infine, l'ex consigliere regionale e leader di Sardigna Libera **Claudia Zuncheddu**. «Con l'affaire San Raffaele - dice - e il miraggio del polo di eccellenza sanitario, purtroppo a danno dei poli di eccellenza esistenti nell'isola, i sardi subiranno un'ennesima operazione immobiliare coloniale».

ISILI Tre anziani morti all'ospedale Sospetti su un batterio-killer

Tre morti sospette su un totale di otto pazienti del reparto di Medicina dell'ospedale "San Giuseppe Calasanzio" contagiati da un batterio che provoca dissenteria. Un'indagine dei carabinieri per chiarire come siano realmente andate le cose. Nessun avviso di garanzia, un reparto chiuso per tre giorni, autopsie non eseguite «perché ritenute non necessarie». Si aggiunge una conferenza stampa all'Asl 8 di Cagliari durante la quale la tensione con i giornalisti ha raggiunto livelli raramente visti in passato. Alla fine dell'inventario, spiccano i tre ricoverati morti nell'ospedale isilese dopo essere stati attaccati - ma la causa tra l'infezione e i decessi è tutta da dimostrare - dal *Clostridium difficile*, un batterio che i responsabili dell'Asl cagliaritano definiscono «estremamente diffuso e non in grado di provocare la morte». Sempre secondo l'Azienda sanitaria, i tre pazienti (un uomo e due donne) attorno agli ottant'anni di età - erano di Laconi, Gesturi e Villanovafranca - erano in

condizioni estremamente debilitate a causa delle proprie, gravi patologie.

MANCATE AUTOPSIE Le certezze sono poche: ne consegue che i dubbi sono molti di più, favoriti dal fatto che i dirigenti del “San Giuseppe Calasanzio” non hanno eseguito le autopsie perché «ritenute inutili in considerazione del quadro clinico generale dei pazienti deceduti». Una decisione certamente presa in buona fede e con cognizione di causa, ma forse non vincente sul piano dell'opportunità, perché alimenta dubbi e paure nella popolazione non soltanto di Isili, ma di tutto il Sarcidano, la Barbagia di Seulo e parte di Marmilla e Trexenta, che fa capo proprio a quell'ospedale.

LE INDAGINI Per stabilire com'è andata realmente, i carabinieri di Isili hanno aperto un'indagine di propria iniziativa. Il comandante della Compagnia, capitano Paolo Bonetti, non concede nemmeno il minimo sindacale delle informazioni ai giornalisti: «Stiamo cercando di accertare quel che è successo». Le cartelle dei pazienti deceduti sono state sequestrate? L'ufficiale non conferma né smentisce, e nemmeno rivela se una prima informativa sia già stata inviata alla Procura della Repubblica, anche se la delicatezza dell'argomento e l'allarme che i tre decessi all'ospedale possono creare nella popolazione farebbero ritenere di sì. Non è escluso che, a questo punto, le autopsie non eseguite d'iniziativa al “San Giuseppe Calasanzio” possano essere disposte dalla stessa Procura, se riterrà di aprire un fascicolo su questa vicenda.

IL REPARTO A contrarre l'infezione a causa del batterio sarebbero stati, nell'arco di poche settimane, otto pazienti del reparto di Medicina (risulta da una nota ufficiale del Servizio di igiene pubblica dell'Asl di Cagliari). Quando il sindaco Orlando Carcangiu ha ricevuto l'informativa, ha subito contattato i responsabili dell'ospedale e dell'Asl: «Ho offerto tutti i mezzi di cui, nella mia qualità di sindaco, posso disporre per fronteggiare un'emergenza sanitaria, ma alla fine l'ospedale ha provveduto per conto proprio». Da venerdì a lunedì mattina scorsi il reparto colonizzato dal batterio al terzo piano è rimasto chiuso, per consentire ai tecnici di disinfettare tutto. Dopo la bonifica, i pazienti sono tornati nelle corsie di Medicina, dove l'attività si svolge regolarmente.

I PAZIENTI Ieri mattina a Isili la notizia dei tre anziani pazienti morti era ormai di dominio pubblico, ma all'ospedale il via-vai di pazienti esterni per esami di laboratorio e visite ambulatoriali era simile a quello degli altri giorni. Qualcuno, senza rivelare il proprio nome, ammette che «sì, qualche timore ce l'ho, ma ci assicurano che non corriamo pericoli e quindi sono venuto ugualmente». Altri hanno deciso di rinviare di qualche giorno l'accesso ai servizi dell'ospedale, in attesa di conoscere gli sviluppi della situazione.

L'ASL Resta il fatto - è doveroso sottolinearlo - che secondo i responsabili dell'Azienda sanitaria locale di Cagliari è pressoché «escluso qualsiasi nesso tra i decessi dei tre pazienti assai debilitati e l'infezione da *Clostridium difficile* », un batterio che fa parte della flora batterica intestinale e che non causa alcun problema alla maggior parte delle persone. Se però qualcosa sconvolge l'equilibrio intestinale, può proliferare in modo incontrollato e rilasciare tossine che attaccano la mucosa intestinale. Paradossalmente, spesso a causare l'infezione sono gli antibiotici, perché alterano l'equilibrio della flora intestinale.

IL SINDACO Mentre si attende un verdetto definitivo sulla morte dei tre anziani pazienti di Laconi, Gesturi e Villanovafranca, il sindaco di Isili si preoccupa: non soltanto per l'allarme che la notizia può ingenerare tra la popolazione «in una struttura sanitaria di ottimo livello», ma anche per il futuro dell'ospedale. «Non vorrei», sbuffa Orlando Carcangiu, primo cittadino dal '91 al 2001 e di nuovo in carica dal 2011, «che questa vicenda possa essere strumentalizzata per chiudere il San Giuseppe Calasanzio, già nelle mire del piano di ristrutturazione degli ospedali sardi. Il mio timore aumenta da quando si è sbloccata la situazione del San Raffaele, che avrà 240 posti letto: il Governo ha stabilito una deroga per

consentire che non siano scomputati dalla pianta dei posti letto nell'Isola, ma non si sa mai». Carcangiu ricorda che il bacino d'utenza dell'ospedale isilese è estremamente vasto: «È vero, siamo a settanta chilometri da Cagliari», premette il sindaco, «ma i pazienti provengono anche dai paesi ai piedi del Gennargentu, distanti un'ora e un quarto di auto da qui, cui si aggiungerebbe un'altra ora per raggiungere Cagliari. Per loro sarebbe una mazzata». Il batterio, secondo il sindaco, potrebbe insomma uccidere un intero ospedale.

«Decessi naturali». Ma un documento dice il contrario Tensione con i giornalisti alla conferenza stampa convocata nella sede Asl di Cagliari

«I tre decessi all'ospedale di Isili non sono dovuti all'infezione da cloristridum difficile». Il direttore sanitario della Asl 8 di Cagliari Ugo Storelli nega che il batterio sia la causa delle morti, come invece sembrerebbe confermare una lettera spedita dal servizio Igiene sanità pubblica al sindaco di Isili. «Il servizio ha ricevuto ad oggi otto segnalazioni relative a pazienti ricoverati nel reparto di Medicina (...) ai quali è stata diagnosticata una forma di colite da Clostridium Difficile (di cui tre deceduti)» si legge nella comunicazione firmata dal direttore Giorgio Steri che, raggiunto al telefono, ha detto di non poter rilasciare dichiarazioni.

Queste incertezze hanno alimentato la tensione durante la conferenza stampa convocata ieri da Storelli e Ferdinando Angelantoni, direttore sanitario del San Giuseppe, per negare qualunque collegamento tra infezione e decessi. «Si trattava di pazienti che già al momento del ricovero erano altamente defedati con patologie multiorgano e multifattoriali, le loro condizioni erano estremamente gravi», ha ribadito più volte Storelli. Tanta tensione e nessun dubbio in via Peretti, ma non è così in Procura dove è stata aperta un'inchiesta per fare chiarezza sulla vicenda.

Sui tre corpi non è stata effettuata l'autopsia «perché le cause della morte sono state le gravi patologie di cui soffrivano i tre pazienti e il medico del reparto non ha avuto dubbi», precisa Angelantoni. I tre pazienti sono deceduti il primo, l'11 e il 20 giugno e nei loro certificati di morte il batterio non viene citato. I due direttori sanitari hanno comunicato che si sono registrati otto casi di contagio e che, dopo i tre pazienti che hanno perso la vita, c'è anche un quarto in gravi condizioni.

«Nel caso del primo contagio, appena abbiamo avuto sospetti è partita subito la terapia ma solo dopo il decesso è arrivata la certezza dell'infezione», spiega Angelantoni, «poi abbiamo messo in isolamento tutti i pazienti infetti, rispettato tutti i protocolli di sicurezza e avviato le procedure per un intervento in tutto il reparto».

Una volta confermata l'entità del contagio sono scattati i controlli su centinaia di persone, tra pazienti, personale dell'ospedale e chiunque abbia fatto visita ai pazienti, ma solo lo scorso fine settimana - a un mese dal primo contagio - si è arrivati alla chiusura del reparto per una bonifica radicale. «Quello di Medicina un reparto molto frequentato e non è stato semplice dimettere o trasferire tutti i pazienti con gravi patologie, per questo l'intervento è stato fatto nei giorni scorsi», chiarisce il direttore sanitario del San Giuseppe di Isili.

DALL'ITALIA

Responsabilità medica. Aogoi: "Depenalizzare atto medico e assicurazione obbligatoria per Asl e ospedali. Intervenga la UE"

Per i ginecologi italiani, per superare lo stallo italiano sulla materia, serve infatti una direttiva europea che uniformi le norme sulla responsabilità professionale e sulle coperture assicurative. A tutela dei medici e dei pazienti. Via al network europeo di ginecologia e ostetricia. Trojano: "Una disciplina comunitaria in materia è non solo utile ma necessaria". Il convegno alla Camera.

Dare vita al primo network europeo di Ginecologia e Ostetricia e promuovere una Direttiva europea a tutela di medici e pazienti. Sono questi i due obiettivi della "Conferenza internazionale sulla responsabilità professionale" promossa dall'Aogoi e che si è svolta oggi a Roma a Palazzo Marini, presso la Camera dei Deputati.

Due traguardi per i quali l'associazione dei ginecologi italiani si è già attivata negli ultimi mesi attraverso il coinvolgimento del Parlamento europeo e della stessa Direzione Generale Salute della Commissione europea e che ora assume ancora più importanza alla luce della guida italiana del semestre europeo.

Per il raggiungimento di questi obiettivi sono state già elaborate specifiche proposte finalizzate a:

- una più omogenea disciplina della responsabilità sanitaria negli Stati Membri;
- la previsione dell'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative);
- la previsione dell'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi negli Stati Membri con la creazione di un'Agenzia Europea e agenzie nazionali e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema antiriciclaggio-antimoney laundering);
- la creazione di un network europeo degli Ostetrici-Ginecologi per la costante consultazione con le Istituzioni comunitarie, Parlamento Europeo, Consiglio d'Europa e DG della Commissione Europea d'interesse per gli Ostetrici-Ginecologi;
- la previsione della responsabilità delle strutture sanitarie che non introducono sistemi di prevenzione dei rischi ed eventi avversi (v. L.231/2001);
- la previsione della responsabilità penale dei medici solo al superamento di una soglia di gravità della condotta.

In particolare per quanto riguarda la proposta di Direttiva europea l'Aogoi auspica una disciplina che introduca:

1. la responsabilità penale dei medici solo al superamento di una certa soglia di gravità della condotta
2. l'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative) con un doppio binario di responsabilità

3. l'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi negli Stati Membri con la creazione di un'Agenzia Europea e agenzie nazionali e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema antiriciclaggio-antimoney laundering).

“La proposta di una Direttiva europea sulla responsabilità professionale – ha commentato il Presidente dell’Agoi **Vito Trojano** – è il primo step di un percorso che richiederà tempo e grandi energie ma che l’Agoi ha intrapreso con entusiasmo, nel convincimento, sempre più condiviso anche a livello europeo, che una disciplina comunitaria in materia sia non solo utile ma necessaria. Il prossimo passo – ha aggiunto – sarà quello di accreditare la nostra associazione in Europa, così da renderla interlocutore attivo presso le Direzioni Generali interessate della Commissione Salute e Mercato”.

Il secondo obiettivo della associazione è poi dare vita ad un network europeo con le associazioni consorelle degli Stati Membri dell'Unione.

“Questo network – ha spiegato Trojano – costituirà il ‘peso specifico’ necessario per promuovere gli obiettivi dei ginecologi italiani: con la condivisione delle altre associazioni scientifiche sarà possibile, come auspichiamo, mettere a punto strumenti legislativi comunitari in grado di tutelare efficacemente sia i medici che i pazienti. Poiché le Direttive vanno obbligatoriamente attuate negli Stati Membri il nostro (sinora reticente) legislatore sarà finalmente ‘costretto’ ad assumere delle iniziative che riteniamo non più procrastinabili. Se riusciremo nel nostro intento – conclude Trojano – avremo dato un importante contributo alla costruzione di quello ‘Spazio Sanitario Europeo’ di giustizia e sicurezza che ci consentirà di vivere con maggior serenità la nostra splendida professione”.

“Il problema della colpa professionale del medico – ha invece sottolineato il Commissario UE alla Salute **Tonio Borg** – chiama in causa il legislatore e giudice nazionale deputati ad identificare ed applicare una disciplina più al passo con i tempi e meno penalizzante per i medici, tuttavia un confronto con le previsioni vigenti con gli altri Stati dell'Unione potrà senz'altro favorire l'auspicata armonizzazione delle norme e delle prassi”.

Il dibattito sulle Asl. Il problema non sono le persone, ma il sistema di Costantino Troise Segretario nazionale Anaao Assomed

Lungi da me pensare che la governance sia la causa di tutti i mali del nostro SSN, ma certamente rappresenta un nodo da sciogliere per evitare di finire strozzati. Misurare è condizione necessaria per governare sistemi complessi. Ma non sufficiente. Contano certo le competenze e le motivazioni dei singoli, ma determinante è il contesto ambientale e politico in cui si opera

Egregio dott. Chillelli,
profitto anche io della ospitalità di Cesare Fassari per ringraziarLa degli auguri e per sgombrare il campo dal sospetto di avere voluto attaccare le persone dei Direttori Generali, molti dei quali, certo, svolgono con dedizione e competenza la loro funzione. Il nodo, però, non è questo ed ho l'impressione che il suo intervento in qualche modo lo abbia eluso ([leggi l'intervento di Chillelli](#)).

Il processo di aziendalizzazione avviato nel 1992, non senza ambiguità sia semantiche che sostanziali, è stato inteso soprattutto come recupero della dimensione economica insita nelle prestazioni sanitarie. Le Aziende Sanitarie oggi appaiono tendenzialmente indifferenti al

loro finalismo istituzionale, scarsamente orientate verso la dimensione dell'efficacia, senza la quale in sanità non c'è efficienza che tenga, e della appropriatezza, scontando la marginalità della componente professionale medica, privata di un coinvolgimento nei percorsi gestionali. Ha prevalso, cioè, nel corso degli anni, l'interpretazione di chi ha pensato solo a riportare in pareggio i bilanci, mentre nell'impianto organizzativo e funzionale si sono evidenziati elementi discutibili o largamente insufficienti, a cominciare dall'assetto direzionale. Il Direttore generale, scelto ad insindacabile giudizio del Presidente o della Giunta regionale, è responsabile, di fatto, della strategia aziendale e di tutte le funzioni successive di organizzazione, gestione e verifica. Unico padrone di persone e cose, tuttologo. Compito francamente improbo. E se ne vedono, infatti, i risultati in molte realtà.

L'anomalia del modello aziendale è palese. Chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio è apparso il mandato principale. Tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti, il verbo di una cultura gestionale dell'efficienza che riduce i medici ed i dirigenti sanitari a macchine esperte ma banali, relegate a mettere la faccia davanti ai cittadini di fronte alla forbice tra crescita della domanda di salute e riduzione delle risorse. Facile capro espiatorio avviato alla delegittimazione sociale.

Lungi da me pensare che la governance sia la causa di tutti i mali del nostro SSN, ma certamente rappresenta un nodo da sciogliere per evitare di finire strozzati. Misurare è condizione necessaria per governare sistemi complessi. Ma non sufficiente. Contano certo le competenze e le motivazioni dei singoli, ma determinante è il contesto ambientale e politico in cui si opera. Credo difficile negare che in gran parte del Paese, per essere cauti, le esigenze della politica hanno prodotto una catena di poteri e di comando che, specie nei confronti del management tecnico professionale intermedio, ha evitato il riconoscimento del merito e delle competenze. Fino a non applicare la normativa che ricorda o a renderla "alquanto anestetizzata da regole e punteggi", decise, però, dalle Regioni o, addirittura, dalle singole aziende, che "non premiano la capacità professionale".

Il punto che il suo intervento non confuta è il radicamento di una visione della governance in cui la catena di comando non si perita di entrare nel core delle pratiche professionali e nella selezione del merito e delle competenze

"La discrezionalità connessa al principio del rapporto fiduciario, la natura monocratica del management aziendale, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica, la marginalizzazione di logiche e valori professionali". Questo è il pensiero dominante, quasi una ossessione, che è fortemente strutturato e tenacemente protetto nella architettura normativa dell'azienda sanitaria, e della Regione, a prescindere dal colore politico. E questo è anche il motivo per cui non basterà elevare la asticella delle competenze attraverso albi nazionali o regionali, annunciati con enfasi sproporzionata. Inutile ricordare Tomasi da Lampedusa.

I problemi della sanità italiana oggi sembrano individuati nel costo della famosa siringa, da standardizzare, e nel costo dei medici, da saldare al massimo ribasso attraverso inaccettabili inquadramenti contrattuali o da cui liberarsi attraverso masochistici processi di rottamazione. Mentre rimane evidente, a mio parere, la necessità di un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che produca un nuovo modello di governance a management diffuso, "in condizione di assolvere al meglio ai compiti cui deve rispondere" ed alla propria responsabilità sociale, che riconosca che la efficienza e la ottimizzazione dei

costi scaturiscono dalla applicazione di conoscenze e valori di diretta derivazione clinica. Anche attraverso una idea di governo fondata sulla centralità del ruolo delle professioni all'interno delle Aziende Sanitarie, nel rispetto certo delle compatibilità economico finanziarie, che recluti 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. La complessità del mondo sanitario non può essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio.

La dirigenza sanitaria, che certo non è esente da colpe, non è una pura entità metafisica cui negare anche il diritto di discutere le condizioni del proprio lavoro. Essa vuole essere protagonista del cambiamento, "autrice di salute" per dirla con Ivan Cavicchi, che non accetta di essere ridotta a sole mansioni esecutive nella logica di non disturbare il manovratore. Senza fare leva su contenuti e motivazioni professionali sarà difficile trovare legittimazione e compatibilità alle stesse politiche sanitarie, ed i medici devono potere continuare ad essere garanti della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini attraverso la conoscenza delle ragioni e delle forme in cui la competenza clinica si intreccia con le logiche della economia.

Il futuro della sanità pubblica e la sua sostenibilità si giocano anche su questa idea di dirigenza professionale e di governance del sistema.

Costantino Troise

Segretario nazionale Anaaao Assomed

DOCTORNEWS33

Apertura studi medici: niente più vincoli territoriali

Studi medici libero professionali e laboratori privati, anche non accreditati per il servizio sanitario pubblico, non possono sorgere dove il professionista crede: oltre all'autorizzazione regionale per i requisiti igienico sanitari ci vuole, o meglio ci voleva fin qui, un'autorizzazione della regione che sancisca preventivamente il rispetto del fabbisogno delle strutture del tipo indicato. Ora le cose cambiano. Il decreto legge 90 appena entrato in vigore (semplificazioni, gazzetta ufficiale 25 giugno) all'articolo 27 comma 2 ha tolto l'obbligo che vincolava il professionista ad ottenere il placet regionale, previsto all'articolo 8-ter della legge 502/92. La regione aveva facoltà di valutare l'utilità del progetto del medico "in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti", un po' come per la frequenza delle farmacie e il rapporto ottimale dei medici convenzionati. Ora resta per il professionista la necessità di farsi autorizzare i soli requisiti igienico-sanitari.

Esprime perplessità Francesco Lucà, coordinatore di Fassid, federazione che raggruppa i sindacati di radiologi (Snr), laboratori (Aipac) medici del territorio Simet, Sinafo e psicologi Aupi: «E' buona cosa non ostacolare la libertà d'impresa, ma è un po' tardi. Il professionista singolo che avrebbe potuto giovare della norma non c'è più. Radiologi e altri specialisti non aprono più studi per conto proprio, e chi apre in genere è una struttura societaria orientata al business. C'è il rischio che si incrementi un'offerta di prestazioni sanitarie orientate non tanto ai bisogni degli italiani, che oggi spendono già 27 miliardi annui di tasca propria per le cure, quanto a logiche di mercato».

«Il decreto non nasce per gentile concessione del governo ai fini di una "semplificazione", ma mette fine a un sopruso a lungo attuato dalle regioni anche sulle strutture che non avevano vincoli con il Ssn in nome di una presunta necessità di programmazione», afferma

per contro Renato Mele odontoiatra esperto di temi autorizzativi che per anni ha trattato come Andi con la Regione Toscana. «Questa parola fine era già stata posta da una sentenza del consiglio di stato, la 550 del 29 gennaio 2013, la quale afferma che il limite alle autorizzazioni – non relative ad accreditamenti con il Ssn- non è solo la tutela del diritto alla salute prevista all'articolo 32 della Costituzione (che si estrinseca attraverso il rispetto dei requisiti igienico-sanitari, mantenuto), ma anche il diritto del professionista ad esercitare liberamente l'iniziativa d'impresa sancito all'articolo 41 della Costituzione e fino ad oggi calpestato».

Patto salute, si alza sipario. Cure primarie, farmaci ed e-health i nodi

Si alza il sipario sul capitolo più misterioso del patto per la salute, oggi all'esame definitivo dei presidenti delle regioni, e cioè le cure primarie. Nel documento di una trentina di articoli elaborati da dieci tavoli, se ne parla all'articolo 5. Nella versione semidefinitiva approntata da governo e regioni e all'esame dei governatori, già chiosata con gli appunti del ministero dell'Economia, si chiarirebbe secondo indiscrezioni di fonte autorevole il percorso che porterà i medici di famiglia a lavorare nelle aggregazioni funzionali di cure primarie e nelle più complesse Uccp con altre professioni sanitarie. Ci sarebbe un distinguo rispetto alla posizione della Sisac, che in convenzione chiede ai medici di famiglia di entrare - a seconda della volontà delle singole regioni - in alternativa ora nelle Aft e ora nelle Uccp. In realtà, il testo del Patto prevede che il medico di famiglia prenda la sua attività nelle unità complesse attraverso le Aft; significherebbe che i nuovi compiti, pur restando obbligatorie tanto Aft quanto Uccp come da legge Balduzzi, sono organizzati dalle regioni a livello programmatico ma devono passare per la contrattazione convenzionale nazionale e regionale e quindi per la volontà concorrente dei mmg.

Nel testo del Patto si parla ancora di professionalità dell'ospedale che possono esercitare sul territorio, in particolare dirigenti Ssn medici e infermieri nell'ambito di compiti loro delineati in quanto dipendenti del servizio, ma si tratterebbe di situazioni residuali. Si parla infine di un numero unico "europeo" per le chiamate non urgenti la notte e nei festivi e di regole d'ingaggio tra continuità assistenziale e 118.

Sul capitolo-farmaci, la necessità di risparmiare prevarrebbe sulle spinte federali. Le regioni rinuncerebbero a ritardare per valutazioni ulteriori la rimborsabilità di nuovi principi attivi autorizzati dall'Agenzia del farmaco, ma arriverebbe un nuovo prontuario nel quale i principi attivi dispensati dal Servizio sanitario nazionale dovrebbero essere raggruppati in categorie terapeutiche omogenee, per ciascuna delle quali verrebbe riportato il prezzo di riferimento fissato dall'Aifa

Sull'e-health infine ci sarebbe un patto nel patto. Dopo il varo delle linee guida sulla telemedicina, che il ministero della salute ribadisce essere "cogenti", dal punto di vista del governo ci sono almeno tre temi importanti: fascicolo sanitario, de materializzazione delle ricette e direttiva transfrontalieri. **Rossana Ugenti** Direttore del sistema informativo del Ministero della Salute al congresso della Società di telemedicina ha confermato che il Fascicolo sanitario elettronico, il cui regolamento tecnico è attualmente alla firma del premier Matteo Renzi, è considerato livello essenziale di assistenza: le regioni che non rispettassero i tempi previsti per realizzare l'infrastruttura entro giugno 2015 non potranno fruire dei finanziamenti aggiuntivi nel Fondo sanitario nazionale. Ma si lavora anche ai pagamenti online dei farmaci e delle prestazioni sanitarie e alla de materializzazione delle ricette che ha per corollario la possibilità per ogni paziente di spendere la prescrizione del

suo curante nelle farmacie di qualsiasi regione ove egli si trovi.

In Ue crescono le denunce per malasanità. Aogoi: serve una direttiva

Una Direttiva europea che uniformi responsabilità professionale e coperture assicurative a tutela dei medici e dei pazienti. A chiederlo l'Aogoi (Associazione dei ginecologi italiani) in occasione del Convegno europeo svoltosi ieri a Roma sulla responsabilità professionale. I numeri del contenzioso, del resto, sono inequivocabili. Il fenomeno del contenzioso medico legale e delle denunce è cresciuto tra il 200% e il 500% in Germania, Italia e Spagna. Ma anche spostandosi a Nord, pur con numeri meno clamorosi, i dati parlano di una crescita del 50% in Gran Bretagna e nei paesi Scandinavi. Di pari passo cresce il costo della copertura dei sinistri, stimato in misura superiore al 200% dallo European Hospital and Healthcare Federation (Hope) Standing Committee. «Per cominciare una legge è indispensabile in Italia e su questo fronte le autorità presenti oggi, dal ministro ai sottosegretari, hanno preso l'impegno che ci sarà in brevissimo tempo» sottolinea il presidente Aogoi **Vito Troiano**. L'evento organizzato da Aogoi ha messo per la prima volta attorno a un tavolo rappresentanti di diversi paesi europei, Belgio, Francia, Germania, Malta, Spagna, Regno Unito. «Insieme abbiamo creato il primo network europeo sul tema e abbiamo realizzato un documento condiviso affinché ci sia un monitoraggio della situazione sul fronte delle denunce e dei contenziosi» riprende Troiano. «L'obiettivo è quello di estendere ad altre nazioni che vorranno aderire successivamente. Del resto» conclude «di fronte a tale drammatica evoluzione, l'Unione europea è rimasta fin qui pressoché inerte sia sul piano legislativo sia su quello delle proposte di sistemi operativi, volti alla conoscenza e alla soluzione dei problemi posti. Mancano, sia a livello assicurativo che delle singole nazioni, report dedicati e capaci di monitorare il fenomeno».

SOLE24ORE/SANITA'

Ecco il Patto per la salute 2014-2016 in 29 articoli. La bozza all'esame dei governatori

La resa dei conti tra governatori sarà domani: Veneto e Lombardia hanno promesso battaglia, fino alla mancata intesa se sarà necessario, per evitare sorprese sui criteri di riparto (**VEDI**) secondo i costi standard. «Ci sono alcune Regioni - ha spiegato oggi il presidente lombardo Maroni - che vogliono tornare indietro e altre che vogliono andare avanti, noi vogliamo andare avanti: la Lombardia a esempio ha avuto 54 milioni di euro in più con il nuovo meccanismo, senza fare nulla se non presentare i propri conti, soldi che sono serviti per azzerare il ticket a 800mila lombardi».

Ma il testo finale intanto c'è e, tranne modifiche di coordinamento ed eventuali ritocchi degli stessi presidenti dell'ultima ora per favorire l'intesa, è quello trasmesso lunedì 30 giugno ufficialmente alle Regioni (**VEDI**).

Un testo di ventinove articoli (come anticipato questa mattina da Il Sole-24 Ore: **VEDI**) in cui sono previsti una serie di rinvii a ulteriori intese, come ad esempio per ticket e Lea. E che, «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico», stanza dal

2014 al 2016 337,5 miliardi (ma non solo: si ampliano i confini per investimenti e risorse per l'edilizia) con i «risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto» che «rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie». Dizione questa voluta dall'Economia, ma che le Regioni sono pronte³ a chiedere di cancellare così come l'aggancio automatico del fabbisogno al Pil.

Fuori Patto - ma da realizzare a strettissimo giro - ci sono anche gli standard ospedalieri che la legge Balduzzi (189/2012) demanda a un regolamento concordato con le Regioni, già pronto ormai da oltre un anno, destinato ora a subire ritocchi annunciati.

Il testo contiene poi una serie di novità che - è la promessa - faranno anche spendere meno razionalizzando e i risparmi - è scritto- rimarranno nel Servizio sanitario nazionale. Tra le voci di risparmio ci sono proprio i Lea (900 milioni in tre anni è la previsione) e i farmaci (**VEDI**).

LEGGI IN ANTEPRIMA ESCLUSIVA IL TESTO DELLA BOZZA DI PATTO PER LA SALUTE 2014-2016 DOMANI ALL'ESAME DEI PRESIDENTI

Lea: otto le Regioni in regola con la verifica adempimenti 2012. Report finale della Salute

Bilancio finale del ministero della Salute sugli adempimenti Lea 2012: rispetto alla prima analisi di maggio 2014 (**VEDI**) anticipata già a gennaio su questo sito (**VEDI**), restano otto le Regioni in regola con la verifica sugli adempimenti da assolvere in tema di Livelli essenziali di assistenza 2012. Sono adempienti: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Umbria e Veneto.

Le Regioni valutate sono sedici: quelle a statuto ordinario più la Sicilia, ossia quelle che hanno accesso al "fondo sanitario" e che vengono private del 3% di questo se risultano inadempienti (o del 2% nel caso di Regioni adempienti nell'ultimo triennio).

La verifica 2012 ha evidenziato, in diverse Regioni difficoltà a risolvere alcune criticità; tra le principali:

- la riorganizzazione dei punti nascita
- il monitoraggio dei tempi attesa
- il controllo di coerenza tra le Sdo e le cartelle cliniche
- l'assistenza domiciliare e residenziale.

Questo il quadro mostrato dal report «Verifica adempimenti Lea 2012» realizzato dalla direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute sulla base del lavoro del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea.

Complessivamente, dall'analisi dei risultati emerge che le Regioni non in Piano di rientro evidenziano nel tempo una maggiore attenzione verso i processi di attuazione, di efficientamento e di qualità nell'assistenza, mentre le Regioni in piano di rientro evidenziano dei piccoli miglioramenti organizzativi e gestionali ancora da consolidare e la persistenza di numerose criticità.

Situazione regionale

La Regione **Veneto** risulta adempiente per tutti gli adempimenti oggetto di verifica.

Le Regioni **Basilicata** e **Umbria** devono rispondere, entro il primo semestre 2014, ad una prescrizione per l'attuazione di quanto previsto per la riorganizzazione e la messa in

sicurezza dei punti nascita.

Anche le Regioni **Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana** hanno comunque l'impegno per l'anno 2013 a completare l'attuazione del percorso nascita, ai sensi dell'Accordo in Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010.

Per le Regioni in Piano di rientro, pur rilevando un progressivo miglioramento per quanto riguarda la riorganizzazione del sistema informativo e delle reti assistenziali, persistono rilevanti e significative inadempienze.

In particolare, le Regioni **Campania, Lazio e Molise** evidenziano ancora criticità e ritardi relativamente, tra l'altro, all'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, all'assistenza per malati terminali, all'assistenza domiciliare e residenziale per anziani e disabili, alla riabilitazione, all'attività trasfusionale, ai percorsi diagnostico-terapeutici e al percorso nascita.

La Regione **Abruzzo** registra qualche miglioramento relativamente all'assistenza ospedaliera ma persistono criticità nell'area dell'emergenza urgenza, dell'assistenza domiciliare e residenziale e nell'erogazione di servizi afferenti all'area della prevenzione.

La Regione **Calabria** ha intrapreso un'azione di riorganizzazione complessiva dell'assistenza sanitaria regionale evidenziando un governo della domanda ospedaliera, come si evince dal decremento dell'ospedalizzazione e dalla riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza. Restano comunque criticità in molte aree dell'assistenza, in particolare in quella relativa all'erogazione dell'assistenza territoriale, alla rete dei laboratori, all'area della prevenzione e all'emergenza urgenza. Un generale miglioramento la Regione lo ha ottenuto sulla copertura e qualità dei Flussi informativi e sulla sanità veterinaria, tematiche sotto stretta osservazione ministeriale.

Per la Regione **Piemonte** ci sono inadempienze nel monitoraggio delle liste d'attesa e nell'area della prevenzione, oltre che nella contabilità analitica e nei flussi informativi economici.

Per quanto riguarda la **Puglia** e la **Sicilia** il rapporto finale evidenzia miglioramenti ma permangono alcune inadempienze; in particolare il miglioramento concerne gli effetti di governo dell'assistenza ospedaliera mentre le criticità sono ascrivibili al percorso nascita, all'emergenza-urgenza e all'assistenza territoriale.

Per il 2012 sono stati certificati 38 adempimenti, di cui alcuni articolati in più sezioni, per un totale di 48 valutazioni, che sottendono alle aree tematiche inerenti il Sistema Sanitario Regionale. Tra le principali vengono individuate: la sanità pubblica, l'erogazione dei Lea, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale, la contabilità analitica, la certificabilità dei bilanci sanitari, i flussi informativi, l'assistenza farmaceutica, la prevenzione in sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.

I criteri di valutazione prevedono preliminarmente che, per le Regioni dichiarate inadempienti o "adempienti con impegno" nel corso dell'anno precedente, il superamento delle criticità riscontrate sia condizione necessaria per il giudizio di adempienza.

Per gli adempimenti suddivisi in più sezioni, la valutazione di "inadempienza" o di "adempienza con impegno" in almeno una sezione comporta l'estensione della relativa valutazione a tutto l'adempimento.

Adempimento mantenimento dell'erogazione dei Lea (Griglia Lea)

Nell'ambito della "Verifica adempimenti" si inseriscono i risultati di uno degli adempimenti

monitorati: il mantenimento dell'erogazione dei Lea.

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