

RASSEGNA STAMPA

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

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Sanità, no dei sindacati al piano Cgil, Cisl e Uil bocciano la bozza di riforma presentata in commissione

La maggioranza continua a far quadrato intorno alla bozza di riforma della sanità, ma ogni giorno è una critica. L'ultima è stata dei tre segretari regionali di Cgil, Cisl e Uil, Michele Carrus, Oriana Putzolu e Francesca Ticca, che nella commissione del Consiglio regionale, sono partiti da un giudizio tiepido («Può essere solo il punto di partenza della discussione), per chiudere con «forti perplessità sull'efficacia, sulla ricaduta positiva sui cittadini e sul contenimento della spesa». Con un doppio vertice prima del gruppo Pd e poi della coalizione, c'era il presidente Pigliaru, la maggioranza prova ogni volta a tirar via il progetto che riordina le Asl dal fuoco incrociato di queste settimane, ma non ci riesce nonostante le correzioni in corsa. Il più duro in commissione è stato Michele Carrus (Cgil): «Così com'è concepita e senza un esame attento del sistema sanitario, la bozza non è in grado di risolvere neanche un problema di quelli ben conosciuti. Siamo sorpresi – ha aggiunto – dalla presentazione improvvisa di un progetto di legge senza prima il confronto con le parti sociali e senza un vero dibattito pubblico». Per chiudere: «Condividiamo il principio di riunificare appalti e acquisti e del coordinamento del 118, ma perché sovrapporre una super struttura all'esistente, una agenzia o addirittura una nuova Asl con relativo corredo di direzioni e apparati?». Il rischio molto reale per i sindacati è che il progetto serva invece a commissariare le Aziende sanitarie. «Sarebbe un errore clamoroso utilizzare la riforma per scopi politici», è stato detto dai segretari regionali. Gli obiettivi – ha detto Oriana Putzolu della Cisl – su cui puntare devono essere due: ridurre la spesa sanitaria e quella farmaceutica e «rendere il sistema meno legato agli ospedali». Per Francesca Ticca della Uil: «Se si vuole tutto in fretta, se prima non si discutono le criticità, è evidente che gli effetti della riforma, qualunque essa sia, rischiano di essere nulli». La commissione comunque vuole raggiungere il traguardo di varare la proposta (tutta o in parte) entro la prima settimana di agosto, ma dovrà fare i conti con la minoranza che con Marco Tedde (Forza Italia) ha commentato: «Fuori dal Palazzo il centrosinistra prende solo schiaffi».

L'UNIONE SARDA

REGIONE «Asl, riforma sbagliata: non risolve i problemi» I sindacati contro la proposta di legge. Carrus (Cgil): «Concepita male»

Dopo la Funzione pubblica, anche le segreterie regionali di Cgil, Cisl e Uil bocciano la riforma sanitaria in discussione nella commissione competente del Consiglio, presieduta da Raimondo Perra (Psi). I sindacati hanno espresso perplessità sull'efficacia della proposta, sulla ricaduta positiva per il cittadino e sul contenimento della spesa.

Il più duro è stato il segretario della Cgil Michele Carrus: «La proposta non è in grado, così concepita e senza un esame dei dati del sistema sanitario sardo, di risolvere alcuno dei problemi menzionati negli articoli». I sindacati hanno attaccato anche la precedente Giunta

«che non ha fatto una nuova riforma sanitaria causando un aumento della spesa. Il metodo di lavoro che il legislatore dovrebbe adottare, secondo Carrus, Oriana Putzolu (Cisl) e Francesca Ticca (Uil), è quello di effettuare prima una analisi approfondita della situazione esistente e delle sue criticità, confrontarsi con le parti sociali e poi, una volta individuati gli obiettivi, legiferare. Per il numero uno della Cgil questo percorso è stato invertito.

I tre segretari hanno anche esortato la maggioranza a non utilizzare la proposta di legge per scopi diversi da quelli della tutela della salute dei cittadini, come quello di rimuovere i direttori generali delle Asl.

Cgil, Cisl e Uil hanno condiviso la volontà di rendere la sanità meno ospedalocentrica, ma hanno ribadito la necessità di garantire il diritto alla salute anche nei territori diversi da Cagliari e Sassari. Le parti sociali hanno rilevato, infine, che manca il riferimento al contenimento della spesa farmaceutica che vede la Sardegna, secondo i dati forniti da Francesca Ticca, prima in Italia per i medicinali sprecati.

Il presidente della commissione ha spiegato che questo «è soltanto l'inizio di una riforma molto più compiuta e organica del sistema sanitario regionale, necessaria e urgente - ha sottolineato Perra - per dare le risposte che il cittadino ha diritto di avere e contenere la spesa, ormai fuori controllo».

L'INTERVENTO I tanti dubbi sul San Raffaele di Massimo Dadea

Con l'approvazione della delibera che istituisce il San Raffaele di Olbia sembra sia stata smaltita la sbornia di innovazione, eccellenza, specializzazione, ricerca, che ha coinvolto parlamentari, amministratori regionali, comunali, operatori sanitari. Ora, forse, sarà possibile ragionare sulle sorti della organizzazione sanitaria in Sardegna. Non prima però di aver constatato che la gran parte delle domande che questa vicenda ha suscitato sono rimaste senza risposta e che la sua realizzazione rimane alquanto aleatoria. La ventilata possibilità che il San Raffaele possa diventare un Istituto di ricovero e cura di alta specializzazione a carico dello Stato appare velleitaria. Vi è un aspetto che, a dispetto delle tante certezze generosamente dispensate, suscita perplessità e riserve: come una decisione così rilevante si possa calare in una organizzazione sanitaria gravata da notevoli distorsioni. La Sardegna è caratterizzata dalla natalità più bassa d'Europa e da una percentuale di popolazione anziana tra le più alte al mondo. Una realtà in cui per decenni il diritto alla salute è stato calpestato da un velleitario diritto al lavoro: un ricatto odioso che ha messo in contrapposizione due diritti costituzionalmente garantiti.

Oggi la Sardegna è la regione d'Italia più inquinata e un terzo della popolazione è esposta all'impatto di materiali inquinanti, con conseguenze disastrose per la salute. Nelle aree del Sulcis-Iglesiente e Guspinese, in quelle di Sarroch e di Porto Torres è presente un eccesso di mortalità causato da un'alta incidenza di tumori della pleura e del polmone. I bambini che nascono in quelle aree hanno maggiori possibilità di morire a causa delle condizioni morbose perinatali. Nel SIN di Porto Torres - l'unico dotato di un registro dei tumori - si è registrato un aumento della mortalità, della incidenza oncologica e dei ricoveri ospedalieri per le patologie respiratorie. Tutto questo a fronte di una spesa sanitaria più volte definita fuori controllo, che presenta un disavanzo di oltre trecento milioni di euro, con una spesa farmaceutica tra le più alte in Italia, che destina gran parte delle risorse alla spesa ospedaliera e le briciole alla prevenzione. E siccome gli ospedali sembrano polarizzare l'attenzione di tutti, è legittimo chiedersi: in attesa dell'avvento del San Raffaele che ne sarà delle eccellenze della sanità sarda? Si continuerà a trascurare e a depotenziare strutture quali l'ospedale Brotzu (Azienda Ospedaliera di alta specializzazione e di interesse nazionale),

l'ospedale Microcitemico, l'Oncologico, o le Aziende ospedaliero-universitarie di Sassari e di Cagliari? La vicenda del San Raffaele di Olbia rende ancora più urgente la definizione di nuovi strumenti di programmazione sanitaria: un nuovo Piano sanitario regionale e con esso il Piano della rete ospedaliera e della rete dei servizi territoriali.

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Fecondazione eterologa. Lorenzin in audizione in Affari Sociali: “Sarà inserita nei Lea”

E per questo sarà vincolata “una porzione del Fondo sanitario nazionale per consentire l'accesso a tale tecnica nei centri pubblici”. Lo ha dichiarato il ministro della Salute oggi alla Camera dove è stata audita sulle iniziative del governo conseguenti alla sentenza della Consulta che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del divieto al ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, già nei giorni scorsi aveva annunciato di aver “già pronto” uno schema di Decreto Legge per regolamentare il nuovo percorso di fecondazione assistita resi necessario per via della sentenza della Corte Costituzionale Consulta che, ormai tre mesi fa, aveva dichiarato l’illegittimità costituzionale di quella parte della legge 40 che vietava il ricorso alle tecniche di Pma di tipo eterologo. Questo pomeriggio, in audizione davanti alla Commissione Affari Sociali della Camera, il ministro ha dato seguito agli annunci illustrando questo schema di decreto.

Il provvedimento, come spiegato dalla stessa Lorenzin, “sarà pronto prima della pausa estiva e sarà presentato in uno dei prossimi Consigli dei Ministri”. L’obiettivo è quello di mettere le Regioni ed i centri nelle condizioni di partire con la fecondazione eterologa non appena arriverà il via libera al decreto legge in materia.

Lorenzin è passata poi a spiegare le ragioni della sua scelta. Una “norma primaria” si è resa necessaria - ha detto all’inizio della sua audizione - anche “in relazione al recepimento della direttiva Ue in materia ed allo stanziamento immediato di fondi per realizzare l’eterologa”.

Il ministro ha poi chiarito come inizialmente non vi fosse l'intenzione di fare un decreto, “ma poi ho visto l’accelerazione in corso, dall'iniziativa della Toscana ad alcuni centri che sono già partiti”, e da qui la scelta del decreto per poter avere “uno standard unico valido per tutti i cittadini, per avere una parità di opportunità di diritti su tutto il territorio”. Lorenzin ha spiegato che si tratterà di un “decreto scarno, che ci permette di attuare la legge: questo strumento legislativo ci consente di essere operativi da settembre, mentre altri strumenti non lo avrebbero permesso”.

Il decreto, la cui cornice legislativa di riferimento è, come spiegato da Lorenzin, il “completamento del recepimento della direttiva europea 17/2006”, si compone di diversi punti: l’istituzione di un registro nazionale proprio dei donatori, un rimborso economico simile a quello che si riceve quando si dona il midollo osseo, la donazione di gameti volontaria e gratuita con permessi lavorativi, costi vivi ed eventuali rimborsi saranno, infine, in analogia a quanto già avviene per i donatori di midollo osseo. Nel decreto si prevede anche la “la doppia eterologa”, cioè, nel caso di coppie con entrambi i partner sterili, la

donazione sia del gamete maschile sia di quello femminile. Fissata anche l'età minima e massima per donatori e donatrici: potranno donare uomini di età compresa fra 18 e 40 anni e donne fra 20 e 35 anni.

"E' stato istituito presso Iss-Cnt un Registro nazionale dei donatori a cui le strutture autorizzate dovranno fare riferimento per permettere la tracciabilità completa donatore-nato - ha dichiarato il ministro -. Il numero massimo di nati da uno stesso donatore è 10 a livello nazionale, con deroga se una famiglia con figli già nati da eterologa chiede un altro figlio con stesso donatore; accesso a dati clinici del donatore o al donatore stesso per comprovati problemi di salute del nato, su richiesta di struttura del Ssn".

Riflessione laica sul diritto a conoscere le proprie origini

Il diritto a conoscere le proprie origini è un tema delicato su cui Lorenzin ha insistito e sui cui ha invitato tutti ad una "riflessione di tipo laico". "Sapere di essere nati da eterologa a prescindere dal donatore - ha spiegato - serve non solo per un diritto alla verità sulla propria nascita, ma anche per questioni di carattere sanitario, per l'anamnesi a cui tutti sono sottoposti nella vita o nel caso di necessità di trapianto da persone compatibili. Inoltre, con il diffondersi di test genetici ci sarà sempre più possibilità di sapere di non essere stati generati dai propri genitori".

E proprio per questo è opinione del ministro che il tema "debba essere oggetto di un'ampia discussione parlamentare". Secondo Lorenzin "va osservato che la stessa sentenza della Consulta, dopo aver richiamato la disciplina sull'anonimato nella donazione di cellule e tessuti, fa un rinvio alla precedente giurisprudenza e a quella internazionale: in entrambe il diritto a conoscere le proprie origini trova sempre più spazio, come si può verificare anche dal numero crescente di paesi in cui, a seguito di contenziosi giudiziari, è caduto l'anonimato del donatore, previsto inizialmente nelle normative".

Sempre la sentenza della Corte Costituzionale "richiama la disciplina dell'adozione, che pure prevede, a determinate condizioni e con specifiche modalità, che l'adottato possa conoscere i propri genitori biologici. Questi profili, chiaramente, non riguardano strettamente l'aspetto sanitario della fecondazione eterologa, ma tuttavia hanno ripercussioni importanti nel consenso informato alla fecondazione eterologa, sia del donatore che della coppia".

Il ministro ha, infine, ricordato che la possibilità di conoscere le proprie origini, in un primo tempo, non era stata prevista in molti Paesi che hanno, successivamente, dovuto inserirla.

"Noi arriviamo fra gli ultimi - ha chiosato Lorenzin - e possiamo decidere di partire da dove sono arrivati gli altri su questioni in qualche modo già digerite o ricominciare da capo. Vista la delicatezza e l'importanza di questo particolare aspetto e considerato che la stessa sentenza 162/2014 della Consulta dà indicazioni sia nella direzione dell'anonimato del donatore, sia nel senso del diritto a conoscere le proprie origini, citando la normativa sull'adozione, ritengo che questo tema debba essere oggetto di un'ampia discussione parlamentare".

Accesso a dati medici donatore

L'accesso ai dati clinici del donatore o al donatore stesso, previsto dal decreto, avverrà "per comprovati problemi di salute del nato, su richiesta di una struttura del Ssn". Resta, però, il problema della tracciabilità del donatore anche per le importazioni di gameti dall'estero. "È possibile che più centri italiani importino gameti dello stesso donatore - ha detto Lorenzin -: un registro nazionale consentirebbe di monitorare e conteggiare correttamente le donazioni a carico di ciascun donatore che 'esporta' nel nostro Paese". In ogni caso, "nel 2015 dovrebbe

entrare in vigore una nuova direttiva Ue che introdurrà un codice di identificazione unico europeo, cioè un sistema di codifica unico per tutti i Paesi Ue che renderà semplice e sicura la tracciabilità, e sarà obbligatorio per l'eterologa”.

Su questo ha ricordato il ministro, “il numero massimo di donazioni è diverso da paese a paese, e anche contato con criteri differenti. Quindi i nostri centri dovrebbero importare tenendo conto delle differenze con la nostra normativa (per esempio in Francia il massimo è di 10 nati, in Spagna 6, mentre in Gran Bretagna è 10 famiglie). Considerato tutto questo - ha proseguito - a mio avviso, la tracciabilità completa donatore-nato diventa indispensabile anche per il conteggio del numero massimo dei nati dallo stesso donatore, oltre che, chiaramente, per esigenze sanitarie, e cioè per garantire la sicurezza e la possibilità di risalire sempre a tutta la filiera originata da un singolo donatore, indipendentemente dal centro in cui ha donato, e nel rispetto delle normative sulla privacy per quanto riguarda l'anonimato”.

Quanto poi allo screening infettivo al quale dovranno sottoporsi i donatori, Lorenzin ha spiegato che gli esperti del tavolo tecnico da lei convocato, hanno “suggerito di far riferimento alle regole già vigenti per le donazioni di cellule e tessuti. Per quello che invece riguarda i test genetici, invece - ha continuato il ministro - il tavolo era orientato sull'opportunità di un'anamnesi approfondita condotta su una griglia validata, e, in base al risultato, sulla possibilità successiva di eseguire eventualmente un ulteriore counselling genetico”.

Sui test di routine Lorenzin, infine, ha riferito come “non tutti erano convinti dell'opportunità di eseguire il cariotipo. Le patologie obbligatorie da testare, infatti, vanno stabilite in base all'appartenenza etnica. Sarà importante che le coppie che accedono all'eterologa siano chiaramente informate e rese consapevoli del fatto che non esiste la certezza del figlio sano”. Per cui “nel consenso informato alla coppia - ha concluso - saranno elencati gli esami clinici a cui è stato sottoposto il donatore, gli esami però non potranno mai assicurare l'assenza di patologie nell'eventuale nato”.

Riforma PA. Troise (Anaa): "Sconcertante dibattito parlamentare su pensionamento medici universitari"

Il segretario nazionale dei medici dirigenti osserva che la norma inserita tramite emendamento "è in vigore dal 2010 per i medici ed i dirigenti sanitari del Ssn, largamente usata dalle aziende sanitarie per ridurre il costo del lavoro". E attacca: "Un fronte composito ha voluto registrare il suo successo di bandiera".

“E' sconcertante che il Parlamento italiano sia inchiodato a dibattere non tanto la riforma del Senato, quanto l'età di pensionamento dei medici universitari”. E' il commento del segretario nazionale Anaa Assomed, Costantino Troise.

Il testo del DL 90/2014 approvato in Commissione prevedeva che i professori universitari, come i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, “possono” essere collocati in quiescenza dalla amministrazione al compimento dei 65 anni di età con una anzianità contributiva di 42 anni e 6 mesi. “Un partito trasversale – sottolinea Troise - ha trasformato il ‘possono’ in ‘devono’, parlando di attentato alla libertà di insegnamento, problemi di ordine costituzionale, danni per la immagine internazionale del Paese, alimentando appelli a rimediare all'errore mentre il Cun chiamava alla guerra santa”.

Secondo il segretario dell'Anaa bisogna ricordare che “la norma è in vigore dal 2010 per i medici ed i dirigenti sanitari del Ssn, largamente usata dalle aziende sanitarie per ridurre il

costo del lavoro. Ma nessun cuore si è infranto e nessuna lacrima è stata versata quando, in netta controtendenza rispetto alle politiche previdenziali e contro l'interesse dei cittadini, il Ssn è stato privato di risorse umane e professionali, con inevitabili e prevedibili conseguenze sulla qualità dell'assistenza ed il personale sanitario espulso con una discrezionale e coatta messa in quiescenza, anche con soli 58-59 anni di età anagrafica". Un fronte composito, rileva Troise, pare quindi avere registrato il "suo successo di bandiera, con un ulteriore emendamento, presentato nel corso della discussione nella Aula della Camera, che eleva la soglia da 65 a 68 anni per i baroni universitari ed i primari ospedalieri, che si separano dal gruppone dei dirigenti medici e dei ricercatori universitari, gli "altri", per i quali valgono limiti più bassi".

L'Anaa mentre apprezza lo sforzo di prevedere che, in nome di elementari principi di equità, professionisti soggetti agli stessi obblighi siano trattati allo stesso modo dal punto di vista assistenziale, deplora "la frantumazione delle categorie professionali che ne è seguita, questa sì di dubbia costituzionalità, frutto – conclude la nota - del cedimento ad indecenti ed immotivate pressioni".

Aifa. Pani in audizione alla Camera: "Sempre più responsabilità ma risorse umane ed economiche insufficienti"

L'Agenzia ha sempre più responsabilità e incarichi, ma "il numero dei suoi dipendenti è insufficiente e le risorse a disposizione sono le più basse di tutti i Paesi del G20". Lo ha detto Luca Pani alla Commissione Affari sociali per l'indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dell'Iss, dell'Agenas e della stessa Aifa.

L'Aifa riceve fondi per il 29% dallo Stato, per il 52% dalle tariffe che applica e per il resto da contratti e il suo personale è composto di 402 unità. A fronte di ciò aumenta sempre più il carico di responsabilità e incarichi. A dirlo oggi in Commissione Affari Sociali della Camera, il direttore generale dell'Agenzia, Luca Pani, in audizione l'indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dell'Iss, dell'Agenas e della stessa Aifa.

Pani ha spiegato come funziona l'Agenzia che nonostante la mole di lavoro "il numero dei suoi dipendenti è insufficiente e le risorse a disposizione sono le più basse di tutti i Paesi del G20".

In pratica l'Agenzia "riceve fondi per il 29% dallo Stato, per il 52% dalle tariffe che applica e per il resto da contratti. Ma mentre le altre agenzie regolatorie incassano le loro tariffe al 100%, noi incassiamo il 16% e l'83% lo restituiamo allo Stato. In totale, 72 milioni di euro tornano all'erario. In pratica non costiamo nulla".

"L'Aifa però, pur non potendo aumentare la propria pianta organica – il personale è composto di 402 unità, abbiamo 7 dipendenti per milione di abitanti contro i 94 della Danimarca – ed essendo stata toccata dalla spending review, lavora giorno e a volte anche notte cercando comunque di essere sempre più competitiva e autonoma. Ma nell'ottica di quello che accadrà in futuro, andrebbero potenziate le sue risorse, sia strutturali che umane".

In particolare, Pani afferma che il settore in cui l'Agenzia è più in sofferenza è quello "delle ispezioni" che aumentano "tra il 2012 e il 2013 sono aumentate del 19% su siti che producono medicinali nazionali e di quasi il 73% per medicinali internazionali". Inoltre con l'arrivo imminente di farmaci innovativi anticancro, contro malattie infettive e neurodegenerative, "avremo bisogno di oncologi, infettivologi e neurologi, ma anche, ad esempio, di esperti in fisica".

Per quanto concerne le autorizzazioni alla produzione di medicinali, questa ha ricordato Pani, dal 2006 al 2013, sono cresciute del 20,8%, passando da 186 a 573. Altro aspetto impegnativo è quello nell'attività di farmacovigilanza, con 41.016 segnalazioni di reazioni avverse +41% rispetto al 2012.

“Facciamo, tra l'altro, un'imponente attività di informazione indipendente, rispondiamo a circa 20 quesiti al giorno da parte dei cittadini, monitoriamo l'attività promozionale delle industrie e sono 70 i provvedimenti sanzionatori fino ad ora effettuati”. Quanto alla farmacovigilanza, il numero di nuovi Registri ha subito un forte incremento nel corso del 2013: 41 nuovi registri nel 2013 rispetto ai 10 del 2012. Per questo, “al fine di dare attuazione alle nuove funzioni attribuite all'Agenzia Aifa andrebbe potenziata in termini di risorse umane ed economiche”

Poi in sede di replica alle domande poste dai componenti della Commissione Affari Sociali Pani ha riferito che “l'Italia è l'unico Paese in cui non si è verificata nessuna reazione avversa all'utilizzo di Avastin per via intraoculare. In altri Stati, invece, si va dall'1% di reazioni gravi al 28% per quelle lievi”. Per questo “sospettiamo un'associazione a delinquere mirata a non segnalare volontariamente le reazioni avverse”.

L'aspetto delle mancate segnalazioni di farmacovigilanza, “praticamente pari a zero”, ha proseguito Pani, “riguarda la salute dei pazienti” e questa “viene prima”. Il prezzo del farmaco, invece “viene in secondo piano” e “nel caso in cui ci sia stato un cartello, chi è responsabile pagherà”.

Assicurazioni. Fnomceo: "Obbligo al via senza le regole previste. Si rinvii la scadenza"

Questo l'appello del Comitato Centrale della Fnomceo, a poco più di due settimane dalla scadenza per l'obbligo assicurativo per medici e odontoiatri. Manca ancora, però, quel Decreto del Presidente della Repubblica previsto dalla legge Balduzzi per regolamentarne i requisiti minimi e avviare il fondo di solidarietà per le categorie più esposte.

“Il 15 agosto scatta l'obbligo assicurativo, con l'assenza molto probabile di quel Decreto del Presidente della Repubblica previsto dalla legge Balduzzi per regolamentarne i requisiti minimi e avviare il fondo di solidarietà per le categorie più esposte ad altissimi costi dei premi. Abbiamo già inoltrato la richiesta - che riconfermiamo - di un rinvio della scadenza di tale obbligo. E ciò non solo per favorire l'accesso a polizze assicurative eque e sostenibili ma anche per non allentare l'attenzione del ministero della Salute sulle sue responsabilità in questa materia”. Così il Comitato Centrale della Fnomceo è intervenuto a poco più di due settimane dalla prevista scadenza per l'obbligo di assicurazione per medici e odontoiatri. “D'accordo con la previsione dell'obbligo assicurativo per le strutture pubbliche e private per la responsabilità civile presso Terzi - prevista nel Decreto per la Pubblica Amministrazione - ma certo è che restano ancora più soli e più deboli tutti quei liberi professionisti, lasciati così allo sbando in un mercato assicurativo che argina la fuga delle Compagnie dal ramo, solo in ragione di premi altissimi. Premi altissimi che sono inaccessibili a larghe fasce di professionisti, soprattutto giovani - conclude la nota della Fnomceo -. Occorrono dunque scelte immediate e coerenti all'urgenza e drammaticità del problema”.

Patto per la Salute. È nuova linfa per l'integrazione sociosanitaria?

Il Patto può rappresentare una concreta occasione per implementare il sistema di

integrazione sociosanitaria e per conferirgli un carattere di omogeneità a livello nazionale, che colmi il gap attualmente presente tra quelle Regioni che hanno avviato percorsi di piena ed effettiva integrazione, e quelle che sono rimaste indietro.

- È opinione diffusa che la piena realizzazione del percorso di integrazione sociosanitaria rappresenti uno dei principali cardini su cui sviluppare un sistema di tutela della salute che, oltre ad essere caratterizzato da una effettiva sostenibilità economica, garantisca una sempre crescente quantità, ma soprattutto qualità, dei servizi di assistenza erogati.

Il tema dell'integrazione sociosanitaria non è certo nuovo ma, sicuramente, appare sempre più attuale. Tralasciando i profili, seppur "primordiali", di integrazione dei servizi sanitari ed assistenziali che hanno caratterizzato il nostro paese fino alla separazione delle due aree nel corso del novecento, può giovare soffermarsi su come già dal 1978, con la L. 833 (istitutiva del Ssn ma, soprattutto primo concreto strumento di attuazione piena del dettato costituzionale in tema di tutela della salute) inizia a delinarsi quel concetto di salute inteso non solo come assenza di malattia, ma come complessivo benessere psicofisico dell'individuo; tale concetto non poteva, e non può, prescindere da un approccio integrato e trasversale che tenga conto e degli aspetti sanitari e di quelli sociali.

Gli anni Novanta sono caratterizzati da una svolta nello scenario normativo delle politiche sanitarie e sociali. Appartengono a questo periodo le prime normative a carattere esclusivamente sociale e novità di eccezionale rilievo conquistano il campo della sanità, seppur con tratti di discontinuità. La maggiore diffusione di malattie legate a fattori sociali conseguenti all'aumento delle disuguaglianze ed al cambiamento del quadro epidemiologico legato all'invecchiamento della popolazione (patologie cronico-degenerative e croniche stabilizzate) attribuiscono nuovamente un ruolo centrale all'integrazione sociosanitaria.

È sempre più necessaria la realizzazione di un sistema integrato di servizi che prenda in carico i problemi dei cittadini, non essendo più sufficiente la risposta fornita dagli ospedali. Le basi di tale impostazione sono poste dal PSN 1994-1996, implementate dal PSN 1998-2000 e dal D.Lgs. 229/1999, e specificate nel DPCM 14 febbraio 2001. L'integrazione dei servizi sanitari e sociali si presenta quale unica possibile risposta ad una domanda di bisogni molteplici e diversi e, in tale ottica, vengono individuati i tre profili dell'integrazione che costituiscono le linee direttrici per il legislatore nell'amministrazione del sistema: istituzionale, gestionale e professionale.

Il concetto di assistenza sociosanitaria si esplica come *"insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"* (D.Lgs. 299/1999).

Vengono, altresì, individuate le tipologie di prestazioni sociosanitarie: prestazioni sanitarie a rilievo sociale (tra le quali rientrano quelle ad elevata integrazione sanitaria) e prestazioni sociali a rilievo sanitario. Le prime sono proprie dell'area medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa, e si situano nell'ambito ambulatoriale, domiciliare e delle strutture diurne e residenziali. Le seconde si estrinsecano in azioni volte alla rimozione di ostacoli di natura sociale ed assistenziale, che impediscono l'ottimizzazione dei risultati di cura e riabilitazione, quali interventi economici, aiuto domestico familiare e di sostegno alla domiciliarità, ospitalità di tipo alberghiero presso strutture diurne e residenziali.

Il quadro normativo di riferimento si amplia, peraltro, con la Lg. 328/2000 (realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e con il Dpcm 29 Novembre 2001 che

definisce i Lea.

In tale contesto interviene la profonda trasformazione dell'assetto istituzionale conseguente alla legge costituzionale 3/2001, che riforma il Titolo V, parte seconda, della Costituzione.

Il concetto di integrazione sociosanitaria, tuttavia, presupporrebbe intrinsecamente l'assenza di eventuali asimmetrie tra i due sistemi ma, allo stato attuale, mentre si è pervenuti ad una ben definita determinazione dei Lea, ancora non si è dato seguito alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (Liveas), così come previsto dalla citata legge quadro 328/2000.

Oltre a tale circostanza, si riscontrano ulteriori criticità che, sino a questo momento hanno quantomeno frenato i percorsi di integrazione sociosanitaria. Gli scarsi finanziamenti, le indiscutibili differenze tra sanità ed assistenza, la mancanza di veri obblighi istituzionali all'integrazione, una "obsolescenza" dei Lea, la mancanza di coincidenza tra i distretti sanitari e gli ambiti territoriali sociali e le peculiarità dell'assetto del riparto delle competenze conseguente la riforma del Titolo V hanno portato ad un'attività di legiferazione a livello regionale che, seppur rivolta a perseguire i medesimi obiettivi, ha sviluppato differenti modelli (più o meno efficaci e/o efficienti) di integrazione sociosanitaria. Da un lato troviamo Regioni che già da anni fanno programmazione direttamente attraverso un piano sociosanitario regionale, e, dall'altro, Regioni che non sono ancora riuscite ad intervenire in tale direzione o che, diversamente, hanno utilizzato strumenti di programmazione differenziata, seppur interconnessa, per la sanità e l'assistenza sociale.

In un siffatto contesto il nuovo Accordo tra lo Stato e le Regioni può rappresentare una concreta occasione non solo per implementare il sistema di integrazione sociosanitaria, ma anche per conferirgli un carattere di omogeneità (se non addirittura di uniformità) a livello nazionale, che colmi il *gap* attualmente presente tra quelle Regioni che hanno già da tempo avviato percorsi di piena ed effettiva integrazione, e quelle che, per diversi motivi, sono rimaste più o meno sensibilmente indietro, dando, ancor di più, attuazione a quel principio di uguaglianza che sta alla base del concetto di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

L'articolo 9 (rubricato *Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti*) del Patto per la salute 2010-2012 era volto principalmente a "*promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti*"; parimenti, il Patto 2007-2009 prevedeva "*lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti*".

Appare palese come l'obiettivo primario degli accordi precedenti fosse, principalmente, quello di dare risposta al crescente fabbisogno di prestazioni legate alle dinamiche della non autosufficienza.

Il nuovo Accordo, all'articolo 6, si riferisce esplicitamente al più generale concetto di **Assistenza socio sanitaria**; conseguentemente, oltre alla non autosufficienza, si accendono i riflettori sui temi della disabilità, della salute mentale, dell'assistenza ai minori, e delle dipendenze, demandando alle Regioni il compito di disciplinare "*i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali*" e di fornire "*indicazioni alle ASL ed agli altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi*".

Sono previsti, altresì, l'attivazione del Punto Unico di Accesso per l'assistenza sociosanitaria e socio assistenziale, l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale, un sistema di organizzazione degli interventi modulato sulla redazione di un Piano di

prestazioni personalizzato integrato formulato dall'equipe responsabile della presa in carico, la definizione di standard minimi qualificanti per i servizi sociosanitari. Tali elementi, inoltre, saranno implementati dando evidenza ai fabbisogni sia per le strutture residenziali e semiresidenziali che per le prestazioni domiciliari.

Si è colta, dunque, l'opportunità di allargare gli orizzonti programmatici del settore a livello nazionale, senza limitarsi ad intervenire su tematiche specifiche, ma prevedendo un'indicazione di sistema che consenta, da un lato, di semplificare il percorso virtuoso già intrapreso da alcune Regioni, dall'altro di delineare quantomeno una falsariga anche per quelle Regioni che stanno incontrando maggiore difficoltà nel delineare modelli efficaci ed efficienti di integrazione.

Ad un attento osservatore non sfuggirà, infatti, come i concetti suindicati caratterizzino modelli organizzativi di erogazione dei servizi alla persona già presenti in talune Regioni. Verosimilmente tale circostanza è figlia anche dell'istituzione di uno specifico gruppo di lavoro (sociale, integrazione con il sociosanitario, obiettivi dei servizi), fortemente voluto dalle regioni nell'ambito del piano di attività per la redazione del Patto per la salute, all'interno del quale si sono non solo affrontate le criticità più cogenti, ma si è anche ragionato su quelle che, ad oggi, rappresentano delle vere e proprie *best practices*.

Aver portato, nell'ambito di un momento di condivisione programmatica, esperienze che si sono dimostrate efficaci, non potrà che avere come conseguenza la definizione di un percorso certamente positivo. A ciò è necessario aggiungere come, nell'ambito di un'azione che, a questo punto, potrebbe definirsi di sistema, si inseriscano anche gli obiettivi di aggiornamento dei Lea (Art. 10), di definizione di nuovi standard organizzativi dei Distretti e di un Piano nazionale della cronicità (Art. 5).

In attesa di verificare il rispetto dei termini previsti per il raggiungimento degli ulteriori *step*, possiamo solo augurarci che i contenuti del nuovo Patto per la salute, seppur frutto di una travagliata, lunga ed articolata genesi, consentano così come auspicato nelle premesse dello stesso Accordo, di poter considerare la tutela della salute "non più come una fonte di costo, bensì come un investimento", fattore che potrebbe (ad opinione di chi scrive) rappresentare un volano per la ripresa economica (e sociale!) del Sistema Paese.

Vito Bisceglie

Coordinatore del Master in Diritto, management e coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari ed educativi Università degli Studi Roma Tre

DOCTORNEWS33

Obbligo Rc al via dal 15 agosto. Fnomceo chiede rinvio

L'obbligo assicurativo per i medici dovrebbe partire il 15 agosto, perché già prorogato l'anno scorso ma mancano almeno due premesse: assicurare tutti i medici e allineare l'Italia alla legislazione sulla responsabilità medica del resto d'Europa. E per questo che Fnomceo in una nota sottolinea di aver già inoltrato la richiesta, che riconfermiamo di un rinvio della scadenza di tale obbligo. E ciò non solo per favorire l'accesso a polizze assicurative eque e sostenibili, ma anche per non allentare l'attenzione del ministero della Salute sulle sue responsabilità in questa materia».

Il primo passaggio, dei due ancora sospesi, sarebbe assicurato dal regolamento sul Fondo

rischi sanitari. Gli ordini (Fnomceo) chiedono che il Fondo aiuti a coprire gli esborsi per i premi nelle specialità più a rischio; ma anche contribuissero tutte le compagnie, con il 4% proposto della raccolta premi Rc, tirerebbero su 20 milioni, insufficienti. «D'accordo con la previsione dell'obbligo assicurativo per le strutture pubbliche e private per la responsabilità civile presso Terzi, prevista nel Decreto per la Pubblica Amministrazione, ma certo è - conclude la Fnomceo - che restano ancora più soli e più deboli tutti quei liberi professionisti, lasciati così allo sbando in un mercato assicurativo che argina la fuga delle Compagnie dal ramo, solo in ragione di premi altissimi. Premi altissimi che sono inaccessibili a larghe fasce di professionisti, soprattutto giovani. Occorrono dunque scelte immediate e coerenti all'urgenza e drammaticità del problema».

Sull'adeguamento dell'Italia alla legislazione sulla responsabilità medica del resto d'Europa ci vuole una nuova legge. Tra Camera e Senato sono stati proposti sette disegni di legge che, con il contributo del presidente Fnomceo Amedeo Bianco e di società scientifiche come il Collegio italiano di chirurgia, si sono ridotti a uno. Quest'ultimo ddl ora dovrebbe intraprendere il lungo iter di approvazione, come spiega Nicola Surico, presidente del Cic e ginecologo, che ha visto nei giorni scorsi il presidente della Commissione Affari sociali Pierpaolo Vargiu. «Ma, vista l'imminente scadenza dell'obbligo di assicurarsi, alcuni aspetti della disciplina della responsabilità medica potrebbero essere ripresi con decreto legge o addirittura in fase di conversione di un decreto legge vigente. In particolare, è stato recepito un emendamento al decreto legge del 26 giugno (Disposizioni urgenti in tema di rimedi risarcitori, rivolto in primis ai detenuti, ndr) che prevede non vi sia più l'obbligo di assicurarsi per i medici dipendenti di ospedali pubblici. Potrebbero essere dispensati anche gli ospedali privati accreditati, ma sul punto potrebbero dire la loro le Regioni che assicurano la copertura, alcune con polizza assicurativa altre con un loro Fondo. Tutta la materia è in fase di discussione». Quanto al regolamento sul Fondo rischi sanitari, «le assicurazioni hanno ottenuto ciò che chiedevano - dice Surico - in ogni ospedale sarà allestita un'unità di risk management e nascerà un osservatorio nazionale eventi avversi che consentirà di quantificare e catalogare una casistica utile a rivedere i prezzi delle polizze. Il percorso sembrerebbe in discesa. L'estate darà risposte».

Da fine agosto iscrizioni a concorso specializzazione medici

«Via libera a partire dalla fine di agosto alle iscrizioni per il primo concorso per le specializzazioni in medicina» della “nuova era”, ovvero quella del “dopo di Carrozza”, che si svolgerà ad ottobre. Questi, in anteprima i tempi secondo il presidente dell'Associazione italiana giovani medici Walter Mazzucco, a margine un convegno sul futuro delle Scuole di Specializzazione in Medicina, tenutosi presso la Camera dei Deputati. «Il 31 luglio - aggiunge - dovrebbero essere assegnati alle Università, in base al proprio fabbisogno, i contratti di formazione», ovvero le circa 5000 “borse”, cifra raggiunta dopo le molte proteste che hanno visto protagonisti i giovani medici che chiedevano un ampliamento dei posti per le scuole post laurea. «L'8 agosto dovrebbe essere pubblicato il bando con le indicazioni per formalizzare l'iscrizione al concorso», aggiunge. In base alla riforma della scorsa primavera, firmata dall'ex ministro dell'Istruzione Carrozza, con la sostituzione delle graduatorie locali con un'unica graduatoria nazionale sono stati introdotti nella selezione valori come trasparenza, meritocrazia e mobilità, «ma - per i giovani medici - il bando è perfettibile» e «molte sono le riforme attese, tra cui la valorizzazione della formazione in Medicina Generale e il superamento della divisione in compartimenti stagni tra ospedale, territorio e università». «L'obiettivo dell'evento di oggi commenta Paola Binetti (Udc),

membro della Commissione Affari Sociali della Camera e promotrice del convegno - è un confronto tra le parti per condurre in porto le operazioni necessarie alla delicata gestione di questa fase di cambiamento, su cui docenti e studenti hanno investito le loro energie, nell'auspicio di ottenere un sistema di selezione più giusto».

Presunto danno erariale all'Asl Bari. Anelli (Fimmg): non delegittimare intera categoria

Cinquanta milioni di euro sottratti illegittimamente dalle casse dell'Asl di Bari. A rilevarlo una relazione del ministero dell'Economia che finirà a brevissimo al vaglio della Corte dei Conti e che nel caso in cui fosse confermato il danno erariale, potrebbe portare i giudici a chiamare in causa l'intera categoria medica. «Bisogna fare attenzione a non passare dalla segnalazione di certe criticità a una delegittimazione del sistema» sottolinea **Filippo Anelli**, segretario della Fimmg Puglia secondo il quale il polverone sollevato dall'inchiesta sugli sperperi nelle spese dell'Asl di Bari, oltre a basarsi su dati ancora tutti da verificare, punta il dito su un'intera categoria di professionisti che ogni giorno si assumono la responsabilità di garantire la salute dei cittadini. Si parla di prestazioni da 5mila euro pagate 66mila, compensi extra incassati dai medici anche durante i giorni di riposo e “spese pazze” per un danno erariale al vaglio della Corte dei conti mentre il presidente della Regione Puglia Nichi Vendola ha già parlato di “quadro di illegalità diffusa”. Ma Anelli getta acqua sul fuoco: «Le notizie sono frammentarie, ma per quel poco che ci è stato possibile verificare necessitano di un approfondimento. Le anomalie in tutti i sistemi sono sempre possibili ma bisogna comprendere se rientrano in una “patologica fisiologia” o in veri e propri atti di truffa. La nostra impressione è che alcune delle anomalie riportate siano totalmente infondate e altre richiedano una contestualizzazione».

L'esponente della Fimmg fa l'esempio della questione delle ore aggiuntive contestate ai medici ospedalieri: «C'era un finanziamento regionale per pagare ore aggiuntive allo scopo di ridurre le liste d'attesa; certo questo altera il meccanismo previsto dalla legge nazionale, ma è stato autorizzato e aveva una finalità ben precisa... poi sui singoli casi naturalmente bisogna fare gli approfondimenti necessari». In generale Anelli segnala invece il forte aumento di rischio clinico e professionale dovuti al peggioramento delle condizioni lavorative e specialmente alla mancanza di personale: «Alcuni medici devono fare un numero di ore talmente alto che sfondano la soglia degli straordinari e a fine anno non vengono neppure retribuite».

Riforma Pa. Anaao: sconcertante querelle su pensionamento universitari

«È sconcertante che il Parlamento italiano sia inchiodato a dibattere non tanto la riforma del Senato, quanto l'età di pensionamento dei medici universitari». Lo sottolinea una nota Anaao Assomed alla riapertura della querelle sull'ipotesi di pensionamento dei professori universitari. «Il testo del Dl 90/2014 approvato in Commissione prevedeva che i professori universitari, come i Medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, “possono” essere collocati in quiescenza dalla amministrazione al compimento dei 65 anni di età con una anzianità contributiva di 42 anni e 6 mesi» continua la nota. «Un partito trasversale ha trasformato il “possono” in “devono”, parlando di attentato alla libertà di insegnamento, problemi di ordine costituzionale, danni per la immagine internazionale del Paese,

alimentando appelli a rimediare all'errore mentre il Cun chiamava alla guerra santa. È appena il caso di ricordare che la norma è in vigore dal 2010 per i Medici e i dirigenti sanitari del Ssn, largamente usata dalle aziende sanitarie per ridurre il costo del lavoro. Ma nessun cuore si è infranto e nessuna lacrima è stata versata quando, in netta controtendenza rispetto alle politiche previdenziali e contro l'interesse dei cittadini, il Ssn è stato privato di risorse umane e professionali, con inevitabili e prevedibili conseguenze sulla qualità dell'assistenza e il personale sanitario espulso con una discrezionale e coatta messa in quiescenza, anche con soli 58-59 anni di età anagrafica.

Questo fronte composito» continua Anaao «pare avere registrato il suo successo di bandiera, con un ulteriore emendamento, presentato nel corso della discussione nella Aula della Camera, che eleva la soglia da 65 a 68 anni per i baroni universitari e i primari ospedalieri, che si separano dal gruppone dei dirigenti medici e dei ricercatori universitari, gli "altri", per i quali valgono limiti più bassi. L'Anaao», si conclude la nota «mentre apprezza lo sforzo di prevedere che, in nome di elementari principi di equità, professionisti soggetti agli stessi obblighi siano trattati allo stesso modo dal punto di vista assistenziale, deplora la frantumazione delle categorie professionali che ne è seguita, questa sì di dubbia costituzionalità, frutto del cedimento ad indecenti e immotivate pressioni».

SOLE24ORE/SANITA'

Di Pa, primari e prof "rottamati" non prima dei 68 anni.

Emendamento del relatore

Voglia di cambiare sulla "rottamazione" dei medici e dei professori universitari. Arriva infatti tra gli emendamenti al Dl 90 in discussione in aula a Montecitorio un emendamento del relatore, Emanuele Fiano (Pd) che cambia il nuovo articolo approvato in commissione Affari costituzionali prevedendo la possibilità di mandare a riposo i dirigenti medici e del ruolo sanitario del Ssn sempre a 65 anni, che diventano però 68 per i «responsabili di struttura complessa» e per i professori universitari del Senato accademico «senza pregiudizio per la continuità dei corsi di studio e comunque non prima del termine dell'anno accademico nel quale l'interessato ha compiuto il sessantottesimo anno di età».

L'emendamento riscrive anche, sempre per i professori, che per ciascuno di loro a cui è applicata la nuova regola la relativa Università «procede prioritariamente all'assunzione di almeno un nuovo professore, con esclusione dei professori e dei ricercatori a tempo indeterminato già in servizio presso la stessa Università» o all'attivazione «di almeno un nuovo contratto per ricercatore a tempo determinato».

Commenti positivi all'emendamento - che va nel senso già richiesto ieri ([VEDI](#)) durante la discussione generale da Paola Binetti (Ucd) - - di Raffaele Calabrò (Ncd): «Finalmente un ricambio generazionale con discernimento, con possibilità per l'amministrazione di non rinunciare alle professionalità migliori. Un emendamento di coraggio e buon senso, quello presentato dal Governo e sostenuto dal NCD e dalla capogruppo in

I commissione, Dorina Bianchi. La proposta di modifica, infatti, spazza via i timori e le perplessità avanzate sulla tenuta del Ssn dove si temeva - con il pensionamento a 65 anni per i dirigenti di struttura complessa - una drammatica emorragia verso il privato di molti primari che si sentono in piena attività lavorativa, creando inevitabili difficoltà nell'assicurare un'adeguata assistenza sanitaria e ancor più ai policlinici universitari che

avrebbero riscontrato anche difficoltà nel garantire continuità nella formazione».

Secondo Calabrò «non si tratta, come qualcuno insinua ([VEDI](#)), di difendere privilegi e baronie, ma di valutare l'impatto di un depauperamento delle professionalità che sarebbe stato pericoloso per il mondo sanitario, soprattutto per i pazienti, gli studenti e il buon funzionamento del sistema nel suo complesso. Tanto più che, va assolutamente incoraggiata la volontà del Governo di condizionare il pensionamento all'assunzione di un nuovo docente: è questo il ricambio generazionale che va sostenuto e portato avanti senza tentennamenti».

Ddl Pa, nuove regole per i Dg: l'esame parte al Senato. Ecco il testo

Partirà al Senato (una volta assegnato) l'esame del disegno di legge 1577 «Riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche», il Ddl Pa approvato assieme al Dl Pa dal Cdm del 10 luglio scorso.

Il testo approvato a Palazzo Madama (quello del post Cdm) conferma per il Ssn la revisione dei criteri di nomina dei direttori generali, ma anche di quelli amministrativi e sanitari delle aziende, la nuova governance annunciata a suo tempo dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

Il testo prevede per gli incarichi di direttore generale, amministrativo e sanitario delle aziende alcuni principi fondamentali:

- selezione unica per titoli previo avviso pubblico, dei direttori generali in possesso di specifici titoli formativi e professionali e di comprovata esperienza dirigenziale, effettuata, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, da parte di una commissione nazionale composta pariteticamente da rappresentanti dello Stato e delle Regioni, per l'inserimento in un elenco nazionale degli idonei istituito presso il ministero della Salute, aggiornato con cadenza biennale, da cui le regioni e le province autonome devono attingere per le nomine che saranno effettuate su una rosa di candidati individuati e previo colloquio;
- sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali che tenga conto del raggiungimento degli obiettivi sanitari, anche in relazione alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti;
- decadenza dall'incarico e possibilità di reinserimento soltanto all'esito di una nuova selezione nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, accertato decorsi ventiquattro mesi dalla nomina, o nel caso di gravi o comprovati motivi, o di grave disavanzo o di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e imparzialità; selezione per titoli e colloquio, previo avviso pubblico, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari in possesso di specifici titoli professionali, scientifici e di carriera, effettuata da parte di commissioni regionali composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche, per l'inserimento in appositi elenchi regionali degli idonei, aggiornati con cadenza biennale, da cui i direttori generali devono obbligatoriamente attingere per le relative nomine;
- decadenza dall'incarico nel caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e imparzialità.

E c'è anche nel testo un ulteriore taglio ai ministeri, per i quali è prevista la riduzione degli uffici di diretta collaborazione dei ministri e dei sottosegretari, per la quale la delega dovrà

definire criteri generali per la determinazione delle relative risorse finanziarie, in relazione alle attribuzioni e alle dimensioni dei dicasteri, e l'eliminazione degli uffici ministeriali le cui funzioni si sovrappongono a quelle delle autorità indipendenti.

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