

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
31 MARZO 2014

**QUOTIDIANOSANITA'.IT**

## **Titolo V e sanità. Renzi orientato a dare la competenza esclusiva alle Regioni**

*Indiscrezioni danno per certa la scelta di Renzi di eliminare la legislazione concorrente in materia di tutela della salute. Allo Stato resterebbe l'esclusività sui Lea e sui principi generali.*

Tra le tante materie oggetto della divisione di competenze tra Stato e Regioni previste dell'art. 117 del Titolo V della Costituzione, così come riformato nel 2001, c'è la tutela della salute ([vedi allegato](#)).

Nella formulazione attuale essa rientra tra le materie a legislazione concorrente per le quali è previsto che spetti alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Allo Stato restano appunto i principi fondamentali e la determinazione dei livelli essenziali di assistenza che rientrano in quanto previsto dalla lettera m) dello stesso art.117 della Costituzione, laddove si prevede che spetta allo Stato in via esclusiva la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

**In questi 13 anni siamo andati avanti così.** Le Regioni legiferano su tutta la materia e lo Stato vigila sui Lea, mentre Governo e Parlamento dovrebbero legiferare sui principi fondamentali in materia sanitaria. Tutto bene? Non proprio. Intanto abbiamo assistito a una cronicizzazione del contenzioso tra Governo e Regioni su molte iniziative legislative sanitarie locali, spesso impugnate e spesso abrogate per incostituzionalità.

Poi si è verificato un altro fenomeno, forse non previsto dal legislatore del 2001, e cioè quello di veder sempre più limitato il potere di fare leggi in materia sanitaria da parte del Parlamento. Le Regioni infatti sono gelosissime della loro autonomia (anche se concorrente) sul piano legislativo e spesso e volentieri, in un gioco a specchio rovesciato, sono loro a sollevare problemi di incostituzionalità verso i disegni di legge parlamentari o governativi. Che così, per evitarli, si sono ormai ridotti a un elenco sempre più generico di principi la cui attuazione è sempre delegata alle Regioni.

**Ma perché parliamo di tutto questo?** Perché in direzione del Pd il premier Renzi ha illustrato a grandi linee la sua riforma costituzionale che tra i punti cardine ha anche quella del Titolo V. In particolare prevedendo, come più volte detto da Renzi, di eliminare la concorrenza legislativa tra Stato e Regioni proprio per scardinare questo "equilibrio" molto squilibrato.

Fino ad oggi si è parlato espressamente solo di sistema nazionale della protezione civile, ordinamento scolastico, università e ricerca, lavoro, governo del territorio, produzione, energia e grandi reti di trasporto, quali materie che dovrebbero passare alla competenza esclusiva dello Stato.

Di salute non si è parlato ancora. Neanche alla direzione del Pd. Ma le indiscrezioni trapelate già da ieri indicano che in questo caso la scelta sarebbe diversa e cioè che la tutela della salute diventerebbe di competenza esclusiva delle Regioni, salvo per i principi generali e i Lea, che resterebbero di competenza dello Stato.

Se così fosse sarebbe una bella vittoria per le Regioni che da sempre chiedono il superamento di quella concorrenzialità che ne limiterebbe l'autonomia nelle scelte organizzative e gestionali dei loro servizi sanitari regionali.

D'altra parte non si può non tener conto che in questi ultimi anni, da parte di molti esponenti di forze politiche sia di maggioranza che di opposizione, è venuta invece crescendo una insofferenza opposta, mirante a limitare più che ad ampliare l'autonomia delle Regioni in sanità. Ascrivendo al Titolo V una grossa parte della responsabilità di avere ancora 21 sistemi sanitari diversi in termini di qualità e accesso e disponibilità delle cure.

Niente è ancora certo e si dovrà aspettare l'inizio della settimana per capirne di più. Ma è certo che la partita sulla sanità nel Titolo V è appena cominciata.

## **Agenda settimanale di Camera e Senato. Al via esame decreto Lorenzin su off label e droga**

*Comincia martedì alla Camera, Commissione Affari Sociali, l'esame del decreto legge Lorenzin per l'utilizzazione dei farmaci con diverse indicazioni terapeutiche e con le nuove tabelle sugli stupefacenti. I lavori insieme alla Commissione Giustizia. La Commissione Igiene e Sanità del Senato porta avanti l'indagine conoscitiva sul Caso Stamina.*

Da martedì in Commissione Affari Sociali prende il via l'esame del decreto legge Lorenzin "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale". Relatore il presidente stesso della Commissione **Pierpaolo Vargiu**, Scpl. Il decreto è previsto che arrivi al voto dell'Aula per metà aprile.

Il decreto trattando anche la materia stupefacenti verrà lavorato congiuntamente con la II Commissione di Montecitorio, Giustizia. Per tutta la settimana ci saranno audizioni. Si comincia mercoledì ascoltando le comunità di recupero e poi si finirà con le audizioni di Aifa e Mario Negri.

Sempre in Commissione Affari Sociali va avanti l'esame del ddl sulla dipendenza del gioco d'azzardo patologico.

Al Senato, l'omologa Commissione Igiene e Sanità, prosegue l'indagine conoscitiva sul Caso Stamina, con le audizioni del Commissario degli Spedali civili di Brescia, Direttore sanitario degli Spedali civili di Brescia, Presidente Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Brescia. In sede referente c'è l'esame dei Ddl su cellule staminali e donazione da cordone ombelicale.

## **Malattie rare. Da Uniamo Fimr Onlus un manifesto per sollecitare il Ministro su Piano nazionale**

*E per farlo l'associazione ha predisposto un documento in cui la Federazione sottopone all'attenzione del Governo i 10 punti chiave per la Governance delle malattie rare e ricorda al Ministro il suo impegno per adottare il Piano Nazionale Malattie Rare entro il 2013. IL*

## DOCUMENTO

“Ma le Malattie Rare sono una Priorità di Sanità pubblica per il Governo italiano?”. Questo è quanto si chiede UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare onlus che in documento pubblicato con una pagina a pagamento sul quotidiano *Il Sole 24Ore* domenica 30 marzo vuole ricordare al “Ministro della Salute Beatrice Lorenzin non solo l'impegno preso dall'Italia in sede europea di adottare il Piano Nazionale Malattie Rare entro il 2013, ma che questo piano deve essere aggiornato nei suoi contenuti prima di essere sottoposto al vaglio della Conferenza Stato-Regioni per essere realmente uno strumento chiave per una nuova e più efficace governance delle malattie rare”.

Nel testo la Federazione sottopone all'attenzione del Ministro i 10 punti chiave per la Governance delle malattie rare, scaturiti dalla Conferenza Nazionale Europlan II, iniziativa che ha visto la partecipazione di oltre 160 delegati di diversi Enti portatori di interesse nel sistema delle malattie rare. I delegati, con una modalità partecipativa innovativa, hanno prodotto un documento che ha analizzato criticità e best practices intorno a 6 temi coerenti con le aree di obiettivo della bozza del Piano presentata dall'allora Ministero della Salute il 18 dicembre 2012.

Il documento elaborato offre un quadro esaustivo degli interventi necessari per offrire un'assistenza adeguata e omogenea ai malati rari sul territorio nazionale.

“E' necessario – specifica l'onlus - adattare un importante strumento, quale il Piano Nazionale Malattie Rare, alle reali necessità dei pazienti, delle famiglie e degli stessi operatori sanitari e socio-sanitar”i.

I 10 punti che UNIAMO, in qualità di portavoce dei diversi portatori di interesse coinvolti in questo delicato tema, porta all'attenzione del Ministro e dell'opinione pubblica, sono l'espressione della comunità dei malati rari e devono essere fonte di indirizzo nell'elaborazione finale dello stesso PNMR e delle politiche socio-sanitarie territoriali.

La Federazione segnala, inoltre, che “l'Italia non ha ancora nominato il rappresentante ufficiale e il suo sostituto in sede di EUCERD, il gruppo tecnico di esperti per le malattie rare a supporto della Commissione Europea, altro fondamentale strumento per la Governance europea del tema malattie rare”.

## SOLE24ORE/SANITA'

### La spending delle Regioni LA SINTESI

Di cifre non ne fanno. Non è il momento, meglio andar cauti, anche perché il principio lo considerano sacro: tutti i risparmi devono restare nel Servizio sanitario nazionale per investire in «efficacia ed efficienza» delle cure. Ma, detto questo, sono pronti ad aggredire l'intera spesa (36,1 miliardi) per beni e servizi di asl e ospedali: farmaci, dispositivi medici, emoderivati e vaccini, protesi, ristorazione, servizi di pulizia e lavanderia, trasporto, vigilanza, smaltimento rifiuti. Anche le spese di manutenzione di immobili e impianti e i costi energetici. Eccola la spending review dei governatori per la sanità pubblica.

Una cura di risparmi e di "buona spesa", che vede nelle centrali d'acquisto e nei processi sia di programmazione che di trasparenza e competizione nelle gare, il motore del cambiamento. Quanto meno annunciato. Ma non senza toccare alcuni punti nevralgici del sistema: come una indefinita «revisione del modello distributivo dei farmaci» o la spinta ai farmaci generici e a quelli biosimilari.

È con queste premesse, e con l'impegno di darne sostanza nel «Patto per la salute» al tavolo col Governo che ripartirà il 4 aprile, che le regioni sono pronte a presentare le loro proposte a Carlo Cottarelli in vista della stretta che si profila sulla revisione della spesa pubblica. Una revisione che nel "piano Cottarelli" soltanto per beni e servizi varrebbe almeno 10,3 miliardi in tre anni, dei quali la spesa sanitaria costituisce senz'altro un boccone prelibato, anche se non cifrato a parte. Messe a punto dalla "commissione salute" delle regioni, le proposte saranno convalidate a ruota dai governatori. Magari con qualche limatura, anche se la rotta ormai è tracciata. Dopo di che, da maggio in poi, una volta chiuso il «Patto», si dovrebbe partire con la stretta alle spese fuori ordinanza. E chissà, risparmiare davvero.

Rafforzare la governance del sistema degli acquisti in ambito sanitario, è la parola d'ordine, per potenziare la pianificazione e l'aggregazione della domanda di beni e servizi. Con una serie di precisi paletti: centrali d'acquisto in tutte le regioni; obbligo di affrontare alcune categorie merceologiche (farmaci e affini, dispositivi medici ad alta standardizzazione come le siringhe, servizi di pulizia, lavanderia, ristorazione, vigilanza) a livello aggregato sia con centrali d'acquisto che con aggregazioni stabili di enti come le «aree vaste», per poi estendere ad altre categorie standardizzabili a livello centrale; prezzi di riferimento; processi strutturati di programmazione degli acquisti; formazione degli operatori; massima dematerializzazione dei processi d'acquisto.

Sui farmaci, poi, si propongono quattro direttrici: acquisti online, gare che creino concorrenza tra principi attivi diversi ma con «sovrapposibilità terapeutica», immediato ingresso tra i generici dei principi attivi che scadono, aggiornando le regioni sulla scadenza dei brevetti, sviluppo nel mercato dei farmaci biosimilari. E quel nuovo, benché imprecisato, «modello distributivo dei farmaci» che potrebbe spalancare sempre più le porte alla distribuzione diretta scavalcando le farmacie.

## **Scatta il silenzio-assenso sull'atto di indirizzo dei medici di base: parte la trattativa**

Sono passati più di venti giorni dal sì delle Regioni all'atto di indirizzo per il rinnovo delle convenzioni di medici di base, specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta. Quindi, in base alla legge Brunetta (Dlgs 150/2009) che ha modificato il Dlgs 165/2001 sul pubblico impiego, scatta il silenzio-assenso del Governo. E le danze possono aprirsi.

La Sisac non ha perso tempo e ha convocato i sindacati dei medici l'11 aprile, nel bel mezzo dei lavori sul Patto che sicuramente dovrà dare la direzione di marcia e fissare i paletti. Già l'11 la struttura interregionale che rappresenta la parte pubblica consegnerà la piattaforma negoziale, basata sull'atto di indirizzo. Direttiva che i camici bianchi non hanno apprezzato. Ma è grande la volontà delle sigle di aprire il confronto, dopo anni di blocco dei rinnovi. Anche per raccogliere qualche frutto concreto della riforma disegnata da Balduzzi con la legge 189/2012.

La Fimmg, il maggior sindacato dei generalisti, scalda i motori. L'8 aprile si terrà nella Capitale un Consiglio nazionale urgente durante il quale verranno illustrati gli ultimi

dettagli e verrà condivisa con tutti i quadri provinciali e regionali una strategia di informazione e di comunicazione che coinvolga gli iscritti.

Il dirigente medico non ha un diritto soggettivo a conservare un determinato incarico dirigenziale, d'altro canto è legittimo il controllo giudiziale circa il mancato rinnovo (o la revoca) dell'incarico, ove si traduca in un'indagine sul rispetto delle garanzie procedurali previste, nonché sull'osservanza delle regole di correttezza e buona fede (Cassazione, 2 marzo 2009 n. 5025).

## **LA GIURISPRUDENZA Cassazione: come risarcire il dirigente medico demansionato**

Il risarcimento del danno va invece commisurato, come delimitazione temporale, nei limiti del contratto individuale entro il quale avrebbe dovuto essere garantita la permanenza dell'incarico originariamente conferito. Al contrario, la sentenza appellata non ha tenuto conto dell'articolo 28, comma 9, del contratto per la dirigenza medica dove si specifica che gli incarichi devono avere durata da tre a cinque anni al massimo.

È con questa motivazione che la Corte di Cassazione, sezione lavoro, con la sentenza n. 4978 del 4 marzo, ha parzialmente accolto l'appello proposto dall'azienda sanitaria per l'annullamento della pronuncia della Corte d'appello di Brescia che aveva dato ragione al medico anestesista demansionato.

Il medico - che era stato spostato dall'incarico di direttore di struttura a quello professionalmente inferiore di addetto al reparto di anestesia dei servizi - chiedeva di essere assegnato al precedente incarico, oltre al risarcimento del danno. La domanda, respinta in primo grado, fu accolta dalla Corte d'appello di Brescia che condannò l'Asl ad assegnare al dipendente un incarico dello stesso livello di quello originario e a corrispondergli la somma di 329,12 euro mensili a titolo di risarcimento per la illegittima riduzione del trattamento economico.

Il giudice di merito ha ritenuto ingiustificata l'assegnazione del nuovo incarico sulla base delle due concomitanti considerazioni che la revoca del vecchio incarico era avvenuta al di fuori del procedimento di valutazione dell'attività del dirigente e che la giustificazione offerta dall'azienda - e cioè essere la revoca derivata da una riorganizzazione del servizio - si era rivelata priva di supporto probatorio, atteso che non era stato provato il nesso causale tra la riorganizzazione e la modifica dell'incarico. In quel caso, infatti, era emerso che la funzione non era stata soppressa, ma trasferita ad altro reparto e assegnata ad altro dirigente. Non è invece legittimo, affermano i giudici, dilatare il risarcimento oltre i limiti temporali massimi dell'incarico dilatando senza limite temporale i danni.