

# RASSEGNA STAMPA

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

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

**OLBIA Il Distretto dei sindaci dice sì al nuovo ospedale Specialità d'eccellenza nella struttura di Qatar Foundation e Bambin Gesù «Opportunità che il mondo ci invidia. Nessun conflitto con il servizio pubblico»**

Il Distretto sanitario di Olbia accoglie con grande ottimismo il progetto per il “decollo” dell'ex San Raffaele. «Un'opportunità rivoluzionaria per il territorio e per l'intera Sardegna, che altri al mondo vorrebbero». Tra i pretendenti la Germania, che non ha nascosto interesse e disponibilità a fare proprio l'investimento che Qatar Foundation ha destinato all'Italia, in Gallura, nella città di Olbia, in accordo con lo Stato del Vaticano (per quanto riguarda il Bambin Gesù) e il Governo italiano. «Si tratta di una rivoluzione che, come tutte le rivoluzioni, può creare reazioni, a volte anche scomposte, ma a noi non resta che stare uniti, vigilare, e non perdere questa formidabile occasione», ha detto il presidente del Distretto olbiese, Antonio Satta, sindaco di Padru. Certo, un investimento così importante non va lontano se s'impastoia nelle dinamiche campanilistiche. «Questa iniziativa supera le logiche di bottega», ha perciò sottolineato il primo cittadino di Olbia Gianni Giovannelli nella riunione (prenti tutti i dieciassette Comuni) convocata dal presidente Satta. «La prospettiva che abbiamo di fronte, senza rinunciare alla qualità della sanità pubblica, è una vera occasione, per la Sardegna e per l'Italia», ha osservato Giovannelli ricordando la scansione dei tempi: se il 24 giugno il Qatar dovesse trovare il sostegno politico, il 25 aprirebbe il cantiere e il 15 marzo 2015 «sarebbe in grado di consegnare una struttura operativa e molto più bella di quella che ora abbiamo». Positive anche le parole del direttore generale della Asl di Olbia, Giovanni Antonio Fadda, che sostiene la validità dell'intero progetto e ha riferito come «nel recente incontro con l'assessore regionale ho avuto delle rassicurazioni sulla continuità sanitaria di questo territorio, che, dal nostro punto di vista, per troppo tempo è stato svantaggiato rispetto ad altri». «Non possiamo più vivere di occasioni mancate, anche per colpa nostra», ha detto il sindaco Antonio Satta, precisando che: È scontato, in questa occasione, chiedere delle garanzie per la sanità pubblica, ma con questa struttura siamo su un altro pianeta, che non entrerà in conflitto con l'assistenza pubblica». La struttura avrà del resto una veste pubblica che deriva dall regime di convenzione, e porterà a 530 circa (il dettaglio dei numeri è in discussione in queste ore) la disponibilità dei posti letto in Gallura (circa trecento attuali e altri 200 nell'ex San Raffaele, più circa 90 solventi, ossia quelli riservati all'assistenza in forma privata). Tutti i cittadini potranno accedere ai servizi del nuovo ospedale attraverso una gestione delle priorità di natura sanitaria assicurata dalla Asl. Aspetti sui quali i sindaci chiedono tuttavia di vigilare. «Questa non è una normale operazione – ha detto Paolo Teclame, medico pediatra e direttore del Servizio di Programmazione e controllo della Asl di Olbia –. Tra le intenzioni del Gruppo c'è quella di attivare un' area pediatrica, perché è la vocazione del Bambin Gesù. Si parla poi di alta

specializzazione in campo cardiologico, neurologico, riabilitativo. Ci sono però dei dibattiti e tavoli tecnici ancora in corso». L'assessore regionale della Sanità è stato chiaro: ogni specialità deve essere coerente con la rete locale e regionale, e compatibile con le risorse e i posti letto regionali. La Asl di Olbia ha una carenza storica di servizi sanitari che ora potrà essere orientata al riequilibrio, attraverso buona parte delle risorse economiche e dei posti letto che deriveranno dal recupero della mobilità passiva e delle strutture e discipline comunque spettanti al territorio secondo la mappa della sanità regionale (l'ultimo Piano risale al 2008, giunta Soru). I sindaci del Comitato di Distretto di Olbia hanno dichiarato di «sostenere pienamente l'iniziativa, purché si integri armoniosamente con la rete ospedaliera regionale, perché quel che ci preme è il diritto alla salute dei nostri compaesani». Che nulla toglie al resto, soprattutto al movimento di un ricco turismo sanitario da tutto il mondo. «Ma se ci impastiamo nelle liturgie della politica siamo morti». Il presidente del comitato di distretto di Olbia, Antonio Satta, ha annunciato ai sindaci che entro il 15 giugno è previsto un incontro del territorio con l'assessore regionale alla sanità Luigi Arru.

### **Domani la visita nella struttura**

Domani la delegazione del Qatar Foundation Endowment sarà in visita a Olbia per un sopralluogo nella struttura sanitaria ex San Raffaele. Il sindaco di Olbia, i rappresentanti dei Distretti e i dirigenti della Asl 2 riceveranno Sheik Faisal Bin Thani Al Thani, CIO di QFE, accompagnato da Tidu Maini, (Executive Committee Member Qatar Foundation Investments & QFE, Advisor HrH Sheika Moza Bint Nasser). All'incontro prenderanno parte Sultan Alflasi, (Head Of Cabinet Sheik Faisal Bin Thani Al Thani) e Lucio Rispo, (Investment Project Manager QFE). La visita sarà propedeutica all'organizzazione dei servizi sanitari che l'investitore intende realizzare. Nel corso della visita si parlerà dell'attività di ricerca della QFE e degli investimenti sul fronte dell'economia della conoscenza, nel cui ambito la struttura sanitaria di Olbia dovrebbe assumere una postazione di primo piano nel mondo

### **SASSARI Un'attesa infinita per le terapie in camera iperbarica La Asl ha concesso solo 2500 prestazioni per il 2014-2015**

Allarme rosso al centro di ossigenoterapia iperbarica di Platamona. La lista di attesa è infatti arrivata alla cifra record di 60 pazienti. E, nonostante le proteste e l'interrogazione presentata in Regione dal consigliere Luigi Lotto lo scorso dicembre, pochi giorni fa la Asl di Sassari ha reiterato la proposta di convenzione per il biennio 2014-2015 per sole 2.500 prestazioni. I tagli. Una cifra ridicola se si pensa che quello di Platamona è uno dei tre convenzionati nell'isola insieme a quello della Maddalena e a quello dell'ospedale Marino di Cagliari. Che il centro che si è visto negli anni sforbiciare pesantemente il numero di terapie rimborsate dal servizio sanitario nazionale, nonostante l'aumento della richiesta. E che nel cagliaritano (che serve meno del triplo della popolazione) si è passati da 15mila a 18mila prestazioni, praticamente otto volte tanto. Paradossi. Una situazione paradossale per una terapia che, ben lungi da essere utile solo nei casi di incidenti subacquei, si è rivelata in molti casi non solo efficace ma assolutamente necessaria per tantissime patologie. È il caso ad esempio della sordità improvvisa, o alcune malattie alle ossa (osteomieliti, osteonecrosi), o ferite che non si richiudono (ulcere di diverso tipo). E poi piede diabetico, retinopatie, infiammazioni alle gengive. Patologie che, per la particolare importanza che rivestono, sia per le possibili conseguenze invalidanti, sia per il disagio e sofferenza che comportano, sono ammesse al trattamento in centri accreditati (dotati di specifiche caratteristiche) e inseriti

nella rete dell'emergenza-urgenza. Il paziente. «Sono un paziente sottoposto a ossigenoterapia per una necrosi ossea – racconta Massimo Fresi, uno dei firmatari del disperato appello spedito nei giorni scorsi a giunta regionale, presidente della Regione e sindaco di Sassari – e mi faccio portavoce dei tanti pazienti in ossigenoterapia iperbarica e in lista d'attesa, che si rivolgono alle autorità per denunciare lo stato di insufficienza del numero di prestazioni che possono essere somministrate ai pazienti, principalmente della provincia di Sassari, ma anche di tanti provenienti da quelle di Nuoro e Olbia-Tempio. Il consigliere Luigi Lotto si sta ancora adoperando per sanare la situazione ma purtroppo la Asl di Sassari ha reiterato la assolutamente insufficiente proposta di convenzione incurante delle proteste di pazienti e sanitari che sempre più ricorrono alla terapia». Liste infinite. La decisione della Asl determina una serie di inconvenienti, principalmente l'allungamento a dismisura della lista d'attesa e dei tempi di intervento. La conseguenza è che circa il 30 per cento dei pazienti rinunciano alla terapia e spesso non si riescono a completare i protocolli terapeutici in quanto giungono sempre nuovi pazienti con problemi urgenti, e vengono così impediti i successivi cicli terapeutici per i pazienti già in terapia. Inoltre il ritardo legato alla lista d'attesa naturalmente porta ad un aggravamento delle lesioni ad esempio ulcere cutanee croniche, un aumento dell'altezza delle amputazioni nel piede diabetico, o a un grave peggioramento delle necrosi ossee asettiche, osteomieliti e complicanze da radioterapia o alla cronicizzazione della patologia. «La conseguenza di questo stato di cose – attacca Fresi – è che a parte il disagio sociale si creano degli invalidi civili con un aggravio dei costi per la gestione di queste patologie e un aumento dell'ospedalizzazione». Assistenza essenziale. A rendere ancora più assurda la vicenda il fatto che la Regione ha una legge, unica in Italia, che recepisce in toto le indicazioni della società italiana di medicina subacquea e iperbarica. Però pur essendo compresa tra i Lea (livelli essenziali di assistenza) i cittadini non possono usufruire pienamente di questo servizio. Attualmente al centro iperbarico di Sassari c'è una lista d'attesa di oltre 60 pazienti con patologie più o meno gravi corrispondenti a circa 3.500 terapie. Queste potranno essere eseguite, stando così le cose, solo nell'anno successivo, salvo le rinunce dei pazienti. «Le alternative sono praticamente nulle – chiude Fresi – in quanto questo “disservizio” è aggirabile solo con costosissime trasferte per lungo periodo in altri centri sardi o della penisola, un'ulteriore mortificazione per il nostro territorio».

## **SASSARI Allergie, un convegno medico all'università**

Sabato alle 9 nell'aula magna dell'Università si svolgerà un convegno dal titolo “Intolleranze e allergie alimentari tra Medicina scientifica e pratiche non convenzionali”. Il meeting è organizzato dalla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari, scuola di specializzazione in Gastroenterologia e la società italiana di Gastroenterologia della regione Sardegna di cui è presidente Maria Pina Dore. Introducono e coordinano: Giuseppe Delitala, direttore del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale e Luciana Cuccuru, presidente Simi, Sezione Sardegna. Roberto Manetti tratterà il tema "Diagnosi e gestione dell'allergia alimentare"; Paolo Usai: "Intolleranza al glutine, non solo celiachia", Maria Pina Dore: "Malassorbimento e intolleranza al lattosio: stessa cosa?". E Paolo Usai Satta "Intolleranze alimentari e loro diagnosi: tra mito e realtà". Nella seconda sezione, coordinata da Luigi Demelia (docente di Gastroenterologia, dell'Università di Cagliari) e Luigi Cugia (primario di Gastroenterologia dell'Ospedale SS Annunziata), il giornalista Pasquale Porcu tratterà di "Cibo ed intolleranze: bugie e mass-media"; Elena Mazzeo parlerà degli "Aspetti medico legali nelle pratiche diagnostiche non convenzionali" ed Eugenia Tognotti: "Alla ricerca della cura- miracolo: ciarlatani e falsi medici nella storia della Medicina" e Liliana

Loretta: "Bisogno di speranze e cure, aspetti psichiatrici". Dopo la discussione le conclusioni affidate a Maria Pina Dore ideatrice del convegno. Il gonfiore, il fastidio, o addirittura il dolore addominale sono sintomi frequenti nella popolazione generale. Questi vengono spesso esacerbati dal cibo in generale o da alcuni cibi in particolare come il latte, la pasta, il pane, la pizza o altro. Tale quadro sintomatologico induce il paziente a rivolgersi, nella migliore delle ipotesi, al medico o allo specialista nella convinzione di essere affetto da una qualche intolleranza o allergia, più spesso al lattosio o al glutine oppure ad altri alimenti. In realtà esistono poche forme di "intolleranza", quasi sempre correlate all'assenza di un enzima specifico implicato nella digestione di quel specifico alimento, e le allergie alimentari hanno una bassa prevalenza (2,5%) nella popolazione generale. Così spesso accade che questi pazienti, nel tentativo di trovare delle risposte ai loro problemi, si affidino alla "medicina" non convenzionale nella ricerca di verosimili "intolleranze", con metodi diagnostici poco ortodossi (scientificamente non attendibili), che consenta loro di eliminare l'alimento/i "incriminati" dalla dieta. Questo nel lungo periodo potrebbe causare carenze nutrizionali anche importanti.

### **SASSARI Donne e sclerosi multipla, domani esperti a confronto**

Domani si terrà il convegno "Donne e Sclerosi Multipla", un incontro informativo organizzato dall'Unità Operativa di Neurologia della Aou di Sassari nell'ambito del primo Open Day Nazionale organizzato dall'Osservatorio per la salute della donna (O.N.Da) in occasione della settimana nazionale sulla Sclerosi Multipla promossa dall'Aism. Dalle 16 alle 19 in sala Angioy nel Palazzo della Provincia si svolgerà dunque un'iniziativa rivolta alle donne che soffrono di questa malattia tipicamente declinata al femminile, è infatti di 2:1 il rapporto di incidenza della sclerosi multipla tra donne e uomini. Una malattia cronica, imprevedibile e spesso invalidante che colpisce i giovani tra i 20 e i 40 anni e coglie le donne nel pieno della loro vita, condizionando inevitabilmente momenti importanti quali la gravidanza e l'allattamento. L'intento di questo pomeriggio informativo è pertanto quello di informare, supportare ma anche rassicurare le donne che si trovano a convivere con questa patologia. Ad aprire l'incontro sarà Maura Pugliatti (Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale) che nel suo intervento analizzerà il rapporto tra sclerosi multipla e gravidanza. A seguire Stefania Leoni, neurologo presso l'Unità Operativa di Neurologia, illustrerà le possibili interazioni dei trattamenti per la sclerosi durante la gravidanza e nel successivo periodo dell'allattamento. Stefano Sotgiu, responsabile dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile della Aou di Sassari illustrerà il tema della sclerosi multipla in età pediatrica. Chiuderà il pomeriggio la testimonianza di una donna che racconterà la propria storia di mamma e al contempo persona colpita dalla sclerosi multipla. Il convegno sarà moderato da Giulio Rosati, responsabile, prima del suo pensionamento avvenuto lo scorso anno, del Centro per la Diagnosi e la Cura della Sclerosi Multipla, responsabile della clinica neurologica della Aou di Sassari e ricercatore sugli aspetti epidemiologici della malattia in Sardegna.

**L'UNIONE SARDA**

**San Raffaele Il gran giorno dello Sceicco Vertice con il presidente**

## **Pigliaru, poi a Olbia**

Lo Sceicco è pronto, **Francesco Pigliaru** pure. I due si vedranno alle dieci e mezzo di stamattina a Villa Devoto per discutere di economia, materia assai cara al prof che guida il governo della Sardegna. «Economia della conoscenza», precisano i manager della *Qatar Foundation Endowment*, atterrati ieri pomeriggio all'aeroporto di Elmas per preparare il vertice con il governatore in una suite di un albergo di Cagliari. Economia della conoscenza significa San Raffaele, ma abbraccia un discorso più articolato che mette al primo posto il polo destinato alla ricerca soprattutto nel campo delle malattie più diffuse in Sardegna come l'anemia mediterranea e il diabete.

**IL DIABETE** Nell'isola la percentuale di soggetti diabetici è molto di al di sopra della norma (questo triste primato viene condiviso con la Finlandia, e non se ne conosce il motivo), e nel Qatar il diabete colpisce addirittura il 17 per cento della popolazione. Anche di questo aspetto, oggi, si parlerà con il Presidente della Regione, il quale conosce già - almeno per sommi capi - la portata dell'investimento. Un miliardo e duecento milioni spalmati in quindici anni, mille posti di lavoro, consegna prevista del nuovo San Raffaele il 1° marzo 2015 in sinergia con il “Bambin Gesù” di Roma.

**I QATARINI** Il capo delegazione del Qatar è Sheik Faisal Bin Thani Al Thani, esponente di spicco della famiglia reale visto che ha sposato la sorella dell'Emiro, il Gran Capo. Lo accompagnano Tidu Maini, Sheika Moza Bint Nasser, Sultan Alflasi e Lucio Rispo, plenipotenziario italiano della Qfe e *deus ex machina* dell'operazione che segue personalmente da due anni.

La Regione non precisa se all'incontro parteciperà anche l'assessore alla Sanità **Luigi Arru** o altri esponenti dell'esecutivo. Durante la visita (si presume che duri un'oretta) verrà illustrato il piano industriale che comunque Pigliaru conosce già. Nel pomeriggio, i qatarini raggiungeranno Olbia, dove debbono essere messi a punto i dettagli del summit con l'amministrazione comunale e il deputato del Pd **Gian Piero Scanu**. È molto probabile che lo Sceicco incontrerà il sindaco **Gianni Giovannelli** domani a metà mattinata; al termine della visita in municipio, è previsto il sopralluogo nel cantiere abbandonato del San Raffaele, a quattro chilometri da Olbia, in direzione sud, subito dopo l'aeroporto Costa Smeralda. Il cognato dell'Emiro tiene molto a questo appuntamento: vuole rendersi conto di persona del sito e soprattutto dei lavori di ristrutturazione che dovranno partire immediatamente dopo la firma dell'accordo (prevista per il 24 giugno), visti i tempi ristrettissimi e l'ordine perentorio dell'Emiro di rispettare la data del 1° marzo del prossimo anno.

**I TEMPI** Dalla fine di questo doppio vertice (Cagliari e Olbia), scatterà un'altra fase che andrà a concludersi pochissimi giorni prima della data fatidica del 24 giugno. La Commissione continuerà a lavorare, ma il vero nodo da sciogliere è rappresentato dalla seduta del Consiglio regionale che dovrà votare sull'accreditamento dei 260 posti letto. L'esito del voto non è scontato, nonostante gli sponsor politici dell'operazione vadano dal Presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano**, al premier **Matteo Renzi**, al sottosegretario alla Presidenza del Consiglio **Graziano Delrio**. Ieri e l'altro ieri, a cena, si sarebbero visti i contrari all'intervento qatarino che sicuramente daranno battaglia in aula. La *Qatar Endowment* confida molto in due elementi la cui favorevole azione bipartisan potrebbe rivelarsi determinante: l'ex governatore **Ugo Cappellacci** e il presidente della Fondazione Banco di Sardegna **Antonello Cabras**.

**OLBIA. Sì dei Comuni del Distretto sanitario gallurese e della direzione della Asl 2** «Un'occasione unica per la Sardegna e per

## **l'Italia»**

Il distretto di Olbia dice sì all'ex ospedale San Raffaele. «Si tratta di una rivoluzione che, come tutte le rivoluzioni, può creare delle reazioni, a volte anche scomposte, ma a noi non resta che stare uniti, vigilare, e non perdere questa formidabile occasione», ha detto il presidente del comitato del distretto, Antonio Satta. «È un'iniziativa che supera le logiche di bottega», ha aggiunto il sindaco di Olbia Gianni Giovannelli, durante l'incontro convocato da Satta che ha visto la partecipazione di tutti i comuni del territorio.

**OCCASIONE PER TUTTI** «La prospettiva che abbiamo di fronte - ha sottolineato ancora Giovannelli -, senza rinunciare alla qualità della sanità pubblica, è una vera occasione, per la Sardegna e per l'Italia. Se il 24 giugno il Qatar dovesse trovare il sostegno politico, il 25 aprirebbe il cantiere e il 1° marzo 2015 sarebbe in grado di consegnare una struttura operativa e molto più bella di quella che ora abbiamo. Se ci incartassimo su logiche esclusivamente territoriali, noi saremmo morti, perché ci sono nazioni, come la Germania, che stanno facendo il diavolo a quattro per metterli nelle condizioni di lasciare la Sardegna. Noi che abbiamo un'opportunità di questo genere, non possiamo permetterci di intraprendere percorsi legati alle piccole esigenze di campanile.

Un giudizio positivo è arrivato anche dal direttore generale della Asl di Olbia, Giovanni Antonio Fadda. «Durante il recente incontro con l'assessore regionale - ha riferito - ho avuto delle rassicurazioni sulla continuità sanitaria di questo territorio, che, dal nostro punto di vista, per troppo tempo è stato svantaggiato rispetto ad altri».

**LE GARANZIE** «Non possiamo più vivere di occasioni mancate, anche per colpa nostra - ha detto il sindaco di Padru, Antonio Satta -. È scontato, in questa occasione, chiedere delle garanzie per la sanità offerta dal pubblico, ma con questa struttura siamo sicuramente su un altro pianeta, che non entrerà in conflitto con l'assistenza pubblica».

«Questa non è una normale operazione - ha osservato Paolo Tecleme, direttore del Servizio di Programmazione e controllo della Asl di Olbia - : tra le intenzioni del Gruppo c'è quella di attivare un' area pediatrica, perché è la vocazione del Bambin Gesù. Si parla poi di alta specializzazione in campo cardiologico, neurologico, riabilitativo.

**CARENZE STORICHE** «La Asl di Olbia ha una tale carenza storica che, una buona parte delle risorse economiche e dei posti letto deriveranno dal recupero della mobilità passiva e delle strutture e discipline comunque spettanti a questo territorio. Ma bisogna precisare una cosa: in seguito all'accreditamento delle strutture, la Asl di Olbia avrà un luogo di garante e di controllore dell'attività erogata».

Le notizie dell'investimento della Qatar Foundation Endowment sull'ospedale San Raffaele di Olbia continuano a suscitare diverse perplessità. La commissione Sanità del Consiglio regionale non ha discusso la pratica perché «non si conoscono ancora i dettagli», sottolinea il presidente del parlamentino, Raimondo Perra, che non nasconde «diversi dubbi sull'opportunità di tutta l'operazione».

**INCERTEZZA** Quello che preoccupa il socialista Perra riguarda «il numero dei posti letto e soprattutto la spesa attorno alla realizzazione dell'ospedale». Poi, spiega: «Il progetto prevede circa 240 posti letto convenzionati che, visto il limite dei posti letto, potrebbe incidere su altre strutture». Sul versante dei costi preoccupa il fatto che «la Sanità ha un tetto di spesa che non si può superare e questa spesa grava totalmente sulla Regione. Dobbiamo avere chiari i conti per poter capire se l'operazione è conveniente». Infatti, il presidente della commissione non chiude totalmente le porte all'ipotesi perché «l'accordo potrebbe anche essere un'ottima cosa. Ma dobbiamo essere certi che non ci siano azioni

dannose rispetto ad altre strutture. Oltretutto bisogna vigilare affinché non ci siano costi di gestione eccessivi». La discussione in commissione si terrà nelle prossime settimane perché «entro il 24 giugno il Consiglio regionale deve chiudere la pratica San Raffaele», dice Perra. **COMMISSIONI** La commissione Programmazione ha concluso ieri il ciclo di incontri sui fondi comunitari con l'audizione di Anna Maria Catte, responsabile dell'autorità di gestione del programma Enpi-Cbc. La Regione ha in capo l'autorità di gestione del programma per «la politica europea di vicinato» e per la «cooperazione transfrontaliera del Mediterraneo». Il presidente Franco Sabatini ha annunciato l'intenzione di «sensibilizzare i tre parlamentari europei per garantire risorse e attenzioni all'area del Mediterraneo». Confindustria è stata sentita dalla commissione Attività produttive per fornire un parere sulle diverse proposte di legge in materia di agricoltura. Si è discusso dell'istituzione del marchio collettivo della Regione Sardegna finalizzato alla tracciabilità e alla promozione dei prodotti. Il presidente di Confindustria, Alberto Scanu, ha espresso il timore che «queste norme mettano in contrapposizione i produttori con l'industria agroalimentare, discriminando quest'ultima perché non sempre tutte le materie prime sono reperibili nelle quantità necessarie nell'Isola».

## **CONSIGLIO REGIONALE Il presidente della commissione Sanità Perra ribadisce: ancora molti dubbi «Dobbiamo evitare che si danneggino altre strutture»**

Le notizie dell'investimento della Qatar Foundation Endowment sull'ospedale San Raffaele di Olbia continuano a suscitare diverse perplessità. La commissione Sanità del Consiglio regionale non ha discusso la pratica perché «non si conoscono ancora i dettagli», sottolinea il presidente del parlamentino, Raimondo Perra, che non nasconde «diversi dubbi sull'opportunità di tutta l'operazione».

**INCERTEZZA** Quello che preoccupa il socialista Perra riguarda «il numero dei posti letto e soprattutto la spesa attorno alla realizzazione dell'ospedale». Poi, spiega: «Il progetto prevede circa 240 posti letto convenzionati che, visto il limite dei posti letto, potrebbe incidere su altre strutture». Sul versante dei costi preoccupa il fatto che «la Sanità ha un tetto di spesa che non si può superare e questa spesa grava totalmente sulla Regione. Dobbiamo avere chiari i conti per poter capire se l'operazione è conveniente». Infatti, il presidente della commissione non chiude totalmente le porte all'ipotesi perché «l'accordo potrebbe anche essere un'ottima cosa. Ma dobbiamo essere certi che non ci siano azioni dannose rispetto ad altre strutture. Oltretutto bisogna vigilare affinché non ci siano costi di gestione eccessivi». La discussione in commissione si terrà nelle prossime settimane perché «entro il 24 giugno il Consiglio regionale deve chiudere la pratica San Raffaele», dice Perra. **COMMISSIONI** La commissione Programmazione ha concluso ieri il ciclo di incontri sui fondi comunitari con l'audizione di Anna Maria Catte, responsabile dell'autorità di gestione del programma Enpi-Cbc. La Regione ha in capo l'autorità di gestione del programma per «la politica europea di vicinato» e per la «cooperazione transfrontaliera del Mediterraneo». Il presidente Franco Sabatini ha annunciato l'intenzione di «sensibilizzare i tre parlamentari europei per garantire risorse e attenzioni all'area del Mediterraneo». Confindustria è stata sentita dalla commissione Attività produttive per fornire un parere sulle diverse proposte di legge in materia di agricoltura. Si è discusso dell'istituzione del marchio collettivo della Regione Sardegna finalizzato alla tracciabilità e alla promozione dei prodotti. Il presidente di Confindustria, Alberto Scanu, ha espresso il timore che «queste norme mettano in

contrapposizione i produttori con l'industria agroalimentare, discriminando quest'ultima perché non sempre tutte le materie prime sono reperibili nelle quantità necessarie nell'Isola».

## **ITTIRI Protesta per la chiusura della guardia medica: promesse non mantenute Tutto il Consiglio comunale davanti alla Asl**

«Gli accordi non erano questi e gli sprechi dell'Azienda sanitaria di Sassari non sono certamente i centomila euro spesi all'anno per la guardia medica dell'ospedale di Ittiri. Il problema è che sia l'azienda sanitaria sia la Regione ci hanno fatto solo promesse, non mantenute, come quelle dei consiglieri regionali venuti a Ittiri a raschiare voti». Nelle parole amare del sindaco Tonino Orani c'è tutta la rabbia della sua gente, consiglio comunale compreso, gridata ieri mattina davanti alla sede dell'Asl. Con la fascia tricolore e una trentina di persone al seguito, è rimasto in via Catalocchino per tutta la mattina ma i cancelli della direzione generale sono rimasti inesorabilmente chiusi, come se niente fosse successo.

**SCONTRO ISTITUZIONALE** A nulla è servito battere qualche colpo sulle serrande e gridare «vergogna». La gente di Ittiri è rimasta per strada. Sanno di aver perso per sempre il punto di primo intervento del loro ospedale. La delegazione non ha preteso di essere ricevuta dal direttore generale Marcello Giannico ma ha solo chiesto di essere ascoltata. Cosa che non ha fatto neppure l'assessore regionale alla Sanità Luigi Arru, con il dispiacere del sindaco per aver generato uno scontro istituzionale tra Comune, Asl, Regione. «Due anni fa - ha detto Orani - il servizio di guardia medica faceva parte della riconversione dell'ospedale, ora è stato soppresso. A stento anche gli altri servizi (a partire dai ticket, alla radiologia, al laboratorio analisi) per carenza di personale».

In piazza anche il primo cittadino di Usini, Giuseppe Achenza: «Rappresentiamo un territorio di oltre 20 mila persone, costrette a finire nelle liste d'attesa del Pronto Soccorso di Sassari».

## **DALL'ITALIA**

### **QUOTIDIANOSANITA'.IT**

#### **Corte dei Conti. Spesa sanitaria ridotta. "Ma lavorare su appropriatezza, ticket e costi standard per migliorare e tornare a investire"**

*I progressi degli ultimi anni nel contenimento dei costi per l'assistenza sanitaria non devono infatti far dimenticare le sfide in corso e quelle future. Le ricette per vincerle sono, secondo i giudici contabili, in particolare tre: appropriatezza, ticket e costi standard. Le osservazioni della Corte dei Conti nel "Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica" presentato ieri. **IL TESTO.***

“L'esercizio che si è chiuso ha confermato i buoni risultati di un sistema di gestione basato sul confronto tra diversi livelli di governo. Ma ha anche reso evidente il limite con cui il comparto dovrà fare i conti nell'immediato futuro: ritrovare al suo interno le risorse per rispondere alle necessità di adeguamento delle prestazioni e di garanzia della qualità delle cure. Elementi che hanno fatto finora e dovranno fare nel prossimo futuro del sistema



sanitario un fattore strategico del nostro sistema, garantendo una qualità dell'offerta che pone il nostro paese, almeno in questo campo, tra i primi posti nelle classifiche mondiali". Sono queste le conclusioni e allo stesso tempo e presupposti per migliorare espressi riguardo alla sanità dai giudici della Corte dei Conti nel Rapporto 2014 sul Coordinamento della Finanza Pubblica presentato oggi al Senato ([leggi anche la relazione introduttiva del Presidente Raffaele Squitieri](#)).

Se infatti è vero che nel 2013 si confermano i progressi, già evidenziati negli ultimi esercizi, nel contenimento dei costi per l'assistenza sanitaria (la spesa complessiva ha continuato a ridursi, pur se a ritmi inferiori allo scorso biennio. La spesa è stata di circa 2 miliardi inferiore alle attese, confermando la sua stabilizzazione in termini di prodotto al 7 per cento) e che il processo di riassorbimento dei disavanzi nelle regioni in squilibrio strutturale prosegue, "pur presentando quest'anno alcune incertezze", è anche vero che la scelta di non intaccare, almeno nel breve periodo, le risorse destinate alla sanità, ma di trovare all'interno del settore le risorse per affrontare i nuovi bisogni e le somme da destinare al finanziamento degli investimenti "non riduce l'impegno che si presenta per gli esercizi a venire" e che l'importanza e l'urgenza di accelerare gli interventi di riadeguamento delle strutture e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini "non può essere più, tuttavia, un alibi per un allungamento senza limiti del riassorbimento degli squilibri".

In che modo? Per i giudici contabili il riassorbimento degli squilibri richiede l'elaborazione di soluzioni organizzative e scelte gestionali, che non possono essere il portato solo della proposizione di un vincolo finanziario.

**L'appropriatezza è, secondo la Corte dei Conti, "una scelta obbligata"**. E per i giudici contabili "un elemento cardine" di una strategia che punta a recuperare margini di manovra dal riassorbimento delle spese inappropriate è costituito dal processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere. "Mantenere strutture ospedaliere di piccole dimensioni e conseguente frammentazione e duplicazione dell'offerta ospedaliera – si legge nel Rapporto -, comporta sia problemi sul campo della sicurezza, sia limiti alla qualità dell'assistenza erogabile. La chiusura dei piccoli ospedali (al di sotto dei 60 posti letto ancora non completamente definito) e il raggiungimento dello standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, nel corso del triennio potrebbe determinare una riduzione di oltre 7000 posti letto. Ciò consentirebbe il recupero delle risorse necessarie per potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare, fornendo in tal modo una risposta alla domanda posta dalla forte crescita di patologie croniche – degenerative dovute all'invecchiamento della popolazione".

In questo ambito, per la Corte dei Conti "concordare le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nell'intero territorio nazionale, in termini sia di adeguatezza delle strutture, sia di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti serviti e al livello di complessità della struttura, rappresenta un passo importante verso il riassorbimento di inefficienze e inappropriatezze. Ciò richiederà una classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli gerarchici di complessità e bacini di utenza, standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina, mirati ad offrire una buona qualità delle prestazioni attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi cui affluisce un numero elevato di pazienti, previsione di standard generali di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento e standard specifici per l'alta specialità".

Chiaro, secondo la Corte dei Conti, che la riorganizzazione della rete ospedaliera "dovrebbe

accompagnarsi al potenziamento di strutture di degenza post acuta e di residenzialità, ad uno **sviluppo dell'assistenza territoriale** che agevoli la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il reinserimento nell'ambiente di vita e il miglioramento della qualità dell'assistenza". Al contrario, "il ritardo nella definizione di una adeguata offerta di servizi rappresenta – secondo la Corte dei Conti -, in un rilevante numero di realtà territoriali, il nodo più problematico. Non si tratta solo di livelli di assistenza insoddisfacenti, ma anche di alimentare fenomeni di utilizzo inappropriato".

In questo quadro, per la Corte dei Conti "andranno ridefiniti, poi, interventi in grado di incidere sugli accessi non appropriati ai pronto soccorsi e alle prestazioni basate su apparecchiature, di indagine diagnostiche e ai relativi percorsi diagnostico – terapeutici. Le risorse che verranno risparmiate attraverso l'applicazione di tali misure oggetto del Patto dovranno essere reinvestite ad invarianza del finanziamento annuale previsto".

Alcune possibilità sono offerte anche dalle compartecipazioni alla spesa, cioè i **ticket**, secondo i giudici contabili. Ma in che misura? "Sull'utilizzo del sistema di compartecipazione alla spesa come strumento per ottenere un uso più appropriato dei servizi sanitari sono state avanzate, da più parti, riserve. Certamente, sono le scelte del medico prescrittore a dover essere monitorate e controllate per ottenere un miglioramento nell'utilizzo delle risorse. Puntare sui medici di medicina generale per perseguire un miglioramento della appropriatezza rappresenta una scelta più efficiente rispetto all'affidarsi al paziente facendo leva sulla sua capacità di spesa", premettono i giudici contabili. Che aggiungono: "Inoltre il solo riferimento ai risultati economici non può in ogni caso consentire di valutare in che misura lo sforzo richiesto attraverso un crescente ricorso a sistemi di compartecipazione si sia tradotto in una diminuzione delle prestazioni richieste a ragione della crisi economica, o in fenomeni di razionamento dell'offerta e della domanda, o ancora in un trasferimento verso acquisti privati della popolazione non esente che avrebbe dovuto corrispondere in alcuni casi importi superiori al prezzo delle prestazioni".

Comunque, per la Corte dei Conti va considerato che, "in una fase come quella attuale di revisione dei confini entro cui estendere le prestazioni pubbliche, contare su di un sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e di esenzione può essere un elemento determinante". In particolare "prevedere una tariffa per alcune prestazioni, attraverso un riferimento determinante alla 'condizione economica' del nucleo familiare (garantendo tuttavia l'accessibilità delle prestazioni sanitarie, evitando che la quota di partecipazione richiesta costituisca un ostacolo alla fruizione o spinga gli assistiti anche per questioni di convenienza all'acquisto di prestazioni in regime privatistico) e procedere ad una attenta revisione delle ragioni di esenzione può rappresentare una soluzione utile, evitando di sovraccaricare il sistema fiscale e collegando parte del costo della fruizione all'effettivo accesso alle prestazioni".

Per limitare l'impatto di questi cambiamenti sui soggetti esenti per patologia o per invalidità, obbligati in virtù della loro condizione a usufruire con elevata frequenza alle prestazioni del SSN nelle diverse aree (farmaceutica, specialistica, day hospital, ecc.), nel rapporto si cita la possibilità di fissare un tetto massimo annuo di spesa da partecipazione, eventualmente articolato in funzione delle fasce di Reddito, al raggiungimento del quale le prestazioni sarebbero fornite gratuitamente. "Un passo fondamentale – sottolineano tuttavia i giudici contabili - è rappresentato dall'assunzione di un chiaro elemento di valutazione

della condizione reddituale, con caratteristiche che riducano le differenze di trattamento a parità di condizioni di reddito. La complessità nella gestione da parte del cittadino delle informazioni per valutare la situazione economica del nucleo familiare è alla base delle riserve avanzate sulla utilizzazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). Pur recentemente aggiornato, esso presenta ancora elementi di criticità che ne rendono difficile l'utilizzo in ambito sanitario”.

Per questo la possibilità di utilizzare, almeno in via transitoria, un indicatore più semplice, costruito su informazioni (composizione del nucleo familiare fiscale, redditi dichiarati a fini IRPEF) già presenti presso l'Amministrazione finanziaria consentirebbe, per la Corte dei Conti, di “mettere a disposizione dei medici prescrittori, nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, l'informazione relativa all'appartenenza di ogni assistito ad una classe di “reddito equivalente”, cui potrebbero essere associati benefici in termini di partecipazione alla spesa sanitaria”.

Su questa e su tutte le altre ipotesi di revisione dell'attuale sistema di compartecipazione “il nuovo Patto si dovrà pronunciare per far sì che le compartecipazioni possano contribuire a preservare un servizio sanitario di qualità, contemperando le esigenze di bilancio con la tutela degli accessi ai servizi”, osservano i giudici contabili.

Secondo i quali un altro aspetto su cui il nuovo patto della salute dovrà dare risposte è come consentire il **riavvio degli investimenti in sanità**. “I nuovi scenari della domanda e dell'assistenza, le nuove tecnologie, gli obiettivi di appropriatezza e di efficienza tecnica ed economica delle strutture sanitarie richiedono, oltre ad una attenta ridefinizione degli assetti organizzativi, anche investimenti per la riconversione delle strutture ospedaliere dismesse, per potenziare l'offerta strutturale e tecnologica a livello territoriale e distrettuale”, osservano infatti.

Le risorse da destinare a interventi attraverso Accordi di programma, ma di cui deve essere individuata copertura finanziaria (e compatibilità con gli obiettivi di finanza pubblica) ammontano, secondo i giudici contabili, a circa 5,079 miliardi, cui vanno aggiunti 850 milioni pregressi non ancora ripartiti. “Risorse che – si legge nel rapporto - andranno individuate anche ricorrendo a misure di cofinanziamento per l'edilizia sanitaria, attraverso i Programmi Operativi Nazionali e con l'inserimento di tali interventi e delle relative risorse nell'ambito dei Programmi Operativi Regionali (POR) del Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020. Vi è poi l'ipotesi – osservano i giudici contabili - di consentire, per il triennio 2014-2017, l'accesso ad una provvista finanziaria presso la Cassa Depositi e Prestiti, cui si dovrebbe far cenno nel nuovo Patto della salute. Tale soluzione, per garantire il rispetto dei vincoli di finanza pubblica, dovrebbe prevedere una copertura a carico delle Regioni. La sua praticabilità dovrà essere valutata in base ai margini ancora disponibili nei bilanci degli enti a fronte del forte impegno affrontato da alcune regioni con il ricorso ad anticipazioni per il pagamento dei debiti verso fornitori. Nel nuovo Patto sarà, altresì, previsto l'impegno per una revisione della normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazione degli ambienti specifica per il settore, cui adeguare le strutture sanitarie esistenti”.

Infine la Corte dei Conti richiama l'attenzione sui **costi standard e l'armonizzazione contabile**, definendoli “due passaggi interconnessi”. Secondo la Corte dei Conti, tuttavia, il primo anno di applicazione dei costi standard per il riparto “non ha cambiato in maniera

sostanziale i risultati ottenuti con la procedura di definizione dei fabbisogni sanitari regionali vigente in passato. La popolazione pesata di ciascuna regione è rimasta l'elemento principale per la quantificazione dei fabbisogni sanitari regionali". Secondo i giudici contabili "per rendere effettivo il percorso di applicazione dei costi standard e dei fabbisogni standard in sanità, sarà necessario operare una revisione dei criteri di pesatura della quota capitaria (attualmente basati sui consumi ospedalieri e di specialistica ambulatoriale per fascia di età della popolazione residente). Un eventuale passaggio a criteri basati anche sui consumi di altri ambiti assistenziali, nonché su indici di prevalenza delle malattie o indicatori socio-economici potrebbe produrre modifiche di maggior rilievo. Un passaggio per il quale è necessario disporre di adeguati flussi informativi (sull'assistenza domiciliare, sull'assistenza residenziale, sulla salute mentale e sulla dipendenza patologica e emergenza-urgenza) e di criteri di costruzione dei dati contabili affidabili e omogenei".

Dunque, sottolineano i giudici contabili, "una migliore metodologia di individuazione dei costi standard è, quindi, strettamente legata al processo di certificazione dei dati contabili nonché all'implementazione in ogni regione ed in ogni azienda sanitaria di sistemi di controllo di gestione e di contabilità analitica. Solo partendo da costi certi sarà possibile individuare costi standard attendibili".

## **Annuario Ssn. Ospedali, cure primarie, farmaci e personale. Tutti i dati sanitari del 2011**

*Meno ospedali pubblici (-1,9% rispetto al 2008), più 7,8% di privato accreditato che si occupa di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale. In aumento soprattutto le donne medico (+1,4%), ma anche le infermiere (+0,3%). Per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal medico di medicina generale anziché pediatrica. Il report sull'ATTIVITA' GESTIONALI ED ECONOMICHE DI ASL E AO e sul PERSONALE DEL SSN.*

Cresce l'apporto del privato accreditato e soprattutto nell'area residenziale. Mentre tutte le Regioni sono caratterizzate da una forte carenza di pediatri in convenzione con il Ssn ad eccezione dell'Abruzzo, Sardegna e Sicilia. In aumento donne medico e infermiere. Sono questi alcuni dei dati contenuti nell'Annuario statistico nazionale sull'Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere e sul Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblici, anno 2011, appena pubblicato dal ministero della Salute.

Dai documenti emerge che tra il 2008 e il 2011 si evidenzia una diminuzione delle strutture che erogano **assistenza ospedaliera** (si registra una contrazione pari a -1,9% del numero di strutture pubbliche). Per l'**assistenza specialistica ambulatoriale** si assiste ad un lieve aumento dello 0,1% delle strutture pubbliche e ad una diminuzione del -1,5% per quelle private accreditate. Significativi incrementi, soprattutto per il privato accreditato, sono evidenziati dai trend dell'**assistenza territoriale semiresidenziale** (+0,1% per il pubblico, +7,8% per il privato accreditato) dell'assistenza territoriale residenziale (+1,8% per il pubblico, +7,8% per il privato accreditato), e dell'assistenza riabilitativa ex art.26 (+6,6% per il pubblico, +0,2% per il privato accreditato). Infine per l'assistenza erogata da altre strutture territoriali, a fronte di un aumento del 1,7% delle strutture pubbliche, si rileva un aumento del 3,8% delle strutture private accreditate.

In crescita anche l'**assistenza domiciliare integrata**. Nel corso del 2011 sono stati assistiti al proprio domicilio 605.896 pazienti, di questi l'83,2% sono over 65 anni e il 9,1% sono malati terminali. Mediamente a ciascun paziente sono state dedicate circa 22 ore di assistenza, erogata in gran parte da personale infermieristico (14 ore). Le ore dedicate a ciascun malato terminale risultano, invece, pari a 23.

L'Annuario 2011 analizza anche la situazione di **medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta**, convenzionati con il SSN. In media a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.144 adulti residenti, ma a livello regionale esistono notevoli differenze. Ogni pediatra, inoltre, a livello nazionale ha in carico 1.030 bambini, con una variabilità territoriale anche più elevata rispetto a quella registrata per i medici di base. Spicca il dato della P.A. di Bolzano: 1.279 bambini per pediatra. Tutte le Regioni comunque sono caratterizzate da una forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN ad eccezione dell'Abruzzo, Sardegna e Sicilia tanto che "per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal medico di medicina generale anziché dal pediatra", osserva il ministero.

Con riferimento all'**assistenza farmaceutica convenzionata**, in Italia nel 2011 sono state prescritte 586.172.530 ricette SSN, con un importo di poco superiore a 11 miliardi di euro e con un costo medio per ricetta di circa 21 euro. Alta la variabilità regionale: in Toscana il costo medio è pari a 14,91 euro, mentre in Lombardia ammonta a 23,25 euro.

Ospedale

Nel 2011 l'**assistenza ospedaliera** si è avvalsa di 1.120 istituti di cura; di questi, il 53% sono pubblici e il rimanente 47% privati accreditati. Risulta confermato il trend decrescente del numero degli istituti, già segnalato negli anni precedenti, anche per effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture.

Il 66% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10% da Aziende Ospedaliere, ed il restante 23% dalle altre tipologie di ospedali pubblici.

Il S.S.N. dispone di poco più di 211 mila **posti letto** per degenza ordinaria, di cui il 21% nelle strutture private accreditate, 20.678 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (90%) e di 8.263 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (79%).

A livello nazionale sono disponibili 4,0 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,4 ogni 1.000 abitanti. A livello territoriale la situazione non è omogenea: il Molise è fra le Regioni con la maggiore densità di posti letto (ce ne sono 4,7 ogni 1.000 abitanti), mentre l'Umbria (3,5 posti letto) e la Campania (3,4 posti letto) sono fra quelle con la minor disponibilità.

I posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono, a livello nazionale, pari 0,6 ogni 1.000 abitanti, anche in questo caso con una notevole variabilità regionale.

La presenza di **apparecchiature tecnico-biomediche** (nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere) risulta in aumento nel settore pubblico, ma la disponibilità è fortemente variabile a livello regionale: esistono in Italia circa 107,8 mammografi per ogni milione di

abitanti, ma se ne registrano oltre 150 in diverse Regioni (Valle d'Aosta, P.A.Trento, Umbria).

"Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni l'**area dell'emergenza**", osserva il ministero spiegando che il 54,5% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2011 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà degli istituti (64,0%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente in oltre l'80% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 15,0% degli ospedali.

Con riferimento alle strutture con pronto soccorso, nel 2011 ci sono stati quasi 3,6 accessi ogni 10 abitanti; di questi quasi il 15% è stato in seguito ricoverato. Nelle strutture con pronto soccorso pediatrico, invece, ci sono stati 1,4 accessi ogni 10 abitanti fino a 18 anni di età; per l'8,7% di questi è stato successivamente disposto il ricovero.

## **PERSONALE SSN**

Nel 2011 le donne che lavorano per il Servizio Sanitario Nazionale sono molto più numerose degli uomini (quasi il doppio): in particolare, i 415.468 "camici rosa" rappresentano il 64,6% del personale dipendente (+0,8% rispetto al 2010), contro il 35,4% degli uomini. In aumento soprattutto le donne medico (+1,4%), ma anche le infermiere (+0,3%).

Secondo quanto illustrato nel documento, nel 2011 il personale dipendente del SSN è pari a 643.169 unità, complessivamente per i ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo (comprese le qualifiche atipiche). Rispetto al 2010, per quanto i valori assoluti non siano significativi, si è registrato un calo di circa 3.000 unità di personale.

Le donne dipendenti del SSN sono 415.468, in aumento (+0,8%) rispetto al 2010, mentre cala ancor più che nell'anno precedente il numero degli uomini, che nel 2011 si attesta a 227.701 (-2,7%).

Di tutto il personale dipendente SSN, i medici e odontoiatri nel 2011 sono 106.779 (lo scorso anno erano 107.448); di questi, il 38,3% è costituito da donne. La quota delle donne medico sul totale ha registrato un aumento di 1,4% rispetto al 2010. In sintesi: il numero (assoluto) dei medici e odontoiatri è diminuito, ma la percentuale di donne è aumentata.

Appartengono al personale infermieristico 264.378 unità; di queste, ben il 77,3% è rappresentato da donne. La quota di donne infermiere sul totale resta sostanzialmente stabile (nel 2010 era pari al 77,0%).

Dal punto di vista della ripartizione geografica, se si considera il numero assoluto dei dipendenti del SSN, nel 2011 solo in 9 Regioni si registra un leggero aumento rispetto al 2010; in particolare, si registra un +10,5% nella dotazione di personale della Sardegna, e a seguire +6,6% in Sicilia e +3,5% nella P.A. di Trento. La Regione in cui registra il maggior calo di dipendenti è la Liguria (-23,4%), seguita dal Molise (-5,6%) e dalla Campania (-4,6%).

"Per un confronto più significativo - spiega il ministero -, si può prendere in considerazione il numero dei dipendenti per 1.000 residenti (fonte dati popolazione: Istat). Per l'anno 2011,

così come l'anno precedente, fanalino di coda è il Lazio, con 8,1 unità di personale dipendente del SSN per 1.000 residenti, mentre Bolzano ne registra più del doppio: 16,6 unità per 1.000 residenti. La media Italia si attesta a 10,6 unità di personale dipendente SSN per 1.000 residenti".

## DOCTORNEWS33

### Chirurgia sempre più tecnologica, Pellegrino (Acoi): investire in formazione

«In medicina e chirurgia, i percorsi di formazione tradizionali, corsi di laurea e specializzazione, andrebbero a mio avviso implementati»: nel ricordare l'impegno profuso dall'Associazione chirurghi ospedalieri italiani nella formazione, **Tommaso Pellegrino**, il più giovane tra i consiglieri Acoi, individua il tema come centrale nel congresso nazionale di chirurgia in corso in questi giorni a Napoli. Ed è naturale che sia così in un convegno denominato "Chirurgie, il futuro, i giovani chirurghi" e che riunisce, oltre alla capofila Acoi, anche Crsa (Chirurgia robotica), Cuds (Club delle unità di day surgery), Sicop (Società italiana di chirurgia dell'ospedalità privata), Siccr (Società italiana di chirurgia coloretale) e Siucp (Società italiana di chirurgia coloproctologica). Pellegrino riconosce che in Italia abbiamo una tra le più importanti scuole di chirurgia al mondo, ma che l'evoluzione della materia e in particolare della tecnologia impongono uno sforzo maggiore sulla formazione: «tanti soldi sono stati spesi ma non sempre sono stati utilizzati bene e ci sono stati molti sprechi; tuttavia oggi il supporto della tecnologia in chirurgia è fondamentale e questo richiede il coraggio di più investimenti».

Proprio in questi giorni ha fatto notizia l'utilizzo in chirurgia di uno tra i più recenti strumenti tecnologici, i google glass: Selene Parekh, chirurgo ortopedico presso il Duke Medical Center, filma e registra i propri interventi che vengono poi inviati ai colleghi indiani a scopo formativo. Secondo Pellegrino è un esempio fra i tanti di come la tecnologia stia cambiando non solo la chirurgia ma anche la formazione chirurgica: «Ma non dimentichiamo che la tecnologia va prima di tutto a vantaggio del paziente, con interventi sempre più efficaci e meno invasivi; ne è un esempio il fatto che dai tumori sempre più spesso si guarisce e l'approccio è meno demolitivo, tanto che oggi dal congresso Acoi parte la proposta provocatoria di non usare più la parola cancro, che per molti è ancora sinonimo di morte, mentre la realtà clinica è ormai ben diversa».

### Commissioni Camera, meno regionalismi e più sanità integrativa per sostenibilità

Meno potere alle Regioni in tema di sanità e più peso al ruolo dello Stato, per garantire livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio. Ma anche più sanità integrativa per finanziare il Servizio sanitario nazionale e apertura a un possibile sistema di franchigia basato sul reddito, che potrebbe sostituire i ticket nella contribuzione alla spesa. Sono i punti principali della "ricetta" delle Commissioni riunite Affari sociali e Bilancio della Camera

dei deputati, che hanno approvato il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva «La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica».

«Speriamo sia un contributo utile, da parte del Parlamento, al Patto per la salute che Regioni e ministero della Salute stanno portando avanti», è il commento del presidente della commissione Affari Sociali **Pier Paolo Vargiu**. Tra le richieste dell'opposizione, è stata accolta un'integrazione del M5S al testo, in cui si specifica che i risparmi della sanità restino nel settore e siano dedicati a potenziare nuovi e sempre più importanti voci di spesa, come la cronicità o le nuove cure. Accolta anche la richiesta di Forza Italia a favore di maggiori controlli sulla contabilità delle aziende sanitarie. Infine passa anche la proposta di Vargiu che chiede di potenziare gli investimenti in innovazione tecnologica, e aumentare l'attenzione su e-health e medicina personalizzata.

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Vargiu (Affari sociali) e Boccia (Bilancio): «Dall'indagine sulla sostenibilità del Ssn il contributo della Camera al Patto per la salute». Ecco il documento approvato**

Via libera alla Camera all'indagine conoscitiva «La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica». Con tre ritocchi rispetto al testo messo a punto la scorsa settimana: la maggior specificazione che le risorse risparmiate in sanità devono restare nel Ssn, controlli affidati a personale esperto, introduzione della medicina personalizzata.

«Dopo un lungo lavoro di ascolto, analisi, confronto e sintesi con associazioni, sindacati, istituzioni e centri studi, abbiamo finalmente approvato un documento tutto coraggio e concretezza per assicurare al Servizio sanitario nazionale quella sostenibilità che oggi sembra scricchiolare» hanno dichiarato Francesco Boccia e Pierpaolo Vargiu, presidenti rispettivamente delle Commissioni Bilancio e Affari Sociali, promotrici dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.

«Ora facciamo in fretta, dall'indagine emerge che non c'è da scherzare, né tempo da perdere. Regioni e Ministero sapranno trarre indicazioni utili dal nostro lavoro per il dibattito in corso sul patto della Salute. Il Parlamento ha fatto la sua parte con uno sforzo che ha riscosso un vasto consenso tra tutte le forze politiche, così come dimostrato dal voto favorevole di tutti i gruppi parlamentari, a eccezione del M5S che ha deciso di astenersi» concludono i due presidenti.

Nelle conclusioni dell'indagine consociativa (**ANTICIPATE SU QUESTO SITO: [VEDI](#)**) le commissioni hanno indicato la loro ricetta per dare un nuovo volto alla sanità pubblica, salvarne l'universalità e renderla sostenibile: più Stato, meno Regioni, più Salute meno Economia, con un contrappeso tra ministri. Poi risparmiare sugli ospedali factotum e investire nel territorio. Sfatare il mito dei costi standard e rifare le regole di riparto dei finanziamenti alle regioni. Dare per sempre l'addio ai tagli lineari che impoveriscono i



poveri e rivedere da cima a fondo l'organizzazione dei servizi. Premiare non solo le regioni virtuose, ma anche le singole asl e gli ospedali e il personale e anche il privato migliori. Puntare forte su fondi integrativi e polizze assicurative, collettivi e individuali, con più defiscalizzazione. E ancora: ticket, farmaci, investimenti, prevenzione, personale.

«Il nostro sistema sanitario - ha commentato Pierpaolo Vargiu in un'intervista a Il Sole-24 Ore Sanità ([VEDI](#)) - scricchiola in modo inquietante. Siamo di fronte a ventuno diversi sistemi sanitari che stentano a garantire la stessa equità e universalità a un sardo o a un veneto. È indispensabile cambiare la governance. Ma non è sufficiente. Servono anche nuove risorse economiche. Non è accettabile che alla domanda di innovazione tecnologica e di nuovi bisogni di salute, risponda assai più spesso il ministro dell'Economia che quello della Salute. E per farlo servono onestà culturale, capacità di confronto e coraggio di fare scelte difficili, che siano utili agli interessi generali e, in particolare, a quelli dei più deboli, che aspettano risposte e non buone parole e buone intenzioni».

**[LEGGI IL DOCUMENTO CONCLUSIVO SULL'INDAGINE CONOSCITIVA APPROVATO ALLA CAMERA](#)**

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