

# RASSEGNA STAMPA

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

## DALLA SARDEGNA

### LA NUOVA SARDEGNA

#### **OLBIA Liste d'attesa lunghe? A Ortopedia record di interventi Lavoro d'équipe e programmazione per "accelerare" Tredici interventi di protesi nell'arco di otto ore**

Lavoro di squadra, affiatamento e sale operatorie utilizzate a rotazione, hanno consentito allo staff del reparto di Ortopedia dell'ospedale di Olbia, guidato dal primario Peppino Mela, di eseguire 13 interventi di chirurgia protesica in una sola seduta. Gli interventi sono stati programmati in un'unica seduta per l'applicazione di protesi all'anca e al ginocchio: negli scorsi giorni si è svolta la seduta-fiume che ha visto impegnata l'equipe olbiese del reparto di Ortopedia, affiancata dal personale infermieristico e anestesiologicalo. Sono 13 gli impianti di protesi, di cui 7 al ginocchio e 6 all'anca, utilizzando in contemporanea due sale operatorie. Otto le ore di intenso lavoro che hanno consentito, a partire dalle ore 8 e sino alle 16, di effettuare gli interventi di chirurgia d'elezione. «Si tratta certamente di un grande risultato – dice il primario del reparto Peppino Mela – che rafforza l'esperienza fatta in passato, dove sono state impiantate prima dieci e poi undici protesi in un'unica seduta operatoria». «Viste le esigenze del nostro territorio - prosegue ancora Mela - che registra numerosi incidenti ed eventi traumatici i quali devono essere trattati necessariamente in Emergenza-Urgenza, assistiamo ad un allungamento dei tempi d'attesa per gli interventi di chirurgia d'elezione. Grazie ad un armonioso lavoro di squadra con lo staff di Ortopedia e il resto delle strutture ospedaliere riusciamo a programmare, compatibilmente con le urgenze, delle sedute fiume che ci consentono di concentrare la nostra attività andando così a ridurre le liste dei tempi d'attesa, e ridurre notevolmente la mobilità in uscita dei pazienti». Il reparto di Ortopedia dell'ospedale Giovanni Paolo II di Olbia registra circa 1300 interventi all'anno, di cui 250 sono interventi di protesi. «Questo risultato – conclude Peppino Mela – è stato raggiunto grazie all'impegno di tutta l'equipe che è riuscita in pochi anni a stabilizzare dei risultati che pongono l'unità operativa di Olbia al primo posto nel panorama regionale come numero di impianti protesici primari di anca e di ginocchio».

#### **OLBIA Pronto soccorso, la protesta di una famiglia «Nostro padre, malato di Alzheimer, abbandonato su una barella». L'Asl: «Fatte le cure del caso»**

La storia del signor Enzo, raccontata dai familiari è piena di momenti difficili, scanditi dall'Alzheimer. Qualche giorno fa, in una fase peggiorativa della malattia è stato portato da Arzachena al pronto soccorso dell'ospedale di Olbia. I familiari parlano di diverse ore passate «senza le dovute attenzioni». Tutto viene raccontato attraverso una lunga lettera. La storia di Enzo, 74 anni, ex orafo di Milano, malato di Alzheimer fin da quando ne aveva 59 è quella di una persona con una famiglia stretta a lui: la moglie e due figli. Vita difficile per

tutti, per Enzo innanzitutto ma riorganizzata. «L'equilibrio precario di questa famiglia, ha traballato dopo un'esperienza umiliante avuta di recente al pronto soccorso dell'ospedale di Olbia - scrivono nella lettera -. Un semplice passaggio di 24 ore dove l'assistenza viene d'un tratto paradossalmente a mancare, può far cadere una famiglia. Ci siamo capitati per via di un repentino peggioramento, dove abbiamo ceduto alla tentazione di far salvare mio padre a terzi, presi dal senso di impotenza davanti a quello che sembrava l'ultimo respiro. Ci eravamo ripromessi sempre di essere noi i medici della situazione; ma, stavolta abbiamo chiesto aiuto. È stato un errore che ci costerà forse un grosso passo avanti per la malattia. Subito controllato con analisi del sangue, visita medica e tac, è stato riposto al centro di un corridoio su una barella corta, piedi appoggiati sul nudo ferro, senza lenzuolo, senza cuscino, senza traversa, senza assistenza, senza un aiuto per cambiare il pannolone, senza acqua, senza un plasil o una pastiglia della sua cura giornaliera, senza cena, senza colazione e senza pranzo in quasi 24 ore di permanenza». Ancora: «Si va all'ospedale affinché persone più preparate prendano in mano la situazione per risolverla o tamponare, e si ritorna a casa stremati dall'umiliazione di aver compromesso un percorso lungo, delicato al caro prezzo di aver spostato la bilancia verso l'avanzare della morte. E' stato straziante aver dovuto riportare a casa il nostro eroe in condizioni peggiori di quando siamo arrivati». La versione della Asl è diversa. «Il paziente – fa sapere una nota dell'ufficio stampa dell'azienda – è arrivato alle 20 del 27 giugno ed è stato dimesso alle 12 del giorno dopo. L'assistenza è stata data immediatamente. Viste le condizioni è stata fatta unavista completa. Il paziente è rimasto in un'area barellati attrezzata, uno spazio dove si staziona quando le sale sono occupate: al pronto soccorso, infatti, passano 150 pazienti al giorno. Il signore è stato reidratato tramite flebo e poi dimesso.

## **REGIONE L'Asl di Nuoro la più spendacciona Nel 2013 ha aumentato i costi del 12%. Oristano la migliore: -3,8%**

Quasi un milione in meno nelle assegnazioni dal 2011 al 2013, ma nonostante provi a rimbocarsi le maniche, la sanità sarda continua a essere tutt'altro che virtuosa. L'anno scorso sarebbe dovuta costare poco meno di tre miliardi (2.979.982.166) e invece quei soldi non sono bastati. C'è stato un secondo stanziamento (altri 110 milioni) e il tetto dei tre miliardi è stato superato ancora una volta. A ribadire che «l'incidenza del fabbisogno sanitario continua a essere troppo pesante sui bilanci della Regione», è stata la Corte dei conti nell'ultima udienza in chi ha approvato il rendiconto finanziario del 2013. «Al netto di tasse, imposte e spese rimborsabili – scrivono i giudici contabili – la sanità ha pesato fino al 47,9 per cento negli stanziamenti regionali e intorno al 54 per cento se il confronto è invece rispetto a tutte le risorse impegnate». Insomma continua a essere una sanità che fa crescere i costi: dal 2010 al 2011 c'è stato il boom con un più 2,8 per cento, dal 2011 fino all'anno scorso un secondo incremento complessivo in due anni, più 2,32 per cento. L'Asl con il peggio risultato in assoluto è quella di Nuoro, con un aumento del 12,76 per cento (la media regionale è del 3,7): aveva a disposizione 497 milioni, ma ha dovuto chiedere un'integrazione di altri 16 milioni per chiudere i conti. **Dietro Nuoro, la seconda Asl con la maglia nera è quella di Olbia: nel 2013 è costata 15 milioni in più (+7,3 per cento di aumento) rispetto allo stanziamento iniziale che era intorno ai 212 milioni.** Sopra la media regionale anche l'Asl del Sulcis-Iglesiente: 6,7 per cento di aumento dei costi, con un passaggio da 199 milioni (stanziati) a 212,5 milioni (effettivi). Appena sotto il podio l'Azienda ospedaliera Brotzu, con un conto finale di quasi 174 milioni, nove milioni in più

rispetto allo stanziamento iniziale. Al quinto posto l'Asl 8 di Cagliari, è la più grande dell'isola, che ha dovuto chiedere altri 32 milioni dopo aver esaurito gli 887,5 che le erano stati assegnati all'inizio del 2013. A ridosso di Cagliari, l'Asl 1 di Sassari, con l'ultimo esercizio chiuso intorno ai 514 milioni, con un aumento dei costi del 3,35 per cento. **A essere molto meno spendaccione sono state l'Azienda mista di Sassari (+0,6, con un totale di 124 milioni), l'Asl del Medio Campidano (+0,5 e quasi 138 milioni).** Fino agli exploit nella riduzione della spesa delle Asl di Oristano e dell'Ogliastra e dell'Azienda mista di Cagliari. La prima ha ottenuto un eccellente -3,8 (con un risparmio di 10 milioni sul budget iniziale di 263 milioni), quella ogliastrina non ha speso 45mila euro, il Policlinico di Cagliari ha fatto ancora meglio con 3,7 milioni in meno nei costi.

## L'UNIONE SARDA

### **OLBIA. Ortopedia, record in sala operatoria Interventi triplicati per accorciare le liste d'attesa**

Come abbattere le liste d'attesa? Nel reparto di ortopedia del Giovanni Paolo II, hanno deciso di affrontare il problema con tutte le forze in campo. Così, in una sola seduta, sono state effettuati 13 interventi per l'applicazione di protesi. «Un grande risultato, frutto del lavoro di squadra, che ci ha consentito di ridurre le liste d'attesa degli interventi chirurgici» spiega il primario, Peppino Mela. Gli interventi hanno riguardato l'applicazione di sette protesi al ginocchio e sei all'anca utilizzando in contemporanea due sale operatorie in un arco di tempo di otto ore.

Il reparto ha superato se stesso, cancellando il precedente record, 11 interventi chirurgici in una sola seduta. «Grazie al lavoro di squadra con lo staff di Ortopedia e il resto delle strutture ospedaliere - continua il primario - riusciamo a programmare, compatibilmente con le urgenze, delle sedute fiume che ci consentono di concentrare la nostra attività andando così a ridurre le liste dei tempi d'attesa, e ridurre notevolmente la mobilità in uscita dei pazienti». Il reparto di Ortopedia dell'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia registra circa 1300 interventi all'anno, di cui 250 sono interventi di protesi, risultati che pongono l'unità operativa di Olbia al primo posto nel panorama regionale come numero di impianti protesici primari di anca e di ginocchio.

## DALL'ITALIA

### QUOTIDIANOSANITA'.IT

#### **Patto Salute. Lorenzin: "Voglio un Ssn rigoroso, certo e con norme chiare. E riformeremo l'Aifa"**

*Per il ministro "sia le riforme che abbiamo avviato, che il nuovo Patto per la Salute puntano a costruire un Sistema sanitario che risponda a questi requisiti". Quanto all'Aifa, "avrà la possibilità di agire rapidamente in modo che i farmaci giungano in tempi brevi sul mercato, sarà altamente specialistica e molto forte sulla parte ispettiva e dell'innovazione".*

"Voglio un Servizio sanitario nazionale rigoroso, certo e con norme chiare". Lo afferma il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, nell'editoriale dell'ultima edizione della newsletter del dicastero Salute Informa +, nella quale il ministro si dice anche convinta che "sia le riforme che abbiamo avviato, che il nuovo Patto per la Salute puntano a costruire un

Sistema sanitario che risponda a questi requisiti, con sistemi di controllo e verifica altamente avanzati, che sia a favore del paziente e che ci permetta di essere competitivi". "Il nuovo Patto per la salute esaminato dalla Conferenza delle Regioni del 3 luglio va in tal senso", prosegue Lorenzin. "Abbiamo chiuso il documento raggiungendo la condivisione con le Regioni e il Mef, ora manca solo la firma ufficiale sull'Intesa. E' un risultato storico, importantissimo, frutto di tanto lavoro e di altrettanto senso di responsabilità da parte di tutti. E' un Patto ad alto tasso di innovazione, che garantisce certezza di budget, appropriatezza delle prestazioni e prevede l'idea di una spending interna con l'impegno a reinvestire le risorse derivanti risparmi nel settore. I dettagli li presenteremo in una conferenza stampa ad hoc, ma posso anticipare che nel Patto e' previsto l'aggiornamento dei Lea nei quali saranno incluse anche le malattie rare. Inoltre saranno aggiornati i Nomenclatori in modo da poter offrire protesi audiovisive moderne. Ci sarà una riorganizzazione del settore in modo da realizzare una reale integrazione sociosanitaria. Per quanto riguarda invece la farmaceutica viene demandato all'Aifa l'aggiornamento del prontuario nazionale che dovrà introdurre i farmaci innovativi ed eliminare quelli obsoleti".

Per Lorenzin "quello della farmaceutica è un tema molto importante perché la competitività dell'Italia in questo campo è la competitività dell'Europa. Possiamo e dobbiamo diventare il primo Hub farmaceutico d'Europa. Ma dobbiamo essere noi i primi a crederci. Certo, c'è ancora molto da fare, ma è necessario un salto di qualità e dobbiamo avere un sistema regolatorio competitivo, per questo è necessaria una riforma dell'Agenzia Italiana del Farmaco".

Che tipo di riforma? Il ministro ha le idee chiare: "L'Aifa - scrive nell'editoriale - ha avuto negli ultimi anni una grandissima crescita. Ha fatto un lavoro prima impensabile. Ora e' elemento di certificazione, trasparenza ed efficacia i cui canoni sono riconosciuti e ritenuti validi anche dalla Food and Drug Administration degli Stati Uniti. La riforma dell'Aifa sarà all'attenzione del Consiglio dei ministri del 28 agosto e con essa l'Agenzia del Farmaco diventerà come la FDA americana, pur se adeguata al nostro mercato. Avrà la possibilità di agire rapidamente in modo che i farmaci giungano in tempi brevi sul mercato, sarà altamente specialistica, molto forte sulla parte ispettiva e dell'innovazione, garantendo sempre uno standard di qualità altissimo".

## **Sardegna. Ex San Raffaele, Vargiu (SC): "Straordinario non è l'investimento, ma la sfida al cambiamento culturale"**

*Il presidente della Commissione Sanità di Montecitorio ha spiegato come la procedura straordinaria scelta dal Governo non sia semplicemente dovuta all'entità dell'investimento, ma nella volontà di attrarre nuovi investimenti. Vargiu: "Si spingerà verso l'alto la qualità della sanità sarda".*

"L'azione della commissione ha permesso di accertare che il Governo ha trattato questo investimento in modo straordinario, prendendo addirittura l'impegno di modificare due leggi dello Stato pur di renderlo possibile. Abbiamo dunque cercato di capire se la straordinarietà risiedesse nell'entità dell'investimento. Non sembra. La straordinarietà sta nella sfida culturale del cambiamento dello sviluppo economico della nostra terra. La straordinarietà sta nella attrazione di nuovi investimenti: chi oggi guida il Governo nazionale e regionale si sta facendo garante di questo e sarà chiamato a rispondere ai sardi su questo". Lo ha dichiarato il presidente della Commissione Sanità di Montecitorio, **Pierpaolo Vargiu**, al termine della visita al cantiere dell'ex San Raffaele.

"Sui giornali si è parlato di un miliardo di euro. L'investimento del Qatar è di duecento milioni per acquisizione e completamento. Altri cento milioni in dieci anni per la ricerca. I restanti settecento milioni sono la gestione annua dell'ospedale (70 milioni per dieci anni) che, per 560 milioni, saranno pagati dalla Regione Sardegna per prestazioni erogate mentre i restanti 140 milioni dovranno derivare dai ricavi dei 50 posti letto solventi", ha proseguito Vargiu.

"Per poter giustificare la straordinarietà della procedura del Governo, è dunque indispensabile guardare alla straordinarietà della prospettiva. Sia per l'eccellenza sanitaria che spinge verso l'alto la qualità della sanità sarda, ma soprattutto per la sfida nei settori della conoscenza, della formazione, della ricerca, dell'innovazione", ha concluso il presidente della Commissione Sanità di Montecitorio.

## **Il nuovo statuto dell'Enpam. Intervista al presidente Oliveti: “Ora le scelte dell'ente saranno tutte nelle mani dei medici”**

*Tecnici nella struttura ma non nel CdA e un Consiglio nazionale più ampio, che affianca agli Ordini le rappresentanze delle categorie professionali, a cominciare dagli odontoiatri. E sulle critiche ricevute in questi giorni dice: “I medici giudichino il nostro lavoro da medici, basandosi sui numeri e sui fatti, al di là delle polemiche”.*

Il Consiglio nazionale dell'Enpam, l'Ente di previdenza dei medici italiani, ha varato sabato scorso un nuovo Statuto, completando così il percorso di riforma che era stata la piattaforma elettorale della attuale dirigenza, guidata da Alberto Oliveti, vicepresidente dalle elezioni del 2010 e presidente dal 2012 dopo le dimissioni di Eolo Parodi.

Dopo la riforma del patrimonio, che parte dalla regola dello “zero virgola” scegliendo investimenti con costi di commissione bassissimi e una più stringente metodologia nelle procedure, e la riforma della previdenza, che ha risposto alla crescita dell'aspettativa di vita e alla richiesta della parte pubblica di garantire la copertura pensionistica in una proiezione a 50 anni, arriva ora la riforma degli organi di indirizzo, gestione e controllo dell'Ente.

In sintesi, il nuovo Statuto, che dovrà ora passare al vaglio dei ministeri vigilanti (Lavoro ed Economia), prevede: l'allargamento del Consiglio nazionale, attualmente formato dai 106 presidenti degli Ordini provinciali che verranno affiancati da una rappresentanza delle Commissioni degli Albi degli odontoiatri (Cao), da una rappresentanza dei diversi profili professionali (convenzionati, liberi professionisti, dipendenti) e dai membri (senza diritto di voto) dei neonati Osservatori, uno dedicato ai pensionati e l'altro ai giovani medici; una riduzione dei membri del CdA, che passeranno da 27 a 16 escludendo tutti i componenti non medici; l'eliminazione dell'Esecutivo, struttura intermedia ritenuta non necessaria. Confermata la struttura di controllo, ovvero il Collegio dei sindaci.

Abbiamo chiesto al presidente **Alberto Oliveti** di spiegare le ragioni e i meccanismi del nuovo Statuto, rivolgendogli anche alcune domande sulle posizioni critiche espresse dai dieci presidenti di Ordine (Milano, Bologna, Ferrara, Piacenza, Ascoli Piceno, Trapani, Latina, Salerno, Potenza e Isernia), che non hanno partecipato al voto.

### **Presidente Oliveti, è soddisfatto dell'approvazione del nuovo Statuto Enpam?**

Sono soddisfatto di aver portato a termine le tre riforme che erano nel nostro programma

elettorale di quattro anni fa, ovvero quella sulla gestione del patrimonio, quella della previdenza e ora questa, sui nostri organismi di indirizzo, gestione e controllo.

Ma per poter fare le prossime elezioni, previste per la metà del prossimo anno, con le nuove regole, i ministeri vigilanti dovranno vagliare lo Statuto al più tardi entro febbraio.

### **Vi aspettate osservazioni?**

Potrebbero esserci obiezioni sulla numerosità del Consiglio nazionale. Ora è di moda ridurre, ridurre, ridurre e presentare una proposta che lo porta dagli attuali 106 componenti a 175 è certamente in controtendenza. D'altra parte noi abbiamo operato scelte diverse tra il livello della rappresentatività, che è appunto quello del Consiglio nazionale e che abbiamo voluto ampliare, e quello della gestione, che abbiamo reso molto più snello, riducendo i membri del CdA ed eliminando l'Esecutivo.

### **Perché avete deciso di eliminare l'Esecutivo?**

Analizzando i fatti, ci siamo resi conto che svolgeva mansioni abbastanza marginali, che possono essere assolte direttamente dal CdA o, se dovesse servire, da Commissioni ad hoc, create in caso di necessità.

### **Aumentare i membri del Consiglio nazionale porterà ad un aumento dei costi?**

Abbiamo approvato una delibera che ci vincola a mantenere i costi in linea con i costi storici. Faremo tagli lineari sui compensi. Quindi il Consiglio nazionale, anche se più numeroso, non costerà neanche un euro in più.

### **Come si arriva dagli attuali 106 membri ai 175 previsti?**

Voglio chiarire che il numero dei componenti del Consiglio nazionale non è definito nel nuovo Statuto in modo rigido, ma con un meccanismo di proporzioni. Questo perché non sappiamo come potranno cambiare le cose in futuro, per esempio con l'eliminazione delle Province. Per questo, mentre lo Statuto vigente prevede che nel CN siedano i presidenti degli "Ordini provinciali", il nuovo testo dice che fanno parte del CN i presidenti degli "Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri", senza specificare il livello territoriale. Ai presidenti Omceo si aggiunge poi un 10% di rappresentanti dei presidenti Cao. Infine, entrano nel CN i rappresentanti delle categorie, ovvero direttamente di coloro che versano i contributi all'Ente, nella misura del 50% della somma dei precedenti. Per chiarezza, utilizzando i numeri attuali si avrebbero: 106 presidenti Omceo, 11 in rappresentanza Cao (il 10% di 106) e 58 rappresentanti delle categorie (la metà di 106 più 11). In totale si arriva quindi a 175 componenti, cui si aggiungono i 5 membri dell'Osservatorio pensionati e i 5 dell'Osservatorio giovani, questi ultimi con un ruolo consultivo ma senza diritto di voto.

### **Come verrà scelta la rappresentanza Cao?**

Dall'assemblea nazionale Cao.

### **E la rappresentanza delle categorie professionali?**

Con il voto di ciascun iscritto Enpam, perché per la prima volta in un Ente economico abbiamo scelto di dare peso a chi versa. Attualmente gli iscritti votano direttamente solo i rappresentanti delle Consulte, che però non hanno potere decisionale. Alla prossima tornata elettorale, se il nuovo Statuto sarà stato definitivamente approvato, avranno due schede, una per definire i rappresentanti nella propria Consulta, l'altra per indicare i rappresentanti in Consiglio nazionale, ovvero nell'organo di indirizzo dell'Ente. Che, ovviamente, dovranno

essere medici in attività.

### **Come farete a garantire la proporzionalità tra le categorie?**

Le categorie saranno rappresentate in base al loro peso economico: un meccanismo terrà conto dei contributi versati, del patrimonio accumulato e delle prestazioni pagate. Il sistema di voto sarà definito nel dettaglio dal Regolamento, che dovrà essere preparato dal CdA nei prossimi mesi.

### **Il nuovo Statuto prevede anche una sorta di “quote rosa” in tutti gli organi istituzionali, ma ci sono state critiche alla scelta di garantire solo il 20% al genere meno rappresentato. Come risponde?**

Io credo che sia stata una scelta realistica, che mira a stimolare la crescita di rappresentanza delle donne medico tenendo conto delle condizioni di partenza. Per essere eletti nel CdA occorre dimostrare la propria competenza in materia previdenziale e attualmente sono poche le donne che hanno avuto la possibilità di maturarla.

Prevedere una quota più alta sarebbe stata una scelta di facciata, mentre noi puntiamo davvero ad avere una maggiore presenza di donne, facendole “crescere” a partire ad esempio dall’Osservatorio giovani.

### **Dieci presidenti di Ordine non hanno partecipato al voto, lamentando di non aver potuto presentare emendamenti allo Statuto in sede di Consiglio nazionale. Cosa è successo?**

Gli emendamenti sono stati raccolti nei mesi precedenti e vagliati dal CdA, modificando la bozza di Statuto iniziale. Alcuni degli emendamenti proposti dai presidenti “critici” sono infatti stati accolti, proprio perché volevamo arrivare ad uno Statuto che fosse davvero condiviso. In sede di Consiglio nazionale era prevista, come estrema ratio, la possibilità di presentare ancora emendamenti, ma soltanto con una quota di firme che ne giustificasse la messa in discussione. Quindi, considerando che lo Statuto doveva essere approvato con la maggioranza qualificata dei due terzi, abbiamo stabilito che l’emendamento fosse sostenuto almeno da un terzo del Consiglio. Altrimenti ci si sarebbe esposti ad un’inutile ed estenuante sequela di votazioni, dall’esito scontato.

### **Presidente, come vuole presentare il vostro lavoro ai medici?**

Voglio dire semplicemente: siate medici anche nel valutare la nostra Cassa di previdenza, affidatevi ai numeri e ai fatti e tirate le conclusioni, al di là delle polemiche. Basta questo.

## **DOCTORNEWS33**

### **Assistenza domiciliare alla sbarra: per Brignoli (Simg) la convenzione va cambiata**

«La formalizzazione dei rapporti con l’Asl prevista per l’assistenza domiciliare in convenzione non è evitabile. Ma le attuali regole non vanno bene, si prestano alla genericità oggetto della sentenza della Cassazione. Per Simg, devono cambiare i contenuti di Adi e

Adp, quanto scritto nell'accordo nazionale è già vecchio, non risponde alle esigenze dei pazienti, non dà ai medici strumenti per valutare l'efficacia dei loro interventi». Ovidio Brignoli vicepresidente Simg commenta dal punto di vista della società scientifica dei medici di famiglia la sentenza della Cassazione sezione lavoro del 1° luglio scorso numero 14951 –relativa all'assistenza domiciliare programmata– secondo cui il medico, oltre a farla autorizzare dall'Asl, per essere pagato deve provare quest'ultima che la fa in un contesto in cui ssn e paziente sono al corrente dei suoi interventi e della loro cadenza. Un medico campano si era visto negare i compensi per aver presentato distinte troppo generiche, con dei "titoli" (pannoloni, cateterismo etc). L'Asl gli aveva contestato la nota di pagamento e il medico aveva fatto decreto ingiuntivo; il giudice di primo grado gli aveva dato ragione ma in appello la sentenza era stata ribaltata perché, pur non mancando le distinte riepilogative previste in convenzione, il mmg non poteva provare di aver programmato gli accessi sulla base di richieste di pazienti: non si capiva se l'intervento era domiciliare o in studio, non emergeva la cadenza, né risultava che le prestazioni in questione fossero state autorizzate dall'Asl o giustificate dalle condizioni dei pazienti (ad esempio se fossero o meno in condizione di venire in studio). La Cassazione ribadisce in estrema sostanza che non sono sufficienti i documenti portati dal medico per confutare la linea della Corte d'Appello, che molto sembra legata a sua volta ai contenuti della convenzione. L'allegato G in particolare impone un iter codificato: proposta motivata per l'avvio degli interventi, tempi tecnici d'approvazione, un calcolo degli accessi mensili, la tenuta di una cartella clinica al capezzale del paziente, interventi solo su pazienti non trasportabili in studio o in condizioni che necessitano monitoraggio a casa. In cambio di tutto questo remunera il mmg 18,90 euro ad accesso. «Le formalità sono inevitabili ma Simg pensa che la convenzione certifichi il "prestazionismo", gli accessi e non ci metta in grado di valutare la qualità degli interventi», dice Brignoli. «Abbiamo invece bisogno di nuovi strumenti di lettura dei bisogni, di un'équipe disponibile, di procedure che non fanno attendere tre giorni dalla dimissione ospedaliera del paziente, di remunerazione per esiti e processi». I 18,90 euro dell'accordo, per Brignoli, «sono inadeguati innanzi tutto perché remunerano il numero di visite, e non premiano che si faccia star meglio il paziente. Da tempo suggeriamo di adottare questionari internazionali per evidenziare i bisogni dei malati e dedurre gli interventi. Invece purtroppo abbiamo questionari burocratici diversi da una regione all'altra, (come diverse sono le schede cliniche al capezzale dei pazienti veneti, lombardi, emiliani). Per attivare un'assistenza domiciliare integrata da un infermiere ho appena riempito tre moduli con 70 domande, che daranno il via a una medicazione non elementare - nello specifico una lunga pulizia di ulcerazioni in anziana con politrauma e ribendaggio - il cui materiale da solo costa i 18,90 euro dell'intervento se non di più. Ben venga la sentenza se gira i riflettori sui limiti dell'attuale visita a domicilio».

## **Patto salute, Anaao: no a contrapposizione ospedale e territorio**

«Un patto tra due centralismi, quello statale e quello regionale, che esclude gli operatori sanitari, da un lato, e il Parlamento, dall'altro» e che «crea una rischiosa contrapposizione tra cure ospedaliere e territoriali, come se le due fossero in competizione. Ridurre l'attività ospedaliera, invece, «non migliora automaticamente l'assistenza primaria, ma fa sì che molti pazienti che arrivano al pronto soccorso non trovino posto in corsia». È la posizione dell'Anaao, associazione che riunisce medici ospedalieri, in merito al Patto per la Salute, attraverso le parole di **Carlo Palermo**, da poco eletto vicesegretario. «Ridurre il numero di posti letto al 3,7 ogni mille abitanti nella speranza di incrementare i servizi territoriali, come

prevede il nuovo Patto in base alla Legge Balduzzi- spiega Palermo - mette a rischio la salute di molti pazienti, specie ultra sessantacinquenni e disabili, che presentano spesso diverse patologie contemporaneamente e sono difficili da stabilizzare e da trattare in un ambito di cure primarie». Con l'applicazione della spending review, infatti, rispetto al 2000, i posti letto del Servizio Sanitario Nazionale in tutta Italia passerebbero da 295.000 a 224.000. Una scelta in controtendenza rispetto ad altri paesi europei, spiega Palermo, citando dati Ocse 2013. «La media europea è del 5,4 per mille. La Germania è all'8,3, l'Austria al 7,7, la Francia al 6,4. La Gran Bretagna, che dieci fa portò i letti per acuti al 3 per mille, ora ha ospedali che lavorano con un indice di occupazione dei posti letto oltre il 90%, mentre quello consigliabile per ridurre le infezioni ospedaliere, e dunque la mortalità, è dell'85%».

## **SOLE24ORE/SANITA'**

### **Antitrust, competitività in sanità: separare i controlli dalla fornitura di servizi, niente tetti alle farmacie e sviluppo dei generici. La segnalazione al Parlamento**

La sanità deve regolamentazione e controllo, che dovrebbe essere accentrata a livello nazionale, e fornitura del servizio: in questo modo strutture pubbliche e private potrebbero garantire in concorrenza tra loro la produzione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie specialistiche e ospedaliere.

E nel settore farmaceutico occorre passare dall'attuale sistema che prevede un numero massimo di farmacie a un modello che ne stabilisca, al contrario, un numero minimo per tutelare l'interesse pubblico ad un'efficiente distribuzione, senza impedire l'accesso ai potenziali nuovi entranti. Va rivisto poi l'attuale sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco che contribuisce ad ostacolare lo sviluppo della vendita di farmaci di minor prezzo, in particolare dei farmaci generici, passando a un modello basato su una retribuzione 'a forfait'.

Sono questi gli aspetti sanitari del messaggio che l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato invia al Governo nella sua segnalazione per la predisposizione del disegno di legge annuale per il mercato e la concorrenza: sulla liberalizzazione dei mercati e sulla semplificazione.

L'Autorità sottolinea che per rafforzare la crescita del Paese è necessario superare gli ostacoli alla competitività. Molto è stato già fatto, afferma, «ma molto rimane ancora da fare. Imprescindibile realizzare le riforme strutturali per non mettere a rischio la crescita nel medio periodo. Spazi di intervento in tutti i settori più rilevanti: energia, comunicazioni, poste, banche, assicurazioni, servizi pubblici locali e società pubbliche».

Secondo l'Antitrust è imprescindibile realizzare in maniera compiuta le riforme strutturali dei mercati accelerando l'attuazione effettiva di quelle avviate: solo così sarà possibile eliminare gli ostacoli che limitano la concorrenza e la competitività del tessuto produttivo nazionale, superando al contempo le strozzature infrastrutturali ancora esistenti.

Molte sono le aree nelle quali occorre intervenire: dai settori dell'energia elettrica e del gas alla distribuzione dei carburanti, dalle comunicazioni ai settori bancario e assicurativo, alla

sanità, alle poste fino ai servizi professionali. Nelle proposte dell'Autorità trova spazio anche la revisione dei settori portuali e aeroportuali nonché di quello della gestione dei rifiuti.

E secondo l'Antitrust è necessario intervenire nei servizi pubblici locali e nelle società pubbliche al fine di superare quel "capitalismo pubblico" che non consente di raggiungere adeguati livelli di efficienza e di qualità dei servizi.

### **Sanità**

Anche nel settore sanitario è necessario introdurre una netta separazione tra regolamentazione e controllo, che dovrebbe essere accentrata a livello nazionale, e fornitura del servizio: in questo modo strutture pubbliche e private potrebbero garantire in concorrenza tra loro la produzione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie specialistiche e ospedaliere. Le Asl dovrebbero mantenere unicamente le funzioni di sanità pubblica, assistenza di base e controllo dell'attività specialistica e ospedaliera.

Ai cittadini va garantito l'accesso alle informazioni sui dati riguardanti l'attività medica svolta e la qualità del servizio erogato dalle strutture sanitarie pubbliche e private, per dare loro la massima possibilità di scelta, orientandola verso le strutture più efficienti.

Contemporaneamente le risorse pubbliche, destinate alle strutture sanitarie private che operano in regime di accreditamento, devono essere attribuite sulla base di criteri idonei a selezionare le imprese maggiormente efficienti e a consentire l'effettivo accesso al mercato anche a operatori nuovi entranti.

Vanno, inoltre, eliminati gli ostacoli alla libertà di accesso agli operatori privati nell'erogazione di prestazioni sanitarie che non gravano sul bilancio pubblico: si tratta di una modifica che può contribuire a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi, con riflessi positivi sulla produttività dell'intera offerta.

Infine, una diversa regolamentazione può produrre risparmi nell'approvvigionamento dei dispositivi medici tramite gara, garantendo la concorrenza tra le imprese fornitrici.

### **Farmaceutico**

Nel settore della distribuzione farmaceutica occorre passare dall'attuale sistema che prevede un numero massimo di farmacie a un modello che ne stabilisca, al contrario, un numero minimo per tutelare l'interesse pubblico ad un'efficiente distribuzione, senza impedire l'accesso ai potenziali nuovi entranti.

Sono, infine, da eliminare i vincoli regolamentari che ritardano l'ingresso sul mercato dei farmaci equivalenti, con conseguenti effetti di mancato risparmio ai danni del Ssn.

Parallelamente va rivisto l'attuale sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco che contribuisce ad ostacolare lo sviluppo della vendita di farmaci di minor prezzo, in particolare dei farmaci generici, passando a un modello basato su una retribuzione 'a forfait' per ogni servizio di vendita di ciascun medicinale, anziché sul valore dei prodotti venduti.