

# RASSEGNA STAMPA

## DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

### DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MARTEDI' 3 MARZO 2015

#### SOMMARIO

##### LA NUOVA SARDEGNA

- PORTO TORRES **Chiuso il Centro di salute mentale** Protestano i pazienti per i ritardi nella riapertura dell'ambulatorio
- SASSARI **Ambulanze: poche regole e rischio caos** Solo le associazioni convenzionate sono soggette ai rigidi controlli della Asl, per tutti gli altri norme vaghe e insufficienti *In tanti partecipano ai numerosi corsi di formazione nella speranza di trovare una occupazione Ma la legge prescrive che i volontari non siano retribuiti*

##### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- Precari Ssn. **Lorenzin firma Decreto per la stabilizzazione.** "È l'inizio di un percorso"
- **Assobiomedica contro l'intesa Stato Regioni:** "Basta tagli a beni e servizi sanitari"

##### SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- L'ospedale del futuro secondo Anaa: **medici tra corsia e territorio**
- Tagli. **Fondazione Gimbe:** «Le istituzioni facciano chiarezza sul futuro della sanità pubblica»

##### DOCTOR 33. IT

- Proroga al regime dei minimi. **Dal Milleproroghe novità fiscali e sanitarie**
- **DIRITTO SANITARIO** Autoproduzione" ASL dei servizi di pulizia e sanificazione delle proprie strutture

## LA NUOVA SARDEGNA

### PORTO TORRES **Chiuso il Centro di salute mentale** Protestano i pazienti per i ritardi nella riapertura dell'ambulatorio

Ci sono circa 450 pazienti che aspettano da mesi che apra l'ambulatorio del Centro di salute mentale nei locali de "Il Faro" (in piazza Garibaldi) che il Comune ha ceduto in comodato gratuito per nove mesi all'Asl di Sassari. L'immobile, che prima ospitava l'assessorato all'Ambiente, rappresenta una vera e propria "salvezza" per le

persone portotorresi e dell'hinterland impossibilitati a recarsi a Sassari per le visite. La mancata apertura è dovuta ad alcuni interventi di ristrutturazione dei locali, autorizzati dal Comune, che però sono a totale carico dell'Asl, secondo la convenzione stipulata col Comune. «Chi sta male sono i malati che aspettano da tempo di poter effettuare una visita – dice una paziente –, non certo i capi che pensano ad altro e non provano a immedesimarsi nei problemi del malato che soffre. Per andare a Sassari devo chiedere a mia figlia di prendere un giorno di ferie dal lavoro, mi sento presa in giro dall'Asl».

## **SASSARI Ambulanze: poche regole e rischio caos Solo le associazioni convenzionate sono soggette ai rigidi controlli della Asl, per tutti gli altri norme vaghe e insufficienti** *In tanti partecipano ai numerosi corsi di formazione nella speranza di trovare una occupazione Ma la legge prescrive che i volontari non siano retribuiti*

Può capitare, ed è già capitato, che l'ambulanza con la quale vieni trasportato da un ospedale all'altro non sia assicurata in caso di incidente, oppure che non abbia fatto la revisione e sia vecchia di oltre dieci anni. E poi c'è da dire che tanti volontari a bordo dei mezzi non hanno fatto alcun corso di formazione. Un sistema, quello del trasporto pazienti (che non va confuso con il soccorso convenzionato Asl, considerato un'eccellenza nella sanità del Nord Sardegna), che negli ultimi tempi sta mostrando crepe non da poco. Fra le quali il grido d'aiuto di tante associazioni che rischiano la chiusura per fallimento oppure l'episodio che ha visto coinvolte due ambulanze in circolazione, appunto, senza l'assicurazione. Evidenti difficoltà di tipo economico che se da un lato sono attribuibili alla solita crisi generalizzata, dall'altra fanno sorgere mille dubbi fra gli utenti che si chiedono come funzioni un sistema così complesso e perché tante associazioni operino senza avere le carte in regola. A partire dai requisiti per avviare un'attività di volontariato come quella dei sodalizi che esistono in città: esattamente 15. Le associazioni. In realtà dare vita a un'associazione di soccorso è facilissimo, fin troppo, più difficile è tenerla "in salute" con i conti. Basta presentarsi all'ufficio del Registro con lo statuto dell'associazione, 200 euro da versare, un mezzo di soccorso e il gioco è fatto. Per quanto riguarda l'ambulanza può essere tranquillamente acquistata sul mercato dell'usato, magari vecchia di 10 anni, per non più di duemila euro. Già, perché se l'associazione non è convenzionata con la centrale operativa del 118 (per la quale invece sono previsti requisiti rigidissimi) non esiste una normativa specifica che regoli la materia. Le associazioni che a Sassari operano al di fuori della convenzione con il 118 sono dieci mentre solo cinque stanno dentro il regime dell'emergenza-urgenza. Le prime dunque vivono grazie agli introiti derivanti dai trasporti di pazienti per effettuare visite e controlli oppure per il trasferimento di persone da una casa di cura a un'altra, dall'ospedale a casa o viceversa, sia in città che fuori. In alcuni casi il servizio è sottoposto a tariffe stabilite da ciascuna associazione (si parla in alcuni casi di 80 euro per andare in ospedale e

tornare a casa), in altri casi i volontari chiedono agli utenti un'offerta libera ed è bene precisare che questo servizio viene effettuato da tutte le associazioni, siano convenzionate o no con il 118. La normativa. «Come coordinamento delle associazioni - spiega il presidente Giovanni Mura - ci stiamo battendo perché questo settore sia regolato da normative precise. Cosa che al momento non accade. In realtà tutte le associazioni cominciano la loro storia acquistando un mezzo vecchiotto e poi reinvestono i guadagni per acquistare un'ambulanza e macchinari adeguati, magari usufruendo di un contributo che la Regione stanziava ogni anno (circa 500mila euro) per le associazioni della regione». Succede però, a quanto risulta da altre fonti, che gli introiti non siano gestiti con oculatezza, che non si proceda a formare gli operatori in modo adeguato (anche in questo caso non esiste un obbligo), che non si arrivi mai alla condizione di poter accedere alla convenzione con il 118 - in base alla quale si ottengono contributi mensili fissi e rimborsi benzina - e che ci si possa trovare in difficoltà, magari come è accaduto nel 2014 a causa dei ritardi nei pagamenti da parte della Asl. I volontari. Altro tema "scottante" legato al soccorso e al trasporto, quello del trattamento economico dei volontari. In tanti si chiedono: ma i volontari vengono retribuiti? «Per legge - afferma Giovanni Mura -, si tratta della 266 del 1991, i volontari, in quanto tali, mettono a disposizione il loro tempo libero senza alcuna retribuzione. Sono previsti rimborsi carburante e pasti in alcuni casi specifici». Eppure la realtà sembra essere diversa. Si parla di rimborsi non previsti dalla legge che alcuni "volontari" ricevono nelle associazioni dove operano. Addirittura e questo soprattutto negli ultimi anni, molte persone si presentano nelle varie sedi nella speranza di trovare un lavoro travisando del tutto la missione che sta alla base di un'attività di così alto valore sociale. Un'attività che comunque vede la sua massima espressione nella collaborazione stretta con la centrale operativa del 118 che ha dato vita a un eccellente sistema di soccorso, tra i migliori in Italia. I requisiti. Per accedere alla convenzione bisogna rispettare regole rigidissime: è necessario disporre di un'ambulanza non più vecchia di 6 anni e di una di scorta non più vecchia di 9 anni. A bordo bisogna avere macchinari all'avanguardia tra cui ossigeno defibrillatore e altro, una macchina con un tale equipaggiamento costa intorno agli 80mila euro. Per quanto riguarda i volontari che operano sui mezzi per il soccorso sono previsti percorsi specifici di formazione per poter essere d'aiuto alle persone in difficoltà. Alcune associazioni cittadine ogni anno effettuano corsi di formazione gratuiti per la popolazione. Un modo per avvicinare i cittadini al concetto stesso del soccorso e certamente nella speranza di reclutare nuovi volontari perché, vista la percentuale sempre crescente di disoccupazione, in tanti sono costretti ad abbandonare il luogo di residenza, dove magari regalavano una parte del loro tempo per aiutare il prossimo, per cercare lavoro altrove.

**QUOTIDIANO SANITA'.IT**

**Precari Ssn. Lorenzin firma Decreto per la stabilizzazione. "È l'inizio di un percorso"**

*Possibilità avvio concorsi riservati al personale precario degli enti del Ssn per*

*coprire sino al 50% dei posti disponibili. Potranno accedere alla stabilizzazione i precari del SSN che abbiano prestato un servizio effettivo non inferiore ai tre anni nell'ambito del quinquennio precedente. Disciplinate anche procedure di reclutamento per lavoratori socialmente utili.*

Il Ministro della salute **Beatrice Lorenzin** ha firmato oggi il Dpcm per la stabilizzazione dei lavoratori precari del Ssn. Il testo del Decreto prevede la **possibilità di avviare procedure concorsuali riservate al personale precario degli enti del Servizio sanitario nazionale per coprire sino al 50% dei posti disponibili. Potranno accedere alla stabilizzazione i precari del SSN che abbiano prestato un servizio effettivo non inferiore ai tre anni nell'ambito del quinquennio precedente.**

Il DPCM disciplina anche le procedure di reclutamento speciale per lavori socialmente utili (LSU) e per lavori di pubblica utilità (LPU); la proroga dei contratti di lavoro a tempo determinato che si programma di stabilizzare; la **possibilità di partecipare alle procedure in questione per il personale dedicato alla ricerca in sanità e per il personale medico dei servizi di emergenza e urgenza delle aziende sanitarie locali, con almeno 5 anni di prestazione continuativa, ancorché non in possesso della specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza;**

In particolare, per quel che riguarda l'ambito di applicazione del decreto, le procedure ivi previste sono riservate al personale del comparto sanità e a quello appartenente all'area della dirigenza medica e del ruolo sanitario degli Enti del SSN.

“Questo DPCM – ha sottolineato il Ministro - è un primo passo per dare risposte ai lavoratori del Servizio sanitario nazionale che attendono da anni di essere stabilizzati. Sappiamo che c'è ancora tanto da fare e che questo provvedimento non azzerà tutto il precariato in sanità, ma è sicuramente l'inizio di un percorso virtuoso che ha come finalità ultima quella di eliminare le sacche di precariato presenti nelle Aziende ospedaliere italiane”.

## **Assobiomedica contro l'intesa Stato Regioni: “Basta tagli a beni e servizi sanitari”**

*Il presidente Rimondi: “Prezzi dei dispositivi medici scesi di oltre il 25%. No a un impoverimento della qualità delle prestazioni e dei servizi per i cittadini”. E poi suggerisce: “Per migliorare l'efficienza e la trasparenza della nostra Sanità basterebbe introdurre iniziative di controllo pubblico del mercato attraverso una maggiore diffusione delle informazioni”.*

“È sceso di oltre il 25% il livello medio dei prezzi dei dispositivi medici in Italia negli ultimi 7 anni. Tagliare ancora su beni e servizi sanitari significherebbe rendere la Sanità insostenibile. Per la qualità delle prestazioni offerte ai cittadini, per l'ammodernamento degli ospedali pubblici, per le imprese della filiera della salute. Il SSN sta attraversando uno dei momenti peggiori della sua storia a causa degli ingentissimi tagli apportati dai precedenti governi e necessita piuttosto di investimenti, non di un ulteriore definanziamento”. Questo il commento di **Stefano**

**Rimondi**, Presidente di Assobiomedica, sui tagli di 2,6 miliardi alla Sanità, definiti da Governo e Regioni per la Legge di Stabilità.

“Se si pensa di risparmiare riducendo gli investimenti in dispositivi innovativi e introducendo prezzi di riferimento che non hanno attinenza con la realtà del mercato, allora significa che il nostro servizio pubblico tra qualche anno sarà allo sbaraglio. Per migliorare l’efficienza e la trasparenza della nostra Sanità – ha dichiarato Rimondi – basterebbe introdurre iniziative di controllo pubblico del mercato attraverso una maggiore diffusione delle informazioni; nella giusta direzione va il lavoro che il Ministero sta svolgendo nella raccolta dei dati sui flussi dei consumi dei dispositivi medici. Rendere il mercato più trasparente si può e si deve, ciò che va evitato è che, pur di semplificare la funzione amministrativa, si finisca per penalizzare l’appropriatezza di quella assistenziale, depauperando il Servizio sanitario”.

Assobiomedica “si augura che Governo e Regioni non taglino sulle prestazioni sanitarie, ma finalmente mettano mano a sprechi e inefficienze che corrodono la Sanità a discapito degli investimenti per la prevenzione, la diagnosi e la cura dei cittadini. Come sempre, Assobiomedica è disponibile a un confronto con le istituzioni per coniugare l’accesso dei cittadini alle cure più efficaci con politiche d’acquisto appropriate ed economiche”.

## **SOLE 24 ORE SANITA'.IT**

### **L'ospedale del futuro secondo Anaao: medici tra corsia e territorio**

Non esiste un modello organizzativo in sanità perfetto, ma ogni modello deve essere implementato nel contesto sociale, economico e culturale in cui si applica. Il primo interrogativo che dobbiamo quindi porci è se sia proprio necessario elaborare un nuovo sistema organizzativo o possiamo semplicemente riorganizzare l'esistente.

Nella realtà sanitaria si percepisce quotidianamente un distacco tra territorio e ospedale con difficoltà concrete nel garantire ai pazienti un corretto percorso assistenziale, sia all'interno che all'esterno dell'ospedale. La riorganizzazione sia degli ambiti ospedalieri che territoriali a oggi non è riuscita a realizzare la continuità di cura, elemento essenziale per una sanità efficiente e competitiva. Basterebbe un semplice "ponte" per permettere a due rive opposte di poter comunicare nell'ottica di una filosofia di cura "patient centred care" e di una filosofia organizzativa a intensità di cura transmurale.

Funzione del medico ospedaliero e del medico territoriale deve pertanto essere quella di integrarsi e di gestire, coordinando tutte le altre figure professionali, casi a varia complessità e intensità nel setting più idoneo, possa essere il territorio o l'ospedale. Non più una modalità di cura per "luoghi" ma una modalità di cura per "caso" (leggi il documento correlato).

La nostra "ricetta" prevede quindi che ogni struttura ospedaliera implementi gli ambulatori della complessità come i "Day service multidisciplinari" per la gestione sia di patologie acute che non necessitano di ricovero sia per la gestione e il monitoraggio di patologie croniche complesse. Tali strutture devono diventare il perno di congiunzione tra ospedale e territorio. Come indicatori di appropriatezza: numero di ricoveri e re-ricoveri sul totale dei pazienti seguiti, tasso di mortalità a 30 giorni e qualità di vita del paziente durante il periodo di presa in carico.

Tali indicatori possono essere intesi sia come indicatori di processo in grado di misurare direttamente l'appropriatezza dell'assistenza ricevuta dal paziente (una presa in carico condivisa tra ospedale e territorio riduce il numero dei ricoveri ospedalieri impropri e migliora la qualità di vita del paziente) sia come indicatori di esito con una prevista modifica degli esiti assistenziali in termini clinici, economici e umanistici.

Bisognerebbe inoltre definire a priori non soltanto l'"intensità" e la "severità" socio-sanitaria del caso clinico ma anche definire un indice prognostico. A tal proposito potrebbe essere d'ausilio l'utilizzo del Multidimensionale prognostic index di Pilotto che oltre a offrire un indice prognostico attendibile potrebbe supportare il processo decisionale per la definizione dei percorsi per i paziente cronici, anziani e fragili.

Per soddisfare la crescente complessità dei pazienti e rendere sostenibile il nostro servizio sanitario, mission dell'ospedale del futuro, sono necessari più posti letto con più alta intensità di cura e maggiore unità infermieristica e medica.

Allo stato attuale l'unica strada percorsa dalla politica è stata la logica dei tagli lineari (riduzione dei posti letto, blocco delle assunzioni, soppressione dei servizi e riduzione delle tariffe di rimborso ospedaliere e ambulatoriali) e non la riduzione degli sprechi con una oculata riorganizzazione dei servizi. L'efficienza di un sistema e la qualità dei servizi non può essere garantita da un personale ridotto ai minimi termini le cui performance in condizioni di lavoro critico sono necessariamente poco produttive.

La realizzazione di un sistema efficiente e produttivo passa inequivocabilmente dal grado di soddisfazione dell'operatore e dalla preservazione delle sue tutele in ambito lavorativo.

### **Le vere sfide per la sanità del futuro sono pertanto per noi:**

- una reinvenzione radicale dell'organizzazione ospedaliera attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili e l'implementazione di modelli organizzativi per intensità di cura transmurale di integrazione tra ospedale e territorio che consentano ai pazienti di ricevere una diagnosi e un trattamento ospedaliero precoce con una rapida dimissione, una precoce presa in carico da parte del territorio e una gestione multidisciplinare per le patologie complesse;
- l'implementazione di un modello premiante per il raggiungimento dell'eccellenza e dell'efficienza. La ricerca dell'appropriatezza e della produttività deve essere un obiettivo perseguito da tutte le aziende sanitarie. Non è più possibile accettare

"l'orizzontalizzazione" nella distribuzione delle risorse che appiattisce il merito e premia il lassismo.

**Gli autori dello studio:** Paola Gnerre (direttivo nazionale Anaaio Giovani), Costantino Troise (segretario nazionale Anaaio Assomed), Carlo Palermo (vice segretario nazionale vicario Anaaio Assomed), Domenico Montemurro (responsabile nazionale settore Anaaio giovani), Claudia Pozzi (coordinatore macro regione centro Anaaio giovani), Chiara Rivetti (componente segreteria regionale Anaaio Piemonte), Dario Amati (coordinatore macro regione nord Anaaio giovani).

## **Tagli. Fondazione Gimbe: «Le istituzioni facciamo chiarezza sul futuro della sanità pubblica»**

Il Patto per la salute resta un'incompiuta e il decollo dei nuovi Lea si blocca sul nascere. Sono queste le conseguenze del I taglio di oltre due miliardi di euro sancito dall'intesa Stato-Regioni. Anche perché «non si intravede alcuna volontà politica condivisa per ridurre sprechi e inefficienze, preservare la Sanità pubblica e garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute». E' l'allarme lanciato dalla Fondazione Gimbe in una nota. «La salute degli italiani - sottolinea la fondazione - è ostaggio di un bancomat al portatore: le Istituzioni si pronuncino all'unisono».

La Conferenza Stato-Regioni, dopo aver rinunciato all'incremento di 2 mld del fondo sanitario nazionale previsto dal Patto per la Salute, ha convenuto sull'importo di 2,35 mld da tagliare alla Sanità, ai quali si aggiungono 285 mln tolti all'edilizia sanitaria. Al momento, l'unica strategia definita per recuperare risorse è "l'attuazione del Regolamento sugli standard ospedalieri", anche se "Regioni e Province Autonome potranno conseguire il raggiungimento dell'obiettivo finanziario intervenendo su altre aree della spesa sanitaria" che saranno rese note entro il prossimo 15 marzo.

«La preoccupazione maggiore per i cittadini italiani – afferma Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe – è rappresentata non solo dall'ennesimo taglio lineare, edulcorato come "mancato incremento del fondo sanitario nazionale", ma soprattutto dal quadro inquietante i cui contenuti appaiono sempre più netti: il Governo si sbarazza progressivamente di una quota della spesa pubblica destinata alla Sanità, le Regioni sono incapaci di formulare proposte unitarie per ridurre inefficienze e sprechi, la Repubblica, quale garante del diritto costituzionale alla tutela della salute, ha un ruolo sempre più sfumato, ormai quasi evanescente».

«Le contraddizioni tra tutela dei diritti costituzionali, finanziamento pubblico della Sanità e programmazione-organizzazione dei servizi sanitari e sociali – continua il Presidente – dimostrano che i ruoli e le responsabilità istituzionali finiscono per diluirsi e svanire nelle stesse pieghe normative che oggi alimentano il conflitto istituzionale tra Stato e Regioni, indeboliscono il ruolo della Repubblica quale garante dell'articolo 32 della Costituzione ed erodono progressivamente i diritti dei cittadini».

Peraltro, se la Legge di Stabilità ha ribadito quanto concordato da Stato e Regioni nel Patto per la Salute, ovvero che "i risparmi derivanti dall'applicazione delle misure

contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie", perché le Regioni, contestualmente alla rinuncia ai 2 mld, volevano rinunciare a questa opportunità, chiedendo l'abrogazione del comma 557, dell'articolo 1?

«Appare evidente - precisa Cartabellotta - che le Regioni, oltre a dimostrarsi incapaci di attuare un virtuoso processo di disinvestimento e riallocazione, hanno l'ambizione di gestire in totale autonomia le risorse assegnate dallo Stato per finalità sanitarie, così da poterle "spostare" verso altri settori. Una richiesta che stride con la garanzia del diritto alla tutela della salute, affidato dalla Costituzione alla Repubblica, ma di fatto attuato da Stato e Regioni».

Tutto questo a dispetto di quanto affermato dal Presidente Sergio Mattarella che, in occasione del discorso di insediamento al Quirinale, ha pronunciato parole rassicuranti, affermando di essere "il garante della Costituzione", che "la garanzia più forte della nostra Costituzione consiste nella sua applicazione" e che "garantire la Costituzione significa garantire i diritti dei malati".

«Se è vero che, richiamando Carlo Levi, le "parole sono pietre" - conclude Cartabellotta - la Fondazione Gimbe chiede a tutte le Istituzioni di fare chiarezza all'unisono sul futuro della Sanità pubblica, perché oggi le inderogabili necessità imposte al Governo da esigenze di finanza pubblica, invece che tagliare sprechi e inefficienze, stanno ridimensionando il diritto costituzionale alla tutela della salute».

## DOCTOR 33. IT

### Proroga al regime dei minimi. Dal Milleproroghe novità fiscali e sanitarie

Le regioni avranno un po' meno fretta sulle ricette digitali e le tariffe nazionali di riferimento delle prestazioni scatteranno più tardi: questo in sintesi il contenuto del decreto Milleproroghe pubblicato sulla gazzetta ufficiale di ieri ed ufficialmente in vigore. La novità principale è che per i contribuenti fino a 30 mila euro resta, ad opzione, il regime dei minimi partito nel 2011. Ma vediamo per gradi le news fiscali e quelle sanitarie.

*Fisco* - Il regime minimi 2011 consente - entro 30 mila euro contro i 15 mila cui sarebbero stati "costretti" i professionisti da quest'anno - un'imposizione al 5% anziché al 20% sul reddito libero professionale calcolato per cassa (bonifici) anziché per competenza (previsione sulle fatture emesse nell'anno solare). Sempre per i giovani professionisti finiti all'estero per respirare è prevista un'imposta sui redditi complessivi al 20% per le donne e al 30% per gli uomini. Chi è sfrattato ha fino a tutto giugno per trovare casa. Allo stesso modo gli enti amministrativi (i Tar) hanno fino a tutto giugno per prepararsi alla digitalizzazione dei procedimenti con sistemi d'accoglienza online e software che accettano la firma elettronica.

*Sanità* - E veniamo alla parte sanitaria delle competenze della Pubblica



amministrazione. Il comma 4-bis al Milleproroghe rinvia l'obbligo di digitalizzazione delle ricette dei medici di famiglia. Le regioni dovranno produrre il 90% di ricette online entro il 2016 e non entro il 2015. Si prende così atto delle diverse situazioni esistenti nelle regioni per l' "allacciamento" al Sistema di accoglienza del ministero dell'Economia. In realtà secondo il decreto semplificazioni 179/2012 le ricette online dovevano essere il 60 % nel 2013, l'80 nel 2014 e il 90 già entro quest'anno. Altro rinvio al 2016 per il nomenclatore tariffario nuovo. Resta valido fino a dicembre il precedente, approvato sotto il ministero Balduzzi DM 18 ottobre 2012, e relativo ai ricoveri, anche in lungodegenza e riabilitazione, ed alla specialistica ambulatoriale. Invece, già entro giugno 2015 vanno riviste le regole su immissione in commercio ed esportazione in ambito Ue di plasma ed emoderivati italiani: le regole attuali risalgono all'accordo stato-regioni 2010.

Infine, il registro Sistri: a chi non si è adeguato fino a fine 2015 si applicano le vecchie regole ante-informatizzazione dello smaltimento rifiuti speciali pericolosi. L'appuntamento però non riguarda né riguarderà i professionisti della salute - medici e dentisti sono esentati da un emendamento al Decreto del Fare del marzo 2014 - a meno per qualche motivo non abbiano aderito volontariamente al registro digitale istituito nel 2009.

## **DIRITTO SANITARIO Autoproduzione" ASL dei servizi di pulizia e sanificazione delle proprie strutture**

L'affidamento diretto, in house - lungi dal configurarsi come un'ipotesi eccezionale e residuale di gestione dei servizi pubblici locali costituisce invece una delle normali forme organizzative delle stesse, con la conseguenza che la decisione di un ente in ordine alla concreta gestione dei servizi pubblici locali, ivi compresa quella di avvalersi dell'affidamento diretto, in house (sempre che ne ricorrano tutti i requisiti), costituisce frutto di una scelta ampiamente discrezionale, che deve essere adeguatamente motivata circa le ragioni di fatto e di convenienza che la giustificano e che, come tale, sfugge al sindacato di legittimità del giudice amministrativo, salvo che non sia manifestamente inficiata da illogicità, irragionevolezza, irrazionalità ed arbitrarietà ovvero non sia fondata su di un altrettanto macroscopico travisamento dei fatti.

I principi rappresentati, benché riferiti alla materia dei servizi pubblici locali, ben possono essere estesi alla specifica vicenda, concernente la scelta di un'azienda sanitaria di autoprodurre i servizi di pulizia e sanificazione delle proprie strutture, considerato che il modello dell'in house providing nasce a livello comunitario proprio come alternativa all'appalto di servizi.

[Avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)]

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584