

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MERCOLEDI' 25 FEBBRAIO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ **ALGHERO** La Cisl Fp all'attacco «Ospedale cantiere e degenti in barella»
Marras: Interventi immediati su strutture e organizzazione

L'UNIONE SARDA

- ❖ **Un grande progetto di sanità pubblica** di Luigi Arru, assessore regionale alla Sanità
- ❖ **OLBIA** L'assessore Erriu sulla riforma degli enti locali, in aula venerdì prossimo **Autonomia persa: «Nessun confine sarà imposto**
- ❖ **ALGHERO E OZIERI** **Colonna vertebrale: ospedali al top** Riconoscimento nazionale per le terapie

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Lorenzin: «Ticket per chi va al pronto soccorso quando non serve»**. E alle Regioni: «Non possono auto tagliarsi il Fondo. Federalismo sanitario ha fallito»
- ❖ **Aids. Il punto sulle iniziative del ministero della Salute e dell'Iss.** La relazione al Parlamento
- ❖ **Certificati di morte e invio on line all'Inps.** Milillo (Fimmg): «No ad altri compiti amministrativi»
- ❖ **Lesioni alla cornea.** Arriva il farmaco che ridà la vista senza trapianto. **Ok da Commissione UE**

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Corte dei Conti: la stretta finanziaria rischia di alimentare nuovi squilibri**
- ❖ **Sostenibilità del Ssn. I risultati dell'indagine conoscitiva della Igiene e Sanità**

DOCTOR 33. IT

- ❖ **Formazione in Mg.** Prorogati i termini per lo scorrimento delle graduatorie
- ❖ **Triennio Mg. Snamì Er: troppi abbandoni. Part-time per garantire reddito**
- ❖ **Trojano (Aogoi). Meno punti nascite ma di eccellenza**
- ❖ **Consulta Enpam libera professione.** Mele: serve revisione profonda
- ❖ **Medici e collaboratori, i punti critici del Jobs act**
- ❖ **Cosmed rinnova gli organismi statutari. Giorgio Cavallero è il nuovo segretario generale**
- ❖ **DIRITTO SANITARIO** Procedure di reclutamento: limiti alla sostituzione della commissione

LA NUOVA SARDEGNA

ALGHERO La Cisl Fp all'attacco «Ospedale cantiere e degenti in barella» Marras: Interventi immediati su strutture e organizzazione

Cambiano i suonatori, ma la musica è sempre la stessa. Il vecchio adagio si può applicare correttamente alle vicende del distretto sanitario algherese alle prese con problemi operativi e strutturali in corso da anni, nonostante le ripetute enunciazioni di principio giunte dal mondo politico e da quello manageriale. Difficoltà che tra l'altro vanno a colpire una utenza ben più vasta di quella algherese, dato che coinvolge le popolazioni del territorio e dei centri circostanti. Uno degli esempi più eclatanti che ha riguardato il fronte delle promesse non mantenute per il distretto sanitario riguarda l'annunciata realizzazione di un nuovo ospedale la cui costruzione non è prevista neanche nel piano sanitario regionale. Le precarietà complessive della sanità algherese vengono ora affrontate dalla organizzazione sindacale del comparto sanitario Cisl-Fp Sassari rappresentata dal dirigente Mauro Marras che traccia un quadro molto preoccupante della situazione esistente nel presidio sanitario a nord ovest della Sardegna. «C'è bisogno – afferma Marras – di interventi immediati, tanto sulle strutture quanto sull'assetto organizzativo». Il sindacalista pone in primo piano il completamento dell'ospedale civile «per garantire condizioni assistenziali accettabili». Entrando nel merito dei problemi l'esponente della Cisl segnala la lentezza dei lavori di ristrutturazione di alcune unità operative dell'ospedale civile come l'ala nuova ex reparto uomini di medicina e l'ala sud del reparto chirurgia che hanno creato una drastica riduzione dei posti letto tanto che i pazienti trascorrono la degenza in barelle di fortuna o dislocati in altri reparti dell'ospedale. Tra i reparti più colpiti quello della medicina generale. « Inoltre – aggiunge il sindacalista – in previsione dell'accorpamento dell'ospedale Santissima Annunziata all'Azienda ospedaliero universitaria, andrebbero potenziate unità operative come Cardiologia, Riabilitazione e Urologia, quest'ultima costretta a superare quotidianamente problemi logistici e di posti letto». Va ricordato che Urologia da tempo ha raggiunto livelli di professionalità tali da diventare un autentico punto di riferimento per l'utenza. « Va segnalata ancora – sostiene Marras – la cronica carenza di infermieri professionali, operatori socio sanitari, tecnici e altre figure, carenza che non consente di garantire in maniera adeguata l'assistenza sanitaria ai degenti e agli utenti». Viene poi osservato che in una condizione di precarietà di organici sarà un'impresa garantire in occasione della prossima estate, quando crescerà la domanda, i livelli essenziali di assistenza». L'intervento del sindacalista si conclude citando il disagio a cui sono sottoposti lavoratori «costretti a saltare i riposi settimanali o garantire rientri in regime di

straordinario oltre che differire la fruizione delle ferie". Il sindacato, infine, ribadisce di essere ampiamente disponibile a incontrare la dirigenza dell'Asl numero 1 per affrontare insieme le problematiche sul tappeto e portarle a soluzione.

Il personale è scarso, quest'estate assistenza a rischio

Sono poco meno di un migliaio i dipendenti che operano nella sanità. Distribuiti in parte negli ospedali e nel territorio con ambulatori e uffici amministrativi. Le carenze più vistose di organico si trovano nei reparti operatori e nella medicina dei due nosocomi, Marino e Civile. Settori gravati anche dalle turnazioni notturne per l'assistenza ai ricoverati. Non vengono invece denunciati problemi di carenza di personale nei comparti ambulatoriali e soprattutto in quelli amministrativi.

L'UNIONE SARDA

Un grande progetto di sanità pubblica di Luigi Arru, assessore regionale alla Sanità

Ho letto l'intervento di Massimo Dadea mentre mi preparavo a partecipare alla Conferenza regionale amianto che si è tenuta a Oristano venerdì scorso, nel corso della quale abbiamo presentato i dati sui casi di mesotelioma (tumore correlato all'esposizione all'amianto) raccolti dal 2000 a oggi dal Centro operativo regionale; nella nostra Isola sono stati individuati 205 casi e le indagini epidemiologiche condotte ci permettono di capirne la diffusione nei territori comunali, di spiegarne le cause e prevedere che gli effetti potranno essere crescenti nei prossimi anni. Considero le riflessioni dell'editoriale come uno stimolo a proseguire su questa strada e condivido l'esigenza di basare la programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari in relazione a informazioni oggettive. Questo è il lavoro che devono fare i registri tumori, oggi presenti a Sassari e Nuoro (entrambi accreditati a livello nazionale e internazionale), ma che devono consolidare il loro operato su tutto il territorio regionale. Vogliamo creare un unico Registro regionale dei tumori, articolato su tre grandi aree territoriali.

Il 29 gennaio assieme al direttore generale dell'assessorato ho incontrato i dirigenti dell'ufficio del Garante della privacy per cercare di affrontare le criticità che nascono dall'esigenza di trattare i dati personali per le finalità del Registro, di indubbio e rilevante interesse pubblico, con la giusta esigenza di tutelare i diritti alla riservatezza dei cittadini. Sapevo che questo è stato negli anni scorsi il maggiore ostacolo alla piena realizzazione dei registri di patologia. Ho incontrato, quasi inaspettatamente, una piena disponibilità e sintonia sui comuni obiettivi e sono fiducioso che riusciremo presto a lanciare un grande progetto di sanità pubblica.

L'impegno della Giunta e dell'assessorato alla Sanità è quello di basare i prossimi importanti atti di programmazione, a cominciare dal potenziamento delle attività di prevenzione, al riordino della rete ospedaliera, in relazione alla rilevazione oggettiva dei bisogni, diversi in rapporto ai differenti luoghi di vivere dei cittadini, alla loro capacità e possibilità accedere ai servizi, che sappiamo essere diversa in relazione alle evidenti diseguaglianze sociali.

La programmazione sanitaria verterà nello spiegare le azioni sulla base di dati di evidenza (Evidence based healthcare), e non piegare le scelte in rapporto alle richieste, il più delle volte conservative, apparentemente innovative ma spesso autoreferenziali, che hanno condizionato da anni la politica del settore. Vogliamo andare all'Expo consapevoli delle nostre criticità ma presentando una regione allineata alle migliori esperienze nazionali e internazionali, orgogliosi della nostra identità.

**assessore regionale alla Sanità*

OLBIA L'assessore Erriu sulla riforma degli enti locali, in aula venerdì prossimo **Autonomia persa: «Nessun confine sarà imposto**

Una Gallura svuotata di ogni autonomia, senza presidi pubblici e senza più lo slancio privato di un tempo. È il quadro presentato all'assessore regionale Cristiano Erriu, tornato a Cagliari dopo l'incontro fume in Consiglio comunale, con un lungo promemoria delle questioni sollevate da politici, professionisti e imprenditori. L'assemblea alla fine non ha votato un ordine del giorno. Sulla questione della sanità e del rischio di soppressione della Asl ha adottato la ricca relazione preparata dal primario di Ortopedia Peppino Mela mentre su piano casa e legge urbanistica c'è un documento firmato da tutti i sindaci nell'incontro di Arzachena.

Erriu ha annunciato che il disegno di legge sulla riorganizzazione degli enti locali e la cancellazione delle Province dovrebbe arrivare in discussione in Consiglio regionale venerdì. «Si terranno in giusta considerazione tutti gli stimoli provenienti dal territorio», ha spiegato l'assessore: «Sono convinto che solo dal dialogo possa scaturire il giusto e importante risultato al quale puntiamo. Il riordino del sistema degli enti sarà fondato sulla capacità dei territori di trovare una soluzione di gestione dell'area vasta che sia il più possibile autonoma e non calata dall'alto. Nessun confine geografico sarà imposto». L'assessore alla Sicurezza Ivana Russu e il presidente della commissione Pubblica istruzione Gianluca Corda hanno evidenziato i disagi derivati dalla soppressione delle province in materia di Protezione civile e scuole.

MALUMORI C'è stato anche qualche momento di nervosismo in aula per la gestione dei lavori da parte del presidente del Consiglio comunale Vanni Sanna più protagonista che arbitro. Giorgio Spano, presidente della commissione urbanistica e capogruppo del Pd2, dopo aver atteso inutilmente che gli venisse data la parola ha lasciato l'aula, seguito poco dopo dal collega Pietro Spano.

ALGHERO E OZIERI **Colonna vertebrale: ospedali al top Riconoscimento nazionale per le terapie**

Alghero e Ozieri promossi a centri qualificati per il trattamento delle patologie della colonna vertebrale. I due ospedali già da tempo hanno messo a punto una terapia di vertebroplastica percutanea, eseguita in regime di day hospital, indicata principalmente per il trattamento del dolore causato da fratture vertebrali da compressione, la maggior parte delle quali dovute all'osteoporosi. La tecnica consiste

nell'iniezione all'interno del corpo vertebrale fratturato di un particolare tipo di cemento chirurgico attraverso un ago metallico dedicato, introdotto in anestesia locale e sotto guida radiosopica. La stabilizzazione della vertebra impedisce la formazione di nuove lesioni permettendo un rapido recupero delle normali attività fisiche del paziente. A Ozieri nel periodo compreso tra settembre e febbraio sono stati sottoposti a intervento di vertebroplastica percutanea 31 pazienti. Dopo circa tre ore di osservazione i pazienti sono stati dimessi e hanno potuto lasciare l'ospedale per riprendere le proprie attività quotidiane.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Lorenzin: “Ticket per chi va al pronto soccorso quando non serve”. E alle Regioni: “Non possono auto tagliarsi il Fondo. Federalismo sanitario ha fallito”

"C'è un abuso nell'utilizzo del Ps. Un'abitudine del cittadino. E non sarei contraria a far pagare gli accessi impropri. Ci dovrebbe essere un ticket e con la tessera sanitaria tutti i dati sono noti". Così ieri sera (lunedì) a Piazza Pulita su La 7 in una lunga intervista che ha toccato tutti i temi "caldi" della sanità. A partire dalla tragedia di Catania fino al braccio di ferro con le Regioni sui tagli della Stabilità e alle prospettive della sanità pubblica. Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** ieri sera ospite di Piazza Pulita su La7 è entrata nel vivo degli ultimi fatti di cronaca che hanno coinvolto il comparto ma ha pure affrontato di petto i nodi irrisolti della sanità italiana: dai tagli, agli sprechi fino alla disorganizzazione e alle differenze tra le varie regioni.

Primo tema toccato in trasmissione è stato il **caso della piccola Nicole**. La neonata morta in Sicilia dopo un'odissea alla ricerca di un posto letto in terapia intensiva neonatale. “Il caso di Catania è gravissimo e fuori dal mondo perché mancava la procedura, non c'era l'informatizzazione. Non c'era niente”, ha sottolineato il Ministro che ha anche ricordato come il problema è che “la regione ha rallentato l'applicazione della norma rinviandola più volte. Adesso ho mandato una task force con i Nas e degli esperti e ora alla Regione manderemo prescrizioni molto forti. Entro giugno devono fare l'informatizzazione della rete”.

Ma a parte i casi di cronaca Lorenzin ha rimarcato come oggi uno dei problemi in sanità sia “far applicare la legge nazionale alle regioni” e ha ribadito che “se le regioni non applicano le norme si mandano i commissari”.

Il Ministro ha poi evidenziato come la nostra sanità oggi sia divisa in “regioni in piano di rientro e non” ma in ogni caso “bisogna ammettere che **c'è stato un fallimento del federalismo sanitario**”. E rispetto alle Regioni Lorenzin ha pure toccato il tema dei tagli alla Stabilità. “Sono contraria – ha ribadito - . Le **Regioni non possono auto tagliarsi le cifre che hanno annunciato**. Motivo per cui è stato fatto un tavolo in cui sarò presente finalmente anch'io come Ministro per proporre delle alternative. Altrimenti non avremo la possibilità per il 2015 di poter introdurre

delle novità” come il farmaco per l’epatite C e i nuovi Lea.

Sempre sulle Regioni il Ministro ha rivelato apertamente “di avercela con loro anche se nell’ultimo anno abbiamo lavorato bene insieme”. Il problema per il ministro è che “c’è un tasso di sprechi e inappropriately elevato ma non è che si può pensare che riducendo ancora i fondi si risolvono le cose”.

Altro tema affrontato dal Ministro ha poi riguardato il **caos dei Pronto soccorso**. “C’è un abuso nell’utilizzo del Ps. Un’abitudine del cittadino – ha sottolineato Lorenzin – e **non sarei contraria a far pagare gli accessi impropri**. Ci dovrebbe essere un ticket e con la tessera sanitaria tutti i dati sono noti”. Ma la questione è anche che “molto spesso il territorio non funziona. Ed è questo a cui stiamo lavorando”.

Una battuta anche sul problema del precariato. “Stiamo risolvendo la questione. Il problema è che con il blocco del turnover ci sono due generazioni che non si stanno formando”.

In conclusione il Ministro è intervenuta sullo scenario **futuro della sanità pubblica**. “Il budget può bastare e se riusciamo ad applicare il Patto per la salute nei tempi fermiamo il declino. Se non ci riusciremo dovremmo interrogarci sul futuro”.

■ [Come funziona il ticket sul pronto soccorso. Le regole regione per regione](#)

■ [FP CGIL: “Dal Ministro analisi giuste, ma soluzioni inefficaci”](#)

■ [ACOI: "I ticket sui codici bianchi siano prelevati dai budget dei mmg che inviano impropriamente i pazienti al Ps"](#)

Aids. Il punto sulle iniziative del ministero della Salute e dell’Iss. La relazione al Parlamento

Dalle attività di comunicazione alle linee guida per i trattamenti sanitari. Focus sul tema della discriminazione nei luoghi di lavoro e la prevenzione nella popolazione migrante. [LA RELAZIONE AIDS 2013](#).

Il ministro Lorenzin ha inviato la relazione annuale al Parlamento, prevista dalla legge 135 del 1990 per la lotta all’Aids, sulle attività svolte dal Ministero nell’ambito dell’informazione, prevenzione, assistenza e attuazione di progetti relativi all’Hiv/Aids.

La relazione riporta, inoltre, le attività svolte dalla Commissione nazionale per la lotta contro l’Aids e l’attività svolta dall’Istituto superiore di sanità, in particolare le iniziative in tema di sorveglianza dell’infezione da Hiv e dell’Aids, di ricerca e di consulenza telefonica (Telefono Verde AIDS e IST).

Certificati di morte e invio on line all’Inps. Milillo (Fimmg): “No ad altri compiti amministrativi”

Per il segretario del sindacato dei Mmg “anche se questo tipo di attività non coinvolge i medici di medicina generale convenzionati è importante sottolineare che un eccesso di attività burocratiche costringe il medico a ridurre sempre più il tempo dedicato alle attività professionali. Per questo sosteniamo la [posizione del presidente](#)

dell'Omceo Roma, Roberto Lala”

“Non possiamo che sostenere la posizione del presidente dell’Ordine provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma, Roberto Lala, riguardo l’obbligo per le migliaia di medici necroscopi italiani di trasmettere per via telematica all’INPS il certificato necroscopico redatto al capezzale del defunto”. Lo dichiara il segretario nazionale della Fimmg, **Giacomo Milillo**.

“Anche se questo tipo di attività non coinvolge i medici di medicina generale convenzionati – ribadisce Milillo – è importante sottolineare che un eccesso di attività burocratiche costringe il medico a ridurre sempre più il tempo dedicato alle attività professionali. Non comprendiamo, inoltre, il perché di una norma di questo tipo visto che attualmente l’invio all’INPS della certificazione definitiva di morte è una competenza già attribuita agli uffici anagrafici che recepiscono quotidianamente le certificazioni necroscopiche – conclude Milillo -. Ci domandiamo perché, essendoci interi uffici dedicati all’incombenza, si debba scaricare l’onere su singoli professionisti medici. Uno ‘sport’ diventato ormai troppo diffuso”.

Lesioni alla cornea. Arriva il farmaco che ridà la vista senza trapianto. Ok da Commissione UE

E' il primo farmaco al mondo a base di staminali ed è in grado di rigenerare la cornea danneggiata da ustioni termiche o chimiche. Recupero della vista nell'80% dei casi di lesioni superficiali evitando il trapianto. Ma aiuta anche il recupero quando il trapianto di cornea è invece indispensabile.

Holoclar è il primo farmaco basato su staminali ad essere approvato dalla Commissione Europea, che ne ha notificato a Chiesi Farmaceutici l’autorizzazione all’immissione in commercio. Si tratta di un traguardo tutto italiano, dato che il farmaco è stato messo a punto nei laboratori di Holostem Terapie Avanzate, spin off dell’Università di Modena e Reggio Emilia, presso il Centro di Medicina Rigenerativa “Stefano Ferrari” (CMR) dell’ateneo modenese.

Il farmaco rigenera la cornea danneggiata da gravi ustioni, termiche o chimiche, consentendo il ripristino della visione, in circa l’80% dei casi trattati con lesioni superficiali: in questi pazienti esso sostituisce il trapianto, mentre dove i danni sono più profondi aumenta le possibilità di successo del trapianto. In un futuro prossimo sarà disponibile per tutti i pazienti europei che necessitano del trattamento.

Il via libera della Commissione Europea arriva subito dopo il [parere favorevole del Chmp](#) (Comitato Europeo per i Prodotti Farmaceutici per Uso Umano) dell’Ema, nel dicembre scorso.

“*Holoclar* è in assoluto il primo prodotto di terapie avanzate a base di cellule staminali approvato e formalmente registrato nel mondo occidentale”, dichiara **Andrea Chiesi**, Direttore R&D Portfolio Management di Chiesi Farmaceutici S.p.A. e Amministratore Delegato di Holostem Terapie Avanzate.

Come funziona il trattamento

La storia dello sviluppo del farmaco rappresenta un esempio di medicina

traslazionale, nella quale le competenze di chi fa ricerca e di chi cura i pazienti si combinano insieme per raggiungere il risultato finale.

Il farmaco rappresenta una terapia avanzata a base di *cellule staminali autologhe* in grado di restituire la vista a pazienti con gravi ustioni della cornea, la sottile membrana oculare trasparente che è la più potente lente visiva che possediamo.

In particolare, quando ustioni termiche o chimiche danneggiano questa lente, può accadere di perdere la vista. Holoclar è in grado di ‘riparare’ la cornea danneggiata mediante una ricostruzione effettuata in laboratorio basata proprio sulla ‘riserva naturale’ delle staminali del paziente. Ecco come.

“Abbiamo scoperto che le cellule staminali che consentono la rigenerazione della cornea risiedono in una piccola area al confine tra la cornea (la parte trasparente al centro dell’occhio) e la congiuntiva (la parte bianca attigua) che si chiama limbus”, afferma **Graziella Pellegrini**, Coordinatrice della terapia cellulare al CMR nonché direttrice R&D e cofondatrice di Holostem, che ha ideato, insieme al professor De Luca, tutte le fasi di sviluppo del prodotto. “Quando ustioni termiche o chimiche della superficie oculare danneggiano irreversibilmente questa riserva di staminali la superficie corneale, che in un occhio sano si rinnova completamente ogni sei/nove mesi, smette di rigenerarsi e la congiuntiva a poco a poco comincia a ricoprire la cornea con una patina bianca che rende impossibile la visione e provoca dolore e infiammazione cronici. Se almeno in uno dei due occhi del paziente è rimasto anche un residuo piccolissimo di limbus non danneggiato, siamo in grado di ricostruire in laboratorio l’epitelio che ricopre la superficie corneale, grazie alle cellule staminali raccolte da una biopsia di 1-2 mm²”.

In pratica, un lembo di epitelio, *Holoclar* appunto, come una sorta di lente a contatto che rigenera la lente naturale danneggiata “viene trapiantato e consente di ottenere una cornea trasparente stabile nel tempo e un pieno recupero della capacità visiva”, aggiunge Pellegrini, “senza provocare nessuna reazione di rigetto perché costituito dalle cellule del paziente stesso”.

In generale, l’intervento necessario differisce da paziente a paziente. “L’intervento sul paziente consiste nel rimuovere lo strato vascolarizzato che ricopre la cornea e trasferire sulla superficie corneale le cellule staminali coltivate su un disco di fibrina che appare molto simile a una grande lente a contatto morbida”, ha spiegato **Paolo Rama**, Primario dell’Unità Operativa di Oculistica – Cornea e Superficie Oculare dell’IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano, da anni a fianco di Graziella Pellegrini e Michele De Luca. “Se l’ustione è stata superficiale e la cornea sottostante è trasparente, questo intervento è risolutivo. Se il danno è profondo, invece, è necessario anche il trapianto di cornea tradizionale che ha possibilità di successo solo se prima si è intervenuti con l’innesto di cellule staminali limbari”.

Per quanto riguarda i risultati, anche a lungo termine “l’epitelio corneale si è mostrato stabile a tutti i controlli”, aggiunge Rama, “la conferma che le cellule staminali coltivate hanno mantenuto le loro caratteristiche e le loro capacità nel tempo”.

Il trapianto, inoltre, può avvenire anche a distanza di anni dall’incidente, senza per questo essere meno efficace

L’iter autorizzativo

Dopo l’approvazione odierna da parte della Commissione europea si dovrà attendere

l'immissione in commercio da parte delle autorità nazionali e il farmaco potrà in un futuro prossimo essere disponibile per tutti i pazienti europei che abbiano subito incidenti sul lavoro (causati per esempio da calce viva, da solventi o da acidi), incidenti domestici (per esempio ustioni oculari provocate da detersivi o agenti abrasivi in adulti e bambini) o agenti chimici. "L'iter autorizzativo, in cui siamo stati veri e propri pionieri, è stato lungo e complesso ma il risultato ottenuto oggi ci dimostra che le cellule si possono coltivare secondo standard farmaceutici in grado di garantire ai pazienti sicurezza ed efficacia", aggiunge **Michele De Luca**, Direttore scientifico e cofondatore di Holostem oltre che Direttore del CMR dell'ateneo modenese.

Infatti, la direttiva europea 1394/2007 equipara sostanzialmente le terapie avanzate cellulari ai farmaci e prevede, tra le altre cose, che le terapie cellulari possano essere prodotte solo in officine farmaceutiche certificate Gmp (*Good Manufacturing Practice*). In questo caso, il Centro di Medicina Rigenerativa di Modena è stato certificato come Gmp e così è stato possibile procedere nel cammino di registrazione del farmaco.

Gli obiettivi per il futuro

Ed ora il team di ricerca punta a sviluppare nuovi prodotti di terapie avanzate, come la terapia genica per la cura dell'Epidermolisi Bollosa o "Sindrome dei Bambini Farfalla" - una rara malattia genetica che colpisce la pelle-, applicata fino ad ora con successo sui primi due pazienti al mondo. I ricercatori, inoltre, protocolli sperimentali e clinici con altre cellule staminali degli epitelii di rivestimento come congiuntiva, uretra, mucosa orale ed epitelii respiratori.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Corte dei Conti: la stretta finanziaria rischia di alimentare nuovi squilibri

Sono tutte in aumento le voci del bilancio sanitario 2014 ma non abbastanza per garantire «l'accesso dei pazienti a farmaci e tecniche di cure innovative», in altre parole per «offrire un'adeguata assistenza ad una popolazione sempre più longeva». E' l'analisi della Corte dei conti messa nero su bianco nelle Prospettive della finanza pubblica dopo la Legge di stabilità. La spesa per il 2014 è stata stimata a quota 111.475 milioni, in aumento del 2% rispetto all'esercizio precedente; crescono anche i redditi da lavoro dipendente (+0,1%) e i consumi intermedi (+3,8%). Non è da meno la spesa dei «produttori market» (+2%), un aggregato dove la farmaceutica presenta un aumento dell'1,5% mentre la medicina di base un incremento dello 0,1% risentendo degli effetti dei limiti agli incrementi retributivi al personale convenzionato con il Ssn.

Per le altre prestazioni in convenzione è stata ipotizzata una variazione del 3,4% mentre le altre componenti di spesa (pari a 5 miliardi nel 2014) sono previste in aumento del 6,7 per cento.

Cresce, dunque, la spesa sanitaria ma in linea con le aspettative del Prodotto interno lordo le cui performance sono in costante discesa.

I calcoli si accavallano: nel periodo 2015-2018, secondo la Corte dei conti, per la spesa sanitaria si prevede una crescita del 2,1% medio annuo, inferiore alla variazione attesa del Pil nominale (+3 per cento annuo): l'incidenza della spesa sul prodotto appare in riduzione, passando dal 7% del 2014 al 6,8% del 2018.

Osservando, invece, il livello di finanziamento contenuto nel Patto della salute rispetto alle dinamiche del Pil gli importi che ne derivano sono significativamente inferiori a quelli calcolati nel luglio scorso, ossia poco meno di 1,7 miliardi nel 2015 e 2,7 miliardi nel 2016 a partire dai dati tendenziali. E ciò senza modificare l'ammontare del 2014 che è stato rivisto in aumento nel Patto di oltre il 2,7% a fronte di una crescita prevista allora in aumento dell'1,7 per cento. Valore ridimensionato nell'ottobre scorso ad un più modesto +0,5 per cento. E per la Corte «la soluzione che sembra profilarsi con l'accordo Stato/Regioni in corso di definizione potrebbe mantenere il profilo di spesa in linea con il tasso di crescita più aggiornato».

Da questo trend si rafforza la preoccupazione «di come rispondere alle necessità di un settore che, pur scontando ancora margini per un recupero di efficienza al suo interno, deve affrontare costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire adeguata assistenza ad una popolazione sempre più longeva. L'allentamento del vincolo finanziario - è scritto nel rapporto - poteva consentire di affrontare con più facilità nodi irrisolti (revisione dei Lea, finanziamento delle strutture sanitarie, revisione dei criteri di riparto delle risorse tra le regioni, revisione delle compartecipazioni alla spesa, un ripensamento delle esenzioni), che il nuovo Patto della salute ha solo elencato rinviandone la definizione. Elementi che, se non risolti, rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione».

Sostenibilità del Ssn. I risultati dell'indagine conoscitiva della Igiene e Sanità

«Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia». Come dire che - citando il Roy Romanow delle conclusioni della Commission on the Future of Health Care in Canada - a guardare il mero versante economico non se ne esce. La sostenibilità del sistema sanitario «è prima di tutto un problema culturale e politico», affermano nel documento sull'indagine conoscitiva condotta dalla commissione Igiene e Sanità, ora all'esame dei colleghi senatori, i relatori Nerina Dirindin e Luigi D'Ambrosio Lettieri. Che in una 50ina di pagine passano in rassegna i principali temi affrontati dal giugno 2013, quando l'indagine fu autorizzata. Dalla sanità come volano alla trasparenza, dalla prevenzione alla cronicità, dalla governance alle politiche per il personale. Questi, e molti altri temi ancora, sono al centro delle nove "Considerazioni conclusive" che qui riassumiamo.

Il finanziamento del Ssn. Nei prossimi anni il sistema non potrà sopportare altri tagli, pena un ulteriore peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento del lavoro degli operatori. Margini di miglioramento arriveranno solo con un'attenta riqualificazione dell'assistenza, soprattutto in termini di appropriatezza clinica e organizzativa. I risparmi andranno destinati ai servizi più carenti, come quelli sul territorio per le patologie cronicodegenerative;

La sostenibilità della spesa privata. Particolare attenzione va riservata sul fronte della spesa privata alle forme di protezione integrativa, analizzandone costi e benefici (per il cittadino, la collettività e per le finanze pubbliche), il ruolo nella tutela della salute nonché l'adeguatezza della disciplina a tutela del paziente;

Un piano straordinario di investimenti. Serve un piano straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, disegnato in modo da evitare i passati insuccessi di alcune Regioni: potrebbe costituire un volano per l'occupazione e la crescita, oltre che un'occasione per ammodernare il patrimonio del Ssn;

La ridefinizione e il monitoraggio dei Lea. Necessaria la revisione dei Lea, in funzione dei reali bisogni di salute dei pazienti e secondo Ebm e Hta, nonché una robusta revisione degli strumenti di verifica, in particolare nelle Regioni in Piano di rientro;

Una governance per l'uniformità. Va realizzata una governance per l'uniformità: serve uno sforzo per promuovere un sistema organico di strumenti che uniformi gli standard dell'offerta nei diversi aspetti dell'accesso, della completezza e della qualità dell'offerta, degli oneri a carico dei cittadini, degli esiti in termini di salute. Focus sugli effetti della povertà sulla salute e sui bisogni di assistenza;

Le risorse umane. Urge un piano di programmazione per le risorse umane, che preveda un'accurata revisione dei vincoli vigenti introducendo elementi di flessibilità, favorendo l'inserimento di nuove leve, rimodulando il turn-over, ipotizzando staffette intergenerazionali, superando il blocco dei contratti (anche solo nella parte normativa). Da razionalizzare gli iter formativi, la riforma degli Ordini e il tema del rischio clinico;

La responsabilità del medico e la medicina difensiva. Vanno migliorate la regolamentazione della responsabilità del medico e ridotti i costi stellari della medicina difensiva. Urge poi migliorare la regolamentazione della gestione del rischio clinico sia per tutelare i professionisti sia per garantire i pazienti, che attendono fino a 5 anni per il risarcimento del danno. Da rivedere la regolamentazione della responsabilità sanitaria, per tutelare sia il medico nella realizzazione dell'atto clinico sia il paziente nel diritto a un'informazione completa e chiara e al risarcimento del danno;

L'informatizzazione e digitalizzazione della sanità. Soluzioni tecnologiche nell'ambito dell'e-prescription, e-booking, mobilità, Fse e cloud consentirebbero maggiore accessibilità e migliore monitoraggio dei pazienti nonché una maggiore integrazione tra gli operatori. In questa logica assume rilevanza anche il dossier farmaceutico che può consentire il governo della spesa agevolando l'attuazione della pharmaceutical care. Il Patto sulla sanità digitale previsto nel Patto per la salute è un importante indirizzo strategico per i sistemi sanitari regionali ma va mantenuta una regia a livello centrale;

Legalità e trasparenza. Il sistema sanitario deve ancora dotarsi, sul piano culturale ed etico oltre che tecnico-amministrativo, di un insieme organico di strumenti volti a promuovere l'integrità del settore, particolarmente esposto a fenomeni di abuso di potere, frodi, corruzione. Formazione culturale e informazione devono divenire prassi diffuse a tutti i livelli, compreso quello politico-decisionale. «Non si tratta solo di combattere la corruzione - spiegano i relatori - si tratta di lavorare per l'integrità in

tutte le sue forme».

DOCTOR 33. IT

Formazione in Mg. Prorogati i termini per lo scorrimento delle graduatorie

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** ha firmato il decreto di proroga dei termini per lo scorrimento delle graduatorie degli idonei al corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 2014-2017. In virtù di tale decreto le Regioni potranno utilizzare le graduatorie sino al sesto mese dall'inizio dei corsi di formazione. «Grazie alla proroga - afferma il ministero - è scongiurato il rischio che non si possano coprire tutti i posti disponibili nei corsi di formazione a causa della lentezza dello scorrimento delle diverse graduatorie del concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione in medicina». Immediato l'apprezzamento di Fimmg formazione dopo che gli inconvenienti occorsi nel concorso nazionale istituito lo scorso autunno per l'accesso alle scuole di specializzazione avevano determinato a cascata anche ritardi nello scorrimento delle graduatorie del Corso di formazione specifica in medicina generale (Cfsmg) e si erano così perse numerose borse di studio.

Già lo scorso 13 gennaio, il segretario nazionale Fimmg **Giacomo Milillo** aveva segnalato queste criticità al ministro della Salute. Secondo la Federazione italiana medici di medicina generale, «sono stati numerosi i casi di coloro che, semplicemente per motivi economici, hanno rinunciato all'esigua borsa del Cfsmg in favore di quella più corposa e detassata, percepita durante la frequenza delle scuole di specializzazione universitarie, di fatto privando altri colleghi, seppur idonei, della possibilità di frequentare il Cfsmg».

Fimmg Formazione aveva poi fatto seguire una mobilitazione articolata, culminata lo scorso 4 febbraio con un TweetMob che aveva immediatamente raccolto numerose adesioni. La decisione di Beatrice Lorenzin di accordare una proroga agli scorrimenti della graduatoria del Cfsmg è stata dunque accolta come una vittoria «dell'impegno e della passione per la propria professione da parte dei giovani medici in formazione».

Triennio Mg. Snam Er: troppi abbandoni. Part-time per garantire reddito

«Non costringiamo i giovani a scegliere se fare il medico di medicina generale o cambiare mestiere per pagarsi il mutuo. Diamogli la chance di svolgere attività professionali in modo organizzato durante il triennio di formazione complementare con il part-time. Le regioni possono a farlo». *Roberto Pieralli* responsabile emiliano formazione e 118 riassume così la lettera che lo Snam emiliano con il presidente **Francesco Biavati** ha inviato all'Assessore Regionale. L'idea è semplice: in certi trienni si è arrivati al 30-40% di abbandoni, ora si chiede alla Regione Emilia Romagna di applicare l'articolo 12 del decreto Ministero Salute 7 marzo 2006 che consente alle regioni, avvertito il Ministero della Salute, di organizzare corsi part-

time, purch  di pari livello qualitativo e durata complessiva della formazione. Altre condizioni: l'orario settimanale non dev'essere inferiore al 50% dell'orario a tempo pieno, e dev'esserci un congruo numero di periodi formativi a tempo pieno sia in ospedale sia sul territorio. "La scelta della formazione a tempo parziale - recita il decreto - fa decadere ogni preclusione ed incompatibilit  presente in caso di formazione a tempo pieno". «La legge, fin dalla Finanziaria 2002, rende compatibile il tirocinio triennale solo con sostituzioni in continuit  assistenziale e assistenza primaria; ma si riferisce in modo chiaro all'attivit  a tempo pieno - spiega Pieralli - mentre il decreto 2006 offre alle Regioni un modo per risolvere da sole il problema, senza affidarsi a intese interregionali o leggi successive. Con la borsa di studio da 11600 euro l'anno, meno di 800 al mese, non si sopravvive, tanto pi  che si deve pagare l'assicurazione Rc a differenza degli specializzandi (il cui contratto   pi  "ricco")». Per Pieralli la sentenza dell'anno scorso della Corte dei Conti Lombardia che consente allo studente di svolgere piccole attivit  remunerate nelle residenze socio assistenziali e in libera professione (a condizione di lasciare intatta la frequenza ndr) non basta: «Un infermiere dopo 3 anni prende la laurea breve fa i concorsi e lavora, un aspirante mmg dopo 6 anni di laurea ne deve fare ancora tre. Certo, ci sono dei periodi espletabili solo a tempo pieno, ma in quei casi la soluzione si trova, si prende l'aspettativa dal lavoro, le ferie».

Snami ha gi  chiesto il part-time per i triennisti in passato alla Regione che per ; il problema sarebbero gli oneri aggiuntivi. «E' un nodo che riguarda tutta Italia e Snami ha ben presente - dice il presidente Biavati- ma in Emilia Romagna prevediamo un 50% di pensionamenti nei prossimi 5-6 anni e, con abbandoni cos  cospicui il problema di sguarnire la medicina del territorio o dover attingere all'immigrazione di medici dal resto del mondo   sempre pi  pressante».

Trojano (Aogoi). Meno punti nascita ma di eccellenza

Il 29% dei punti nascita in Italia   fuori standard. La mortalit  infantile al Sud   maggiore del 30%, oltre 1 parto su 3 con taglio cesareo, l'8% delle neo-mamme ha 40 anni e pi , 280 le mamme over 50. Sono i dati contenuti nell'ultimo rapporto Save the Children secondo cui Il 29% dei punti nascita   troppo piccolo (sotto i 500 parti l'anno) e l'eccessivo ricorso ai tagli cesarei ha punte elevate in Campania (61,5%), Molise (47,3%), Puglia (44,6%), Sicilia (44,8%). «Dobbiamo invertire la rotta e puntare - spiega Vito Trojano, Presidente dell'Associazione ginecologi ostetrici ospedalieri italiani (Aogoi) - alla creazione di punti nascita di eccellenza, con UTIN compresa, a cui fanno capo due-tre punti nascita pi  piccoli (intorno a 1000 parti). In questo modo si potrebbe assicurare una rete di assistenza migliore sia della gravide sia dei neonati».

Presidente, in Italia ci sono circa 128 strutture che fanno meno di 500 parti l'anno? Voi che situazione rilevate?

Le strutture interessate da meno di 500 parti l'anno sono distribuite un po' a macchia di leopardo tra nord, centro e sud e una buona parte di queste sono strutture private convenzionate e non. Noi dell'Aogoi, nel 2012, abbiamo pubblicato con la

Commissione parlamentare di inchiesta, allora presieduta dall'onorevole Leoluca Orlando, un testo in cui abbiamo relazionato con una indagine statistica effettuata su tutto il territorio nazionale, quali erano le caratteristiche di ciascuna struttura del territorio nazionale. Siamo stati i primi a spingere affinché si creasse una legge che mettesse in chiaro i punti a cui attenersi per rendere un punto nascita sicuro e moderno, potendo così fornire non solo alti standard di qualità di assistenza materno-infantile ma, standard di sicurezza per gli operatori.

E che cosa altro?

Un testo che contrastasse due cose importantissime: il numero dei parti cesarei e i contenziosi medico legali che, molto spesso, sono legati esclusivamente ad un discorso strutturale più che di natura medica. Quando Crocetta ha sollecitato il governo a chiudere le strutture a rischio, io ho risposto che da tempo noi insieme al governo avevamo indicato quelle da chiudere, ma dovevano essere poi le regioni a farlo.

In sostanza, si continua a far nascere bambini in strutture non a norma di legge?

Il discorso della chiusura di un punto nascita rientra in un quadro politico-clientelare per cui ogni campanile aveva il suo ospedale e ogni ospedale il suo punto nascita. Oggi si deve invece arrivare a un discorso prettamente opposto e cioè la creazione di punti nascita di eccellenza con UTIN compresa, a cui fanno capo due o tre punti nascita più piccoli (intorno a 1000 parti). In questo modo si potrebbe assicurare una rete di assistenza sia della gravide sia dei neonati. Un sistema che poco alla volta si sta creando, sebbene con lentezza, e che fa affidamento su un team di professionisti di eccellenza professionale ma, in affanno strutturale.

Quali sono le difficoltà gestionali e strutturali di un punto nascita?

Due sono gli aspetti più delicati. Il primo, è che per quanto lo si possa mettere in sicurezza, un punto nascita ha un costo di gestione non sostenibile con un numero basso di parti, il secondo è la formazione del personale che, con così poca attività, viene riciclato nel 90% dei casi da altre strutture. Quando invece, un punto nascita, deve avere personale dedicato e altamente professionale.

Consulta Enpam libera professione. Mele: serve revisione profonda

Il prossimo 6 marzo si riunirà a Roma la Consulta Enpam della libera professione, con l'obiettivo di modificare l'attuale Regolamento delle prestazioni assistenziali. Il rappresentante toscano della Consulta **Renato Mele** ha scritto una lettera a DoctorNews33 per ribadire la necessità di una revisione assistenziale profonda per il settore della libera professione. Di seguito la lettera

"Medici e dentisti iscritti all'Enpam accedono alle prestazioni assistenziali se il loro reddito "familiare" non eccede sei volte il trattamento minimo Inps, circa 38 mila euro lordi annui per un contribuente singolo. Questo restringe la platea degli aventi diritto, riducendola a colleghi con redditi piuttosto bassi. Attraverso il "Progetto

Quadrifoglio" la Fondazione, alla ricerca di un nuovo welfare della categoria, sta oggi adoperandosi per offrire nuove forme di prestazioni extra-previdenziali a particolari categorie di iscritti, come i giovani, e non solo. Resta però ancora molto da fare sulle tutele esistenti. Una di esse è il sostegno economico per "inabilità assoluta temporanea" da infortunio o malattia, cioè casi di totale impedimento all'attività per periodi più o meno lunghi. Tale sostegno è previsto per Medici di Medicina generale, Specialisti ambulatoriali ed Esterni, con una franchigia di 30 giorni e di entità proporzionale al reddito prodotto: in sostanza, chi più guadagna in attività più prende di assistenza se si ammala o si infortuna. Invece, gli iscritti al Fondo della libera professione possono accedervi con regole opposte: la franchigia è di 60 giorni e, soprattutto, il reddito non fa da parametro quantitativo, bensì da tetto. Ed il tetto è lo stesso -basso- delle prestazioni assistenziali del Fondo Generale. Oltretutto, tale reddito deve risultare dall'ultima dichiarazione dei redditi, che ovviamente non può certificare il danno della mancata attività, se non con un anno o più di ritardo. Risultato: l'assistenza è circoscritta a pochissimi liberi professionisti. Oggi più che mai, invece, una grave malattia o un infortunio possono creare difficoltà economiche a tutti i liberi professionisti. E pensare che i soldi ci sono, perché derivano dalla metà del contributo ridotto di chi versa nel Fondo della libera professione oltre un certo reddito. Dispiace sapere che questo sistema non impiega, e disperde, ogni anno più del 75% delle risorse disponibili. L'utilizzo delle risorse accantonate per finalità assistenziali dal Fondo Enpam della libera professione sarà al centro di una Consulta straordinaria che si terrà a Roma il 6 marzo prossimo. Personalmente, credo arrivato il momento di porre fine all'anomalia e ritengo che ci siano oggi le condizioni economiche e politiche per farlo e le condizioni sociali per doverlo fare".

Medici e collaboratori, i punti critici del Jobs act

Soddisfazione e scetticismo si accompagnano al varo dei decreti attuativi del Jobs Act, la legge che rivede le regole sui contratti di lavoro. Per Fondoprofessioni, Fondo che cura la formazione dei dipendenti degli studi dei professionisti iscritti a Confprofessioni (tra cui medici di famiglia e dentisti) **Massimo Magi** esprime la speranza che il contratto a tutele crescenti abbatta i costi e risolva la stagnazione. Ma aggiunge: «Resta critico proprio l'aspetto della formazione dei nostri dipendenti. Il governo utilizza come salvadanaio lo 0,30% della retribuzione del personale che i professionisti versano all'Inps affinché vi attingano i Fondi per la formazione continua per organizzare corsi di formazione ai dipendenti. Dopo aver prelevato 90 milioni nel 2013 e 60 nel 2014 ora con il Jobs Act ne preleverà altri 20 per il 2015 e ben 120 per il 2016: Se ieri lo faceva per pagare la cassa integrazione ora lo farà per contribuire al pagamento della nuova indennità di disoccupazione. Quest'anno, dello 0,30% versato all'Inps, Fondoprofessioni & co si sono visti tornare indietro lo 0,21%: un terzo della somma è andato perso per i prelievi. Il professionista finisce per pagare due volte gli ammortizzatori sociali, prima dicendo addio a parte della quota destinata alla formazione del personale e poi non fruendo della Cassa integrazione per i dipendenti, attiva solo nelle regioni - come il Lazio e le Marche - dove sono stati siglati accordi in tal senso». Il "cuore" del Jobs act è qui: alla cassa integrazione, che

oggi accompagna i lavoratori nell'arco delle crisi aziendali, si sostituisce -con l'aumentare del ricorso ai tagli "da crisi"- un'indennità per la disoccupazione conseguente al licenziamento. La "Naspi", nuova assicurazione sociale per l'impiego, parte dal 1° maggio e vale 1300 euro mensili (ma dopo i primi 4 mesi si riducono del 3% al mese) e dura 24 mesi, che dovrebbero scendere a 18 dal 2017.

Fermo restando il reintegro per licenziamenti discriminatori (sulla base della fede politica o religiosa o del sesso o di false accuse), per i tagli nelle piccole imprese - come gli studi professionali - si potrà licenziare risarcendo con un'indennità che cresce di un mese per anno di servizio svolto con un minimo di 2 e fino ad un massimo di 6 mensilità. Il Jobs act prevede poi 3 anni di esoneri dai contributi Inps per chi assuma collaboratori ma solo se nei 6 mesi precedenti questi non hanno svolto lavori a tempo indeterminato. Non del tutto centrato l'obiettivo di ricondurre i 47 contratti pre-esistenti a due sole tipologie: tempo determinato -massimo 36 mesi - e tempo indeterminato a tutele crescenti, con diritti (in tema indennità, ferie, gravidanza) che maturano con l'anzianità aziendale. Se è vero che ci saranno sgravi solo per chi assume "per sempre", restano ancora possibili lavoro somministrato ed apprendistato. Inoltre ci vorrà un nuovo decreto per decidere sulla sopravvivenza dei collaboratori continuativi "co.co.co.", ormai attivabili solo nella Pa, e dei contratti a progetto, categoria che dovrebbe comunque esaurirsi entro l'anno.

Cosmed rinnova gli organismi statutarî. **Giorgio Cavallero è il nuovo segretario generale**

Giorgio Cavallero è il nuovo segretario generale della Confederazione sindacale medici e dirigenti (Cosmed).

Cosmed è la principale Confederazione sindacale della dirigenza del pubblico impiego e vanta oltre 33 mila iscritti (certificati dall'Aran, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni), che costituiscono quasi un terzo della dirigenza pubblica sindacalizzata; la percentuale sale poi al 37,17% se si prendono in considerazione le confederazioni rappresentative, mentre gli iscritti alle altre confederazioni della dirigenza, comprese Cgil, Cisl e Uil, all'ultima rilevazione erano complessivamente pari a circa 29 mila.

Cosmed (alla quale aderiscono Anaa Assomed, Aaroi-Emac, Fvm, Fedir Sanità, Anmi Assomed - Sivemp Fpm, Direr, Sds Snabi e Sidirss e a cui è aggregata anche la Aiic) ha dunque rinnovato le cariche direttive e **Giorgio Cavallero** riceve il testimone da Costantino Troise, segretario generale dell'Anaa Assomed, che aveva guidato la confederazione per negli ultimi cinque anni. Anche il nuovo segretario generale proviene dalle fila dell'Anaa Assomed e sarà affiancato, per il prossimo triennio, dai segretari generali aggiunti Aldo Grasselli, Giulio Liberatore, Alberto Spanò e Alessandro Vergallo, dal segretario organizzativo Franco Soggi e dal tesoriere Mario Facchetti.

I nuovi nominati hanno dichiarato l'intenzione di proseguire l'opera dei predecessori e hanno enucleato tre priorità: «riaffermare la necessità di una forte valorizzazione della dirigenza pubblica, indispensabile per il rilancio del Paese e componente fondamentale per la qualità dei servizi resi al cittadino; ribadire l'impegno per

perseguire l'indipendenza e l'autonomia della dirigenza pubblica dal potere politico, requisito necessario per una pubblica amministrazione credibile, competente e trasparente; respingere politiche di ridimensionamento dei servizi pubblici che portano inesorabilmente alla riduzione dei diritti fondamentali del cittadino, costituzionalmente garantiti».

DIRITTO SANITARIO Procedure di reclutamento: limiti alla sostituzione della commissione

In una controversia relativa ad una procedura comparativa per il reclutamento di un ricercatore nel settore scientifico disciplinare di Genetica medica, indetta con decreto rettorale nell'ambito di una Università, si è affermato che nell'ordinamento non vige il principio per il quale, al fine di rinnovare gli atti annullati in sede giurisdizionale, occorre sostituire la commissione che li abbia adottati. È legittimo che della commissione esaminatrice di un concorso pubblico, ripetuto a seguito di annullamento, facciano parte i medesimi membri della commissione del procedimento annullato, nel caso in cui, nel procedimento già annullato, non sia stata sollevata alcuna censura verso la composizione dell'organo valutativo.

[Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584