

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

VENERDI' 27 FEBBRAIO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ SASSARI **Due sale operatorie inutilizzate da 5 anni** Le strutture, al quarto piano dell'ospedale civile, non sono state collaudate e ora rischiano di essere fuori norma
- ❖ SASSARI **Reparti nel caos, protesta degli infermieri Nel mirino la responsabile del Servizio professioni sanitarie: «Non ascolta i lavoratori»**
- ❖ SASSARI **Nessun rimborso, associazioni 118 a rischio: non ricevono i pagamenti dalla Asl da oltre un anno**

L'UNIONE SARDA

- ❖ REGIONE **Vaccini, scatta l'allarme** La ricetta dei medici: battere la psicosi da ago **LA SITUAZIONE Non si ferma ancora l'offensiva dell'influenza «Somministrazioni fondamentali per evitare le infezioni gravi»**
- ❖ **Incubo morbillo, il boom nell'Isola L'Oms: Sardegna in ritardo sui vacciniI più colpiti? I giovani che non sono immunizzati**

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Stabilità. Via libera all'Intesa Stato Regioni.** Per la sanità sforbiciata da 2,637 mld. **Ma spese da tagliare saranno decise entro marzo**
- ❖ **Fiasco: "Il sistema di finanziamento del Ssn è un disastro".** I Drg non corrispondono ai costi reali, riparto in ritardo e programmazione carente. **E se le cose non vanno a "pagare" è solo il DG**
- ❖ **Responsabilità professionale. Anaa: "A quando #lasvolutabuona anche per medici e sanitari?"**
- ❖ **Ticket codici bianchi ai mmg. Snamo contro affermazioni presidente Acoi: "Intervenga l'Ordine"**

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Petizione dei medici contro il comma 566: evitare nuovi contenziosi**

DOCTOR 33. IT

- ❖ **DIRITTO SANITARIO** **Acquisizione del consenso informato è prestazione autonoma**
-
-

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Due sale operatorie inutilizzate da 5 anni Le strutture, al quarto piano dell'ospedale civile, non sono state collaudate e ora rischiano di essere fuori norma

Due sale del blocco operatorio al quarto piano dell'ospedale civile "nuove" di zecca mai usate. E purtroppo le virgolette sono d'obbligo perché quelle importanti strutture, realizzate con grande dispendio di energia e di risorse economi che, dopo cinque anni di attesa sarebbero probabilmente inutilizzabili in quanto non più a norma. E dire che a suo tempo la realizzazione di questo progetto, che doveva portare alla nascita di un blocco operatorio funzionale all'interno dell'ospedale civile, era stato salutato come la fine di tanti disagi per gli operatori e per gli utenti. Le cinque sale operatorie al quarto piano del Santissima Annunziata erano state ristrutturate per renderle moderne e in linea con le norme relative alla sicurezza e all'agibilità, altre due si trovano, allo stesso livello, nell'ala dell'ospedale civile che sovrasta il pronto soccorso che, tanto per non dimenticare, al posto del tetto ha un'altra clamorosa incompiuta: l'eliporto mai entrato in funzione. Accanto alle tre sale attualmente in funzione nell'ala vecchia, all'interno del blocco operatorio, ci sono due porte sbarrate, un cartello affisso all'esterno dice: "Vietato l'accesso. Locale non collaudato" dove qualcuno ha scritto a penna "E non lo sarà mai...". Si tratta di due sale operatorie realizzate più di cinque anni fa e che non sono mai state utilizzate nè collaudate. Il motivo di questo mancato collaudo non si conosce: sarà stata mancanza di fondi, sarà stato un disguido che ha impedito il nullaosta per l'avvio dell'attività, resta il fatto che due sale che avrebbero potuto contribuire non poco a smaltire il lavoro dei chirurghi sono in disfacimento. All'interno soltanto il gruppo delle luci che pende dal soffitto e nessun altro arredo. In più di recente è crollato il controsoffitto in una delle sale, segno che la mancata manutenzione ha reso ormai le strutture vecchie e inutilizzabili. Sarebbero da riprendere da capo con costi che oggi sembrerebbero troppo alti e ingiustificati rispetto al progetto iniziale. Attualmente le tre sale in funzione nella vecchia ala del Santissima Annunziata sono a disposizione della Chirurgia e dell'Ortopedia mentre il venerdì una delle sale viene usata da Nefrologia e in un altro giorno della settimana operano i medici del Centro ustioni. Le altre due sale che si trovano nella sala del pronto soccorso vengono utilizzate da Ortopedia e dalla Cardiochirurgia. Resta invece il rammarico degli operatori per il mancato utilizzo di due sale che invece avrebbero potuto rappresentare uno strumento in più per i medici e qualche disagio in meno per i pazienti.

SASSARI Reparti nel caos, protesta degli infermieri Nel mirino la responsabile del Servizio professioni sanitarie: «Non ascolta i lavoratori»

Una lettera di fuoco contro la gestione del Servizio Professioni Sanitarie è stata

inviata dalle segreterie territoriali Cgil Funzione Pubblica, Cisl-Fp, Uil-Fpl e Fials al commissario straordinario Asl Agostino Sussarellu, al direttore sanitario, al direttore amministrativo e per conoscenza alla responsabile del servizio Antonina Ruiu. I sindacati, in questa nota, che immediatamente ha fatto il giro dei reparti e degli uffici dell'azienda sanitaria, lamentano il fatto che nei tre anni di gestione del servizio tutte le segnalazioni riguardanti i problemi del personale sono state sistematicamente ignorate. «Per citare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, alcuni esempi - si legge nella nota - le segnalazioni sono state fatte per carenze di personale o organizzative di tutti i reparti di Medicina dei vari presidi, il carcere di Sassari-Bancali in grave sofferenza strutturale, l'Ostetricia di Alghero, la Medicina e la Neurologia di Ozieri e il pronto soccorso di Sassari. Inoltre abbiamo più volte chiesto di entrare nel merito della gestione delle assegnazioni delle (pochissime) risorse umane di ruolo tecnico-sanitario, ad esempio le assegnazioni dei nuovi Oss, che sono stati assunti in questi anni. A queste e altre questioni nessuna risposta». Si parla anche di trasferimenti «attuati con criteri che paiono fortemente discrezionali e senza seguire un criterio oggettivo» mentre «la commissione che dovrebbe occuparsi del regolamento non viene convocata». I sindacati chiedono alla nuova amministrazione di obbligare chi gestisce l'ufficio infermieristico ad ascoltare le richieste dei lavoratori: «Basta con la gestione autoreferenziale di un servizio fondamentale per l'azienda»

SASSARI Nessun rimborso, associazioni 118 a rischio: non ricevono i pagamenti dalla Asl da oltre un anno

Le associazioni di volontariato che operano in convenzione con il 118 per il soccorso sono allo stremo per i mancati rimborsi da parte della Asl a partire da un anno. Da tre anni non vengono pagate le assicurazioni, devono essere rimborsati tutti gli extra dal 2012, compresa l'alluvione di Olbia e di conseguenza molte associazioni, per non aver potuto far fronte alle rate per l'ambulanza, sono iscritte nel registro dei cattivi pagatori. Rischiano dunque la chiusura. Però c'è anche una buona notizia: il servizio relativo alla fatturazione e ai conseguenti rimborsi dal primo gennaio è ritornato nelle competenze della Centrale operativa del 118 dopo che da 2013 era stato trasferito agli Affari Generali in direzione generale. «Per quanto ci riguarda - afferma il responsabile della Centrale operativa Piero Delogu - dall'inizio dell'anno siamo in regola con tutte le fatture. Per quanto riguarda il pregresso so che è stata assunta appositamente una persona che dovrà ricostruire il sistema dei rimborsi per il periodo del 2014. Inoltre esiste già la delibera riguardante l'erogazione dei rimborsi chilometrici fino a maggio del 2014 e presto sarà emessa quella per il restante periodo. Per quanto riguarda le assicurazioni devono essere chieste specificamente dalle associazioni e non so se tutte hanno ottemperato a questo adempimento. Di sicuro d'ora in poi il nostro lavoro andrà avanti come è stato in passato e quindi gli operatori del volontariato potranno lavorare più tranquilli». Questi ultimi però parlano di una situazione disastrosa: «Spesso la Asl giustifica il ritardo nei pagamenti dei rimborsi con la mancanza di fondi. Motivazione inaccettabile perché quei fondi arrivano dalla Regione "etichettati" con destinazione pagamento rimborsi». A fronte

di un debito Asl complessivo pari a 400mila euro le associazioni devono osservare, secondo tabelle rimborsi bloccate da anni, una convenzione che impone mezzi non più vecchi di 5 anni, divise a norma europea, attrezzature all'avanguardia, materiale di vario tipo, approvvigionamento di ossigeno e certificazioni. Tutto rigorosamente in regime di anticipazione che le associazioni, dicono, non possono più reggere.

L'UNIONE SARDA

REGIONE **Vaccini, scatta l'allarme** La ricetta dei medici: battere la psicosi da ago

Morire d'influenza, si può. Ogni anno capita a ottomila italiani che hanno detto no all'ago del vaccino. Questo è l'allarme, agitato dai medici di famiglia e dalle Asl, che serve da severo monito per i pazienti a rischio (cardiopatici, diabetici, affetti da malattie neurovegetative) perché si vaccinino: quella è la strada maestra della prevenzione che genera risparmi consistenti alla spesa sanitaria, ormai alle stelle. «Il nostro compito - spiega Giovanni Barroccu, il segretario regionale del sindacato medici di famiglia - è quello di invitare particolari categorie di soggetti ad aderire alle campagne di vaccinazione, ed è frequente imbattersi in un rifiuto. Quando poi c'è di mezzo la psicosi, beh, diventa complicato insistere e convincere il paziente».

LE MORTI Se si diffonde il sospetto che la morte di undici persone (com'è accaduto alla fine del 2014) possa essere stata causata da alcuni lotti di vaccino Fluad, il panico la fa da padrone. «La flessione - continua Barroccu - è stata notevole, nonostante i medici abbiano dimostrato l'inesistenza di un nesso di causalità tra la dose di vaccino antinfluenzale e il decesso di quel determinato paziente. Con il passare del tempo, la paura non è passata e in molti casi i pazienti che non avevano aderito alla campagna per le vaccinazioni hanno chiesto di farlo oggi. Già, perché gli effetti, la durata dell'influenza e le complicanze bronco-polmonari oggi sono superiori rispetto al passato».

ALTRI VACCINI Non c'è solo l'influenza, a preoccupare i medici sul fronte della prevenzione. La campagna anti pneumococco ad esempio non ha generato l'effetto sperato. Eppure lo *Streptococcus pneumoniae* è un batterio molto diffuso: si valuta che il 30-70% delle persone sane, i bambini più frequentemente degli adulti, ne sia un portatore. In condizioni normali di immunità lo pneumococco si localizza nelle vie aeree senza dare disturbi: nella maggior parte dei casi, il portatore non sa di ospitare il germe. Sono noti più di 93 tipi diversi (sierotipi) di pneumococco. Senza fare allarmismi, bisogna lavorare molto perché le Aziende sanitarie locali comunichino ai pazienti a rischio, con immediatezza ed efficacia, l'esigenza di vaccinarsi: basta una sola volta e non ci si deve fossilizzare sugli eventuali effetti collaterali, comuni a tanti altri trattamenti. E il morbillo? I casi sono in aumento. «Lo confermo - aggiunge il segretario Fimmg - perché il morbillo non è, come si credeva un tempo, una malattia ineluttabile per tutti i bambini, ma un virus a lenta evoluzione che può provocare danni al sistema nervoso centrale».

I COSTI Non è trascurabile l'aspetto legato al rapporto prevenzione-risparmio sanitario. Secondo gli ultimi studi, un giorno di ricovero di un paziente colpito da

pneumococco, con evoluzione benigna, costa al sistema 450 euro: per una degenza di dieci giorni la spesa schizza a 4.500 euro. Il vaccino contro il virus, cui ci si sottopone *una tantum*, costa invece 50 euro.

LA REGIONE L'assessore regionale alla Sanità (oltreché da medico) ribadisce i concetti già espressi alla fine dell'anno scorso, quando alcuni decessi (compreso quello di una donna di Carbonia) erano stati attribuiti ai vaccini. «Le resistenze debbono cadere - dice Luigi Arru - perché i benefici del vaccino sono di gran lunga superiori ai rischi che si corrono. La mia generazione ha conosciuto persone colpite da poliomielite e oggi tutti possono toccare con mano quanto sia stata efficace la vaccinazione contro questa terribile patologia. È ingiustificata inoltre - prosegue l'assessore - la paura per il vaccino contro il morbillo. La probabilità di complicanze croniche è di un caso su un milione».

LA SITUAZIONE Non si ferma ancora l'offensiva dell'influenza

Una stagione più cattiva del previsto, con oltre cinque milioni di italiani a letto e un vero e proprio boom tra gli anziani dovuto quasi sicuramente all'effetto Fluad, con il calo generalizzato delle vaccinazioni.

Passato il picco ormai da qualche settimana è il momento di trarre le prime somme sulla stagione dell'influenza, che tra ceppi sbagliati e vaccini ritirati quest'anno ha fatto parlare di sé più del solito.

All'inizio, sulla base della composizione dei ceppi circolanti, ci aspettavamo una stagione intermedia - spiega Giancarlo Icardi, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università di Genova -, mentre si è rivelata di intensità più alta del previsto, una delle più alte degli ultimi anni.

Le regioni più colpite restano, come nelle precedenti fasi dell'epidemia, Sardegna, Marche, Basilicata, Lazio, Campania, Piemonte. Proprio in questi giorni nell'Isola ci sono ancora migliaia di persone a letto, messe ko da un virus molto aggressivo.

«Somministrazioni fondamentali per evitare le infezioni gravi»

Stagionale, obbligatoria o consigliata. Qualunque sia la sua versione, qualunque patologia sia destinata a colpire, la vaccinazione può rappresentare l'ago della bilancia, tra la prevenzione di molte malattie infettive e grossi problemi di salute pubblica. Ecco perché va preferita, sempre e comunque. Non ha dubbi, Aldo Manzin, professore ordinario di microbiologia e microbiologia clinica all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari. «Sono assolutamente a favore», dichiara, «gli effetti collaterali dei vaccini sono minimi e comunque inferiori ai possibili rischi correlati a una mancata copertura». Vedi il mancato debellamento della poliomielite. Vedi anche il violento picco influenzale registrato in queste settimane nelle nostre case. O la recrudescenza del morbillo, avvenuta di recente negli Stati Uniti e ora anche in Europa. Epidemie, queste ultime, che si sarebbero potute evitare, a partire dall'informazione tempestiva e corretta, sui benefici ed eventuali controindicazioni legate ai vaccini. «In Italia, c'è ancora molta diffidenza», spiega Manzin, «gli stessi

operatori sanitari, i primi che dovrebbero sottoporsi al vaccino perché maggiormente esposti al contagio, sottovalutano l'influenza, considerata un male di poco conto che invece può provocare serie complicazioni, soprattutto tra gli anziani e persone affette da patologie concomitanti».

Più che il sospetto, è una vera e propria paura a bloccare i genitori di bimbi piccoli, quando scatta l'ora di sottoporli ai vaccini non solo stagionali, ma anche a quelli obbligatori e consigliati per la prima infanzia. «Non ci sono dimostrazioni scientifiche sul legame tra somministrazione e successivi problemi neurologici, in primo luogo l'autismo», assicura il docente, che giusto due mesi fa è stato tra i relatori di un corso di aggiornamento organizzato dall'Azienda mista, sulla relazione tra paura ed Ebola, «ricordo una ricerca in merito, effettuata anni fa da un emerito scienziato su una rivista internazionale e clamorosamente smentita».

Sono privi di un serio fondamento scientifico, anche i timori correlati all'erogazione multipla di vaccini. Come l'esavalente, spauracchio di molte famiglie. «Invece assolutamente garantito», obietta, «migliora la reazione del paziente e, dettaglio da non trascurare, è molto comodo dal punto di vista logistico: con una sola dose, si è coperti dai sei patologie».

In generale, secondo Manzin, «c'è molta confusione, altrettanto terrorismo da parte dei media, che i mesi scorsi ha generato una reazione incontrollata di panico nei confronti di un vaccino, la cui pericolosità non è stata peraltro mai dimostrata. A tutti i livelli, serve una comunicazione equilibrata e consapevole, che generi una cultura della vaccinazione ancora assente».

Incubo morbillo, il boom nell'Isola L'Oms: Sardegna in ritardo sui vaccini

La Sardegna è una delle Regioni italiane più colpite dal morbillo. Aumento causato dal calo nelle vaccinazioni. A dirlo è l'Organizzazione mondiale della Sanità: l'Isola ospita insieme a Lombardia, Lazio, Piemonte, Liguria ed Emilia Romagna l'81 per cento dei casi italiani. Numeri significativi finiti nel mirino dell'agenzia delle Nazioni Unite, organizzazione impegnata nella promozione di un programma che permetta di eradicare la patologia. Il documento diffuso dall'Oms esorta i governi nazionali a un maggiore sforzo: «Chiediamo a istituzioni, operatori sanitari e genitori di aumentare immediatamente gli sforzi per le vaccinazioni contro il morbillo. Questo eviterà epidemie nel futuro».

Negli ultimi due decenni, sottolineano gli esperti, i nuovi casi sono diminuiti del 96 per cento ma la frenata recente mette a rischio l'obiettivo di eradicazione, già più volte rinviato, che doveva essere raggiunto entro la fine di quest'anno. L'Italia è un "osservato speciale" al pari della Georgia e del Kirgizstan, Paesi in cui si sono registrati nel corso degli ultimi mesi diversi casi di morbillo mortali.

La vaccinazione è l'unico modo per sconfiggere la patologia e, quindi, limitare l'insorgenza di nuovi casi. Lo conferma Giorgio Steri, direttore del Servizio Igiene e Sanità pubblica della Asl 8 di Cagliari: «Nel territorio di nostra competenza abbiamo una copertura che si aggira intorno al 95-96 per cento. Siamo quindi pienamente in

linea con i dettami contenuti nel Piano di eradicazione». Nel capoluogo sardo, al momento, non c'è quindi una situazione capace di esporre a rischi la popolazione. Le buone pratiche impongono però di non arrestare la campagna di prevenzione: azione messa in pericolo da chi accusa i vaccini di essere causa di gravi effetti collaterali. Steri spiega come anche nel cagliaritano si siano verificati episodi capaci di far suonare un campanello d'allarme: «Purtroppo abbiamo ricevuto delle segnalazioni relative all'operato di medici che hanno sconsigliato di somministrare vaccini a dei bambini. La vaccinazione è un trattamento naturale e ipercontrollato, spesso però si trovano su internet articoli destituiti di fondamento scientifico».

La Asl 8 somministra gratuitamente il vaccino quadrivalente contro morbillo, rosolia, parotite e varicella. L'Azienda sanitaria cagliaritano suggerisce quindi a tutta la popolazione sprovvista di immunizzazione di sottoporsi al trattamento senza esitazioni. Steri, che è anche presidente per la Sardegna della Società italiana d'igiene, rimarca come un'iniezione sia sufficiente per salvare la vita: «Il morbillo è una patologia che può avere effetti fatali. Esistono poi complicanze molto gravi».

I più colpiti? I giovani che non sono immunizzati

Un accordo raggiunto dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2003 regola la vaccinazione contro il morbillo. Secondo le linee guida concordate tra il ministero della Salute e i governatori il Piano di eradicazione della patologia potrà avere effetto solo se le vaccinazioni della popolazione entro i due anni di età sarà pari o superiore al 95 per cento. Allo stesso tempo dovranno essere portate a termine delle azioni di recupero per garantire la somministrazione del trattamento ai giovani-adulti (sino a 40 anni) non immunizzati. Quest'ultima è infatti la categoria più colpita dalla malattia. Il provvedimento prevede anche l'istituzione di anagrafi vaccinali in cui inserire i nominativi e le date delle somministrazioni. Proprio su questo punto si sono registrate le principali difficoltà. La presenza di ventuno Sistemi sanitari regionali diversi ha esaltato le differenze tra le varie zone del Paese e ha finito per vanificare gli obiettivi imposti dal Piano di eradicazione.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Stabilità. Via libera all'Intesa Stato Regioni. Per la sanità sforbiciata da 2,637 mld. Ma spese da tagliare saranno decise entro marzo

Per la sanità 2 miliardi in meno per le Regioni ordinarie e 352 milioni per quelle a statuto speciale. In più scendono di 285 milioni i finanziamenti per l'edilizia ospedaliera. Al momento non è stata individuata alcuna area specifica di risparmio. Sarà una nuova intesa da siglare entro il 31 marzo a decidere dove e quanto tagliare. Chiamparino: "Tagli in sanità valgono solo per il 2015". [L'INTESA](#)

Si è conclusa la Conferenza Stato Regioni che ha convenuto sull'importo di 2,352 miliardi da tagliare al fondo sanitario 2015, rinviando però a nuova intesa (da adottare entro il prossimo 31 marzo) il dettaglio delle misure da adottare per garantire i risparmi in sanità. Inoltre sono previsti anche tagli per 285 mln sull'edilizia

sanitaria. Il tutto quindi porta la cifra dei tagli per la sanità a quota 2,637 miliardi di euro.

Nel documento si legge come “Governo Regioni e Province autonome entro il 31 marzo con Intesa da sancire in Stato Regioni, individuano misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Ssn. Procedono, altresì, al rafforzamento dei sistemi di monitoraggio in ordine all’attuazione del Regolamento sugli standard ospedalieri. Le Regioni e le province autonome potranno conseguire, comunque, il raggiungimento dell’obiettivo finanziario intervenendo su altre aree della spesa sanitaria, alternative rispetto a quelle individuate dalla citata Intesa da sancire entro il 31 marzo 2015, ferma restando la garanzia del raggiungimento dell’equilibrio di bilancio del proprio Ssr, assicurando in ogni caso, economie non inferiori a 2,352 miliardi di euro”.

“Accordo importante perché l'intesa doveva essere raggiunta entro il 28 febbraio. Il risultato è positivo e si è raggiunto grazie al forte senso di responsabilità delle Regioni” ha dichiarato al termine della Stato Regioni, il sottosegretario agli Affari Regionali **Gianclaudio Bressa**.

Già in mattinata il presidente delle Regioni **Sergio Chiamparino** si era detto molto fiducioso sull’intesa anche se ha rivendicato come il “sacrificio” sulla sanità può essere sopportato solo per il 2015.

“Le Regioni – ha specificato - hanno affrontato responsabilmente il compito gravoso imposto dalla legge di Stabilità. Siamo di fronte a manovre da 5,25 miliardi che oltre al mancato incremento del Fondo sanitario, andranno a toccare il Fondo di Sviluppo e Coesione e in parte altri fondi di trasferimento”.

“Accettiamo – ha sottolineato Chiamparino - di farci carico di un sacrificio pesante, quello della rinuncia ai 2 miliardi dell’aumento del fondo sanitario nazionale, con non solo l’auspicio ma anche l’impegno a lavorare perché questo valga solo per il 2015 e sia concordato con una specifica intesa Stato Regioni”.

“Per un anno – ha ribadito – si può infatti accettare un impegno di questo genere, ma tenendo conto della necessità di garantire nuovi farmaci salvavita e i nuovi Lea definiti dallo stesso ministero della salute si può tirare la corda solo nella prospettiva di tornare a lavorare per garantire nel 2016 il livello di finanziamento previsto dal Patto per la Salute, o in ogni caso, di dimensioni quantitative che consentano di far fronte alle due esigenze che ho prospettato: Lea e farmaci salvavita”.

Chiamparino ha poi specificato che al momento solo il Veneto non è d’accordo e ricorrerà alla Consulta. Anche se al termine della Conferenza Stato Regioni l'assessore all'Economia della Lombardia, **Massimo Garavaglia** ci ha confermato la scelta della Regione di ricorrere alla Corte Costituzionale.

■ [Intesa Stato Regioni sui tagli alla sanità](#)

Fiasco: “Il sistema di finanziamento del Ssn è un disastro”. I Drg non corrispondono ai costi reali, riparto in ritardo e programmazione carente. E se le cose non

vanno a “pagare” è solo il DG

Stavolta sotto osservazione non c'è la spesa sanitaria ma il finanziamento di Regioni, Asl e ospedali. E si scopre che molte disposizioni che regolano il flusso degli oltre 100 miliardi l'anno che vanno al Ssn, sono solo sulla carta. Come se il sistema vivesse quasi di vita propria, senza alcuna strategia di governance. Il tutto senza alcuna premialità rispetto all'efficienza gestionale e alla qualità dei servizi resi ai cittadini.

Il sistema di finanziamenti ad Asl e Ospedali patisce inefficienze strutturali che minano la sostenibilità e una governance efficace della sanità pubblica. E' la conclusione cui è giunta la ricerca **‘I sistemi di finanziamento regionali della Aziende Sanitarie e Ospedaliere’**, elaborata dalla Fiaso con il supporto scientifico del CREA Sanità dell'Università Tor Vergata di Roma.

Alla base di queste criticità risiede in primis un'allocazione delle risorse troppo spesso non aderente né ai fabbisogni sanitari del territorio, né ai costi di produzione dei servizi offerti, ma ancorata in larga misura al criterio della spesa storica. Altra dinamica strutturale è legata all'incertezza sulle assegnazioni delle risorse, deliberate a fine esercizio se non nell'anno successivo. Inefficace anche il sistema di remunerazione tariffaria (DRG) degli ospedali che copre da un modesto 30% a un massimo del 70% dei costi reali della prestazione. Il tutto senza alcuna premialità rispetto all'efficienza gestionale e alla qualità dei servizi resi ai cittadini.

La ripartizione dei fondi tra le Aziende sanitarie avviene in un quadro di programmazione definito dai Piani sanitari regionali (PSR) solo in 9 Regioni: Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli, Lazio, Campania, Sicilia, Veneto, Marche e Basilicata. Queste ultime tre con un Piano emanato da poco tempo dopo anni di assenza. Nelle Regioni sprovviste di PSR, sottolinea la ricerca, sono le delibere di ripartizione dei fondi che finiscono di fatto per identificare gli obiettivi da raggiungere, assumendo così “un ruolo strategico”. Ma una vera programmazione, osservano i ricercatori, richiede la definizione anticipata delle risorse disponibili e così non è in larga parte dei casi.

Soltanto poche Regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Basilicata) approvano infatti la ripartizione prima della fine dell'anno che precede quello di competenza e la maggior parte di esse sono a statuto speciale o di piccole dimensioni.

La Toscana, nel 2011 e nel 2012, approva la Delibera di ripartizione poco dopo l'inizio dell'anno di competenza. Altre Regioni approvano la delibera entro il 1° semestre dell'anno, testimoniando almeno uno sforzo per regolarizzare il processo di programmazione (in entrambi gli anni Emilia-Romagna e Marche, nel 2011 Liguria e Campania, nel 2012 il Lazio).

La ricerca evidenzia poi che numerose Regioni fanno invece slittare il riparto delle risorse al 2° semestre dell'anno. In questo gruppo, e a maggior ragione in quello successivo, “appare chiaro un modello di programmazione che prevede un finanziamento basato di fatto sulla spesa storica (in entrambi gli anni Piemonte, Veneto, Umbria, Puglia, Sardegna, nel 2011 Lazio e Calabria e nel 2012 la Liguria)”.

E qualche Regione approva la ripartizione addirittura l'anno successivo a quello di competenza (nel 2012 Campania e Calabria). Un quadro che la ricerca definisce "non del tutto rassicurante", sia per il regime di scarsa chiarezza sulle risorse disponibili nel quale sono costrette a operare le Aziende, sia per il fatto che ai tempi lunghi delle deliberazioni corrispondono spesso anche ritardi nei trasferimenti di cassa che non poco incidono sui ritardati pagamenti dei fornitori di Asl e Ospedali.

Non si rispetta la suddivisione dei fondi per aree di intervento. L'accordo Stato-Regioni ha definito la destinazione dei fondi in tre livelli di assistenza: il 5% all'assistenza collettiva, il 44% all'assistenza ospedaliera, il 51% all'assistenza territoriale. In realtà questo vincolo, osserva la ricerca, non è sempre rispettato dalle Regioni. Ciò può dipendere da una incapacità di spostare significativamente le risorse verso il territorio, come previsto dalle indicazioni nazionali: alcune realtà hanno intrapreso con molto ritardo i percorsi di organizzazione della rete ospedaliera, continuando così a registrare un'incidenza della spesa ospedaliera superiore rispetto a quella territoriale, come nel caso dell'Abruzzo.

Il principio cardine nella ripartizione delle risorse resta comunque quello della popolazione pesata per età. Ma la ricerca analizza la distribuzione delle risorse tra le Aziende anche in termini di: determinazione delle somme effettivamente trasferite dallo Stato alle Regioni; risorse effettivamente trasferite alle Aziende e di quota trattenuta invece a livello centrale dalle stesse Regioni. Rispetto al primo punto l'analisi delle Delibere CIPE di ripartizione delle risorse verso le Regioni dimostra "come esse siano costrette a programmare non conoscendo l'ammontare dei fondi disponibili. La ripartizione del Fondo sanitario è stata infatti approvata il 20 gennaio 2012 per il 2011 e a fine anno per il 2012". Inoltre in diversi casi (nel 2011 in Piemonte, Liguria, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sardegna, nel 2012 in Piemonte, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sardegna) la quota determinata dalla delibera CIPE è risultata significativamente inferiore rispetto alla distribuzione dei fondi ipotizzata nella delibera regionale, che avrebbe dovuto rappresentare una stima del fabbisogno ritenuto necessario.

Ad avvalorare la tesi di un management costretto a operare in assenza di un quadro finanziario determinato, osservano i ricercatori, è inoltre l'incidenza della quota trattenuta dalle Regioni, che supera il 5% in Toscana e si limita a pochi decimali in Liguria e Sardegna. Questo perché alcune realtà accentrano delle funzioni a livello centrale, come nei casi delle Agenzie regionali per l'ambiente e delle centrali d'acquisto.

Tolte le quote trattenute a livello centrale, si valuta che il resto delle somme assegnate alle Aziende dovrebbe andare a copertura dei Lea ma, in realtà, a volte una parte del trasferimento è vincolata diversamente: si va da pochi punti percentuali di alcune Regioni fino al 17,6% della Liguria nel 2011.

Il Drg è un'astrazione teorica. La ricerca evidenzia che il finanziamento "a tariffa" basato sui DRG in condizioni di efficienza dovrebbe garantire la copertura dei costi di produzione ospedalieri e quindi l'equilibrio di bilancio. Ma così non è: "il finanziamento "a tariffa" dei nostri ospedali è in larga misura un'astrazione teorica". Le Regioni assegnano infatti a priori alle Aziende ospedaliere una quota che varia tra l'8 e il 40% del valore delle prestazioni prodotte e la quota integrativa di risorse

assegnate alle stesse Aziende è comunque rilevante. Risultato: un sistema ibrido ancora lontano al principio “ti finanzia per quello che fai e non per quello che spendi”, ispiratore del modello DRG di importazione Usa.

Quote trattenute centralmente, diversi criteri di “pesatura” della popolazione assistita, integrazioni e correzioni successive alle Delibere regionali di ripartizione delle risorse tra Asl e Aziende ospedaliere. “Un coacervo di fattori di diversa natura – si sottolinea nella ricerca – determina scarti tra le risorse teoricamente spettanti alle singole Aziende e quelle effettivamente allocate, che arrivano a sfiorare il 60% nel caso di un’Azienda friulana, ma comunque spesso rilevanti”.

Se l'unico a pagare è il Direttore generale. Scarti tra finanziamento teoricamente spettante ed effettivo che “andrebbero approfonditi singolarmente, ma che per la loro entità lasciano intravedere l’adozione di criteri non sempre rispondenti alla necessità di garantire l’effettiva copertura dei bisogni sanitari della popolazione o il costo di produzione dei servizi”. Né tantomeno il processo di allocazione delle risorse prevede un meccanismo di premialità finanziaria dell’efficienza gestionale delle Aziende, basato ovviamente su criteri di valutazione delle stesse. Nessuna delibera di distribuzione dei fondi (salvo il Friuli) tiene infatti conto in termini premiali dei risultati dell’anno precedente. Pertanto, concludono i curatori della ricerca, “a oggi l’unico strumento cogente sembra essere la sanzione personale, ovvero la sostituzione del Direttore generale nell’eventualità non riesca a realizzare gli obiettivi prefissati”.

■ **Monchiero (Past President Fiaso):** “Dibattito su sostenibilità sviluppato più su logiche di offerta che di governo”

■ **Pinelli (Direttore Fiaso):** “Scopo della ricerca è stato analizzare coerenza tra logiche di governo e natura delle Aziende”

■ **Spandonaro (Crea):** “Restano grossi scarti tra risorse spettanti alle Aziende e quelle effettivamente assegnate alle Regioni”

■ **Ripa di Meana (Presidente Fiaso):** “Lontani dal finanziamento per costi standard”

■ **Bevere (Agenas):** “Stiamo lavorando ad un sistema uniforme di monitoraggio delle performance delle Aziende sanitarie”

Responsabilità professionale. Anaao: “A quando #lasvoltabuona anche per medici e sanitari?”

Dopo l’approvazione della legge sulla responsabilità civile dei magistrati, Troise si chiede quando “potremo salutare un analogo messaggio del premier per un provvedimento specifico sulla responsabilità di medici e sanitari”. “Siamo l’unico paese al mondo insieme a Polonia e Messico, senza un’una idonea definizione di colpa medica e sanitaria”.

“#lasvoltabuona ha twittato il Premier per annunciare l’approvazione della legge sulla responsabilità civile dei magistrati. Quando potremo salutare #lasvoltabuona per l’approvazione di un provvedimento specifico sulla responsabilità professionale dei medici e degli altri professionisti sanitari, i cui disegni di legge si accumulano da anni nei cassetti delle commissioni parlamentari?”

Se lo chiede il Segretario Nazionale Anaao Assomed, **Costantino Troise**, secondo il

quale “i costi diretti ed indiretti del sistema assicurativo e legale cresciuto sulla crescita del contenzioso tra medici e cittadini inerente errori professionali, veri o più spesso presunti, pesano sempre più sulle disastrose casse delle aziende sanitarie, mentre la medicina difensiva, oltre che inquinare il rapporto medico paziente, produce milioni di esami e procedure dettate solo dal principio di cautela verso possibili denunce”.

“Oggi, un rischio civile, penale e patrimoniale – prosegue Troise - è insito nell’esercizio professionale dei medici, ancora colpevolmente privo, unico paese al mondo insieme a Polonia e Messico, di una idonea definizione di colpa medica e sanitaria, chiamato ad operare in organizzazioni che sempre meno si permettono interventi per garantire al meglio la sicurezza delle strutture, dei processi clinico assistenziali e degli operatori stessi. E per il medico vale il principio del fine prescrizione mai, con la possibilità di lasciare i processi nell’asse ereditario, e di una rivalsa da parte dello stato illimitata”.

“Occorre una legge specifica in materia – conclude il segretario dell’Anaa - che ancora non trova posto nel crono programma della riforma al mese e nell’agenda del Ministero della Salute. Ce lo chiede non solo l’Europa ma anche, e soprattutto, la necessità di garantire la sostenibilità della sanità pubblica che, anche per questa colpevole assenza della politica, sta sprofondando in un malessere sempre più profondo”.

Ticket codici bianchi ai mmg. Snamì contro affermazioni presidente Acoi: “Intervenga l’Ordine”

I medici dello Snamì criticano fortemente le affermazioni del presidente Acoi sul far pagare i ticket dei codici bianchi ai mmg che inviano impropriamente i pazienti al Ps. “Se non arriva una smentita sarebbe inevitabile concordare con i dubbi della rete: 5 minuti di ‘palcoscenico’, scarsa conoscenza dell’‘abecedario’ dei percorsi in sanità oppure una ubriacatura di qualunquismo?”

I medici Snamì contro le dichiarazioni contenute in comunicato stampa del presidente di dell’ACOI, associazione chirurghi ospedalieri italiani, Diego Piazza. “Sputare accuse qualunquistiche e prive di fondamento denota scarsa conoscenza dei problemi ma anche del codice deontologico – afferma **Francesco D’Accardi**, vicepresidente nazionale dello Snamì - e rischia di innescare delle polemiche tra Medici che non avrebbero senso. Comunque come “ripetizione” a Piazza ricordo che i dati di ieri dei codici bianchi nelle strutture di Pronto Soccorso della regione Lazio, rendicontate pubblicamente nel sito regionale

(<http://www.regione.lazio.it/accessiprontosoccorso/>), indicano che la somma dei pazienti alle ore 10 circa, in attesa, in trattamento ed in osservazione, ammontava a 1471 unità, delle quali 28 codici bianchi, pari pertanto ad una percentuale del 1,90%. Di questi secondo le percentuali di studi consolidati in tutta Italia, circa 24 ad accesso spontaneo e diretto e “forse” 4 inviati da un medico di medicina generale.

Statisticamente irrilevante. Se Piazza ha dei numeri diversi, li faccia. Qualcuno ci sollecita: perché non inviare direttamente un esposto all’Ordine di appartenenza di Piazza per aver rilasciato pubblicamente dichiarazioni lesive della dignità e del

decoro di colleghi che lavorano (forse più di lui) e che neanche conosce? Sicuramente, rispondo”.

“Auspico una smentita del presidente dell’Acoi - conclude Domenico Salvago, addetto stampa nazionale - viceversa avrebbero ragione i Medici che in rete hanno commentato la penosa vicenda con... 5 minuti di “palcoscenico” gratis, scarsa frequentazione dell’“abbecedario” della sanità, una ubriacatura di qualunquismo....In sintesi un ritorno anacronistico e araldico alla predella e al farfallino di tempi di cui non abbiamo nostalgia”.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Petizione dei medici contro il comma 566: evitare nuovi contenziosi

L'Alleanza per la professione medica (Apm) ha individuato un rischio molto grave nel breve testo del comma 566 inserito nella Legge di stabilità e ha lanciato una petizione aperta a tutte le associazioni rappresentative del mondo medico con l'obiettivo di evitare futuri contenziosi e definire «l'atto medico».

La linea di confine «Il comma 566 in poche righe riscrive le norme che regolano le relazioni professionali fra i laureati in medicina e chirurgia e tutte le professioni sanitarie – si legge nel testo della petizione - Relazioni disciplinate sino ad oggi dalla legge 42/1999, che riconosceva per tutti i profili professionali lo stesso criterio limite, rappresentato dalle competenze previste per le professioni mediche». Tale criterio, secondo Apm, è abbattuto «per lasciare posto ad una grigia linea di confine, fra gli atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia», di competenza del medico, distinguendoli da atti semplici tutti da definire e che, se riguardano diagnosi e terapia non possono essere di competenza di altre professioni.

Responsabilità individuali Per quanto riguarda il riferimento alle responsabilità individuali e di equipe, gli argomenti utilizzati finora per chiarire, si rifanno puntualmente all'esempio di una squadra di calcio, dove tutti i giocatori partecipano ugualmente alla competizione. «Dal nostro punto di vista l'esempio non è calzante – spiega Riccardo Cassi portavoce di Apm - Le equipe sanitarie non sono composte da elementi con la stessa formazione e le stesse competenze, quindi, il termine equipe dovrebbe essere meglio inteso come equipaggio, nell'ambito del quale si riconoscono il comandante e gli ufficiali e dove ognuno ha dei compiti ben precisi».

Il rischio contenziosi Insomma, per Apm «quando si lasciano dei compiti non assegnati o, peggio ancora, la cui attribuzione non è chiara per tutti, si aprono le porte ad una nuova forma di contenzioso». Per evitare questo rischio e porre fine al modo di procedere utilizzato sino ad ora, Apm chiede che si provveda a definire in maniera positiva le competenze del medico con un chiaro riferimento alla Definizione europea di Atto Medico adottata dall'Unione Europea dei Medici Specialisti (Uems) e nella quale si riconoscono numerose Società scientifiche europee.

L'intervento del ministro «Consapevoli del fatto, che la soluzione di questo problema debba passare attraverso una soluzione giusta e orientata alla tutela della salute dei cittadini – scrive ancora Apm - chiediamo al Ministro della Salute di volersi fare parte attiva, insieme ai rappresentanti delle Regioni, per il superamento del comma 566, e che questo venga riassorbito in una normativa complessiva e coerente con i ruoli e la formazione dei professionisti, attraverso un reale confronto per rappresentare egualmente tutti i soggetti interessati alla soluzione di questo delicato problema».

DOCTOR 33. IT

DIRITTO SANITARIO **Acquisizione del consenso informato è prestazione autonoma**

L'acquisizione da parte del medico del consenso informato costituisce prestazione altra e diversa da quella dell'intervento richiestogli, assumendo autonoma rilevanza ai fini dell'eventuale responsabilità risarcitoria in caso di mancata prestazione da parte del paziente. Il medico ha il dovere di informare il paziente in ordine alla natura dell'intervento, alla portata dei possibili e probabili risultati conseguibili e delle implicazioni verificabili. [Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584