

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MARTEDI' 31 MARZO 2015

SOMMARIO

LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ SASSARI Sanità Più servizi nel territorio: così si cambia alla Asl
- ❖ PLOAGHE Un convegno sulle cure palliative: operatori a confronto sull'assistenza domiciliare

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Cassazione. Se il medico convenzionato compie errori è responsabile anche la Asl
- ❖ Rapporto Osservasalute. Boom di cancro al polmone tra le donne “vecchie fumatrici”. Cala invece tra gli uomini. Prevenzione resta arma di salute più importante nel futuro
- ❖ Anaa: “Irrisolti i nodi precariato e responsabilità professionale. Si preservi l'unicità dell'atto medico”
- ❖ Intervista alla neo presidente Ipasvi Barbara Mangiacavalli: “Nessuna marcia indietro: primo obiettivo restano le competenze avanzate per gli infermieri. Sì all'incontro con Chersevani”

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ Gimbe: disinvestire 25 miliardi di sprechi e inefficienze per salvare la sanità pubblica
- ❖ FNOMCEO. Sì alla normativa sull'atto medico e recepimento (per legge) del Codice deontologico di Pierantonio Muzzetto e Salvatore Amato (Fnomceo)

DOCTOR 33. IT

- ❖ Convenzione ancora in salita Dopo Mmg pure i pediatri in agitazione
 - ❖ Tagli, oggi deadline per intesa. Per neo commissario spending review sanità tra i capitoli
-

LA NUOVA SARDEGNA

SASSARI Sanità Più servizi nel territorio: così si cambia alla Asl

Si è svolta ieri mattina a Palazzo della Provincia la prima riunione della Conferenza territoriale Socio-sanitaria convocata dal commissario straordinario della Asl di Sassari Agostino Sussarellu. E' stato illustrato ai sindaci presenti il piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari previsto dal progetto di scorporo dell'Ospedale Civile Santissima Annunziata e la futura riconversione della struttura della Asl di Sassari. Mentre nel capoluogo si assisterà alla nascita di un unico polo ospedaliero universitario deputato alla degenza e alla ricerca e gestito dall'Aou, nel territorio si prevede il potenziamento di tutti i servizi che la Asl già oggi rivolge all'utenza esterna attraverso le sedi di Sassari (via Monte Grappa, via Tempio, San Camillo, ex Conti) e nei poliambulatori di Castelsardo, Nulvi, Perfugas, Porto Torres, Sorso, Alghero, Bonorva, Ittiri, Thiesi, Ozieri e Bono. Al ventaglio delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali offerte, secondo quanto illustrato da Sussarellu, si aggiungeranno quelle relative ai servizi di Diabetologia, Dialisi territoriale per i pazienti cronici, Dermatologia, Centro Coagulazione e Patologia respiratoria che verranno scorporati dall'ambito ospedaliero e per i quali si prevede di realizzare sinergie con gli specialisti ambulatoriali, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Per quanto riguarda il Laboratorio di Patologia Clinica di Palazzo Rosa, parte delle attività svolte verranno integrate in quelle dell'Aou, mentre le restanti andranno a realizzare sinergie con il laboratorio di Base di via Zanfarino a cui verrà conferita tutta l'attività dei punti prelievo. Il piano illustrato dal Commissario Sussarellu prevede, inoltre, che l'Unità di Riabilitazione e Recupero funzionale conservi l'attività intra-ospedaliera. Continuerà ad essere effettuata presso la struttura del Conti quella rivolta agli utenti esterni. Altro capitolo quello relativo al 118 che, come previsto, confluirà nella nuova azienda Areus.

PLOAGHE Un convegno sulle cure palliative: operatori a confronto sull'assistenza domiciliare

Si è tenuto sabato a Ploaghe il convegno sulle cure palliative "Non lasciamoci soli... Un universo sconosciuto: le cure palliative", promosso dall'associazione "Amici di Gianni Brundu" di Siligo e patrocinato dal Comune di Ploaghe con il contributo della "Croce Gialla" e dell'associazione "Carnevale Ploaghese". Davanti a una sala gremita un gruppo di esperti tra medici, infermieri e operatori sociosanitari si sono confrontati sul tema delle cure palliative ovvero l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare e finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia non risponde più a trattamenti specifici. Ad aprire la discussione, in qualità di moderatrice, è stata Giusi Sechi che ha evidenziato l'importanza del tema oggetto del convegno, facendo riferimento anche al ruolo dell'associazionismo. Nei loro interventi il sindaco di Ploaghe Francesco Baule si è soffermato sulla necessità che le istituzioni collaborino sinergicamente perché l'assistenza sia un diritto universale e il commissario straordinario della Asl Agostino Sussarellu si è impegnato a lavorare verso la piena attuazione della legge 30/2010 che prevede per la persona che soffre la garanzia di percorsi di cure palliative, terapie del dolore e assistenza domiciliare intraprendendo un percorso individuale di cura. Poi Chiara Musio ha spiegato il ruolo del medico di

medicina generale nell'ambito delle cure palliative, figura con il quale il paziente si relaziona e con il quale pianifica la terapia e l'intervento di un servizio specializzato. Giuseppe Profili ha relazionato invece sullo stato dell'arte delle cure domiciliari, in particolare nei pazienti affetti da Sla, snocciolando numeri e attività che svolge il team di esperti. Antonio Pazzola, primario di oncologia medica, ha illustrato cause, diagnosi e trattamento dei tumori e le modalità di approccio e lotta alla malattia attraverso la "Simultaneous Care", l'integrazione tra terapie oncologiche e cure palliative. Il ruolo del volontario come sostegno al paziente e alla famiglia è stato illustrato da don Luca Collu, parroco di Siligo che ha invitato tutti a riflettere e mettersi a disposizione del prossimo. Sonia Desiderio, Giandomenico Congiu e Gino Macaluso hanno invece raccontato il ruolo dell'infermiere sia in ambito ospedaliero che a domicilio mentre Daniela Serra il ruolo dell'operatore sociosanitario nelle cure palliative, argomento che ha suscitato molto interesse, considerato che tale figura professionale solo da pochi anni opera in questi contesti. A chiudere i lavori del convegno è stata la presidente dell'associazione "Amici di Gianni Brundu" Angela Atzori che ha voluto richiamare due concetti fondamentali: l'umanizzazione e la centralità del malato, sottolineando che purtroppo non sempre tali concetti trovano riscontro nel quotidiano.

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Cassazione. Se il medico convenzionato compie errori è responsabile anche la Asl

La Corte riconosce la responsabilità dell'Azienda e la condanna a risarcire il danno. Il caso risale al '97 quando un medico di base ritardò una visita domiciliare e fornì un'errata diagnosi ad un uomo che presentava sintomi da ischemia cerebrale e che a seguito di ritardo ed errore rimase paralizzato nella parte sinistra. [LA SENTENZA](#)

“L'ASL è responsabile civilmente del fatto illecito che il medico, con essa convenzionato per l'assistenza medico-generica, abbia commesso in esecuzione della prestazione curativa, ove resa nei limiti in cui la stessa è assicurata e garantita dal S.S.N. in base ai livelli stabiliti secondo la legge”. È questo il principio base sancito dalla Cassazione in una sentenza che ha condannato un'azienda sanitaria piemontese come responsabile del danno e a risarcire le vittime.

Il caso risale al 1997 e riguarda la causa presentata da due coniugi contro il medico di base e la Asl. Il medico, condannato in secondo grado e che non ha fatto ricorso in Cassazione, a fronte di una chiamata della moglie del paziente che presentava sintomi di ischemia cerebrale sarebbe intervenuto il giorno dopo e avrebbe prescritto cure inadeguate”. Tutti elementi che avevano portato alla paralisi della parte sinistra del paziente che fino alla morte ha avuto necessità di cure e assistenza continue.

Come detto in secondo grado era stato condannato il medico di base ma la Cassazione ha sancito che oltre a lui è responsabile anche la Asl e dovrà anch'essa risarcire il danno.

Rapporto Osservasalute. Boom di cancro al polmone tra le donne “vecchie fumatrici”. Cala invece tra gli uomini. Prevenzione resta arma di salute più importante nel futuro

Tra il 2003 e il 2013 aumento del 18%. Il fenomeno è legato agli effetti del fumo tra le donne che hanno iniziato a fumare negli anni '70. Mentre l'incidenza sugli uomini è in calo per la progressiva diminuzione dei fumatori maschi. Ma aumentano anche il cancro alla mammella e al colon retto. Tutti prevenibili. Tutti i dati del rapporto 2015 curato dal Professor Ricciardi della Cattolica.

Migliorato nell'ultimo decennio lo stato di salute degli italiani che risulta complessivamente buono, con un aumento, nei 10 anni trascorsi, della speranza di vita per entrambi i generi (passata dal 2002 al 2012 per gli uomini da 77,2 a 79,6 anni e per le donne da 83,0 a 84,4 anni) ed una diminuzione del tasso di mortalità infantile, pur con differenze non da poco tra Nord e Sud (nel 2011 il tasso di mortalità infantile è stato di 3,1 morti per 1.000 nati vivi, in diminuzione rispetto al 2006 in cui era di 3,4; si noti però che un nato residente nel Meridione ha una probabilità di morire nel primo anno di vita 1,3 volte superiore rispetto a uno residente al Centro e 1,4 volte superiore rispetto a uno residente al Nord).

È quanto rileva la XII edizione del **Rapporto Osservasalute** (2014), un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi a Roma all'Università Cattolica. Pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Gemelli di Roma e dal dottor **Alessandro Solipaca**, Segretario Scientifico dell'Osservatorio. Il Rapporto è frutto del lavoro di 195 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti, distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali.

Il Rapporto però evidenzia come sia “sempre più urgente incentivare l'offerta di servizi di prevenzione e di politiche socio-sanitarie ad hoc che riducano la probabilità dei cittadini di ammalarsi e fronteggino i bisogni sanitari di una popolazione sempre più anziana, con l'insorgenza sempre maggiore di più malattie croniche (comorbidità) nello stesso individuo”.

Allarme tumori: aumentano quelli prevenibili. Se l'aumento della prevalenza di malattie croniche, legata all'invecchiamento della popolazione, è una prospettiva futura, assai allarmante è il quadro odierno proposto dal Rapporto che riferisce di un preoccupante aumento dei nuovi casi di tumori prevenibili. Infatti, tra le donne, i nuovi casi di tumore al polmone, tra il 2003 e il 2013, sono aumentati del 17,7%, così come quello alla mammella che registra un incremento del 10,5%. Tra gli uomini

l'incidenza del tumore al colon retto, nello stesso periodo, è aumentata del 6,5%.

Pesante anche il bilancio del cancro del polmone nelle donne "vecchie fumatrici". Tra il 2003 e il 2013, l'incidenza del tumore al polmone è aumentata di circa il 18,0% (tra gli uomini l'incidenza si riduce del 23,3% nello stesso periodo; l'aumento tra le donne è imputabile al fatto che cominciamo a vedere gli effetti del fumo sul sesso femminile, ovvero si ammalano le donne che hanno iniziato a fumare negli anni '70) e l'aumento di circa il 10% dell'incidenza del cancro alla mammella. Tra gli uomini l'incidenza del tumore al colon retto è aumentata intorno al 7%.

A fare le spese di questo peggioramento del quadro epidemiologico sono soprattutto le regioni del Mezzogiorno, nelle quali gli aumenti sono stati spesso più marcati. Questi sono segnali molto preoccupanti che testimoniano con forza l'esigenza di investire in prevenzione, soprattutto se si considera che, laddove questa attività è stata svolta si sono ottenuti risultati molto positivi, infatti, il numero di nuovi casi del tumore alla cervice uterina, nel decennio considerato, risulta in forte diminuzione (-33,3%).

Il ritardo del nostro paese su questo fronte e il deficit di risorse destinate alla prevenzione rischiano di far vacillare la salute degli italiani, già sotto l'attacco della congiuntura economica negativa che sta colpendo ormai da anni anche il nostro paese: la precarietà che sta ormai divenendo una condizione strutturale mette a rischio la tenuta dei servizi sanitari offerti ai cittadini e anche la salute reale e percepita degli individui (sempre più numerosi sono gli studi che dimostrano ad esempio che essere lavoratori precari mina il benessere psicofisico della persona).

I punti deboli. Restano quelli di sempre i punti deboli della salute degli italiani, sintetizzabili nei pessimi stili di vita che restano tali, probabilmente anche in correlazione a condizioni di vita sempre più precarie e difficili nel quotidiano. Un dato esemplificativo tra tutti, la sedentarietà che aumenta in maniera significativa per entrambi i generi: da 34,6% a 36,2% negli uomini e da 43,5% a 45,8% nelle donne. Come dimenticare, poi, il problema persistente di peso dei cittadini del Bel Paese: continua il trend in crescita della percentuale di italiani sovrappeso e obesi, complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale (era il 45,4% nel 2009, il 45,9 nel 2010, il 45,8 nel 2011).

“Siamo entrati in una nuova fase strutturale, nella quale incertezza e precarietà non saranno condizioni eccezionali, ma una consuetudine – avverte il professor **Walter Ricciardi**. Partendo da questa considerazione, appare quanto mai preoccupante lo scenario che si prospetta per il settore della sanità, uno dei pilastri del sistema di welfare del nostro Paese”.

“È opinione diffusa che l'incertezza e la precarietà condizioneranno, sul piano politico, gli interventi e le riforme necessarie per un moderno stato sociale, mentre avranno effetto, sul piano individuale, sia sulle condizioni di salute, sia sulle scelte di vita – sottolinea il professore. Il dottor **Aldo Rosano**, dell'Accademia Romana di Sanità Pubblica, in un suo recente lavoro ha dimostrato che chi vive condizioni di precarietà lavorativa sperimenta un rischio più elevato di cattiva salute (+40%). I dati, già oggi, segnalano palesi elementi di incertezza. In particolare desta preoccupazione la contrazione delle risorse pubbliche a disposizione per la sanità (la spesa sanitaria

pubblica è passata da 112,5 miliardi di euro del 2010 a 109,3 del 2013)”.

Preoccupa, infine, l’inadeguatezza degli investimenti destinati alla prevenzione e l’aumento della cronicità a causa dell’invecchiamento della popolazione. A questo riguardo, l’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - OCSE (Health at a Glance Europe 2012) evidenzia che il nostro Paese destina solo lo 0,5% della spesa sanitaria totale all’attività di prevenzione, quota che ci colloca agli ultimi posti tra i 30 Paesi dell’OESE.

Infine, l’Istituto Nazionale di Statistica (Rapporto annuale sulla situazione del Paese nel 2013) paventa uno scenario futuro dal quale si evince che la prevalenza di malati cronici gravi sarà superiore al 20%, nel 2024, e salirà ad oltre il 22% nel 2034; si tratta, quindi, di un quadro epidemiologico caratterizzato da prevalenze sensibilmente più elevate di quella attuale che si attesta intorno al 15%.

Il quadro futuro generato dalla dinamica demografica non avrà solo implicazioni sulla spesa per l’assistenza sanitaria per acuti, ma anche sulla spesa per l’assistenza socio-sanitaria, afferma il dottor **Alessandro Solipaca**: “i modelli di previsione della Ragioneria Generale dello Stato testimoniano che l’invecchiamento della popolazione comporterà un aumento di spesa sanitaria, infatti questi prevedono che la quota di spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil raggiungerà il 7,5% nel 2035, superiore di mezzo punto a quella odierna attestata al 7,0%”. A questo si aggiunge, continua il Segretario scientifico dell’Osservatorio, il fatto che “l’invecchiamento acuirà il problema della spesa per l’assistenza agli anziani. Attualmente il peso per questo tipo di assistenza grava in parte sulle spalle delle famiglie, ma in futuro questo diverrà insostenibile, sia dal punto di vista economico sia da quello sociale. La dinamica demografica che si è andata sviluppando nel corso degli anni disegna strutture familiari con uno o due componenti e con molti anziani soli, ciò causerà il dissolvimento strutturale della rete di assistenza di natura informale, tipica della realtà italiana. Pertanto, venendo meno il ruolo tradizionale della famiglia, sarà il sistema di welfare a dover intervenire con nuove risorse e soluzioni innovative economicamente sostenibili”.

■ [Osservasalute 2014. La sintesi del Rapporto](#)

■ [Osservasalute 2014. La salute nelle regioni: i punti di forza e quelli di debolezza](#)

■ [Intervista a Walter Ricciardi: “Iniziamo a vedere i primi risultati negativi del ‘non fare’ degli ultimi anni”](#)

Anaao: “Irrisolti i nodi precariato e responsabilità professionale. Si preservi l'unicità dell'atto medico”

Sono alcuni punti del [documento finale](#) della Direzione nazionale dell’Anaao Assomed, riunitasi a Genova lo scorso 27 e 28 marzo. Il sindacato ha criticato anche i programmi di riordino regionali che “nascondono la volontà di procedere ad ulteriori tagli del personale”.

Non solo l’augurio di “buon lavoro” alla nuova presidente della Fnomceo, **Roberta**

Chersevani, ma anche tante denunce e preoccupazioni nel documento finale della Direzione nazionale dell'Anaa Assomed, riunitasi a Genova lo scorso 27 e 28 marzo. Innanzitutto viene richiamata la difesa dell'atto medico, sia attraverso "una modifica del comma 566 dell'articolo 1 della legge di stabilità 2015 che conservi intatta l'unicità dell'atto medico", sia attraverso la rivendicazione di "un ruolo giuridico speciale cui collegare una autonoma area di contrattazione all'interno della riforma della PA in discussione in Parlamento".

Ma non finiscono qui i problemi sollevati. "Restano irrisolti i nodi che interessano i giovani: un precariato non risolto dal DPCM emanato, un sistema formativo costoso ed inefficiente, un blocco del turnover che mette in discussione la garanzia dei Lea. E quelli che interessano tutti, quali la perdurante assenza di una legge sulla responsabilità professionale, surrogata dall'ennesima commissione di esperti".

Sul banco d'accusa anche le Regioni e le possibili derive dei programmi di riordino avviati. "La Direzione Nazionale esprime preoccupazione i programmi di riordino regionali centrati sulla volontà di avere catene di comando sempre più corte e sempre più docili, anche sottovalutando il rischio di concentrare in poche mani enormi risorse economiche. Tali programmi di riordino, in realtà, nascondono la volontà di procedere ad ulteriori tagli del personale dipendente che si rifletterà sulla quantità e sulla qualità dei servizi erogati ai cittadini - conclude il documento -. Un ulteriore depotenziamento del sistema sanitario pubblico che porterà ad uno spostamento delle classi più agiate verso la sanità privata".

■ [Il documento finale della Direzione nazionale Anaa](#)

Intervista alla neo presidente Ipasvi Barbara Mangiacavalli: “Nessuna marcia indietro: primo obiettivo restano le competenze avanzate per gli infermieri. Sì all’incontro con Chersevani”

“Il risultato sarebbe anche a portata di mano se non fosse per una presa di posizione di alcune categorie professionali. Non si rendono conto che il sistema paese, ancor prima del sistema salute, ha bisogno di rimodellare modelli, funzioni e processi in maniera più coerente ai bisogni di salute dei nostri cittadini”. E con la Fnomceo?: “Aspettiamo il contatto, noi ci siamo e ci siamo sempre stati”

Dopo quindici anni l'Ipasvi cambia presidente. Alla guida della Federazione è stata scelta **Barbara Mangiacavalli**. 46 anni, dirigente di struttura complessa al San Matteo di Pavia, laurea Magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche a Milano e Laurea in business administration all'University of Canterbury. Una professionista che senz'altro rappresenta appieno la nuova figura dell'infermiere italiano a 20 anni dall'inizio delle battaglie per l'affermazione di un ruolo autonomo e non subalterno della professione. In questa intervista, la prima da quando è stata eletta alla guida dell'Ipasvi, racconta i suoi progetti e le sue aspettative e non si tira indietro rispetto

alle polemiche della “sua” minoranza.

Pronta a raccogliere la proposta di [Roberta Chersevani](#) di un incontro tra le due presidenti per affrontare il nodo della questione medico/infermieristica ribadisce comunque che la via è segnata e che il primo obiettivo della federazione sarà proprio quello di portare a casa le competenze avanzate/specialistiche degli infermieri.

Presidente, qual è la prima cosa che le è venuta in mente una volta resasi conto che stava per diventare la nuova presidente dei 423 mila infermieri italiani?

Ho sentito una grande responsabilità: quella di proseguire e garantire la crescita della professione avviata e decollata negli ultimi quindici anni, dalla legge 251 del 2000 in poi. E che soprattutto negli ultimi anni, grazie proprio alla Federazione e al suo lavoro costante, ha consentito alla professione un vero e proprio balzo avanti.

Quali saranno le priorità del primo anno del suo mandato? E quelle a più lungo termine?

Il mio gruppo si è candidato per il rinnovo del Comitato centrale con un programma ben definito che verrà declinato nel corso del triennio con la definizione di progetti e percorsi fortemente contestualizzati rispetto all'andamento del Paese e del sistema salute da cui ricaviamo le determinanti decisionali del nostro impegno. Siamo stati eletti con un consenso indubitabile, lo stesso che ho a mia volta avuto dai colleghi del Comitato centrale che mi hanno eletta presidente.

Tra i punti principali del nostro programma ci sono le competenze avanzate/specialistiche degli infermieri. Si tratta in realtà di un cammino quasi compiuto che per arrivare al traguardo richiede una riflessione culturale non solo da parte nostra. Poi apriremo la partita del territorio sul quale rivendichiamo una presenza attiva e responsabile degli infermieri. E per questo stiamo lavorando con le associazioni dei cittadini con l'obiettivo di mettere a punto indicazioni utili su standard, indicatori di esito e fabbisogni di personale. Contemporaneamente c'è da aggiornare l'esercizio della libera professione degli infermieri. In questo senso intendiamo prevedere un meccanismo di accreditamento che dia garanzie ai cittadini su che professionista è, quello a cui si stanno rivolgendo. E c'è poi tutta la partita della verifica di ciò che oggi si eroga al di fuori dell'ospedale, spesso da parte di soggetti non abilitati e soprattutto con il rischio che bisogni e necessità diventino un mix dirompente da un lato per lo sfruttamento di situazioni di sottoccupazione e dall'altro anche di poca trasparenza dal punto di vista fiscale. A fianco di tutto questo ci dovrà essere anche una revisione dei percorsi formativi, sia per quanto riguarda le competenze di base e specialistiche, sia per l'Educazione medica continua rispetto alla quale la Federazione è sempre stata in prima linea proponendo ai suoi iscritti corsi gratuiti perché gli infermieri siano sempre aggiornati e all'altezza della loro professionalità. E per la formazione intendiamo sostenere anche l'ampliamento, in ambito accademico, del numero di infermieri ricercatori e professori di prima e seconda fascia.

Lei rappresenta l'incarnazione dell'infermiera per la quale l'Ipasvi ha combattuto negli ultimi 20 anni. Super laureata, dirigente e a capo di una struttura complessa di un grande ospedale. A questi traguardi potrebbero/dovrebbero aspirare tutti i suoi colleghi o anche per l'infermiere è il momento di pensare a percorsi di carriera più articolati di quelli attuali?

L'impegno sull'evoluzione delle competenze clinico assistenziali e per la definizione e attivazione della figura dell'infermiere specialista risponde già alla domanda. Continueremo a lavorare sodo non solo per rafforzare quanto abbiamo raggiunto in ambito gestionale-manageriale ma anche per ampliare la platea dei ricercatori e professori in infermieristica e per lo sviluppo di carriera nella clinica. Le sei aree cliniche in cui attivare lo sviluppo delle competenze delineate nell'articolato pronto per la conferenza Stato-Regioni, ne sono una plastica dimostrazione. A tal proposito proseguiranno le riflessioni di un gruppo di lavoro, già attivato prima della mia elezione a presidente, che sta analizzando la tematica e che ci fornirà le basi per fornire le nostre proposte che immaginiamo potranno impattare sull'organizzazione dei processi di assistenza e sulla futura formazione dei professionisti infermieri. Il fatto che io abbia raggiunto determinati traguardi, poi, dovrebbe essere un'evidenza che all'infermiere non sono precluse strade se ha la volontà e il coraggio di percorrerle. Io ho iniziato la mia attività come infermiera in ambito clinico-assistenziale; ho poi percorso la strada che ho ritenuto più utile per me e per il tipo di lavoro che mi sono resa conto sarebbe stato utile ai colleghi e alla comunità professionale. Ognuno di noi deve curare la propria formazione e crescita professionale, ma deve farlo senza aver paura di percorrere strade che a prima vista sembrano difficili: gli infermieri sono professionisti di tutto rispetto e devono per questo portare avanti, tutti e a testa alta, con coraggio e determinazione autonomia, responsabilità e competenza la loro professione.

Nonostante la laurea e la dirigenza, il sentire comune degli infermieri è ancora quello di una professione in qualche modo “non autonoma” rispetto al medico? E' così o è solo il retaggio di vecchie situazioni ormai superate?

Non generalizzerei; ci sono colleghi che continuano a rifarsi a modelli e modalità assistenziali ante legge 42/99, ma la maggior parte degli infermieri ha ben chiaro il suo ruolo e il suo status. La vera questione è che i decisori di sistema fanno molta fatica a modificare i modelli organizzativi e quindi le relazioni professionali e le aree di attività e questo costringe a soggiacere, per non entrare in contenzioso ogni giorno e per 365 giorni all'anno, a questa idea davvero fuori dal tempo di una subordinazione e quindi di non autonomia rispetto al medico.

Chi è ancorato al “vecchio” sconta quindi il retaggio di situazioni superate nei fatti (e dovrebbero esserlo anche nella forma), ma che in realtà, soprattutto in alcune aree del Paese, ancora pagano un lento rinnovamento sia delle persone e, soprattutto, della cultura professionale.

Il comma 566 sta diventando il simbolo della definitiva emancipazione infermieristica verso una più complessa caratterizzazione della professione. Sia

per gli aspetti delle competenze che per quello dei rapporti con le altre professioni. Ma di fatto a quattro mesi dal varo della legge di stabilità non si è ancora mosso nulla? Cosa pensa di fare?

Continuiamo e continuo a stupirmi per i significati che si sono voluti artatamente dare al mitico (come noi ormai lo definiamo) comma 566.

Per due anni ci è stato detto che senza una legge non si poteva procedere nel percorso dell'evoluzione delle competenze e nel ridisegno delle responsabilità. Abbiamo sempre detto che il quadro giuridico inerente l'esercizio delle professioni sanitarie e della professione infermieristica in particolare era già esaustivo. Ma tant'è: si continuava a invocare una ulteriore definizione normativa di fonte primaria. Bene adesso c'è. È stato messo fine al gioco dell'oca. Speriamo di poterci sedere presto intorno ad un tavolo con le professioni sanitarie tutte e con le rappresentanze sindacali tutte, per andare avanti. Il sistema salute ne ha bisogno. Comunque non intendiamo demordere.

Quindi è ottimista?

Il risultato sarebbe anche a portata di mano se non fosse per una presa di posizione di alcune categorie professionali che non si rendono conto che il sistema paese, ancor prima del sistema salute, ha bisogno di “rimodellare” modelli, funzioni e processi in maniera più coerente ai bisogni di salute dei nostri cittadini. Si tratta di chi non vuole una vera riorganizzazione o nuovi modelli, ma crede di poter tenere tutto e fare di tutto. Ci vuole coraggio, ripeto. Siamo pronti a lavorare con tutti gli altri professionisti in un contesto organizzativo nuovo che si può e si deve realizzare. E' necessario che qualcun'altro lo capisca.

Si riferisce ai medici, suppongo. In proposito la neo presidente della Fnomceo Roberta Chersevani ha dichiarato ieri in una nostra intervista che è pronta ad incontrala per affronta rei nodi della questione medico/infermieristica. E lei?

Aspettiamo il contatto, noi ci siamo e ci siamo sempre stati. D'altra parte il rapporto tra Federazioni è sempre stato positivo e costruttivo e auspico che possa ulteriormente migliorare e rafforzarsi. La strada della collaborazione tra federazioni, organismi di tutela della professione, è sicuramente quella che può dare i migliori risultati. Ne siamo sempre stati e siamo tutt'ora convinti.

Anche se chi l'ha scelta alla guida dell'Ipasvi è una consistente maggioranza di collegi, una pur piccola ma significativa minoranza esiste, e anche dopo il congresso ha manifestato un disagio verso quella che il presidente di Firenze ha definito “dittatura dolce della maggioranza”. Come risponde a queste critiche?

Credo sia doveroso precisare che oltre l'85% dei Collegi provinciali hanno scelto i sette componenti del Comitato Centrale che a loro volta mi hanno eletta presidente. Forse se la minoranza - di cui mi piacerebbe conoscere consistenza, programmi e progetti - si ponesse in una logica costruttiva anziché preconçetta e denigratoria, sarebbe possibile scrivere una storia diversa. La polemica quando è sterile non porta da nessuna parte e non fa crescere il gruppo, oltre a ledere l'immagine della professione.

Non capisco quindi l'origine della critica, mentre comprendo il disagio di chi ha visto che la maggioranza ha scelto e approvato altro rispetto al suo pensiero. Sia chiaro però: siamo tutti infermieri e questo e non altro deve essere il frame di riferimento di pensieri e azioni, non polemiche che di per sé nuocciono alla professione e trovano la loro riposta nei fatti ... e nei voti.

A parte alcune esperienze, la rappresentatività sindacale maggioritaria degli infermieri è ancora saldamente nelle mani dei sindacati confederali che non hanno mai visto di buon occhio la possibilità di un soggetto sindacale autonomo, "forte" e a caratterizzazione professionale, come avviene da sempre per i medici. Che, non a caso, hanno una loro area contrattuale separata dal comparto. Pensa che sia venuto il momento per gli infermieri di compiere lo stesso passo?

Gli infermieri hanno fatto le loro scelte e lo si è visto anche con il recente rinnovo delle Rsu. Io ne prendo atto. Più che di sindacati con questa o quella casacca, servono sindacati forti, in grado di sbloccare la situazione. Ancora una volta gli infermieri, in modo positivo, pesano i fatti, non le parole.

I medici hanno un'area contrattuale autonoma per situazioni antiche che si sono perpetuate nel tempo. Non va dimenticato che fino al '99 erano "la professione sanitaria" della sanità. Ora la situazione è piuttosto diversa sia perché ci sono numerose professioni sanitarie sia perché la stagione della centralità del medico è al tramonto. Si sta avvicinando la stagione dei contratti (anche se molto lentamente), vedremo quali riflessioni prenderanno spazio.

Cosa suggerirebbe a un giovane o a una giovane aspiranti infermieri? Direbbe loro che hanno fatto bene a scegliere questa professione o, in cuor suo, li dissuaderebbe, viste le difficoltà a farsi strada ma anche a trovare un impiego sicuro e ben remunerato?

Gli direi che hanno scelto la professione del futuro e che non devono demordere. La crisi occupazionale attanaglia tutti e l'obiettivo della diminuzione della spesa pubblica incide particolarmente in un ambito - il Servizio sanitario nazionale - che è correlato alla spesa pubblica.

Comunque l'occupazione a un anno dalla laurea per gli infermieri secondo i dati raccolti dal consorzio interuniversitario Almalaurea, nonostante sia scesa dal 2007 a oggi, è al 63% nel 2012 rispetto a una media dell'area sanitaria del 62% e staccando nettamente tutti gli altri settori che sono in media attorno al 29 per cento.

Personalmente ritengo sia meglio impegnarsi in ciò in cui si crede davvero che non correre dietro a traguardi che lascerebbero chi li raggiunge con la sensazione di aver rinunciato a qualcosa di importante. Per sé e per gli altri. Anche qui, ripeto, ci vuole coraggio, come per affrontare qualunque cosa in cui si crede davvero.

Ma non le sembra che gli infermieri italiani guadagnino troppo poco rispetto alla loro preparazione e responsabilità professionali?

Nel farmi la domanda, si è già dato la risposta. Il problema è generale e non riguarda solo gli infermieri. E forse più che altro italiano, visto che da altri Paesi chiedono i nostri professionisti e li giudicano "fortemente motivati, entusiasti con eccellenti

capacità comunicative”, inserendoli negli staff dei maggiori ospedali e affidandogli anche nuovi servizi. Se secondo la Ragioneria generale dello Stato nel 2013 un infermiere in Italia guadagna in media circa 33mila euro (si parla della media tra chi è agli inizi della professione e chi invece ha raggiunto la vetta), il salario iniziale in Gran Bretagna è di circa 17.794 sterline, poco meno di 24mila euro e diventa poi 21.000 sterline, 28mila euro, al momento della registrazione con l'NMC (Nursing and Midwifery Council, i colleghi inglesi in partica). In sostanza il personale è un valore fin dall'inizio e tale dovrebbe essere per tutti quelli che, a vario titolo, hanno una responsabilità programmatica, regolatoria ed attuativa.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

Gimbe: disinvestire 25 miliardi di sprechi e inefficienze per salvare la sanità pubblica

Ridurre gli sprechi con l'impegno di politica, management, professionisti sanitari e cittadini; reinvestire in ricerca comparativa indipendente e introdurre il value per rimborsare i farmaci innovativi; restituire realmente allo Stato il ruolo di garante del diritto alla salute con la riforma del Titolo V. E' questa la ricetta per salvare la sanità pubblica illustrata dalla Fondazione Gimbe a Bologna nel corso della 10a edizione della Conferenza nazionale alla quale sono intervenuti oltre 400 partecipanti provenienti da tutte le regioni italiane e rappresentativi di tutte le professioni sanitarie.

Il presidente Gimbe, Nino Cartabellotta, integrando evidenze scientifiche internazionali e dati pubblicati dalle Istituzioni nazionali, ha aggiornato il quadro di sprechi e inefficienze che nel 2014 erodono oltre 25 miliardi di euro: sovra-utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati, frodi e abusi, tecnologie sanitarie e beni e servizi non sanitari acquistati a costi eccessivi, sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati, complessità amministrative e inadeguato coordinamento dell'assistenza.

La riforma della Costituzione Gianpiero Fasola, Sandra Petraglia, Giuseppe Recchia, Giuseppe Remuzzi, Walter Ricciardi, e Roberta Siliquini, ospiti del Forum "Scienza, Ricerca e Sanità: innovazione fa sempre rima con sostenibilità?" si sono confrontati sulla difficile compatibilità tra innovazioni farmacologiche e tecnologiche e sostenibilità delle cure. Rispondendo alle "provocazioni" di Cartabellotta, hanno discusso sulla necessità di potenziare la ricerca comparativa sull'efficacia degli interventi sanitari (già prevista tra gli impegni dei nuovi Lea), sulla inderogabile necessità di definire a livello istituzionale il concetto di value per rimborsare le innovazioni tecnologiche e sulla necessità di un maggior senso di responsabilità dell'industria nel definire i prezzi dei farmaci innovativi.

Dall'analisi delle contraddizioni tra diseguaglianze e diritto costituzionale alla tutela

della salute è nata la partnership tra Fondazione GIMBE e Associazione Dossetti, che richiedono al Senato una modifica dell'articolo 117 del Titolo V per restituire realmente allo Stato il ruolo di garante del diritto alla salute delle persone e assicurare l'uniforme attuazione dei Lea su tutto il territorio nazionale.

I riconoscimenti Il Premio Evidence 2015 è stato assegnato al Prof. Giuseppe Remuzzi - Direttore del Dipartimento di Medicina dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII e coordinatore della ricerca presso l'Istituto Mario Negri di Bergamo - per aver "pubblicato rilevanti evidenze scientifiche, contribuendo in maniera rilevante al progresso delle conoscenze in ambito nefrologico e l'impegno volto a diffondere la cultura della scienza tra i cittadini italiani". Il Premio Salviamo il Nostro SSN 2015 è stato conferito al Ministero della Salute per "il costante impegno del Ministro nell'evitare ulteriori tagli a SSN, il contributo determinante per giungere alla sottoscrizione del Patto per la Salute, il continuo richiamo alle Regioni per impegnarsi a ridurre sprechi e inefficienze senza rinunciare all'incremento del Fondo Sanitario Nazionale e per l'ambizioso traguardo raggiunto con l'aggiornamento dei LEA". Il Ministro Lorenzin, impossibilitata a ritirare personalmente il premio, ha ribadito nel messaggio inviato che "il nostro servizio sanitario è un bene comune che va difeso, potenziato e innovato. Ma perché ciò sia possibile occorre mettere assieme tutte le energie, confrontare le buone pratiche, creare un rapporto sinergico tra tutti i protagonisti coinvolti e, soprattutto, realizzare un Ssn sostenibile incrementando le capacità di convertire le risorse in valore».

La borsa di studio "Gioacchino Cartabellotta" istituita dalla Fondazione GIMBE è stata assegnata a Corrado Iacono per verificare quanti fra i 207 progetti finanziati dall'Aifa, con quasi 100 milioni di euro, sono stati pubblicati e quanti, invece, sono ancora in corso, sono stati interrotti oppure completati ma non pubblicati.

Premiata l'eccellenza Infine, otto progetti di eccellenza del Laboratorio Italia realizzati nelle Aziende sanitarie utilizzando le evidenze scientifiche per guidare l'appropriatezza professionale e i reali bisogni dei pazienti per riorganizzare i servizi hanno dimostrato che il processo di disinvestimento è una mission possible.

I Gimbe Awards individuale e 4Young sono stati assegnati rispettivamente a Sebastian Grazioso (Azienda USL di Reggio Emilia) e a Matteo Scardino (Città della Salute e della Scienza, Torino). L'Azienda ospedaliera universitaria Senese si è aggiudicata il GIMBE Award aziendale.

Il report integrale della Conferenza sarà pubblicato in esclusiva su il "Sole 24 Ore Sanità" il 14 aprile.

FNOMCEO. Sì alla normativa sull'atto medico e recepimento (per legge) del Codice deontologico di Pierantonio Muzzetto e Salvatore Amato (Fnomceo)

Sì, alla legge sull'atto medico, come anche, una volta emendato, al doveroso recepimento per legge del Codice deontologico dei medici (CD), oggi relegato a fonte

di riferimento giuridico secondario per la suprema Corte. Il percorso dell'atto medico è stato lungo, con convegni nazionali, seminari di studio coordinati dagli Ordini di Padova e di Parma ed anche con la collaborazione fattiva di quello di Roma. Ad essi hanno partecipato le società scientifiche, illustri esponenti del mondo medico legale, come ad esempio Daniele Rodriguez, o giuristi come Gianfranco Iadecola e si è avuta la condivisione del mondo sindacale. La formulazione originaria, che si ritrova anche nell'articolato del ddl D'Incecco, è stata propedeutica al CD del maggio scorso ed è alla base del nostro programma di "Costruire insieme la professione" (www.insiemefnomceoblog.wordpress.com). Sul tema è intervenuta la neo eletta presidente Fnom, [Roberta Chersevani](#).

Nell'ultimo CD ha subito una prima trasformazione nel titolo, divenuto "doveri e competenze del medico", e anche nel contenuto con una significativa integrazione dell'art. 3, voluta dal presidente sen. Amedeo Bianco, funzionale, oggi possiamo dire, a posizioni sostenute dalla sen. Annalisa Silvestro e dal loro schieramento a palazzo Madama. Lo dimostra l'inserimento di tre parole a specificazione delle competenze esclusive, che sono integrate e ampliate dallo sviluppo delle innovazioni organizzative (n.d.r.regionali) in sanità. Un passaggio fonte di discussione in ambito medico, su cui trovano giustificazione parte delle argomentazioni politiche della sen. Silvestro e della neo presidente Ipasvi. Entrambe esprimono contrarietà al ddl D'Incecco e lo considerano inopportuno ancorché legittimato dal dettato costituzionale e da fonti legislative autorevoli, perché riportando la dizione originaria dell'atto medico declinato nell'art.3 del CD, lo priva di quelle tre parole che giustificano le politiche regionali e tolgono il medico da quella posizione di sudditanza nei riguardi dei disposti legislativi regionali nei quali è stato relegato. A parte un'eventuale giustificazione politica ed una ancorché lecita rivendicazione categoriale, la loro contrarietà all'atto medico suonerebbe strana almeno per un fattore, perché nel metterlo in discussione di fatto metterebbero in discussione tutti gli atti professionali sanitari, infermieristico compreso, peraltro riconosciuto per legge. In realtà il vero problema non è tanto il ddl sull'atto medico come fatto di principio, bensì per i risvolti che ne deriverebbero se diventasse, come auspichiamo, legge dello Stato. Perché cadrebbero eventuali dipendenze da assetti regionali e ciò costituirebbe un ostacolo alle sperimentazioni sanitarie, a cui peraltro, il medico ora dovrebbe sottostare "anche" deontologicamente, proprio in ossequio dell'art.3 del CD, e sarebbe posto un freno all'applicazione estensiva del "comma 566" dell'art 1 della legge di stabilità. Quello che ha fatto affermare alla senatrice Silvestro: «non siamo medici bonsai». Il freno sarebbe posto ad esempio alle sperimentazioni toscane o emiliano romagnole e, magari, al task shifting, che alla fine dei conti trovano giustificazione nella minor spesa e in termini brutali nel risparmio, ma sulla salute della collettività. Non va nascosto un ulteriore motivo, sicuramente più prosaico: a chi tocchi, cioè, la bacchetta di direttore d'orchestra del sistema sanitario, avendo già dato per superata la figura del medico che da sempre ha il compito e la responsabilità di farlo. Dunque, atto medico ostacolo all'innovazione da "566".

Elementi da considerare attentamente anche per una serie di considerazioni collaterali e conseguenti che partono da alcuni comprensibili interrogativi: la laurea delle professioni sanitarie è equiparabile a quella del medico, così da sostituirlo nella

funzione? È questo laureato è garante della qualità delle cure dell'ammalato, vero "destinatario interessato"? e anche il Ssn ne sarebbe davvero garantito? Certamente, se i percorsi formativi fossero uguali e si riconoscessero funzioni mediche agli infermieri, come alle altre figure professionali, che non sono i medici "bonsai", sarebbe evidente che questi avrebbero pieno titolo alla diagnosi e alla cura. Sarebbero tutti dottori, però dottori in quanto medici. Ma questo rientra nel novero delle ipotesi. Comunque, qualora si pensasse ad un'unica figura, occorrerebbe unificare i percorsi formativi costituendo uno solo corso di studi di medicina, e nel qual caso i medici laureati non sarebbero bonsai, ma, rimanendo nella botanica, piuttosto alberi di maggior ed alto fusto della famiglia delle bombacaceae.

Ogni atto del sistema, in verità, risponde a una prevalente logica di risparmio ed occorre uno sforzo della politica per ritornare alla realtà, così come l'on. D'Incecco ha fatto, richiamando a principi più realistici e soprattutto non abbandonando l'obiettivo finale che è quello di servizio per la collettività. La risoluzione dei problemi deve perciò passare attraverso una seria programmazione che preveda un articolato armonico delle professioni, il cui sviluppo è anch'esso armonico e correlato all'efficienza e all'efficacia che, in ambito di salute, non è un aspetto secondario. E si ritiene che possa avvenire una volta che si identifichino i veri obiettivi di salute e si proceda a considerare le responsabilità professionali graduate e specifiche in base alle figure sanitarie e ai loro ambiti d'azione. Il ddl sull'atto medico ha il merito di riportare il discorso sui valori della professione non solo del medico, ossia dei requisiti, delle responsabilità e, ancor prima, delle competenze esclusive, bensì dello sviluppo organico di tutte le professioni una volta però inserite in un piano d'interventi e di sviluppo che non può immaginarsi se non armonico. Ma anche riporta al concetto di competenze esclusive e di responsabilità altrettanto esclusive, che, in base al paradigma della miglior pratica, derivano dalla specificità del percorso formativo che deve essere peculiare per ogni singola professione, soprattutto in tutto il territorio nazionale. Per cui: a formazione specifica consegue competenza specifica, e da questa specifica responsabilità.

La vera necessità in ambito sanitario è non perdersi in inutili contrapposizioni che diverrebbero perniciose: occorre invece parlare in termini propositivi. Allo stesso modo è assolutamente indispensabile bloccare la politica d'arretramento del medico a fronte dell'innalzamento "dell'asticella" delle professioni sanitarie, che, pur nel massimo rispetto, non sono e non dovranno essere professioni mediche. Perché se così non fosse varrebbe il discorso fatto prima per le facoltà "fotocopia". Nessuna rivendicazione superficiale, perciò, ma fermo contrasto a una deriva politica della professione del medico coll'esaltazione del neo medico no-bonsai che lo sostituisca o lo affianchi.

DOCTOR 33. IT

Convenzione ancora in salita **Dopo Mmg pure i pediatri in agitazione**

«Dopo la firma del documento con Regioni e Ministero della Salute, la trattativa con l'agenzia Sisac non è ripartita. Anzi, il tentativo delle regioni di rivedere l'atto d'indirizzo ci fa temere possano non essere rispettati i punti del testo concordato a marzo». **Giampietro Chiamenti**, presidente della Fimp, sindacato maggioritario dei pediatri del territorio, spiega perché il 42° congresso a Roma ha deciso lo stato di agitazione. Il "fermento" si aggiunge alla decisione dei medici di famiglia Fimmg di indire lo sciopero il 12 maggio se le parti non saranno convocate al tavolo entro metà aprile.

A inizio marzo il documento firmato dalle sigle della medicina convenzionata con Claudio Montaldo presidente del comitato di settore (organo delle regioni che disegna l'atto d'indirizzo per le convenzioni di specialisti, mmg e pediatri) e governo pareva aver sbloccato la trattativa ferma da mesi. Ma alcune regioni alle prese con i deficit si sarebbero opposte all'indicazione di lasciare intatte le indennità ai medici che già le percepiscono, poiché anche su quelle somme riporrebbero le speranze di finanziare la riorganizzazione del territorio. La spaccatura tra regioni avrebbe originato la necessità di rimettere le mani sull'atto di indirizzo: un séguito al documento congiunto che poteva apparire non indispensabile. Ma per ottenere un nuovo mandato al Comitato di settore serve un placet dal governo. I tempi si allungano. Oltre allo sciopero del 12/5, la Fimmg minaccia a partire dal 4 maggio una quindicina di giorni di applicazione rigida della convenzione ("lotta sindacale"); invece Fimp entra solo in agitazione, non dà date di riferimento, ma esprime una preoccupazione altrettanto profonda. «Non ci sono incontri in vista e per noi è un segnale preoccupante, non si deve tornare indietro», avverte Chiamenti. «L'agitazione è un passo obbligato nelle procedure di raffreddamento previste per legge; senza, non si può scioperare e noi vogliamo metterci in condizione di decidere. Non è escluso che l'iter delineato dalle regioni si sblocchi, ma non abbiamo segnali».

«E' indispensabile tornare rapidamente alla trattativa sulla base del documento condiviso», aggiunge Chiamenti. «Non vogliamo essere costretti a trattare sulla base del precedente atto d'indirizzo o su un suo "sosia". Va riconosciuta la specificità della pediatria, ne va preservata la capillarità, vanno salvaguardati i modelli assistenziali consolidati in questi anni. Sono accettabili ritocchi che adeguino la nostra attività alle esigenze della legge Balduzzi ma più nel senso delle aggregazioni funzionali e del recupero delle esperienze esistenti nell'abito Aft che nella realizzazione ex novo di aggregazioni strutturali-Uccp. Il documento di marzo inoltre sancisce che l'accordo collettivo nazionale è la fonte legislativa di riferimento e deve prevedere sia l'espletamento dell'attività convenzionata in forma tanto singola quanto associata sia il rispetto degli attuali livelli retributivi allorché individua le quote da riferire ai fattori produttivi del medico e al finanziamento di standard organizzativi più complessi. Non è pensabile che qualcuno di noi, non più retribuito per il servizio che offre, sia costretto a licenziare personale. Infine, va considerata per la Pediatria la necessità di aderire a principi organizzativi diversi dalla Medicina generale».

Tagli, oggi deadline per intesa. Per neo commissario spending review sanità tra i capitoli

Scade oggi la deadline per definire in che maniera e secondo quale percorso declinare il mancato aumento del fondo sanitario legato ai tagli richiesti alle Regioni dalla legge di Stabilità. E intanto sempre sul fronte tagli, è arrivata anche la nomina del nuovo commissario alla spending review che, in un'intervista a Repubblica, tra le linee di azione rilancia costi e fabbisogni standard per la sanità, mentre risulterebbe accantonato per il momento il capitolo pensioni. In tema di intesa sui tagli, secondo il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**, le premesse per chiuderla ci sono tutte. Come riporta un'intervista al Sole Sanità di sabato, allo studio c'è «un provvedimento che formalizzi il mancato incremento e codifichi con l'intesa le misure che possono confluire in questo provvedimento. Per ridurre il Fondo ci vuole una legge. Lo strumento lo decide palazzo Chigi». E sulle misure l'intervento sull'acquisto di beni e servizi, potrebbe valere «1,39 miliardi», «52 milioni l'anno arrivano dal regolamento sugli ospedali», «altri 200 milioni dall'anticipo a fine giugno della revisione del prontuario dei farmaci». Poi c'è anche la riforma di Aifa, Iss e Agenas. E sul 2016, per il quale le regioni hanno chiesto un rientro alla normalità, «si vedrà con la prossima manovra, è ovvio che farò di tutto per riportarla ai livelli di prima». D'altra parte, proprio a fine settimana scorsa, le regioni avevano sottolineato la necessità di una revisione completa del sistema, a fronte delle novità del patto della salute 2014 e dei tagli previsti dalla stabilità, in modo da rivedere l'intero sistema di governance della sanità e fare una sorta di «manutenzione». Ma sulla sanità non è tutto perché sul capitolo si è espresso anche il neo commissario alla spending review, prendendo il posto di Carlo Cottarelli, **Yoram Gutgeld** - consigliere economico del premier e deputato pd - che in un'intervista di sabato a Repubblica ha dato qualche indicazione: «priorità assoluta» all'eliminazione delle clausole di salvaguardia per il 2016 e 2017, cioè l'aumento dell'Iva. Sulla revisione ancora presto per dare una cifra - anche se «in prospettiva sul 2016, arrivare a 10 miliardi sarebbe già molto importante» - perché occorrerà fare una valutazione anche sulla base del Documento di economia e finanza, in via di realizzazione, ma l'«ottica degli interventi sarà almeno biennale» e la revisione sarà anche «riallocazione e riqualificazione della spesa». Per il momento il capitolo delle pensioni è accantonato. Per quanto riguarda gli enti locali «abbiamo già chiesto molto» mentre ora l'attenzione si sposta allo «stato centrale», con l'obiettivo di «rivedere la spesa dei ministeri e tutto il settore trasporti e infrastrutture». E sulla sanità «d'accordo con il ministro Beatrice Lorenzin, useremo costi e fabbisogni standard»: «puntiamo a ragionare non solo a livello aggregato delle varie regioni ma, lavorando con esse, su costi e fabbisogni standard della singola azienda ospedaliera».

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584