



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La Sanità

Apertura «non stop» per 250 ambulatori svolta in Campania

**Maria Pirro**

Studi medici aperti 12 o addirittura 24 ore al giorno. Un po' come accade già da un anno nella Valle Telesina. «Quel modello va adattato alle esigenze dell'area metropolitana» dice Silvestro Scotti, presidente dell'Ordine dei medici di Napoli, che caldeggia la riorganizzazione dell'assistenza primaria a partire dall'esperienza pilota di cui si è discusso ieri nell'auditorium alla Riviera di Chiaia. C'è un decreto regionale che prevede 250 Uccp, acronimo che sta a indicare le Unità di cure complesse primarie. Ovvero super ambulatori. Ma, per attivarli, «servono i provvedimenti attuativi, di competenza delle Asl. E il sistema è incompleto se non si definisce anche la rete di assistenza domiciliare».

Direttori generali, riaperto il termine per la domanda

(an.lib.) L'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale di aziende ed enti del servizio sanitario regionale sarà aggiornato nelle more dell'entrata in vigore della nuova disciplina nazionale. Lo ha deciso la giunta di Vincenzo De Luca con una delibera.

Il termine per la presentazione delle domande (un mese) decorrerà dalla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. Poiché si tratta di una riapertura termini del bando precedente (scaduto lo scorso 3 ottobre), i candidati che hanno presentato la domanda precedentemente non dovranno replicare l'istanza.

L'elenco degli idonei sarà stilato da un'apposita commissione giudicatrice e approvato con successiva delibera di giunta regionale. Contro, è ammesso reclamo da far pervenire entro e non oltre quindici giorni dal ricevimento della comunicazione di esclusione. La Commissione provvederà ad assumere le decisioni definitive entro i trenta giorni successivi al ricevimento del reclamo.

A PAG. 16

Riforma Pa

**Deleghe
sanitarie:
restano
le incognite
su dirigenza
e ricambio
generazionale**

RIFORME/ Il personale Ssn è pienamente coinvolto nel riordino del lavoro pubblico negli articoli 11 e 17

Decreto Pa: le deleghe sulla sanità

Definire al meglio le norme sulla dirigenza - Resta il nodo del ricambio generazionale

I primi sette articoli del testo di riforma della Pa trattano delle semplificazioni amministrative e coinvolgono trasversalmente anche le aziende sanitarie. Non riguarda invece la Sanità il capo II «Organizzazione» con gli articoli 8-10, a meno che nell'istituzione del numero unico 112 si intenda far rientrare anche la soppressione del 118. L'evoluzione del Ddl Madia è stata seguita dalle pagine di questo settimanale in ogni passaggio (Il Sole-24Ore Sanità nn. 4, 14, 18 e 29/30 del 2015).

Si entra nel pieno della delega con il capo III «Personale» all'interno del quale si rinviene l'articolo 11 sulla dirigenza pubblica che, a ragion veduta, costituisce il vero fulcro della legge delega. Con l'eccezione dell'articolo 14, le altre norme del capo non interessano la sanità.

L'articolo 16 è una disposizione strumentale all'esercizio delle deleghe e il successivo articolo 17 contiene il riordino della disciplina del lavoro pubblico. Gli articoli 18 e 19 riguardano settori specifici, l'articolo 20 mette le mani sul procedimento dinanzi alla Corte dei conti e, in chiusura, gli articoli 21-23 contengono le disposizioni di rito, tra le quali spicca l'articolo 21 che tratta la questione dell'auto-attuazione dei provvedimenti legislativi.

A tutta delega. Tutta la legge comporta la definizione di deleghe con la sola eccezione di sei norme di diretta applicazione e immediata entrata in vigore: si tratta dell'ultimo comma dell'articolo 17, laddove viene modificato un passaggio della

legge 135/2012 - già modificato lo scorso anno dall'articolo 6 della legge 114/2014 - in tema di incarichi vietati ai pensionati. In sostanza si dice che gli incarichi, le cariche e le collaborazioni dei pensionati - che erano limitate a un anno - se prestati gratuitamente non hanno limiti temporali. Resta però il vincolo dell'anno per gli incarichi dirigenziali e direttivi. Le altre sono: l'articolo 3 e l'articolo 6 (modifiche alla legge 241/1990), l'articolo 9 (Ordine al merito), l'articolo 12 (funzionamento dell'Avvocatura di Stato) e, infine, l'articolo 14, comma 6 con il quale si introduce una novella al decreto 165 prevedendo una mobilità obbligatoria per le dipendenti vittime di violenza di genere.

Tutte le 13 deleghe comportano l'adozione di uno o più decreti legislativi meno gli articoli 2, 10, 18, 19 e 20 che ipotizzano un solo decreto. Sono altresì previsti un regolamento (articolo 4 sulla semplificazione) e una direttiva del Presidente del Consiglio (articolo 14 sulla conciliazione vita-lavoro). Su tutti i decreti dovrà essere acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari ma il Governo si è riservato di procedere anche non conformandosi a tali pareri. Entro dodici mesi dall'adozione i decreti delegati potranno essere oggetto di correttivi, senza necessità di una nuova legge delega. Risulta evidente che le due norme fondamentali - anche per la loro notevole lunghezza - sono gli articoli 11 e 17 nei quali il personale del Servizio sanitario nazionale è pienamente coinvolto.

Nello specifico della prima norma, dei tredici titoli corrispondenti alle lettere da b) a o) e alla lettera q) che si riferiscono alla dirigenza pubblica (inquadramento, accesso, formazione, formazione permanente, mobilità, conferimento degli incarichi, loro durata, dirigenti privi di incarico, valutazione, responsabilità, retribuzione, disciplina transitoria, revoca per danno erariale doloso) dal primo sono esclusi espressamente i medici mentre si deduce che gli altri aspetti li dovrebbero riguardare.

Ma certamente così non è e i decreti delegati dovranno necessariamente entrare nel merito, quanto meno per le modalità di reclutamento e di conferimento degli incarichi o per la formazione, per non parlare del ricollocamento come funzionari. Riguardo l'accesso è in atto la partita di attuazione dell'articolo 22 del Patto per la salute, sul conferimento degli incarichi esiste la norma speciale per le strutture complesse sanitarie e, infine, la formazione dei sanitari vede il regime della Ecm molto diverso e dedicato. Resta da dire qualcosa sulla lettera n) ma l'argomento è molto complesso, per cui si rinvia ad un successivo approfondimento con il quale si proverà a fare il punto sulla natura del rapporto di lavoro del Direttore generale.

Fermo restando che una valutazione completa e ragionata non potrà che avvenire a decreti delegati approvati, quello che per adesso risulta è che alcuni passaggi della legge delega sono criticabili e pericolosi mentre altri restano irrisolti. Innanzitutto la più macroscopica delle disposizioni irrisolte è proprio quella che riguarda il destino della dirigenza sanitaria. Abbiamo due sole certezze: che non confluiscono nel ruolo regionale e che restano nel pubblico impiego contrattualizzato, in virtù del richiamo all'articolo 15 del decreto legislativo 502/1992 che, a sua volta, al comma 2 afferma lapidariamente che «la dirigenza sanitaria è disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto».

Per il resto resta un mistero l'inquadramento e se tutto ciò è strumentale alla identificazione di una area negoziale separata (e non una semplice sezione come dice il decreto Brunetta), occorre ripetere che proprio questa era la sede per effettuare la modifica legislativa. Anzi a questo punto c'è da chiedersi perché a fronte delle continue deroghe alla legislazione generale e comune (libera professione, orari e riposi, mobilità, valutazione professionale e non soltanto gestionale) e di obiettivi specificità che nessuno ha intenzione di negare, il Parlamento non approva un vero e proprio testo unico sul rapporto di lavoro dei medici con il quale rendere esplicite e trasparenti tutte le specificità e le deviazioni dalla normativa generale.

Passaggi criticabili o irrisolti. Sembra, a proposito della norma sulla dirigenza, di poter per ora dire che le seguenti norme necessitano di una chiara definizione nella realizzazione

della delega.

I curricula e le valutazioni dei medici andranno nella banca dati generale? Relativamente all'accesso ci si chiede chi svolgerà le procedure (corso-concorso e concorso), la singola amministrazione o un soggetto terzo (nella stesura originaria era la Scuola superiore)? Esisteranno ancora gli incarichi di natura professionale o saranno tutti di struttura?

A quest'ultimo proposito va segnalato che tutte le clausole contrattuali (e sono tante!) che disciplinano gli incarichi dirigenziali - dalla tipologia al conferimento fino alla revoca - sono tutte decadute per effetto dell'articolo 54 del decreto legislativo 150/2009.

La Commissione deputata a fornire pareri e criteri sugli incarichi per il ruolo regionale sarà unica o ne avremo una per regione? Di conseguenza è da ritenere soppresso il Comitato dei Garanti?

Alla fine del punto 1) della lettera c) sono nominati i «dirigenti tecnici» cui dovranno ovviamente essere aggiunti i nostri dirigenti professionali.

L'organismo indipendente citato nella lettera c), punto 2) è altro soggetto rispetto alla Commissione di cui sopra? Non risultano assolutamente trasparenti le modalità e le circostanze per cui possano esistere «incarichi non assegnati» con procedure concorsuali (lettera g). Così come va capito il percorso e le garanzie da connettere ai dirigenti privi di incarico. Riguardo alla omogeneizzazione della retribuzione non si comprende come possa avvenire a costo zero (ad esempio tra la dirigenza Pta e quella regionale).

Per quanto riguarda il riordino del lavoro pubblico, i vari interventi in materia concorsuale sono interessanti ma occorre vedere come saranno at-

tuati. Analoghi dubbi si possono nutrire per le nuove competenze affidate all'Aran nonché sull'ennesima norma che rivede il sistema di valutazione.

Sul passaggio di tutte le visite fiscali all'Inps solo il tempo potrà testimoniare della sua efficacia. Difficilmente realizzabile sarà il part time che favorisce il ricambio generazionale. Ma quello che sembra veramente contrastare con il resto della legge è il punto t) laddove si auspica il rafforzamento della separazione tra indirizzo politico-amministrativo e gestione. Un paio di osservazioni finali. La norma sulla responsabilità gestionale esclusivamente a carico del dirigente è pericolosissima e va scritta accuratamente cominciando con il declinare i contenuti di tale responsabilità mentre il termine per l'adozione del riordino del lavoro pubblico sembra troppo lungo (18 mesi).

Come è più che evidente i contenuti dei decreti delegati saranno fondamentali per migliorare, ove è possibile, la legge e per chiarire molti aspetti che - a oggi - lasciano alquanto perplessi.

Stefano Simonetti

La seconda tappa della cosiddetta riforma della Pubblica amministrazione è stata realizzata con l'approvazione della legge delega n. 124 del 7 agosto 2015 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 187 del 13 agosto ed entrata in vigore il 28 agosto). A poco più di un anno dal deposito del Ddl As 1577 sono stati portati a compimento due terzi della cosiddetta Riforma della macchina amministrativa.

Resta, dunque, soltanto il varo dei decreti delegati per completare quella che è stata una delle prime riforme messe in campo dall'attuale Governo. Infatti il contesto normativo costituito dalla legge 114/2014 e dall'odierna legge risponde sostanzialmente ai 44 punti contenuti nella famosa lettera aperta di Renzi ai dipendenti pubblici dell'aprile 2014.

L'iter parlamentare del disegno di leg-

ge è stato lungo e tortuoso e, rispetto al testo originario, è stato integrato più volte con esigenze sopravvenute o contingenti.

La svolta principale è avvenuta con gli emendamenti del 22 gennaio di quest'anno che - soprattutto riguardo all'articolo sulla dirigenza - hanno parzialmente eliminato alcune incongruenze e migliorato il testo.

Le prossime scadenze della Riforma

Norma	Contenuto	Attuazione	Rilevo per la Sanità
Articolo 7	8 punti di delega per la revisione del decreto 33 sulla trasparenza	Entro il 28 febbraio 2016 previo parere della Cu e del Consiglio di Stato	Completo con particolare riguardo al punto b) 2) sulle liste di attesa
Articolo 11	15 punti di delega con sottoarticolazioni sulla dirigenza pubblica	Entro il 28 agosto 2016 su proposta del ministro per la Pa e, per il punto p), del ministro della Salute, previo parere della Cu e del Consiglio di Stato	In via generale i punti da a) a o) e il punto q) - Di diretto interesse i punti b) 2) e n)
Articolo 17	21 punti di delega con sottoarticolazioni sul riordino della disciplina del lavoro pubblico	Entro il 28 febbraio 2017 su proposta del ministro per la Pa di concerto con il Mef, previo parere della Cu e del Consiglio di Stato, sentite le Oo.Ss.	Completo
Articolo 20	18 punti di delega sul riordino della procedura dinanzi alla Corte dei conti	Entro il 28 agosto 2016 su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, previo parere delle sezioni unite della Corte dei conti	Completo
Articolo 21	6 punti di delega sull'abrogazione delle leggi non auto applicative emanate dopo il 31 dicembre 2011	Entro il 26 ottobre 2015 su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri di concerto con il ministro delle Riforme	Completo

Verso la manovra. Allo studio un prolungamento selettivo della decontribuzione: sud e occupazione femminile tra i beneficiari

Gli altri dossier aperti: lavoro, sanità, spending review

I TAGLI ALL'ORIZZONTE

Nel mirino c'è innanzitutto la spesa sanitaria: si lavora a bloccare almeno una parte dei 3,3 miliardi di aumento previsti per asl e ospedali

ROMA

■ Dallavoro alla sanità, dall'edilizia fino alla partita cruciale della spending review: fervono i lavori anche negli altri cantieri della legge di stabilità.

Sul fronte lavoro il governo si è impegnato a confermare lo sgravio contributivo per le assunzioni con contratto a tempo indeterminato effettuate nel 2016, anche se si sta ancora studiando con quali modalità. Sembra abbastanza sicuro che la decontribuzione avrà un costo inferiore rispetto al 2015, considerando che per la copertura figurativa dello sgravio triennale servono complessivamente circa 15 miliardi. Come anticipato recentemente dallo stesso premier Renzi si sta ragionando su un intervento selettivo, che potrebbe essere limitato alle sole regioni meridionali, che hanno tassi di disoccupazione paragonabili a quelli dei paesi europei più arretrati (20,2% nell'ultima rilevazione dell'Istat).

Secondo le simulazioni del governo questa misura avrebbe un costo annuo di circa 1,8 miliardi, ma bisogna fare i conti con la Commissione Ue che finora si è opposta alla concessione di sgravi fiscali limitati a singole aree o settori, considerati contrari al principio della libera concorrenza. Le stesse proiezioni prevedono un costo di circa 1,8 miliardi anche per la seconda ipotesi, di uno sgravio contributivo per le assunzioni di donne con l'obiettivo di superare uno dei principali gap del nostro mercato del lavoro (il tasso di occupazione femminile a luglio si attesta al 47,3% contro il 65,3% degli uomini). I tecnici di Palazzo Chigi, del Mef e del ministero del Lavoro ipotizzano anche un meccanismo di decalage temporale, per consentire ai datori di lavoro che assumono nel 2016 con contratto a tutele crescenti uno sgravio contributivo di due anni, limitato a un anno per le assunzioni del 2017. Al posto

dell'attuale esonero totale (fino al massimo di 8.060 euro l'anno per una durata di 3 anni) l'incentivo potrebbe essere ridotto a una determinata percentuale per avere un impatto minore sui conti pubblici. Tra le opzioni allo studio c'è anche la decontribuzione per le assunzioni che rappresentano nuova occupazione, sul modello di quanto fatto dal governo Monti, anche se la misura non dovrebbe contenere quelle "condizionalità" che hanno contribuito a rendere meno appetibile il bonus Giovannini.

Nel pacchetto lavoro resta l'incognita della detassazione del premio di produttività. Il governo ha fatto capire alle parti sociali che l'entità dell'intervento è legata all'intesa complessiva tra sindacati e Confindustria sul nuovo modello contrattuale e sull'attuazione delle nuove regole sulla rappresentanza. Come accade puntualmente ogni anno, questo sarà uno dei nodi che verranno sciolti solo all'ultimo dal governo.

Ma restano diverse le partite ancora aperte nella manovra. A partire dalla riconferma dei bonus fiscali per le ristrutturazioni edilizie e il risparmio energetico e l'allargamento di questi incentivi a operazioni di riqualificazione su una scala urbana, fino al finanziamento di una trentina di opere infrastrutturali strategiche.

Caldissimo anche il fronte di revisione della spesa. Con nuovi tagli che potrebbe toccare di nuovo la Sanità: nel mirino almeno una parte dell'aumento da 3,3 miliardi già previsto per legge per quest'anno per ospedali e asl. L'obiettivo minimo della spending review - con il nuovo meccanismo centralizzato degli acquisti Pa che dovrà garantire la fetta più grande - resta quello di 10 miliardi nel 2016. Ma il Governo punta a spingersi oltre per trovare innanzitutto le risorse necessarie (16 miliardi) per sterilizzare le clausole di salvaguardia fiscali (Iva in prima battuta). E poi per finanziare tutte le altre misure: dallo stop a Tasi sulla prima casa, Imu agricola e tassa "imbullonati" fino alle nuove agevolazioni per la famiglia, il lavoro e l'edilizia.

G. Pog.

LE IPOTESI

20,2%

Disoccupazione al Sud

Le rilevazioni Istat del secondo trimestre 2015 pongono il Mezzogiorno allo stesso livello dei paesi più indietro d'Europa. Da qui l'ipotesi del Governo di limitare lo sgravio alle regioni meridionali

47,3%

Occupazione femminile

È il tasso di occupazione tra le donne in Italia. A fronte del 65,3% degli uomini. Anche per questo un'altra soluzione allo studio in vista della stabilità è quello di riservare lo sgravio contributivo all'assunzione delle sole lavoratrici

Verso la manovra 2016: è già nel mirino dell'Economia la crescita della dotazione finanziaria per il Ssn

Parte l'assalto all'aumento di 3,3 mld

Coro di «no», ma sarà una partita dura - Tocca anche a ospedali e centrali d'acquisto

La preoccupazione è alta: al ministero della Salute, nei partiti di maggioranza, tra le Regioni e le categorie. Il pericolo è di precipitare nello stesso vortice della manovra 2015: un nuovo taglio al Fondo sanitario mascherato da «mancato aumento» e da risparmi sugli sprechi senza toccare i servizi. Perché anche con la Stabilità 2016 rischia di ballare almeno una parte dell'aumento già in cantiere delle risorse per ospedali e

Asl. Un aumento che per il 2016 vale ben 3,3 mld. Che non a caso è tenuto sotto stretta osservazione dall'Economia. Minori spese che si sommerebbero a quelle della spending review e di tutte le misure già in cantiere per far dimagrire i bilanci del Ssn. All'orizzonte un'ulteriore stretta sulle centrali d'acquisto e l'ipotesi Gutgeld di sottoporre a piani di rientro dal debito gli ospedali in profondo rosso.

A PAG. 5

Verso la manovra 2016: la crescita della dotazione di 3,3 mld sotto la lente dell'Economia

Aumento del Fondo a rischio

Si annuncia un duro testa a testa - E l'Emilia sarà capofila delle Regioni

Tutti lo sanno, ma tutti dicono (ufficialmente) di non saperne niente. Fatto sta che smentite e prese di posizione di rito che si susseguono, confermano che la preoccupazione è alta: al ministero della Salute, nei partiti di maggioranza, tra le Regioni e le categorie. Il pericolo è di precipitare nello stesso vortice della manovra 2015: un nuovo taglio al Fondo sanitario mascherato da «mancato aumento» e da risparmi sugli sprechi senza toccare i servizi. Perché anche con la Stabilità 2016 rischia di ballare almeno una parte dell'aumento già in cantiere delle risorse per ospedali e asl. Un aumento che per il 2016 vale ben 3,3 mld. Che non a caso è tenuto sotto stretta osservazione dall'Economia a caccia disperata di risparmi. Minori spese che si sommerebbero a quelle della spending review e di tutte le misure già in cantiere per far dimagrire i bilanci del Ssn.

Per la sanità, insomma, la partita politica della prossima manovra di bilancio è quella della dotazione finanziaria 2016. Che a bocce ferme vale oltre 113 mld. E che difficilmente potrà subire una decurtazione totale dell'aumento di 3,3 mld, anche se via XX Settembre tiene alta la posta. Ma che nella partita a scacchi che si annuncia fino a metà ottobre potrebbe verosimilmente chiudersi almeno a metà strada, intorno a 1,5-2 mld di taglio.

Più tutti gli altri interventi che saliranno sul carro della manovra per spuntare le unghie alla spesa sanitaria. Con la ministra Lorenzin che frena, come ufficial-

mente fanno da pompieri tutti i partiti di maggioranza e ovviamente le Regioni. Salvo ammettere privatamente che «è vero, il tema c'è, sarà dura. Ma altri tagli sono impossibili. Confidiamo nelle promesse di Renzi».

Ma sugli scudi è l'intero «capitolo sanità» della Stabilità. Tra nuove misure allo studio, anche avanzatissimo, e la prossima applicazione delle novità arrivate col «decreto enti locali» che ha portato tagli da 2,35 (che si replicheranno anche nel 2016). Non mancano del resto le novità dell'ultim'ora. Una di queste potrebbe essere un'ulteriore stretta per le centrali d'acquisto in sanità, con la prospettiva di arrivare in tempi relativamente brevi ad accorpamenti macroregionali e intanto al massimo a una per regione. Ma con l'aggiunta immediata dell'individuazione ogni anno, con un decreto ad hoc, delle categorie merceologiche coinvolte negli acquisti a prezzi bassi: un decreto che sarebbe ripetuto ogni 12 mesi allungando la lista degli acquisti su cui risparmiare sempre di più. Interventi, questi, che fanno capo al commissario per la spending review, Yoram Gutgeld, destinati a essere meglio definiti in queste settimane. Così come dal «tavolo Gutgeld» è spuntata l'ipotesi di sottoporre a piani di rientro dal debito gli ospedali in profondo rosso. Due casi, tra i tanti, vengono citati: il debito di 100 mln del San Camillo a Roma, e, sempre a Roma, i 78 mln di perdita del Policlinico di Tor Vergata. Ma praticamente tutti gli ospedali, chi più chi meno, e non solo al Sud, sono

in sofferenza. Ecco così l'idea di prevedere dei piani specifici di azzeramento e di rientro dal rosso in un percorso di 3-5 anni. Con sanzioni indirette in caso di fallimento del programma di bonifica dei bilanci: dallo stop alle assunzioni alla tagliola sugli acquisti. Un modo pesante di metterli in mora definitiva, che difatti è visto con molta cautela nel Governo, e naturalmente dai sindacati. A entrare nella manovra, se sarà possibile cifrare i risparmi, potrebbe essere la modifica della responsabilità professionale dei medici, virando l'onere della prova sugli assistiti.

Fin qui le new entry. Ma in cantiere, e con effetto immediato, ci sono i tagli per beni e servizi. Il decreto in dirittura d'arrivo al massimo tra dieci giorni che eliminerà 180 prestazioni. Per fine mese il nuovo Prontuario dei farmaci che dovrebbe far risparmiare 125 mln quest'anno e circa 500 nel 2016. Tutti risparmi che resteranno in sanità? Il dubbio c'è. E poi, finirà qui? Si vedrà. Senza scordare un passaggio di consegne tutto politico tra le Regioni: la commissione Salute non toccherà più al Veneto. In salda pule c'è l'Emilia Romagna. (r.tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RASSEGNA DELLE PRONUNCE SULL'APPROPRIATEZZA

APPROPRIATEZZA

Il medico deve integrare i dati della doverosa conoscenza degli approdi della letteratura scientifica con le peculiari caratteristiche dei singoli pazienti.

Quando le conclusioni del medico coincidono con le esigenze sanitarie si realizza l'appropriatezza sia all'interno della relazione medico/malato che della logica beneficio/costo sostenibile.

● **Sezione Giur. Lombardia n. 404 del 13 luglio 2010 e n. 9 dell'8 gennaio 2010**

L'appropriatezza non si ingabbia in un atto amministrativo.

Il concetto di appropriatezza coincide con la dimensione primaria e costituzionalmente garantita del diritto alla salute e non può essere sacrificata o compromessa dalla discrezionalità amministrativa, dovendosi escludere la configurabilità di atti amministrativi (comunque disapplicabili ai sensi della legge 20 marzo 1865, n. 2248, articolo 5, allegato E), condizionanti in tal senso il diritto all'assistenza.

● **Cassazione civile, sezione Lavoro, n. 7279 del 10 aprile 2015**

DANNO ERARIALE

Il medico e il farmacista, ai quali viene contestato di avere erogato farmaci a carico del servizio sanitario nazionale senza giustificazione, non possono essere condannati sulla base di "medie" prescrittive ma solo per la quota di danno realmente provato e imputabile a colpa grave.

Il criterio presuntivo del "costo medio", per la sua astrattezza, appare logicamente incompatibile con il principio dell'onere della prova che grava sul pubblico ministero. La statistica può appagare lo studioso, o fornire spunti manageriali per interventi gestionali (o normativi) correttivi nel mondo sanitario ma mai per fondare condanne della Corte dei conti.

● **Corte conti appello Regione sicilia n. 61/2015**

DIRITTO ALLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA

Quanto disposto dalla delibera regionale (Toscana rdn) non incide in modo determinante sulle norme statali che disciplinano la prescrizione dei farmaci, perché - pur cercando di favorire, attraverso specifici obiettivi posti ai direttori generali delle aziende sanitarie, l'impiego di farmaci meno costosi, anche perché privi della tutela brevettuale - lasciano comunque inalterata la possibilità del medico prescrittore di ricorrere a medicinali diversi da quelli inclusi nei prontuari terapeutici delle aree vaste sulla base delle indicazioni regionali. È vero che la delibera chiede al medico di redigere, in tali casi, una motivazione della scelta operata, ma non può dirsi che tale adempimento costituisca un onere talmente complesso da far venir meno la libertà prescrittiva né che sia comunemente non

ragionevole, tenuto conto che la raccolta di tali motivazioni può costituire per la Regione una valida base documentale da tener conto ai fini dell'adozione di provvedimenti futuri.

● **Sentenze Consiglio di Stato n. 3665 e 3668 del 14 luglio 2014**

RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

Una volta allegato l'inadempimento consistente nell'errata prescrizione del farmaco, era onere del convenuto professionista «dimostrare di avere invece tenuto una prestazione corretta», cosa che non era avvenuta. Doveva ritenersi pacifico che il paziente, dopo una precedente operazione, era stato dimesso con prescrizione di terapia anticoagulante e che la sua morte era da ricondurre ad emorragia conseguente al sovra-dosaggio del Coumadin.

● **Cassazione civile n. 11637 del 30 maggio 2014**

La violazione da parte del medico curante dell'obbligo d'informazione circa la potenzialità dannosa di un farmaco, per il paziente e/o per il concepito, costituisce inadempimento del contratto di prestazione d'opera intellettuale e comporta il risarcimento del danno.

● **Cassazione, sezione III, 11 maggio 2009, n. 10741**

* * *

Modifica terapia farmacologica di tipo neurolettico che ha prodotto uno stato psicotico sfociato in un omicidio di altra persona. Il rapporto terapeutico instaurato e condotto in modo gravemente negligente (oltre che imperito e imprudente nella affrettata diminuzione e sospensione della terapia) in particolare per la mancata assunzione di tutte le informazioni necessarie per trattare il caso secondo le regole dell'arte medica psichiatrica anche se riduttivamente vista in un'ottica di protezione esclusiva del paziente. La mancata acquisizione di una corretta anamnesi e la mancata valutazione della terapia modificata è stata causa della condanna del medico.

● **Cassazione penale n. 10795 del 2008**

Errata prescrizione di preparato ormonale anziché pillola contraccettiva. Il medico ha l'onere di rendersi conto se sta prescrivendo un farmaco efficace, è normale che una paziente non legga il foglio illustrativo.

● **Tribunale Monza 19 aprile 2005**

Risponde di omicidio colposo il medico che non segue un corretto dosaggio dei farmaci somministrati alla paziente cagionando un accumulo dei principi attivi. «Quanto più elevato è il rischio che la malattia degeneri in un evento grave, tanto più il medico deve prospettare con chiarezza la situazione di pericolo al paziente».

● **Cassazione penale, sezione IV, sentenza n. 840 del 10 gennaio 2008**

RESPONSABILITÀ DEL PAZIENTE

Responsabilità medica e concorso del paziente che omette un esame prescritto. Il comportamento del danneggiato è stato individuato come idoneo a interrompere il nesso causale, si osserva che appare del tutto irrilevante dibattere del fatto se l'esecuzione tempestiva della visita angiologica avrebbe con certezza evitato i postumi permanenti della trombosi, che sarebbe stata curata con maggiore anticipo rispetto a quanto avvenne. Ciò che rileva, infatti, è che il giudice abbia accertato che la sua mancata tempestiva esecuzione sia imputabile al danneggiato e che, invece, il sanitario l'avesse prescritta, adempiendo con diligenza la propria obbligazione contrattuale.

● **Cassazione civile n. 17057 del 28 luglio 2014**

Il paziente deve collaborare alla cura. Nella valutazione dei danni, il giudice deve analizzare le conseguenze in termini di minore o diverso danno, nel caso in cui il paziente si fosse rigorosamente attenuto alle prescrizioni e raccomandazioni dei sanitari. Inoltre, deve valutare la posizione di tutti coloro che, a vario titolo, hanno partecipato al percorso di cura motivando, se necessario, le circostanze che hanno determinato una dichiarazione di non responsabilità di qualcuna delle posizioni coinvolte.

● **Cassazione civile n. 13055 del 10 giugno 2014**

RIFIUTO CURE

È opportuno insistere affinché il paziente si sottoponga a cure adeguate, ma tale insistenza non può sfociare in un'azione impositiva contro la volontà della persona ammalata.

● **Cassazione penale 4 luglio 2005 n. 38852**

RIFIUTO CURE-MINORE

Il medico, anche se libero professionista, quando cura un minore assume una posizione di garanzia.

Viene meno al suo dovere nel caso in cui non riuscisse a impedire l'evento letale determinato dalla somministrazione di una terapia alternativa non efficace, di conseguenza, è responsabile di omicidio colposo per la morte del paziente.

Il sanitario, affermano i giudici: «è responsabile dell'interruzione delle terapie tradizionali, nonostante la scelta consapevole dei genitori, spettando in ogni caso al medico curante, non solo il compito di prospettare la certa inidoneità della terapia ayurvedica (di per sé sola insufficiente a garantire soluzioni terapeutiche realmente alternative a quella tradizionale) e dunque le reali conseguenze cui avrebbe condotto l'abbandono del percorso terapeutico tradizionale, bensì il dovere - a fronte di una scelta genitoriale orientata in termini così palesemente e gravemente rischiose per la salute del figlio minore - di coinvolgere nel processo decisionale i soggetti istituzionali preposti alla tutela pubblica del minore

(il medico di base; il giudice tutelare; etc.) al fine di sollecitare un dialogo giuridicamente corretto e sostanzialmente più proficuo per l'individuazione del "best interest" del minore; dialogo tanto più essenziale (e giuridicamente doveroso) là dove venga prospettata l'adozione di cure che (per la prevalente destinazione a garantire un accettabile standard qualitativo di vita in un quadro di accertata inguaribilità) valgano a proporsi come forme terapeutiche meramente palliative o compassionevoli che avrebbe richiesto, secondo i giudici, una decisa risposta (immediato ricovero in sede ospedaliera; antibiogramma; somministrazione massiccia e mirata di antibiotici per via endovenosa) che il medico «ebbe clamorosamente a omettere».

● **Cassazione penale, sezione IV, espressa nella n. 8527 del 25 febbraio 2015**

SPENDING/ Ridotto del 5% l'importo dei contratti del Ssn: una ricetta nata vecchia

Spesa, il prezzo è già all'osso

I tagli lineari penalizzano gli accordi che prevedono listini competitivi

Nel mirino è un aggregato di spesa di circa 15.750 milioni di euro. La riduzione da parte delle aziende del Ssn del 5% dell'importo dei contratti per beni e servizi (esclusi quelli relativi ai farmaci e per i dispositivi medici riduzione in misura non quantificata) prevista dalla legge 125/2015, dovrebbe comportare un risparmio su base annua per l'anno 2015 di 788 milioni di euro e di 805 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016, ipotizzando una crescita dell'aggregato di spesa per beni e servizi oggetto della rinegoziazione pari al 2,2% circa.

La manovra rappresenta la riedizione di analogo provvedimento del 2012 (legge 135/2012), poi reiterata con la legge 228/2012 (legge di stabilità 2013), con abbattimento dell'importo contrattuale portato al 10 per cento a decorrere dal 1° gennaio 2013.

Successivamente, la legge 89/2014 ha esteso la misura della riduzione del 5% dei contratti anche alle altre pubbliche amministrazioni, ricomprendendovi, per la Sanità, i dispositivi medici.

Il legislatore della spending 2015 non ha saputo inventare di meglio, nonostante le non incoraggianti risultanze delle analoghe manovre precedenti. Risultato di cui deve essere consapevole, visto che anche in questa tornata ha previsto che «Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, possono comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario (...) anche adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario».

Si tratta quindi di un aiutino normativo per favorire, con una ennesima deroga ai principi della contrattualistica, la raschiatura del barile.

L'analogia manovra messa in campo nel 2012 portò a risultati complessivamente deludenti, nonostante inizialmente, giocando sull'ambiguità di quel testo normativo, molte aziende sanitarie riuscirono a convincere i fornitori a concedere uno sconto incondi-

zionato sul prezzo, senza interventi sulla qualità o quantità dei beni e servizi contrattati.

Secondo un'indagine campionaria Fiaso del 2013, in luogo del 5% previsto, le Aziende sanitarie conseguirono mediamente uno sconto del 2,0% sulle voci di costo per appalti e forniture di beni e servizi per l'anno 2012, con un trend del 2,6% relativamente al 2013.

Riemergono, se possibile accresciute, le criticità che allora si manifestarono. Ad esempio, sono aumentati i contratti derivanti da convenzioni quadro stipulate da centrali di committenza (Consip e centrali regionali): da qui dubbi su chi deve rinegoziare che cosa; e ancora, contratti pluriennali in essere dal 2012, dal 2013 o dal 2014, già oggetto di ripetuti interventi al ribasso, dovrebbero essere ulteriormente ridotti.

La nota di lettura del Servizio bilancio del Senato sulla legge 125/2015 evidenzia alcuni limiti del provvedimento. A partire dai tempi di operatività della norma rispetto ai risparmi attesi: «si rappresenta la difficoltà di conseguire un risparmio pieno nell'anno in corso (...) non sembra prudenziale ipotizzare di conseguire risparmi calcolati su base annuale nel ristretto arco di tempo intercorrente fra le date di rinegoziazione dei contratti, necessariamente successiva all'entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge in esame, e il 31 dicembre 2015».

E ancora: «Inoltre, andrebbe valutata la possibilità dell'insorgere di contenziosi in materia e l'adozione di comportamenti da parte degli operatori privati volti a ridimensionare l'impatto della norma fornendo prodotti di minore qualità ovvero sfruttando, in taluni ambiti, una situazione di sostanziale monopolio».

Ai rilievi del Servizio bilancio del Senato possono aggiungersene altri, di carattere formale e sostanziale. La riduzione dell'importo dei contratti in forza di legge configge con la natura paritaria dei rapporti tra p.a. e privati in materia contrattuale. Provvedimenti autoritativi derogatori dei principi del-

l'ordinamento sono stati giustificati in passato, come da conforme giurisprudenza anche di livello costituzionale, nel superiore interesse pubblico e per l'eccezionalità del loro verificarsi.

Tali misure dovrebbero quindi essere transitorie. Se il taglio forzoso dell'importo dei contratti (pena la rescissione) diviene una manovra rituale, i dubbi di legittimità diventano consistenti. Carta straccia anche del divieto comunitario di rinegoziazione del contratto a valle dell'aggiudicazione (circolare Pem - Dipartimento per le politiche comunitarie, n. 12727 del 2001).

Nei contratti di durata (somministrazione) va obbligatoriamente riconosciuta al fornitore la revisione prezzi. Con una mano si toglie, con l'altra si dà. O viceversa? Si pongono poi altre questioni tecniche, connesse all'eventuale riduzione dei prezzi, come quella relativa all'anomalia dell'offerta. Un'offerta congrua, per effetto della riduzione del prezzo potrebbe diventare anomala, quindi modificare a posteriori la graduatoria di gara e/o non essere più remunerativa, tale da non coprire, ad esempio, i costi della sicurezza o della manodopera, e ciò in contrasto con le norme di legge.

In proposito va rammentato che nel "paniere" sono compresi consistenti servizi non sanitari appaltati (pulizie, ristorazione, lavanolo, smaltimento rifiuti, manutenzione, ecc). Molti di questi servizi sono ad alto contenuto di manodopera. Si profilano, come in passato, criticità occupazionali. Infine, gli sconti forzosi possono vanificare la significatività economica dei "prezzi di riferimento", di cui è peraltro presunta, per legge, la congruità.

Nel merito, la linearità del taglio penalizza i contratti che prevedono prezzi competitivi e quantità corrette, mentre la spalmatura può continuare a consentire la corresponsione di extra-profitti in quelli antieconomici. Delle due l'una: o i prezzi e/o le quantità di contratto sono normalmente "gonfiati", o la riduzione del 5% comporta una corrispondente riduzione di pre-

stazioni, non assorbibile dove la gestione è già "all'osso".

Il legislatore evidentemente scommette sulla prima ipotesi. Il che la dice lunga anche sulla considerazione in cui è tenuto il management professionale delle aziende sanitarie. In sostanza, non si incide adeguatamente sugli sprechi e vengono penalizzate le amministrazioni più virtuose. I costi standard sono ancora una volta demandati a tempi migliori. Se la concreta praticabilità del taglio dei contratti è aleatoria, sono invece certi gli onerosi risvolti applicativi della norma. Anche se l'impatto burocratico delle leggi non viene mai considerato. Le aziende sanitarie devono comunque riesaminare tutti i contratti in essere interessati dal paniere di riferimento (anche quelli di basso importo, visto che la legge non ammette franchigie) con proposte di riduzione di quantità, ove possibile, e/o richiesta al fornitore di riduzione di prezzo.

Si rimette in opera quel balletto rituale di interlocuzione domanda-offerta già attivato a partire dal 2012 che impegnerà nei mesi a venire le funzioni acquisti delle aziende sanitarie in una defadigante negoziazione prima con i clienti interni e i poi con fornitori esterni, finalizzata alla quadratura del cerchio. Anche se, tecnicamente, i contratti di fornitura della p.a. beneficiano già ex lege di una banda di oscillazione di valore del 20%, per cui almeno l'eventuale azione di contenimento quantitativo potrebbe essere giocata nella normale alca contrattuale, senza dover attivare il farraginoso meccanismo negoziale previsto dalla manovra. In caso di mancato accordo con il fornitore è attivabile - bilateralmente - il recesso.

A questo punto, secondo la legge, occorre esplorare il mercato pubblico per rintracciare un corrispondente contratto in essere cui aderire. Delle problematiche relative alle contrat-

tazioni centralizzate si è detto. Occorre quindi mettere in conto il carico di lavoro per le nuove gare da espletare e l'"adesione" provvisoria a contratti in essere, sempre che, previa laboriosa istruttoria in tal senso, ve ne siano per gli stessi beni o servizi orfani di contratto e i prestatori siano consenzienti. Consenso non facile da ottenere per servizi complessi, che necessitano di rodaggio locale e hanno costi di start up, visto il respiro contrattuale di pochi mesi. Poco importa, poi, che questa estensione di contratti preesistenti stipulati da altri contraenti sia da considerarsi illegittima (da ultimo: Tar Toscana, sentenza n. 889/2015). Si profila anche il paradosso della ri-adesione. Si recede da un contratto stipulato in applicazione di una convenzione centralizzata ma - dispone la legge - vi si deve ri-aderire, se è l'unica opzione merceologicamente disponibile.

Non è specificatamente disciplinato il caso per il quale nessun contratto sia attivo presso le fonti indicate dalla norma, ovvero siano disponibili contratti non favorevoli. In proposito, da interpretazione letterale, sembra che l'obbligo di legge per le aziende sanitarie riguardi la proposta di rinegoziazione e non il conseguimento del risultato atteso (chiedere è lecito...).

Il semplificazione messo in campo anche in questa tornata dal legislatore non favorisce l'attività gestionale ed espone amministrazioni e funzionari a incolpevoli responsabilità. Nella già richiamata manovra di cui alla legge 89/2014, il legislatore autorizzava le p.a. a ridurre gli importi dei contratti. E infatti in quel caso la Magistratura contabile, in virtù della terminologia della norma, considerò discrezionale l'esercizio del potere di riduzione, fermo restando l'obbligo di perseguimento dell'obiettivo di fondo della contrazione dei costi. (Deliberazione Corte dei conti - Puglia 30 luglio 2014 n. 147). Ora, la persecuzione burocratica in materia contrattuale che affligge le aziende sanitarie po-

trebbe essere attenuata se - viste le incerte prospettive di successo - sulla rinegoziazione 2015 si ritornasse al regime autorizzativo, dato che comunque i risparmi di spesa previsti sono già stati contabilizzati.

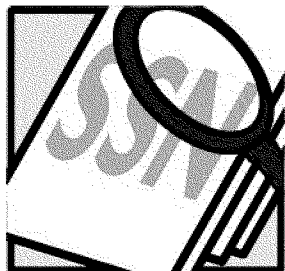
Sul fronte delle novità, la manovra 2015 prevede l'estensione del meccanismo del pay back dal farmaco ai dispositivi medici, pur in un diverso contesto di acquisto. Nel canale territoriale, il farmaco è assoggettato a un sistema di contrattazione dei prezzi a monte dell'immissione in commercio, non sottoposto alle regole del mercato, il che legittima interventi di natura regolatoria sui fatturati, come fase successiva di "aggiustamento" della contrattazione.

Viceversa, i prezzi dei dispositivi medici si formano sul mercato, attraverso le gare di appalto. In questo caso, il meccanismo del pay back va a incidere surrettiziamente a posteriori, per quanto indistintamente, sulle offerte commerciali, alterando i valori degli appalti pubblici, che vengono condizionati da variabili esogene alla procedura, oltretutto in modo aleatorio, in dipendenza dei fatturati. In primis, i meccanismi di mercato e il sinallagma contrattuale ne risultano alterati. Anche l'Unione europea, sempre attenta al rispetto delle regole comunitarie nel mercato pubblico, potrebbe eccepire.

Marco Boni

Nel mirino un aggregato che vale circa 15.750 milioni di euro

Ennesima deroga
alle regole vigenti
per raschiare
il fondo del barile



CONGRESSO A NAPOLI

Tumori, un centro su 2 non esegue il numero minimo di interventi

NAPOLI. In Italia meno del 50% dei centri esegue il numero standard minimo previsto per interventi contro il tumore. È quanto emerge dai risultati pubblicati dal sito oncoguida.it, realizzato da Aimac, ministero della Salute e Iss e diffusi al congresso della Società italiana di oncologia chirurgica a Napoli. La chirurgia - secondo quanto emerso - è il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori solidi e, come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale, è determinante per il successo globale del trattamento. Una valutazione delle criticità in chirurgia oncologica è stata compiuta nell'ambito del Programma Nazionale Esiti di Aagenas - Ministero della Salute. Nel Programma è stato preso in considerazione il rapporto tra volume di interventi eseguiti e mortalità entro 30 giorni, riferiti all'attività dei Centri Ospe-



dalieri e Universitari nel 2013. «I risultati sono eclatanti - dichiara Alfredo Garofalo (*nella foto*), past president Società Italiana di Chirurgia Oncologica (Sico) - per il colon retto, la mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15% a meno del 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi l'anno; per lo stomaco, la mortalità post operatoria a 30 giorni si dimezza passando da più del 20% a meno del 10% quando il volume di attività raggiunge i 20/30 interventi l'anno; per il polmone la mortalità post operatoria a 30 giorni diminuisce decisamente dal 20 a circa il 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi annui; per la mammella - non potendosi attendere una mortalità operatoria da questo tipo di intervento - le linee guida internazionali identificano in 150 interventi annui la soglia minima di attività per definire la Breast Unit». A fronte di tali dati, spiega il presidente della Federazione delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo) Francesco De Lorenzo, «le associazioni dei pazienti chiedono a tutti coloro che devono affrontare un intervento di chirurgia oncologica di documentarsi sul sito www.oncoguida.it scegliendo esclusivamente i centri a più alto volume di casi trattati. Ciò potrebbe comportare automaticamente, e anche senza alcun intervento da parte delle Istituzioni, la disattivazione dei centri a maggior rischio».

L'attività ludico-motoria non richiede la visita medica

L'attività ludico-motoria è quella praticata da persone non tesserate con Federazioni o Enti di promozione sportiva e il suo fine è mantenere il benessere psico-fisico. Per esempio, nuotare in piscina, giocare a tennis, a calcetto, fare ginnastica in palestra sono esempi di attività ludico-motoria amatoriale.

La certificazione medica è obbligatoria?

No, ma può essere utile consultarsi con il medico sull'attività che si intende intraprendere, sia per non correre rischi, sia per fornire indicazioni a un

eventuale istruttore.

Molte piscine o palestre, però, chiedono per l'iscrizione un certificato medico?

Ci possono essere ragioni assicurative: i responsabili della struttura si vogliono tutelare. Questo però non significa che ci sia un obbligo di legge.

A quale medico eventualmente rivolgersi?

Al medico di famiglia o al pediatra che conoscono l'assistito, a specialisti in Medicina dello sport e ai medici della Federazione medico sportiva italiana, in linea di principio a qualsiasi medico.

Cosa attesterà il medico?

Che il paziente gode di buona salute e non ha patologie in atto tali da controindicare la pratica sportiva ludico-motoria, oppure indicherà limitazioni all'attività da svolgere.

Il certificato si paga?

Sì e l'importo è lasciato alla valutazione del medico (dovrebbe dirlo prima al paziente).

Anche
se la legge
non
lo impone,
è sempre
utile
consultarsi
con
il medico
sull'attività
che si vuole
iniziare



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Asl, i sindacati: «Il commissario non ci riceve»

La sanità

Le sigle dei lavoratori contro Danzi e i vertici aziendali: «Rapporti compromessi»

Ornella Mincione

«Manca il confronto con il commissario straordinario dell'Asl». Questa la denuncia di Cisl Fp, Cgil Fp, Uil Fpl, Fials e Fsi che puntano il dito contro l'azienda sanitaria di Caserta guidata da Gaetano Danzi. «Abbiamo più temi che vorremmo affrontare con i vertici. Fra tutte, la più urgente è la vertenza che riguarda gli operatori socio sanitari», spiega il segretario generale della Cisl Funzione Pubblica Nicola Cristiani. «Ci preme incontrare il commissario ora, perché sono in atto le riorganizzazioni del personale, con la formulazione dei piani del fabbisogno, argomentazione centrale nella nostra attività sindacalista», con-

tinua Cristiani. Per i rappresentanti sindacali «manca il confronto e l'organizzazione nell'Asl. Il nostro - prosegue il segretario della Cisl Fp - vuole essere un richiamo al commissario Danzi e ai dirigenti».

L'ultimo incontro con il commissario risale a luglio scorso. E non lo nega lo stesso Danzi. «È vero, ma ce n'è stato un altro circa sette giorni fa con il responsabile dell'Asl dei rapporti con i sindacati», spiega il commissario, che vive in proroga il suo mandato fino a quando la Regione farà il nome del nuovo manager. «I rapporti ci sono e vengono preservati. Sono quelli personali ad essere lesionati e i sindacalisti conoscono anche il motivo», continua Danzi, che parla di «rapporti raffreddati soltanto da un punto di vista amicale e non istituzionale. Anzi, li ascoltiamo tutte le volte che la legge lo impone», conclude. Intanto le organizzazioni sindacali hanno inviato «l'ennesima richiesta di incontro e se non verrà ascoltata per l'ennesima vol-

ta avvieremo tutte le azioni necessarie per la difesa dei diritti dei lavoratori e del ruolo del sindacato, non escludendo quelle giudiziarie», scrivono in una nota. Sempre in tema di sanità, si torna a parlare del bando dell'ospedale di Caserta per addetti del servizio di pulizia. «Ho chiesto ufficialmente un incontro ai commissari straordinari -

fa sapere il consigliere regionale di Campania libera Luigi Bosco - È comprensibile la preoccupazione dei lavoratori e dei rappresentanti sindacali dopo la diffusione delle cifre del bando per l'assegnazione del servizio». La somma è circa la metà dell'attuale canone pagato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+

SANITÀ

Chiude il distretto Asl

■ Il presidio S.Giuseppe-Ottaviano va a Palma
Scatta la protesta in Comune: servizio a rischio

San Giuseppe. Chiude il distretto, scoppia la protesta, insorgono sindacati e consiglieri comunali che avrebbero voluto l'appoggio dell'amministrazione nella battaglia contro l'Asl. Il caso è scoppiato agli inizi di agosto quando, tra lo stupore dei dipendenti, è stato cancellato il distretto 52 che serviva sia San Giuseppe Vesuviano che Ottaviano. Tutti i servizi sono stati trasferiti a Palma Campania. In realtà soltanto a settembre, i cittadini si sono accorti della chiusura del distretto. Erano in calendario le visite dei pazienti davanti alla commissione medica per ottenere la pensione di invalidità. Solo allora molti si sono accorti dei pesanti disagi che avrebbero dovuto affrontare per i trasferimenti in una «città non collegata alla Vesuviana e non servita dai mezzi pubblici», denuncia Antonio Agostino Ambrosio, consigliere di Forza Italia di San Giuseppe che tuona sia contro il sindaco Catapano e sia contro il primo cittadino di Ottaviano, Luca Capasso che non avrebbero mosso un dito per riaprire il distretto. Sono a settembre, dopo la pausa estiva, davanti alla sede si sono registrati momenti di tensione per una decisione presa per dei lavori di manutenzione



che avrebbe dovuto essere di routine. «Soltanto ora - spiega Luigi Esposito della Uil - ci rendiamo conto che i lavori andranno per le lunghe e registriamo le giuste critiche di molti cittadini che situ servivano del distretto per la medicina legale, la maternità, il porto d'armi e ancora altri servizi». Eppure aggiunge il sindacalista «erano in calendario una manutenzione all'impianto elettrico». I disagi sono ormai quotidiani ma la soluzione trovata dall'Asl finirà di certo all'attenzione del consiglio comunale delle due cittadine che hanno perso il distretto. (amar)



Il quadro Nosocomi in costiera verso il riordino

Il «Santa Maria della Misericordia» di Sorrento e il «De Luca e Rossano» di Vico Equense sono destinati a scomparire per far posto all'ospedale unico della penisola sorrentina. Lo prevede il piano approvato dalla Regione lo scorso maggio. L'obiettivo è realizzare, a Sant'Agnes, un'unica struttura a sei piani e con più di 200 posti letto: circa cento in più rispetto ai 120 attualmente disponibili tra Sorrento e Vico. Previsti anche posti di medicina d'urgenza e di osservazione breve, oltre a un parcheggio interrato e a una superficie per le eliambulanz. Costo dell'opera: tra i 100 e i 120 milioni di euro, da finanziare con i fondi Por 2014-2020. Sul progetto, fortemente sostenuto dall'ex presidente della Regione Stefano Caldoro, si attende una presa di posizione ufficiale da parte dell'attuale governatore Vincenzo De Luca.

Agropoli Il commissario straordinario dell'Asl non blocca il servizio in ospedale

Primo soccorso, proroga fino al 30 settembre

Ma Postiglione avverte: dalla Regione ora serve un atto di responsabilità

Simona Paolillo

AGROPOLI. Potenziamento del Psaut. Oggi non si sospende nulla, ennesima proroga fino a fine mese. Durante la campagna elettorale delle elezioni regionali, il pronto soccorso dell'ospedale civile di Agropoli fu baluardo dei candidati sia di destra che di sinistra. All'epoca a via Nizza c'era il manager Antonio Squillante che continuava a ripetere, anche se talvolta a denti stretti, che il nosocomio di Agropoli, quindi il pronto soccorso,

non erano previsti nella rete dell'emergenza disegnata dal decreto 49/2010, la «bibbia» della sanità in Campania. Poi però fu proprio lui ad attivare e potenziare il Psaut, il punto per i servizi di assistenza ed urgenza territoriale. Il sindaco, Franco Alfieri, parlò di riapertura parziale «dell'ospedale della capitale del Cilento».

Il Psaut di Agropoli, forte di quattro posti di unità critica per la stabilizzazione dei pazienti, con un cardiologo e radiologo, ha fronteggiato il periodo estivo, considerato come bollino rosso visto l'aumento della popolazione con i numerosi turisti. Aperto tutti i giorni e a tutte le ore. Squillante fece rientrare il finanzia-

mento del Psaut dell'ospedale civile di Agropoli, nel capitolo delle spese strategiche del direttore dell'azienda sanitaria. Un provvedimento che non convinse l'attuale commissario straordinario dell'azienda sanitaria, Antonio Postiglione, che però non ha mai bloccato il servizio e che anzi, oggi sottoscrive l'ennesima disposizione per prorogarlo e «non smantellare niente».

L'emergenza
Nel presidio d'estate cardiologo e radiologo hanno risolto le urgenze



Il punto Riaperto solo per l'estate, il Psaut non chiude

«È necessario per il territorio», esclama Postiglione rispetto all'ulteriore proroga del Psaut - Servizi di Assistenza ed Urgenza Territoriale Potenziati - prevista fino a fine mese o anche a inizio ottobre, parla di sacrifici per via di un periodo piuttosto difficile. E i fondi? «Li troveremo», esclama, rimandando a un «atto di responsabilità da parte della Regione nei confronti del futuro del Psaut di Agropoli». Postiglione ammette che se oggi non sarà sospeso il servizio di primo soccorso, come previsto, è per volontà di Palazzo Santa Lucia, ma serve un provvedimento più determinante di una proroga.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Impianti senza autorizzazioni, pm all'attacco: vanno sequestrati

Ruggi e da Procida, ancora bufera indagati sette super manager

Verifiche su fognie e centrale termica
nel mirino anche il Costa d'Amalfi
ci sono Viggiani, Squillante e Gerbasio

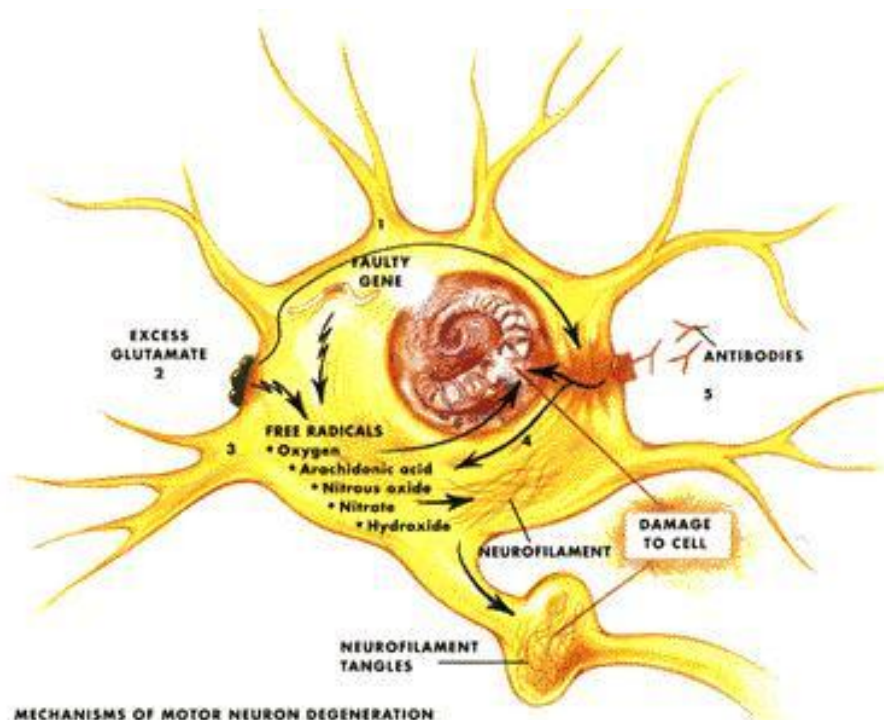
Petronilla Carillo

La Procura chiede il sequestro della centrale termica e delle cappe a flusso lamellare per l'attività di preparazione del medicinale chemioterapico dell'ospedale Ruggi. Per la Procura si tratta di impianti senza le autorizzazioni amministrative. Nel mirino della Procura anche gli ospedali Costa d'Amalfi di Ravello e il Da Procida di Salerno: qui sarebbero stati rilevati impianti fognari non a norma. Sette i manager indagati.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



L'elettrocardiogramma protegge o scoraggia?

Il dibattito

Non bastasse il gineprario dei certificati, esperti e politici sono tornati a discutere anche sulla necessità o meno dell'elettrocardiogramma. Al di là del buonsenso del genitore, che può comunque decidere di sottoporre il figlio all'esame, le linee guida del Ministero stabiliscono che l'Ecg debba essere effettuato anche da chi pratica un'attività non agonistica (vedi nella pagina accanto) per ottenere il certificato medico.

Prima della pausa estiva, tuttavia, la Commissione Affari sociali della Camera ha chiesto che palestre e piscine "federate Coni" non lo domandino più, perché per la stessa attività le altre strutture sono dispensate dal chiedere la certificazione. La risoluzione firmata all'unanimità chiede inoltre di far coprire dal Servizio sanitario gli esami per il certificato sportivo di minori, disabili ed anziani.

La Commissione sostiene che gli accertamenti debbano essere decisi dal medico di medicina generale o dal pediatra, in relazione al paziente e al tipo di attività, altrimenti anche a causa del costo dell'esame (vedi box sopra) si rischia di allon-

tanare la gente dallo sport.

Anche la Federazione italiana medici pediatri, assieme alla Società di pediatria e all'Associazione culturale pediatri, di recente ha scritto al ministro della Salute chiedendo che per i bimbi sotto i 6 anni non sia richiesto il certificato, e neppure l'elettrocardiogramma.

In realtà, già il Tavolo tecnico che ha elaborato le linee guida sui certificati per il ministero della Salute ha concluso che «dall'esame della letteratura non vi sono evidenze che indichino in modo diretto il beneficio di uno screening elettrocardiografico di base in termini di riduzione della mortalità». E ha aggiunto: «Inoltre non vi sono sufficienti evidenze per raccomandare un accertamento elettrocardiografico generalizzato della popolazione sana. Sembrano invece emergere sufficienti elementi per consigliare l'accertamento elettrocardiografico di base a soggetti da avviare all'attività sportiva di tipo competitivo con particolare riguardo ai non agonisti».

È stata proprio l'Italia - con uno studio condotto in Veneto dal 1979 al 2004 tra gli altri dal professor Domenico Corrado del Dipartimento di Scienze cardiologiche, toraciche e vascolari dell'Università di Padova - a dimostrare a livello mondiale l'efficacia dell'elettrocar-

diogramma (a 12 derivazioni) tra gli individui dai 14 ai 35 anni che praticano attività agonistica, per prevenire eventi drammatici come la morte improvvisa. Paragonando l'incidenza di morte improvvisa da sport prima e dopo l'adozione del programma di screening italiano, si è rilevata una riduzione del 90% di mortalità dopo un periodo di 25 anni.

«Questo perché — spiega Corrado — tra i 14 e i 35 anni le patologie che portano a morte improvvisa, come le cardiomiopatie o le canalopatie, sono identificabili con l'elettrocardiogramma. Sotto i 14 anni invece, l'esame può servire a identificare sostanzialmente solo la sindrome del QT lungo. Altre malattie genetiche si sviluppano dopo la pubertà».

E dunque opportuno il ricorso all'elettrocardiogramma per tutti? «Ho delle perplessità sull'efficacia e sull'utilizzo dell'Ecg come mezzo di screening di massa in età pre puberale — risponde Corrado —. Rischiamo di moltiplicare i costi, perché l'Ecg genera una serie di sospetti che richiedono altri accertamenti più onerosi».

Di diversa opinione è il professor Francesco Fedele, cardiologo presidente della Fondazione italiana cuore e circolazione della Società italiana di cardiologia, che rilancia invece la proposta dell'esame elettro-

cardiografico tra i 6 e i 19 anni nel periodo pre e postpuberale «refertato da chi lo sappia fare», cioè da un cardiologo.

«È chiaro che possono risultare dei "falsi positivi" (cioè dei falsi allarmi, ndr) — ammette Fedele —. Come Fondazione, abbiamo fatto quasi 30 mila elettrocardiogrammi nelle scuole di tutta Italia e abbiamo riscontrato alterazioni nel 15-20% dei ragazzi. Ciò non significa che siano tutti patologici. Il risultato induce però a fare un ulteriore accertamento, che consente poi di scoprire quell'1% con patologie vere».

«Esistono tante campagne di prevenzione — aggiunge Fedele —. Anche i nostri giovani possono essere "a rischio" e allora vale davvero la pena di istituzionalizzare un elettrocardiogramma a scuola o nelle attività sportive».

Ruggiero Corcella

1%

È la quota di morti improvvise per arresto cardiaco che si verificano in ambito sportivo. A causarle l'esercizio fisico di intensità significativa e la presenza di cardiopatie o anomalie cardiache «silenti»

Buon senso
Un genitore può decidere comunque di sottoporre il figlio al test cardiologico



L'esperto risponde

alla domande dei lettori su temi di medicina dello sport all'indirizzo: <http://forum.corriere.it/medicina-sportiva/> e su temi di cardiologia all'indirizzo: <http://forum.corriere.it/cardiologia>

Salute

● Il numero

Malattie rare, maggior attenzione
alle situazioni di emergenza

1.500

È il numero
di pazienti
affette
da sindrome
di Rett in Italia

Si chiama «passaporto clinico», il progetto pilota avviato dall'Associazione italiana Sindrome di Rett Onlus (Airett) per garantire una migliore assistenza alle bambine affette da questa malattia rara neurodegenerativa di origine genetica. Si tratta di uno speciale braccialetto, con una memoria che contiene la loro cartella clinica e una serie di informazioni, compresi i contatti degli specialisti di riferimento, utile soprattutto quando le pazienti si rivolgono al Pronto soccorso. Il progetto si propone come possibile modello anche per altre malattie rare. La Sindrome di Rett colpisce quasi esclusivamente le femmine nei primi anni di vita: le pazienti sono chiamate «bambine dagli occhi belli», perché riescono a comunicare solo con lo sguardo. Per sostenere la ricerca sulla malattia, dal 14 settembre al 4 ottobre, Airett lancia una raccolta fondi con Sms solidali al numero 45504.

Dna

Statura e infarto i segreti dei geni svelati dai sardi

Quando lo studio è stato
avviato era costosissimo
Oggi applicarsi sul
genoma è più facile

In 4 villaggi dell'Ogliastra la ricerca va avanti dal 2001: ora importanti nuovi risultati consentono di capire più cose sull'altezza e sulle patologie legate al sistema circolatorio

ELENA DUSI

Quattro villaggi dell'Ogliastra, un tesoro per i genetisti e il mistero dei centimetri scomparsi. Tra Lanusei, Ibono, Elini ed Arzana gli studiosi del Dna hanno trovato un Eldorado: una popolazione stabile da almeno 8mila anni, protetta dalle migrazioni da mare e montagne, che discende da un numero ristretto di antenati comuni, ha una vita più lunga del resto del mondo. Ma anche una statura più corta: 168 centimetri in media, ben al di sotto del resto d'Europa. E ora i ricercatori hanno scoperto perché.

Il genoma di oltre 6mila abitanti della zona ha già permesso in passato di fare scoperte importanti su cuore e tiroide, sistema immunitario e reumatismi. Oggi i ricercatori dell'Istituto di ricerca genetica e biomedica del Cnr e dell'università di Sassari, guidati da Francesco Cucca, hanno preso in esame 2.120 persone e hanno individuato i geni colpevoli della statura non esattamente da corazziere di molti abitanti della regione, oltre a quelli che influenzano — non tutto dipende dall'alimentazione — i livelli di colesterolo e trigliceridi nel sangue ed eventuali malattie dei globuli rossi, molto diffuse in Sardegna. Le ricerche del gruppo italiano, che lavora grazie a fondi europei del progetto europeo Horizon 2020 e del National Institute of Aging americano, sono valse la pubblicazione di ben tre articoli e un editoriale sulla rivista scientifica *Nature Genetics*.

La scoperta dell'isola del tesoro, per i genetisti risale in realtà a diversi anni fa. Il progetto Progenia/Sardinia è stato avviato da Cnr e università di Sassari nel 2001. Allora leggere il Dna anche di una sola persona era un lavoro lungo e costoso e bisognava scegliere con cura i frammenti del genoma su cui puntare l'attenzione. Oggi che il sequenziamento del codice della vita è diventato molto più rapido ed economico grazie alla tecnologia, Cucca e i suoi colleghi riescono a leggere l'intero Dna di un individuo. Poi, dello stesso

individuo, misurano alcuni tratti fisici: in questo caso altezza, tipo di emoglobina del sangue, livelli di colesterolo, trigliceridi e alcune proteine che indicano uno stato di infiammazione del sistema circolatorio. Agli statistici spetta poi il compito di sbrogliare questa massa di dati, trovando le eventuali correlazioni fra i tratti genetici e quelli fisici.

Con questo metodo negli ultimi 15 anni sono stati individuati migliaia di geni, relativi alle caratteristiche de corpo più varie e alle malattie più disparate. Circa 700 di essi sono legati all'altezza dell'individuo, dal momento che questo tratto fisico è quasi totalmente ereditario.

Ma nessuno si era mai imbattuto in un gene "recordman" della bassa statura come quello scoperto dagli scienziati sardi, capace di abbassare l'altezza di chi ne possiede una copia (lo 0,87% degli individui studiati in Ogliastra) di 4,2 cm. Tutte le 700 varianti genetiche scoperte finora influivano al massimo di 3 mm. Quella individuata nei sardi dell'Ogliastra agisce bloccando in parte il recettore dell'ormone della crescita, che così non riesce in pieno a produrre i suoi effetti di allungamento dell'organismo. Un secondo tipo di gene, frutto sempre della raccolta di campioni del centro di prelievo del Dna a Lanusei, rende invece i suoi possessori (il 7,7% delle persone in Sardegna, meno dell'1% nel resto del mondo) più basse di 1,8 cm. «Questa è la prima dimostrazio-

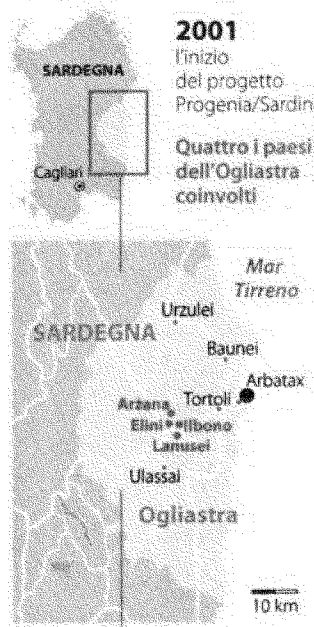
ne nell'uomo — spiega Magdalena Zoledziewska, ricercatrice dell'Istituto di ricerca genetica e biomedica del Cnr — del cosiddetto "effetto dell'isola" secondo cui i mammiferi tendono a diventare più piccoli dopo centinaia di generazioni trascorse in un ambiente isolato». Più ridotta è la taglia, più facile diventaprocacciarsi le risorse per la sopravvivenza.

Accanto ai tre studi del progetto sardo, *Nature Genetics* pubblica anche una ricerca sui

geni associati all'altezza nelle varie nazioni d'Europa, confermando la presenza di un "Dna longilineo" in molti paesi del nord del continente. Ma mentre la statura è quasi sempre imputabile ai geni, e quindi collegabile a una località d'origine, sull'indice di massa corporea (cioè sulla taglia) le abitudini alimentari hanno ormai preso il sopravvento sul Dna. Trovare una correlazione fra il nostro girovita e quello degli antenati è ormai diventato difficile.

ORIPRODUZIONE RISERVATA

Lo studio del DNA dei sardi



L'Ogliastra

è una regione isolata tra il mare e due catene montuose, con popolazione stabile da **8-10mila** anni e un numero ristretto di fondatori.

Gli individui studiati

6.200 tra 18 e 110 anni

L'identikit dei sardi

Le scoperte

Altezza

Scoperti oggi un gene che abbassa la statura di **4,2 centimetri** e un altro che la abbassa di **1,8 cm**.

Tiroide

Grazie al Dna dei sardi si sono scoperti i geni legati ad alcune malattie della tiroide.

Cholesterolo

Nei portatori sani di talassemia (10% dei sardi) è più basso della media.

Alcuni geni della bassa statura

possono favorire l'artrite.

L'"effetto isola"

prevede che nelle isole le popolazioni di mammiferi tendano con l'evoluzione a ridursi di dimensioni.

Trigliceridi

Sono influenzati dai geni e non solo dall'alimentazione.

Longevità

Alla ricerca dei geni che conferiscono ai sardi una vita lunga.

Ottimismo

È influenzato dai geni al **30%** per le donne e al **20% per gli uomini**.

Talassemia e favismo

Danno maggiore protezione contro la malaria.