



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Sanità, nuove professioni pronte a prendere forma

Procedure più snelle per l'elezione dei rappresentanti degli ordini professionali. Nuova delega al governo per la regolamentazione delle professioni di osteopata, agopuntore e chiropratico. Individuazione e promozione di nuove forme di sperimentazione clinica alternative a quelli animali. Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alla revisione



dell'elenco dei presidi per persone affette da patologia diabetica. E ancora. Istituzione della professione di dottore in scienze delle attività motorie e sportive e riconoscimento delle professioni di chimico e fisico, massofisioterapista e dell'ottico optometrista in ambito sanitario. Queste le principali proposte di modifica presentate al ddl Lorenzini, ora all'esame dell'aula del senato. Calendario alla mano, l'obiettivo della relatrice De Biase (Pd) è quello di concludere i lavori a Palazzo Madama entro fine giugno fornendo una risposta a una serie di professioni che da anni attendono un albo e un codice deontologico. L'aula del senato, quindi, avrà l'opportunità di ampliare ancora il testo del disegno di legge riconoscendo, per esempio, le professioni di chimico e fisico medico e di dottore in scienze delle attività motorie e sportive. Nel dettaglio, per quanto riguarda i primi, un emendamento della stessa relatrice propone l'istituzione della Federazione nazionale degli Ordini dei chimici e dei fisici che consentirebbe, a oltre 1.000 professionisti che si occupano di applicare i principi e le metodologie della fisica in medicina, di essere riconosciute a pieno titolo. Per quanto riguarda, invece, il riconoscimento dei secondi, il vicepresidente della Commissione igiene e sanità del senato, Maurizio Romani (Misto), ha presentato un emendamento che prevede il possesso della laurea in scienze delle attività motorie e sportive o titoli equipollenti e uno specifico albo all'interno dell'ordine relativo alle professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione.

Pasquale Quaranta

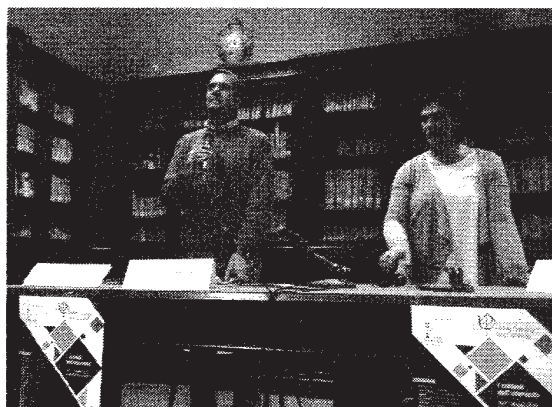
Nella due giorni che si conclude oggi gli psicologi discuteranno sugli interventi in ambito scolastico, sociale e giuridico

Stati Generali della Psicologia Esperti a confronto a Napoli sullo stato della professione



CONVEGNO

Lo stato dell'arte della psicologia in Campania, le prospettive di sviluppo della professione, e i contesti che offrono maggiori opportunità occupazionali e il valore che ha, per la comunità, l'intervento psicologico. Su questi temi l'Ordine degli Psicologi della Campania ha convocato per ieri e oggi gli Stati generali della professione, chiamando a raccolta gli iscritti per discutere del lavoro svolto fino a questo momento e delle prospettive nel medio e lungo termine. La prima giornata del convegno dal titolo «I contesti dell'intervento psicologico» si è svolta ieri al Maschio Angioino. Oltre alla presenza del presidente nazionale dell'Ordine degli Psicologi Fulvio Giardina e della presidente dell'Ordine campano Antonella Bozzaotra, è intervenuto per un saluto istituzionale il sindaco di Napoli Luigi de Ma-



Riflettori puntati anche sugli sbocchi occupazionali del settore

L'INTERVENTO DEL SINDACO

Anche il sindaco di Napoli Luigi de Magistris ha voluto portare un saluto istituzionale al convegno con gli psicologi

gistris. Il programma prevede due sessioni plenarie, la prima delle quali è stata aperta da Renzo Carli, uno dei padri della psicologia italiana e docente di Psicologia clinica alla Sapienza di Roma. Tra una plenaria e l'altra, gli psicologi campani rifletteranno, in nove sessioni

parallele, sui contesti che offrono maggiori opportunità di sviluppo per la professione, dalla psicologia dell'emergenza all'intervento in ambito scolastico, passando per la sanità, la progettazione sociale, la rigenerazione urbana e il terzo settore, per finire con l'intervento psicologico via internet o a distanza e in ambito giuridico e forense. «Il progressivo aumento del numero di psicologi iscritti all'Ordine in Italia, che ha toccato quota 100 mila, viene spesso percepito come un limite - ha detto Carli, nella relazione su «I nuovi lavori degli psicologi e la competenza collusiva» -. Io invece credo che il problema sia un altro: come utilizzare le tante competenze presenti per intercettare l'ampia domanda di psicologia che c'è».



Lunedì 16 Maggio 2016

Errori medici e responsabilità professionale, nuova legge entro l'estate

Il disegno di legge sulla modifica della responsabilità professionale sanitaria potrebbe diventare legge dello Stato entro l'estate. Questi i tempi dati da Federico Gelli, relatore del disegno di legge, in occasione di un incontro per fare il punto sugli scenari che si apriranno in tema di medicina difensiva con l'approvazione del testo. Il disegno di legge, già approvato alla Camera lo scorso 27 gennaio, è ora all'esame del Senato e in settimana - a quanto riferito - inizieranno le votazioni in Commissione Sanità per poi arrivare all'approvazione definitiva entro l'estate.

«Con questo disegno di legge - ha spiegato Gelli - aumentiamo le tutele e le garanzie dei professionisti, dei medici e degli infermieri, ma allo stesso tempo diamo più diritti ai cittadini che hanno subito un danno dal sistema sanitario. Con questa legge i cittadini avranno tempi più rapidi e certi per ottenere l'indennizzo per il danno subito». Con l'approvazione in via definitiva, secondo il relatore Gelli, «si va a coprire un vuoto legislativo che era ormai presente da oltre 15 anni e riportiamo l'Italia in linea con quanto avviene nel resto d'Europa». Il testo di legge punta - a quanto riferito - a ridurre il ricorso alla medicina difensiva e, allo stesso tempo, mira a consentire al servizio sanitario nazionale di risparmiare «ingenti risorse» così da destinarle alla tutela della salute dei cittadini.

Il testo, inoltre, «ristabilisce l'equilibrio nel rapporto medico-paziente e, abbattendo analisi ed esami inappropriati, mira a ridurre automaticamente le liste d'attesa». Secondo i dati riferiti da Antonio Coviello ricercatore del Cnr, tra il 2004 e il 2013 il numero di sinistri denunciati nella sanità pubblica è stato di 41.628 con una media di 4.163 denunce annue. Numeri che hanno avuto come conseguenza quella di incrementare i prezzi delle coperture assicurative e rendere più stringenti i criteri di sottoscrizione. Negli ultimi venti anni, infatti, secondo i dati, il numero delle denunce è «più che raddoppiato». Su questo fronte, con l'introduzione della figura del "risk management" - secondo Coviello - «la legge dovrebbe abbassare il numero dei costi dal punto di vista assicurativo perché solo riducendo le cattive pratiche e i costi si spera che il mercato assicurativo si possa aprire al settore e offrire polizze con premi accettabili».

Un'introduzione che, anche secondo il presidente dell'Ordine dei medici di Napoli Silvestro Scotti, è di fondamentale importanza perché «offrirà la possibilità negli ospedali di definire processi che riducano nel tempo il rischio per il paziente, ma al tempo stesso dobbiamo fare di tutto perché il costo delle assicurazioni, che sarà caricato sulle aziende, non diventi uno sperpero di soldi che dovrebbero essere utili per l'assistenza».

17/5/2016

Il Mattino

URL :

http://www.ilmattino.it/primopiano/politica/errori_medici_responsabilita_professionale_nuova_legge_entro_estate_convegno_napoli-1737369.html

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 16 MAGGIO 2016

La Sanità italiana al bivio tra il nord e l'est dell'Europa

Gentile direttore,

il mese scorso Anaa Assomed e SNR hanno organizzato a Genova un convegno, con la partecipazione di rappresentanti delle organizzazioni mediche europee (FEMS, UEMS, AEMH), su temi rilevanti nel nostro attuale panorama politico-sanitario italiano, quali responsabilità professionale, progressione di carriera, orario di lavoro, attività privata.

I numerosi dati e le informazioni raccolte hanno evidenziato la marcata eterogeneità dei sistemi sanitari in Europa, frutto di scelte politiche, economiche ed organizzative estremamente variegata. Tanta disparità permette a noi italiani di guardare all'Europa come ad una sfera di cristallo dove possiamo immaginare il nostro futuro (almeno in sanità), a seconda delle scelte che decideremo di fare.

Pensiamo, per esempio, al nodo del gap formativo tra numero di laureati in medicina e numero di posti disponibili nella formazione post laurea. Senza nuovi oneri economici a carico del SSN, è possibile che si crei una figura professionale medica di transizione, tra lo specializzando e lo specialista, con stipendio pari al primo e carico di lavoro pari al secondo. Potrebbe essere di aiuto sapere che in Portogallo, dove il numero di laureati in medicina che non ha accesso alla scuola di specializzazione non supera le 600 unità annue (ben poca cosa rispetto alle stime nostrane che vedono la possibilità di oltre 20.000 medici italiani per il 2020 senza un posto in formazione), i giovani camici bianchi senza specialità hanno la possibilità di lavorare per gli Emergency Department degli ospedali pubblici. Certo il guadagno è esiguo (15 euro l'ora, con contratto a chiamata diretta e a prestazione) ma l'alternativa è lavorare negli ospedali privati oppure trasferirsi all'estero. Come fanno, peraltro, anche i medici italiani: nel triennio 2013-2015, 3068 dottori si sono trasferiti oltralpe per lavoro (molti di più i colleghi che hanno fatto richiesta del certificato di good standing, primo passaggio per ricercare un lavoro all'estero). Se lo stato italiano calcolasse i soldi persi per ogni professionista che ha deciso di emigrare (circa 130000 euro cadauno, per l'intero percorso educativo), potrebbe adottare le drastiche misure presenti altrove.

In **Montenegro** ed in **Croazia**, i soldi investiti sul medico in formazione sono interpretati come un credito che il governo vanta nei suoi confronti. Qualora il medico decida di trasferirsi all'estero, dovrà pagare una cifra di circa 100.000 euro, pari al costo del suo percorso formativo. La **Slovenia** si è dimostrata più generosa nei confronti dei suoi connazionali: sono giunti ad un accordo per cui lo specialista che si trasferisce deve pagare solo il 10% del suo 'debito' (circa 10.000 euro). Molto più severa la posizione della **Turchia**: il medico che al termine del percorso formativo, decida di non lavorare nel training hospital che l'ha educato per almeno due anni, vedrà revocato il proprio tesserino professionale.

Alla luce di questi numeri risulta comprensibile, anche se non eticamente accettabile, la scelta della **Germania** di assoldare manodopera straniera. Nonostante numerosi ospedali segnalino carenza di personale disponibile, i tedeschi hanno deciso di non incrementare i posti a disposizione per gli studenti di medicina (circa 8.700 dal 2008, con un trend di inesorabile discesa iniziato nel 1995) ma di rivolgersi a medici formati in altri paesi, soprattutto Europa dell'est. Nel 2012, il numero di medici stranieri in Germania era pari a circa 30.000 unità (il 10% della forza lavoro disponibile), numero in costante ascesa e triplicato rispetto ai dati del 1995. Anche la **Francia** vede tra le sue fila un crescente numero

flussi migratori, presentato a Novembre 2014, ha rivelato che circa il 30% dei medici operanti nell'Hexagone sono di origine straniera, con una quota notevole proveniente dai paesi extra UE dell'area mediterranea (**Marocco, Tunisia, Algeria e Siria**) e consistenti flussi da **Romania e Italia**. Lo Stivale risulta il secondo fornitore, nella categoria paesi UE, di medici che lavorano in Francia (dopo la Romania) e deve far riflettere il dato che le due fasce di età più rappresentate nella scelta di emigrare sono al di sotto dei 40 anni e al di sopra dei 60anni. Come si può leggere questo dato? Le nuove generazioni cercano prospettive per se e per la propria famiglia, le vecchie generazioni non si riconoscono più nell'attuale SSN italiano e, liberati dai vincoli familiari (figli grandi, maggiore disponibilità economica), cercano nuove soddisfazioni lavorative e migliore qualità di vita nella terza età al di fuori dell'Italia.

La nuova stagione contrattuale che si profila all'orizzonte per l'Italia, potrebbe essere l'opportunità per rispondere alle esigenze dei medici insoddisfatti.

Molto interessante è sapere che in paesi come **Olanda, Francia, Spagna, UK**, l'organizzazione dell'orario di lavoro non tiene in considerazione l'attività di guardia. Le guardie sono effettuate in extra orario (sempre in accordo con la EWTD) con una aggiuntiva retribuzione economica legata al disagio di lavorare di notte o nei giorni festivi. In questo modo viene riconosciuto un diverso peso economico a specialità che presentano carichi di lavoro più gravosi nella turnistica.

Anche la progressione di carriera si articola in passaggi più serrati: in Francia ogni due anni si supera uno scalino economico, in Spagna sono presenti 5 livelli di anzianità, in Slovenia si accumulano punti ogni anno e ogni 3 anni si passa ad uno scaglione economico successivo. Insomma, un'articolazione più ricca rispetto ai meri 5 e 15 anni del sistema italiano. In Olanda non esiste un percorso di carriera codificato: ogni medico ha la possibilità di sviluppare e decidere in accordo con i propri interessi. Vi è un attento monitoraggio sull'aggiornamento continuo in medicina al fine di mantenere sempre aggiornate e allenare le proprie capacità. Sarà per questo che spingono fortemente verso una standardizzazione europea del Continuous Professional Development e una registrazione elettronica del percorso formativo che parta dagli anni di specializzazione per terminare alla pensione? Anche i giovani medici della European Junior Doctors sostengono questa evoluzione culturale e tecnologica per omologare il percorso formativo a livello europeo e rendere più semplice il movimento di professionisti medici all'interno dell'Europa. Probabilmente questo diverrà un passaggio obbligato al riconoscimento della tessera professionale europea anche per i medici.

In tema di responsabilità professionale, il crescente numero di contenziosi è un problema trasversale a tutti i paesi europei. Solo la Germania sembra, al momento, non riferire preoccupazioni in tal senso. Per una popolazione di 82.5 mln di abitanti, nel 2015 ha riportato circa 40.000 richieste di risarcimento. L'85% di queste è risolto a livello assicurativo con premi assicurativi non elevati. Il restante 15% trova una soluzione tramite i centri di mediazione, gestiti da medici ed avvocati, e solo una minima quota si rivolge ad un giudice.

A togliere risorse alla sanità italiana sono anche i fenomeni di corruzione valutati, sia pure con molta cautela, in almeno 6 mld di euro. Condividiamo questo problema con paesi quali Lituania, Ungheria, Portogallo, Bulgaria, Croazia (per citarne solo alcuni) mentre UK e Olanda si fanno forti di un rigido codice etico e comportamentale, regolato dal locale ordine dei Medici, che definisce gli standard minimi di comportamento per ogni medico e che prevede la revoca della licenza in caso di comportamenti che tradiscano il codice etico.

Una survey condotta dalla EJD attribuisce le possibili cause della corruzione alla lunghezza delle liste di attesa, ad un salario non soddisfacente, ad un atteggiamento culturale ma soprattutto alla presenza invasiva della politica nel sistema sanitario dei paesi in questione. Sarà un caso se l'Olanda, che ha allontanato i politici dai processi decisionali in sanità, coinvolgendo invece personale sanitario (medici, infermieri e gli altri operatori) e cittadini, risulta il primo paese nella European Health Consumer Index da ormai tre anni mentre la Bulgaria o il Montenegro, il cui governo volontariamente tiene lontano i medici da qualunque problema decisionale, si attestano dopo la 30a posizione nella graduatoria?

Ho molto apprezzato la dichiarazione di **Katrin Fieldsted** CPMF past president che ha ricordato che i

medici sono la categoria professionale più onesta che abbia mai incontrato nella sua lunga carriera, sia medica che politica. Sarà perché quelle del giuramento di Ippocrate sono le prime parole che recitiamo nel momento in cui siamo dichiarati medici?

L'Europa ci presenta una ampia varietà di scenari in sanità. L'Italia può decidere se investire e tornare ad avvicinarsi ai virtuosi modelli dei paesi del Nord o proseguire nella destrutturazione di risorse e diritti per allinearsi con i Paesi dell'Est, consapevole dei problemi che si troverà ad affrontare: migrazione sanitaria, peggioramento della qualità dell'assistenza erogata, peggioramento degli indicatori di salute, aumento delle diseguaglianze, solo per citarne alcuni.

Il 9 maggio si è celebrata la Festa dell'Europa. Una festa difficile data l'eterogeneità di realtà geografiche, culturali ed economiche. Chiediamoci, noi Italiani, quale Europa vogliamo essere.

Alessandra Spedicato

Vice Coordinatore Nazionale Anaaio Giovani

LAVORO E PROFESSIONE

Psicogeriatría: Piano demenze, via all'aggiornamento per i medici di famiglia

di Marco Trabucchi, presidente Società Italiana Psicogeriatría



Il nostro Paese ha finalmente un Piano nazionale per affrontare in modo articolato e strutturato i problemi posti dalle demenze al sistema sanitario e sociosanitario. È un grande passo avanti, che ha però il limite di non prevedere finanziamenti dedicati, come, ad esempio, è recentemente avvenuto nel Regno Unito. Taluni hanno interpretato tale condizione in maniera estensiva e quindi considerano il documento solo come un insieme di affermazioni di principio. Invece l'Associazione italiana di Psicogeriatría ha ritenuto opportuno investire impegno ed energie per diffondere e discutere il Piano attraverso una serie di incontri su tutto il territorio nazionale, perché - seppure in assenza di un budget ad hoc - vi sono le condizioni per cui i servizi che operano nell'area delle demenze possano aumentare la loro funzionalità, se si collegano a un modello omogeneo e strutturato.

In particolare i punti sui quali richiamare i medici possono essere così schematizzati, con precisi riferimenti al Piano nazionale Demenze.

1. Superamento dello stigma nelle famiglie, nelle comunità, tra gli stessi operatori. È un aspetto delicato, perché ha rappresentato in questi anni un forte limite a una presa in carico tempestiva ed efficace dei cittadini con riduzione

delle funzioni cognitive; la malattia veniva infatti negata dai familiari e non riconosciuta dai medici; il grande pubblico arrivava fino ad avere timore della stessa parola demenza di Alzheimer, preferendo l'allocuzione "demenza senile", ritenuta meno invasiva...

2. Diritto dell'ammalato a essere considerato "persona" in ogni fase della malattia e non un "costo". Infatti, se il diritto di cittadinanza viene messo in discussione, è molto probabile prevalgano considerazioni di tipo economico in senso restrittivo, sempre dietro l'angolo in questo nostro tempo che sembra aver perso il rispetto della vita.

3. Superamento di ogni tipo di trascuratezza da parte dei servizi, in qualsiasi ambito e per qualsiasi esigenza dell'ammalato. La demenza è una malattia come le altre e va presa in carico con determinazione; spesso, invece, la mancata informazione sulle dinamiche cliniche induce comportamenti poco corretti (si vedano, ad esempio, le cure per i disturbi comportamentali). In questa logica, l'adozione della valutazione multidimensionale garantisce una conoscenza approfondita dell'ammalato e quindi evita errori e dimenticanze.

4. Diritto a rimanere nella propria casa il più a lungo possibile, compatibilmente con l'organizzazione di servizi adeguati. In questa logica si deve trovare un equilibrio non sempre facile tra le scelte dell'individuo malato e l'appropriatezza dei servizi, cioè tra costi e vantaggi (infatti, come sopra indicato, vi sono dei limiti che fanno parte della logica gestionale del buon padre di famiglia che devono rappresentare il punto di riferimento...). Le sperimentazioni che si vanno diffondendo in tutto il mondo riguardo alle "Città amiche della demenza" potrebbero rappresentare un modello importante, perché se l'ammalato e la sua famiglia si possono appoggiare su un ambiente accogliente, tollerante e supportivo il punto di equilibrio tra il rimanere a casa e il ricorso a una residenza può essere molto più alto.

5. Diritto a essere assistito in ogni fase della malattia, da quelle iniziali particolarmente delicate (l'identificazione dei sintomi, il ricorso a procedure diagnostiche appropriate, la comunicazione della diagnosi, il supporto psicologico quando l'insight di malattia induce profondo disagio) a quelle ultime (la grande importanza di cure palliative, per ridurre la sofferenza di una persona che spesso non è in grado di comunicare la propria condizione di disagio psichico o di dolore somatico, considerando anche le "decisioni difficili" che in quelle condizioni deve assumere la famiglia), passando per le diverse fasi di una malattia lunga, imprevedibile, che sconvolge i ritmi normali di chi offre assistenza.

6. Il "diritto alla speranza" indotto dalla certezza che la comunità nazionale dedica impegno intellettuale e tempo alla formazione e alla ricerca, al fine di garantire un continuo miglioramento delle cure prestate.

LAVORO E PROFESSIONE

Medici: ecco la tabella Enpam con i requisiti per andare in pensione di vecchiaia o anticipata nel 2016

• [PDF: Enpam, i requisiti 2016 per l'accesso alle pensioni](#)



Chi sta pensando di andare in pensione quest'anno può verificare nella tabella allegata, messa a punto dall'Enpam, se siano stati raggiunti tutti i requisiti richiesti dalle normative in vigore. Per quanto riguarda il 2016 l'età per la pensione di vecchiaia parte dai 65 anni e sette mesi (per i medici e odontoiatri donne dipendenti privati, pensione Inps) fino ad arrivare ai 67 anni di età con requisiti variabili di contribuzione (Quota A, quota B e fondi speciali Enpam).

Chi invece vuole anticipare il pensionamento potrà farlo già a partire dai 61 anni oppure, se dipendente pubblico, aver accumulato, a prescindere dall'età, 41 anni e dieci mesi (donne) oppure 42 anni e dieci mesi (uomini).

La pensione Enpam è una prestazione economica che si compone di varie voci:

- una pensione di base (Quota A) che spetta a tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine;
- un'eventuale quota che è calcolata sui contributi versati in base alla propria attività professionale (per es. libera professione, medicina generale, specialistica ambulatoriale, specialistica esterna).

La pensione dell'Enpam può essere cumulata con le prestazioni previdenziali di altri enti.

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 16 MAGGIO 2016

Medici e odontoiatri. Chi matura i diritti per andare in pensione nel 2016. La tabella Enpam

Per la pensione di vecchiaia si va dai 66 anni e 7 mesi per il personale pubblico ai 67 anni di età per convenzionati e liberi professionisti. Per le donne nel privato la soglia minima è di 65 anni e 7 mesi. Per la pensione anticipata 42 anni e 10 mesi di anzianità (41 per le donne) per dipendenti pubblici e privati. Per convenzionati, libero professionisti e accreditati minimo 61 anni e 35 anni di contributi. [Ecco la tabella dell'Enpam.](#)

Libero professionisti, accreditati, convenzionati, dipendenti pubblici e privati. Ecco i requisiti necessari per medici e odontoiatri per andare in pensione nel 2016. A ricordare chi ne ha diritto è l'**Enpam** che in una tabella pubblicata sul proprio 'house organ' 'La Previdenza' sintetizza tutti i requisiti che devono essere soddisfatti.

La Tabella viene suddivisa in base al rapporto di lavoro (Libero professionale, accreditato, convenzionato, dipendente) e al Fondo di appartenenza (Quota A, Quota B, Fondi speciali, Inps o ex Inpdap). Inoltre vengono specificati i requisiti minimi per la pensione di vecchiaia e per quella anticipata, nonché il metodo di calcolo dei contributi.

MEDICI E ODONTOIATRI CHE MATURANO NEL 2016 I REQUISITI PER ANDARE IN PENSIONE						
CHI	RAPPORTO DI LAVORO	PENSIONE	REQUISITI PER LA PENSIONE DI VECCHIAIA	REQUISITI PER LA PENSIONE ANTICIPATA	METODO DI CALCOLO	
Tutti i medici e gli odontoiatri	Tutti	Enpam Quota A	67 anni di età (nati dall'1.7.1949 al 31.12.1949) Almeno 5 anni di contribuzione	△	Contributivo indiretto Enpam fino al 31.12.2012 Contributivo (Legge n. 335/95) pro-rata dall'1.1.2013	
<i>Caso particolare: tutti i medici e gli odontoiatri che non vogliono aspettare i 66 anni e sei mesi per la pensione Enpam di Quota A</i>	Tutti	Enpam Quota A			65 anni di età (nati dall'1.1.1951 al 31.12.1951) Essere tuttora iscritti e avere almeno 20 anni di contribuzione	Contributivo (Legge n.335/95) applicato a tutta la vita lavorativa
Medici e odontoiatri liberi professionisti	Libero professionale	Enpam Quota B	67 anni di età (nati dall'1.7.1949 al 31.12.1949) almeno 5 anni di contribuzione nella Quota A	△	61 anni di età (nati dall'1.7.1955 al 31.12.1955) e almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata (con 30 anni di anzianità di laurea)	Contributivo indiretto Enpam
Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale	Convenzione	Enpam Fondi speciali	67 anni di età (nati dall'1.7.1949 al 31.12.1949) Nessun requisito contributivo minimo	□	61 anni di età (nati dall'1.7.1955 al 31.12.1955) e almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta (con 30 anni di anzianità di laurea)	Contributivo indiretto Enpam
Specialisti ambulatoriali, addetti alla medicina dei servizi						
Specialisti esterni accreditati con il Ssn sia ad personam che in forma associata	Accreditamento	Enpam Fondi speciali	67 anni di età (nati dall'1.7.1949 al 31.12.1949) Nessun requisito contributivo minimo	□	61 anni di età (nati dall'1.7.1955 al 31.12.1955) e almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta (con 30 anni di anzianità di laurea)	Contributivo indiretto Enpam fino al 31.12.2012 Contributivo (Legge n. 335/95) pro-rata dall'1.1.2013
Specialisti esterni che svolgono attività per società professionali e/o di capitali accreditate con il Ssn	Attività professionale per società accreditate	Enpam Fondi speciali	67 anni di età (nati dall'1.7.1949 al 31.12.1949) Nessun requisito contributivo minimo	□	61 anni di età (nati dall'1.7.1955 al 31.12.1955) e almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta (con 30 anni di anzianità di laurea)	Contributivo (Legge n. 335/95)
Medici ex convenzionati passati alla dipendenza (cosiddetti 'transitati') che hanno scelto di mantenere l'Enpam invece di passare all'Inpdap	Dipendente	Enpam Fondi speciali	67 anni di età (nati dall'1.7.1949 al 31.12.1949) Nessun requisito contributivo minimo	□	61 anni di età (nati dall'1.7.1955 al 31.12.1955) e almeno 35 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta (con 30 anni di anzianità di laurea)	Contributivo indiretto Enpam
Medici e odontoiatri dipendenti pubblici	Dipendente	Inps (ex Inpdap)	66 anni e 7 mesi di età e 20 anni di contribuzione		Uomini: 42 anni e 10 mesi di contribuzione a prescindere dall'età Donne: 41 anni e 10 mesi di contribuzione a prescindere dall'età	Retributivo fino al 31/12/2011 Contributivo (Legge 335/95) pro-rata dall'1.1.2012
Medici e odontoiatri dipendenti privati	Dipendente	Inps	Uomini: 66 anni e 7 mesi di età e 20 anni di contribuzione Donne: 65 anni e 7 mesi di età e 20 anni di contribuzione		Uomini: 42 anni e 10 mesi di contribuzione a prescindere dall'età Donne: 41 anni e 10 mesi di contribuzione a prescindere dall'età	Retributivo fino al 31/12/2011 Contributivo (Legge 335/95) pro-rata dall'1.1.2012
<i>Caso particolare: donne dipendenti pubbliche o private che vogliono andare in pensione anticipata ma non hanno l'anzianità contributiva necessaria</i>	Dipendente	Inps o ex-Inpdap			57 anni e 3 mesi di età e 35 anni di contribuzione entro il 31.12.2015 (va, infatti, considerato una finestra di 12 mesi)	Contributivo (Legge n.335/95) applicato a tutta la vita lavorativa

△ Questo requisito vale per chi è ancora iscritto. Chi invece si è cancellato dall'albo prima dell'età pensionabile deve avere almeno 15 anni di anzianità contributiva.
□ Eccezione: chi non esercita più l'attività deve avere almeno 15 anni di anzianità contributiva
○ Si può andare in pensione anticipata, indipendentemente dall'età, se si hanno almeno 42 anni di contribuzione effettiva, riscattata e/o ricongiunta unitamente ai 30 anni

Dove non è specificato non c'è differenza tra uomini e donne.
Inps/Inpdap: le informazioni riguardanti il sistema previdenziale pubblico sono riportate a titolo indicativo. Si raccomanda agli iscritti di verificare la propria posizione con l'Inps.

Una stazione nell'Ospedale del Mare

La struttura, terminata da tempo, è chiusa. Ora c'è il progetto di una fermata della Circum
Ancora nessuna assunzione del personale, attualmente è solo una location per le fiction

NAPOLI Vincenzo De Luca vuole accelerare sull'Ospedale del Mare e per farlo sceglie di ampliare le funzioni del commissario ad acta **Ciro Verdoliva**. L'unico, per intendersi, che è riuscito a trasformare l'opera incompiuta in un ospedale avveniristico. Evidentemente è stata proprio la capacità di risolvere i problemi ed essere operativo dell'ingegner **Verdoliva** a convincere il governatore a firmare un decreto che nei fatti è una grande attribuzione di stima. Due gli obiettivi messi in campo, realizzare una nuova fermata della Circumvesuviana e costruire un asilo nido aziendale. Sfida che, nonostante i tempi strettissimi, non sembra preoccupare il commissario, che del resto è abituato a dover lavorare, come si dice, «con la neve in tasca». Il decreto che amplia le funzioni di **Verdoliva** è il 113 del 10/06/2016 e stabilisce che il commissario dovrà attivare il procedimento per la costru-

zione di un asilo nido aziendale (per la prima infanzia, quindi 0-36 mesi) «nell'ottica della conciliazione tra tempi di vita e di lavoro dei dipendenti», fissando l'obiettivo di pubblicare il bando di gara per l'affidamento dei lavori entro ottobre 2016. Quindi l'Ospedale del Mare sarà l'unico grande ospedale della Campania a semplificare la vita di centinaia di dipendenti. Altro tema molto caro a De Luca è la realizzazione di una fermata della linea Circumvesuviana tratta Napoli/Ottaviano-Sarno tra le stazioni di Vesuvio/De Meis e Cercola a servizio del complesso ospedaliero, così da permettere uno spostamento semplice dei pazienti e dei loro familiari. In questo caso il bando di gara dei lavori dovrà essere pubblicato entro dicembre 2016. Tutto questo lo si farà spendendo fondi della Comunità Europea, l'investimento stimato è di circa 30milioni di euro. L'ufficio del

commissario ad acta sarà anche di supporto alla farraginosissima amministrazione dell'Asl Napoli 1 Centro per i procedimenti tecnico-amministrativi. Questo, si spera, metterà in condizione la Asl di arrivare finalmente al funzionamento del complesso, che ovviamente avverrà per step. Ammesso che la stessa Asl riesca a trovare il personale. Aspetto, quest'ultimo, talmente caldo che la Corte dei Conti ha già aperto una vertenza. Stando così le cose per l'Asl Napoli 1 Centro la parola d'ordine è «fare presto», perché altrimenti il programma annunciato da De Luca rischia di restare solo sulla carta. Il governatore vuole che entro l'estate l'ospedale di Ponticelli attivi l'area radiologica, la radioterapia e il centro dialisi. Se così non fosse sarebbe una vera beffa, anche perché l'Ospedale del Mare ha già visto diverse inaugurazioni «parziali». Per questo ieri si è tenuta la prima riunione fiu-

me tra il commissario **Verdoliva** e i medici designati dalla Asl Napoli 1 Centro.

La curiosità, che solo pochi conoscono, è che la struttura è talmente bella da essere stata usata per la fiction Rai «I bastardi di Pizzofalcone» (con **Alessandro Gassman** e **Carolina Crescentini**) e per il nuovo film di **Gianni Amelio** «La tentazione di essere felici», tratto dall'omonimo romanzo di **Lorenzo Marone**. Per giorni attori e comparse sono stati impegnati negli ambienti moderni del nosocomio di Ponticelli. Ma è un peccato che in una città dove le liste d'attesa per un intervento sono spesso anche di mesi, le sale operatorie di un ospedale così avveniristico siano aperte solo come set cinematografici.

Raffaello Nespola

La messa in funzione del nosocomio dell'area orientale non è ancora completata. Il governatore costretto a confermare Verdoliva Ospedale del Mare, il commissario resta in sella

NAPOLI (gp) - Nuove nomine per il governatore della Campania, **Vincenzo De Luca**. Il periodo elettorale non ha fermato la distribuzione di incarichi a pioggia da parte dell'esecutivo regio-

nale, o la proroga dei commissariamenti già esistenti. Cruciale, a Napoli, la conferma di **Ciro Verdoliva** come commissario per la realizzazione dell'ospedale del Mare fino a fine anno. Il suo inca-

rico sarebbe dovuto scadere a giugno. Ma l'ospedale non è ancora pronto, a dispetto di quanto mostrato alla gente con le continue inaugurazioni di questi mesi. E si va avanti col commissario. Altro inca-

rico è stato affidato dal governatore per gestire diversamente la vicenda dei fondi europei. Scelto il referente unico del Pac 2007-2014 e del Poc 2014-2020, fondi comunitari. Ad occuparsene sarà il direttore generale del settore regionale che si occupa del fondo europeo di sviluppo. Altre nomine non sono state ancora fatte, ma sono state gettate le basi affinché vedano presto la luce. Il governatore della Campania ha avviato le procedure per l'istituzione dell'Osservatorio sul fenomeno della violenza sulle donne e per la costituzione di una short list per il conferimento dell'incarico di presidente e di componente dell'organismo. Nelle prossime settimane arriveranno le candidature a Palazzo Santa Lucia, poi sarà presa una decisione. Altri incarichi sono stati affidati all'interno degli staff. De Luca decide tutto, mentre il Consiglio sonnecchia, distratto dalle elezioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ospedale, piano anti-corrruzione ecco il nucleo di controllo interno

La sanità/1

Ne fanno parte un magistrato, un generale in pensione e un funzionario del Friuli

Ornella Mincione

È stato istituito il Nucleo Operativo di Controllo interno dell'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, come previsto dal Piano triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2017, con lo scopo di individuare misure idonee alla prevenzione dei fenomeni corruttivi all'interno dell'azienda. Il Nucleo, secondo il Piano, è finalizzato alla verifica e alla supervisione «dei negozi giuridici riguardanti forniture di beni, servizi e lavori, nonché di controllo sulla gestione dell'organizzazione aziendale, sulle risorse umane e strumentali, comprese quelle dell'area socio-sanitaria, assistenziale, igienico-sanitaria, alberghiera e della gestione ricoveri», a quanto si legge dalla delibera di ieri mattina, numero 279. Sono tre i membri del nucleo istituito nel nosocomio casertano: il presidente, Rosario Sisto, direttore facente funzione del distretto Est dell'azienda di Assistenza Sanitaria numero 5 Friuli Occidentale; il componente Cesare Mastrocola, magistrato amministrativo, attualmente in quiescenza; e il terzo componente, Dario Nicolella, generale dell'Aeronautica militare, anche lui in trattamento di quiescenza.

«È stato un provvedimento di necessario, soprattutto considerando che quella di Caserta è un'azienda commis-



Gli obiettivi
I componenti esamineranno le procedure dell'azienda come i bandi per le gare e le liste di attesa

sariata - commentano dalla direzione sanitaria del nosocomio -. È un modo per avere una mano e più occhi aperti su procedure come le liste d'attesa sia ambulatoriali che quelle di ricovero, oltre ad altre attività dell'azienda stessa». L'incarico avrà durata triennale, a quanto si legge sulla delibera di ieri, e i componenti, con poteri di controllo documentale, interrogazione e informazione, riceveranno un compenso lordo di 7.000 euro annui (dunque un totale di 21.000 euro, visto che l'incarico è triennale), nonché i rimborsi da erogare a tutti i componenti del nucleo, continua ancora la delibera. L'istituzione di questo nucleo, «è specifico per le procedure degli atti dell'azienda - spiegano ancora dagli uffici della direzione sanitaria -. L'attività dei bandi è già in corso, e già nel mese di maggio ne sono stati indetti. Con la proroga di alcuni mesi fa, ci siamo posti come obiettivo di esaurire i bandi entro il 30 giugno, per non avere più proroghe decennali come ci sono state fino ad oggi. Il nucleo non ha limiti riguardo le sue attività di verifica e supervisione».

È evidente, e tra l'altro è tra i motivi per cui è stato stilato il Piano sulla Prevenzione della Corruzione, che «un organo di questo tipo offre senz'altro ulteriori garanzie a noi stessi, a chi lavora nell'azienda, oltre che all'utenza, o, ancora, a chi si accinge a collaborare con noi, di agire con maggiore tranquillità, senza avere continuamente lo spettro di eventuali problemi». Come quelli giudiziari che hanno interessato il nosocomio negli ultimi due anni, fino a portarlo ad un regime di commissariamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

mo una campagna referendaria di tali dimensioni che non cambia niente se si vota solo di domenica o di domenica e lunedì. Lo vedrete. Detto questo, è chiaro che se avessimo fatto il raddoppio per le comunali sarebbe stato valido anche per il referendum. Se lo fai, lo fai sempre».

L'impressione è che Renzi si sia sfilato appena in tempo da un tormentone. In questo senso erano rivelatrici le parole dure di Enrico Letta che pure al referendum voterà sì. Il coro unanime favorevole al raddoppio (da Forza Italia, alla Lega, a Fd'I fino alla minoranza del Pd) non lo avrebbe messo al riparo da una lunga polemica che si sarebbe trascinata fino a ottobre. Meglio soprassedere sebbene lo stesso Sergio Mattarella avesse mandato segnali positivi sull'ipotesi del voto di lunedì. «Non lo volevo fare — insiste il premier con i suoi interlocutori — ma per non dare l'idea di essere sempre polemico e che non ascolto mai nessuno ero pronto al decreto».

Ci si è messo anche Renato Brunetta. Il capogruppo di Fi voleva il raddoppio alle comunali ma non al referendum. Renzi ha paura, era la tesi di Brunetta. «Di nuovo — ribatte il presidente del Consiglio scherzando —. Sapete come finisce? Ve lo dico io. Fra qualche giorno saranno i candidati sindaci del centrodestra a lamentarsi con Berlusconi per il pasticcio combinato da Brunetta, per il suo ennesimo arzigogolo che si trasforma in autogol».

Così il decreto finisce nel cassetto, sepolto anche in vista di ottobre. «Ora mi faccio un giro», saluta il premier congedando i collaboratori. Oggi firmerà i patti per il Sud a Campobasso, l'Aquila e Bari. A Roma riunirà i segretari regionali e provinciali del Pd, poi la segreteria e infine, la sera, i gruppi parlamentari dem. Il dietrofront sul raddoppio è già archiviato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il retroscena. Dopo la scelta effettuata ieri a Palazzo Chigi salta definitivamente l'ipotesi di tenere in due giorni anche il referendum di ottobre. Il Quirinale favorevole alle urne di lunedì

La ripresa difficile

IL CAMMINO DELLA RIFORMA MADIA

L'eccezione alla regola generale

Può essere chiesto ai cittadini il rimborso del solo costo per la riproduzione materiale dell'atto

I documenti

Si potrà accedere ad esempio all'iter di valutazione di un appalto o ai finanziamenti concessi dal Comune

Cittadini e Pa, gratis gli atti pubblici telematici

Ok definitivo al primo decreto della riforma Madia sul Freedom of information act - Cancellato il silenzio-rifiuto

Gianni Trovati

MILANO

Con il via libera ottenuto ieri in consiglio dei ministri dal decreto sul «Foia», il Freedom of Information Act che supera il nostro vecchio diritto di accesso agli atti pubblici in nome della trasparenza a tutto tondo sul modello anglosassone, arriva la prima approvazione definitiva per un decreto attuativo della riforma della Pubblica amministrazione.

«La Pa diventa una casa di vetro», rilancia il sottosegretario alla Pubblica amministrazione e innovazione Angelo Rughetti, ma oltre che sul piano politico, la riforma arrivata ieri al traguardo promette di avere un forte impatto pratico, sulla base di un cambio di modello: al diritto di accesso tradizionale, che permette a cittadini e imprese di conoscere gli atti pubblici su cui hanno un «un interesse diretto, concreto e attuale», si affianca la nuova trasparenza, in cui il diritto a conoscere attive informazioni diventa la regola e la mancata diffusione dei provvedimenti è l'eccezione motivata dalla tutela di interessi precisi, dal segreto di Stato alla privacy passando per le tutele commerciali. Tradotto in pratica, per conoscere le procedure di valutazione utiliz-

zate in un appalto o in un concorso non sarà necessario essere nella platea dei concorrenti, e i cittadini avranno diritto a conoscere i finanziamenti concessi dal Comune, lo stato effettivo di attuazione dei provvedimenti sui servizi pubblici, dalla sanità ai trasporti, i tempi reali per lo smaltimento delle pratiche e così via. Ma non sempre ci sarà bisogno di chiedere, perché il nuovo provvedimento prova a rilanciare gli obblighi «automatici» di pubblicazione finora sparsi in tante normative: le Pa dovranno mettere online tutti i pagamenti effettuati, in forma puntuale e aggregata, per permettere di tenere davvero sotto controllo il fenomeno dei debiti commerciali nei confronti dei fornitori, e Stato, regioni ed enti locali dovranno pubblicare anche per i titolari di incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo i dati che oggi devono fornire per i politici, dalle indennità alla situazione patrimoniale. Pubblici, inoltre, dovranno essere i criteri con cui si formano le liste di attesa nella sanità.

Passare dalle intenzioni alle realizzazioni non è semplice, come dimostra lo stesso cammino che il decreto attuativo di questo capitolo della delega Madia ha compiuto dalla prima approva-

zione al via libera finale. Quello licenziato ieri dal consiglio dei ministri è un testo diverso in molti punti rispetto a quello iniziale, e accoglie tante correzioni sollecitate dal Parlamento, dal Consiglio di Stato e da Foia4Italy, il «cartello» delle associazioni che aveva promosso lo sbarco anche in Italia di una regola sulla trasparenza totale, già presente in 90 paesi, e aveva manifestato la propria delusione per il primo testo.

I correttivi decisi ieri sono sostanziali. Prima di tutto, vengono abbattute le barriere indirette alle iniziative dei cittadini. Come regola generale, si prevede che le Pubbliche amministrazioni rilascino i documenti in forma gratuita, soprattutto quando l'invio è telematico, e possano chiedere ai richiedenti solo il rimborso del costo «effettivamente sostenuto e documentato» per la riproduzione del documento «su supporti materiali». Insieme alla barriera del costo, viene cancellata anche quella del silenzio-rifiuto, paradossalmente spuntata nella versione originale del decreto sulla trasparenza totale: la Pa dovrà rispondere sempre entro 30 giorni e, se vorrà negare le informazioni richieste, dovrà farlo con «provvedimento espresso e motivato».

Controllo l'eventuale «no» dell'ufficio pubblico, chi fa la richiesta potrà appellarsi al responsabile anticorruzione o, negli enti locali, al difensore civico, evitando così la via più costosa del ricorso al Tar, unica strada prospettata dal primo testo del decreto.

Per negare i dati e i documenti richiesti, quindi, la pubblica amministrazione dovrà dimostrare che la risposta pregiudicherebbe

in modo «concreto» (altra precisazione del nuovo testo) gli interessi da tutelare, divisi in due gruppi: gli interessi dello Stato, dalla sicurezza nazionale alle questioni militari, dallo svolgimento delle indagini alla «stabilità finanziaria ed economica», e quelli dei privati, cioè i dati personali, la segretezza della corrispondenza e gli interessi economici e commerciali.

gianni.trovati@ilsole24ore.com

TEMPI CERTI

Trenta giorni agli uffici pubblici per rispondere. Stesso termine anche per negare, con provvedimento motivato, i documenti richiesti

Le novità



DIRITTO DI ACCESSO

No a diffusione solo motivata

Il diritto a conoscere atti e informazioni della Pubblica amministrazione diventa la regola e la mancata diffusione dei provvedimenti è l'eccezione motivata dalla tutela di interessi precisi, dal segreto di Stato alla privacy passando per le tutele commerciali.



OBBLIGHI AUTOMATICI

Online tutti i pagamenti

Le Pa dovranno mettere online tutti i pagamenti effettuati, in forma puntuale e aggregata, e Stato, regioni ed enti locali dovranno pubblicare anche per i titolari di incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo i dati che oggi devono fornire per i politici, dalle indennità alla situazione patrimoniale



I COSTI

Documenti in forma gratuita

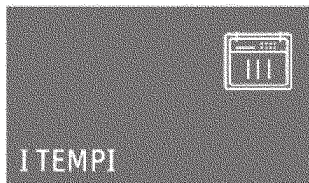
Come regola generale, si prevede che le Pubbliche amministrazioni rilascino i documenti in forma gratuita, soprattutto quando l'invio è telematico, e possano chiedere ai richiedenti solo il rimborso del costo «effettivamente sostenuto e documentato» per la riproduzione del documento «su supporti materiali».



LA DOMANDA

Tre uffici a cui rivolgersi

Chi vuole conoscere un'informazione ha tre uffici a cui rivolgersi: quello che ha materialmente i documenti, se lo conosce, oppure l'ufficio per le relazioni con il pubblico oppure una terza struttura, che però va indicata su Internet dall'ente interessato.



I TEMPI

Risposta in trenta giorni

L'arrivo dell'istanza fa scattare i 30 giorni entro i quali l'ufficio pubblico interpellato deve rispondere, fornendo i dati richiesti oppure motivando la decisione di tenersi per sé. Ma i tempi possono allungarsi con un meccanismo piuttosto complicato per tutelare i «controinteressati».



LE OBIEZIONI

Tutela dei «controinteressati»

Ricevuta la domanda, l'ufficio pubblico può individuare i titolari di dati personali o commerciali che potrebbero essere danneggiati dalla pubblicazione. I «controinteressati» hanno tempo 10 giorni per opporsi alla pubblicazione e la clessidra dei 30 giorni si blocca.

A PAG. 5**Manager Asl****Sul decreto
Dg arriva
il parere
del Consiglio
di Stato:
via la politica
dalle nomine***RIFORME/ Il Consiglio di Stato sullo schema di Dlgs che istituisce l'albo manager Asl*

«Basta partiti nelle nomine»

Riscontro positivo, ma va creata una cabina di regia per il monitoraggio

Le nomine dei manager delle aziende sanitarie locali devono avvenire secondo «criteri di meritocrazia, pur nella riaffermata natura fiduciaria della nomina, ma mai ispirata a ragioni di convenienza politica». Così il **Consiglio di Stato** nel parere formulato dalla Commissione speciale, che nei giorni scorsi si è espressa sullo schema di decreto delegato in materia di riorganizzazione della Pubblica amministrazione.

Un provvedimento che ha i tratti della rivoluzione, perché mette nero su bianco che nomine e politica devono viaggiare separati quando si parla di aziende sanitarie e ospedali. Il decreto fa parte del "pacchetto Madia" approvato a gennaio, e impone regole di trasparenza stringenti sui nomi dei manager con il risultato sperato di una riduzione del potere delle Regioni e, forse soprattutto, dei partiti nell'assegnazione delle poltrone. Il testo aveva fatto discutere soprattutto perché prevede la formazione di un albo degli aspiranti Dg, ma anche la possibilità di revoca dei direttori generali, ispirata al principio del giusto procedimento, per evitare ogni forma, anche surrettizia, di spoils system.

Tutte misure elogiate dai giudici di Palazzo Spada, che però non hanno lesinato elementi di critica al testo. Il decreto soffrirebbe di una mancata condivisione dei principi con le associazioni degli utenti, ma anche di confronto con gli operatori. Altra nota dolente il «problematico rapporto tra l'elenco nazionale dei direttori generali, con assegnazione di un punteggio tra 75 e 100, e la valutazione da parte delle singole Commissioni regionali e la delicatezza della scelta del direttore generale, che pure resta di natura fiduciaria,

affidata all'ampia discrezionalità dell'organo politico regionale».

E questo contrasta con l'obiettivo di fondo di slegare le scelte dall'ingerenza della politica. Non va bene nemmeno l'obbligatoria frequenza dei corsi regionali quale requisito di ammissione all'albo dei direttori generali, perché limita l'ingresso del management privato alla dirigenza pubblica sanitaria, che pure la riforma ha inteso favorire. Critiche poi sulla genericità di criteri quali le «manifeste violazioni di legge o di regolamenti» per valutare l'operato dei Dg e per disporre la revoca e l'assenza di una disciplina relativa alla revoca delle altre figure dirigenziali, analoga a quella del direttore generale. E vi sono limiti anche nell'insufficiente valorizzazione dei livelli essenziali di assistenza che invece dovrebbero orientare scelte più avanzate di salute pubblica.

Il Consiglio di Stato chiede una rapida e completa attuazione della riforma e raccomanda la creazione di uno strumento di monitoraggio, una "cabina di regia" (Stato, Regioni, soggetti pubblici indipendenti) per portare avanti quella rivoluzione del merito di cui la sanità pubblica ha urgente bisogno.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA