

RASSEGNA STAMPA Martedì 17 settembre 2013

Basta tagli alla cieca per la sanità pubblica
IL SOLE 24 ORE

I nodi per i bilanci dell'ASL
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Primari nel dedalo delle nomine
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Il SSN torni protagonista
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Il mio primo impegno? Mai più tagli al SSN
Amedeo Bianco
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Salute, dati da reinviare
I dati sanitari trasmessi entro il 31 marzo
ITALIA OGGI

Il futuro del SSN? Integrazione, territorio e investimenti. I medici:
"Senza è il collasso"
QUOTIDIANO SANITA'

LA QUESTIONE INDUSTRIALE/2
Confindustria: basta tagli alla sanità pubblica
 ▶ pagina 42

Salute. L'affondo di Confindustria

«Basta tagli alla cieca per la sanità pubblica»

L'AUDIZIONE

Marcella Panucci alla Camera: serve una logica industriale incentrata sulla qualità di prestazioni e servizi

Roberto Turno
ROMA

■ Basta con le «manutenzioni precarie» e i tagli alla cieca alle imprese. Per rendere stabile e sostenibile la sanità pubblica, rilancia Confindustria, serve una nuova stagione aperta a «una logica industriale incentrata sulla qualità delle prestazioni e dei servizi». E allora avanti coi fondi integrativi, con dosi massicce di tecnologie e investimenti infrastrutturali, rivedendo la rete ospedaliera ed eliminando i posti letti inutili e improduttivi.

Da una parte una netta discontinuità col presente, dall'altra la necessità di spalancare le porte al futuro che ci riserva un welfare completamente diverso da quello che abbiamo sempre conosciuto. È attraverso questi due passaggi chiave che Confindustria propone a Governo e Parlamento di rivedere la governance del sistema sanitario italiano. Lo ha spiegato ieri Marcella Panucci, dg di viale dell'Astronomia, ascoltata dalle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera nell'ambito di un vasto ciclo di audizioni che ha come punto focale la sostenibilità del Ssn all'interno degli obiettivi di finanza pubblica.

«Il Ssn - ha chiarito Panucci - è una delle principali conquiste sociali del nostro Paese e questo diritto non va in alcun modo toccato». Ma di qui a salvare l'esistente, ce ne passa. Tra addizionali Irap e Irpef insopportabili per le imprese (e i cittadini), ritardati pagamenti

ai fornitori, una spesa privata praticamente tutta cash che vale 40 miliardi (10 dei quali sommersi), sperequazioni tra una regione e l'altra, intramoenia dei medici pubblici, servizi spesso scadenti dal Lazio in giù. Difendere l'esistente, insomma, non è più possibile: ormai «l'universalità e l'equità del Ssn sono da anni a rischio».

Ecco allora le scelte di policy proposte da Confindustria. A partire dalla sfida dell'efficienza, superando le criticità delle infrastrutture e scommettendo forte (e davvero) sulle tecnologie. Con la scommessa tutta da vincere dell'Ict, la digitalizzazione dei servizi, la revisione della rete ospedaliera col superamento dei piccoli presidi sanitari. «La riqualificazione della spesa - ha detto Panucci - passa attraverso un disegno strategico di reingegnerizzazione del sistema e richiede una visione industriale del settore», rimuovendo gli sprechi e puntando su costi standard e procurement pubblico.

C'è poi il passaggio chiave del finanziamento. Dove il peso della spesa privata potrebbe essere favorevolmente spostato verso i fondi integrativi a partire da quelli di categoria. Di qui la proposta: «La progressiva introduzione di meccanismi di finanziamento privati intermediati (assicurazioni, casse mutue ecc) che permetterebbero di tutelare la sostenibilità e l'equità del sistema, è essenziale per il suo equilibrio sociale e finanziario». Un futuro in cui il sistema pubblico manterrebbe il controllo sulla qualità degli strumenti e delle prestazioni, senza però più occuparsi della gestione. Ma anche «limitando a tutti i costi le interferenze della politica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tutte le «ombre» delle linee guida della Corte dei conti per i Collegi sindacali

I nodi per i bilanci dell'Asl

Gli aspetti negativi delle regole per la compilazione dei questionari

Sono da poco uscite, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 9 agosto (suppl. 60 serie generale n. 186), le linee guida predisposte dalla Sezione autonomie della Corte dei conti indirizzate ai Collegi sindacali delle aziende del Ssn, per la compilazione e per la trasmissione delle relazioni - questionari relativi ai Bilanci dell'esercizio 2012, come previsto dalla Finanziaria 2006 (v. anche Il Sole-24 Ore Sanità n. 31-32/2013).

Ricordiamo che, a norma dell'articolo 1, comma 170, della legge 266/2005, anche agli organi di revisione di questi enti si applicano le disposizioni previste per i revisori degli enti locali dai commi 166 e seguenti dello stesso articolo, che sono tenuti a redigere una relazione sul bilancio di previsione e sul rendiconto.

L'articolo 1, comma 3, del Dl 174/2012 ha ribadito questo sistema di controllo, estendendolo anche ai bilanci preventivi e ai rendiconti delle Regioni. Il Dl ha anche attribuito maggior incisività a questa modalità di verifica, con la

previsione di un eventuale blocco dei programmi di spesa che originano possibili squilibri finanziari degli enti territoriali e sanitari (articolo 1, comma 7, con riferimento a programmi di spesa di cui si accerti la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria).

L'annuale revisione del questionario da parte della Sezione delle autonomie costituisce un passaggio obbligato, considerando la continua produzione normativa che richiede un periodico adeguamento dei contenuti del questionario alle novità.

Quest'anno la Corte dei Conti, nell'impostazione del questionario, ha dovuto tener conto delle innumerevoli novità intervenute, soprattutto in materia di armonizzazione dei bilanci degli enti pubblici, in quanto il Dlgs 118/2011 per gli enti del Ssn.

È entrato in vigore proprio con l'esercizio 2012, senza passare per un periodo di sperimentazione, come invece previsto per Regioni ed enti locali; per questo motivo sono stati introdotti nume-

rosi quesiti per verificare lo stato di attuazione della riforma.

Le Sezioni di controllo con sede nelle Regioni e Province a status speciale, se ne ricorra l'esigenza, potranno apportare integrazioni e modifiche ai questionari che tengano conto delle peculiarità della disciplina legislativa locale, e secondo modalità con questa conferenti.

Il documento è molto articolato e prende in esame molti aspetti più significativi della gestione, evidenziando, per il conto economico, il confronto fra il bilancio preventivo e quello consuntivo, in pratica con la vecchia logica della contabilità finanziaria, anziché fra gli ultimi consuntivi.

Se si considera che i bilanci preventivi vengono approvati quasi sempre prima di conoscere quali saranno le risorse effettivamente messe a disposizione da parte del Ssn, gli scostamenti con i consuntivi sono spesso rilevanti, ma non significano necessariamente degli errori gestionali.

I nuovi approfondimenti richiesti, assai numerosi, impegnano

non solo i Collegi sindacali, ma anche l'area amministrativa delle aziende e costituiscono, in concreto, anche un momento di crescita professionale degli operatori.

Per i bilanci futuri sarebbe però importante che le aziende inserissero i dati richiesti dalla Corte dei conti nella nota integrativa, in modo da evitare un impegno delle strutture, sul Bilancio dell'esercizio precedente, per una decina di mesi.

In concreto, quando ci si avvicina alla fine dell'esercizio 2013 e sarebbe prioritario lavorare sulla verifica dei dati contabili e sul preventivo del 2014, gli operatori sono ancora impegnati sul Bilancio 2012.

Piuttosto che evidenziare gli aspetti positivi dei questionari, che peraltro sono molti, preferiamo però in questo articolo mettere in evidenza quelli negativi, con lo scopo di dare un contributo per successive integrazioni.

a cura di
Roberto Caselli



Gli Enti interessati
● Aziende sanitarie locali
● Aziende ospedaliere
● Policlinici universitari
● Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
● Agenzie regionali per l'Emergenza sanitaria
● Gestioni sanitarie accentrate
● Ospedali classificati, se ritenuti dalle Sezioni regionali competenti pienamente equiparabili agli enti sanitari pubblici regionali

L'articolazione del questionario
● Istruzioni per la compilazione e l'invio del questionario
● Sommario
● Dati identificativi dell'ente, dimensione demografica e strutture di ricovero
● La parte prima (domande preliminari e di monitoraggio dell'attuazione delle nuove norme) reca domande i cui elementi di risposta consentono un primo esame alle Sezioni regionali
● La parte seconda contiene il conto economico e domande e prospetti relativi alla situazione economica, con approfondimenti
● La parte terza contiene lo stato patrimoniale e domande e prospetti relativi alla situazione patrimoniale con approfondimenti su temi particolari
● Chiudono le attestazioni finali

SISTEMA CONTABILE

Al punto 11 vengono chieste informazioni sul sistema contabile e al punto 13 sui sistemi budgetari e sulla contabilità analitica. In particolare si chiede se sono stati fatti i necessari riscontri sugli inventari dei magazzini e dei cespiti e se il bilancio è esente da errori; si chiede pure se esistono gestioni contabili diverse da quella ordinaria (stralcio e liquidatoria) e se la contabilità analitica può considerarsi attendibile.

Nessuna richiesta di informazione viene invece formulata in merito agli adempimenti contabili connessi agli obblighi od opportunità fiscali.

A parere di chi scrive, sarebbe opportuno che in futuro si chiedesse se l'Azienda:

- ha assolto o meno l'obbligo di tenuta della contabilità separata per le attività commerciali, previsto dall'articolo 144, comma secondo, del Tuir 917/1986; tale tenuta consente, come noto, due grosse opportunità e cioè l'opzione per la determinazione dell'Irap con il metodo misto, assai più conveniente e la detrazione dell'Iva sugli acquisti di beni e servizi imputabili a tale area;

- ha impostato le scritture contabili in maniera idonea al recupero dell'Iva gravante gli acquisti di beni e servizi destinati alle stesse attività commerciali non esenti.

Inoltre, con riferimento ad altre disposizioni di legge che riguardano espressa-

mente il settore sanitario, dovrebbe essere richiesto se l'Azienda ha adempiuto agli obblighi di «contabilità separata», previsti da Leggi speciali del settore (e che possono essere assolti anche con la contabilità analitica) quali quelli sui presidi ospedalieri (decreto legislativo 502/1992 modificato dal decreto legislativo 517/1993, articolo 4, punto 9) e sui distretti di aziende territoriali (decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, articolo 3-*quater*) e sulle camere a pagamento (legge 724/1994, commi 6 e 7); solo quella sull'attività libero professionale intra-muraria (Dm 31 luglio 1997 del ministero della Sanità) è stata citata.

CONTO ECONOMICO

Poiché lo schema del conto economico prevede che le plusvalenze, le minusvalenze e le sopravvenienze siano contabilizzate in parte nell'area straordinaria e in parte sterilizzate (anziché con il criterio indicato dalle direttive comunitarie, dal codice civile e dai principi contabili, che le separano in relazione alla connessione o meno con la gestione ordinaria e senza alcuna sterilizzazione) sarebbe opportuno che al punto 14 (gestione ordinaria) si provvedesse a un riepilogo, anche per evitare irregolarità nella Dichiarazione Unico nel quadro del reddito di Impresa. Ricordiamo anche che la diversa impostazione si riflette anche nel calcolo dell'Irap per le attività commerciali, qualora l'azienda avesse optato per il metodo misto.

Dovrebbe poi essere specificata la composizione delle Imposte sul reddito sulle attività istituzionali, distinguendo cioè fra quelle che gravano il reddito degli immobili strumentali (su base catastale) e di quelli locati (salvo che non si sia optato per una gestione commerciale degli stessi) e quelle sui redditi diversi (eventuali plusvalenze su aree fabbricabili e su partecipazioni). In merito all'Ires poi, sarebbe utile un riferimento al comportamento tenuto dall'azienda a proposito della riduzione al 50% dell'aliquota ordinaria, che l'amministrazione finanziaria ha da tempo contestato, con argomentazioni assolutamente non condivisibili, per le aziende sanitarie territoriali (si rinvia in proposito al servizio pubblicato su Sanità del 24 Ore dell'11-17 giugno 2013).

Confronto tra le procedure regionali per la nomina dei dirigenti di struttura complessa

Primari nel dedalo delle nomine

Con la legge 189/2012 la scelta si complica e la metà delle Regioni è inadempiente

A un anno esatto dall'entrata in vigore della legge 189/2012 (decreto Balduzzi) si può fare il punto sui vari interventi previsti. In realtà la verifica è molto facile perché quasi tutti gli articoli del decreto sono irrealizzati o necessitano ancora di norme attuative.

Niente sulle cure primarie, non parliamo della libera professione, si

aspettano ancora i decreti sulla responsabilità professionale e sulla normativa antincendio. Tutti questi interventi legislativi erano programmatici e comportavano normativa di secondo livello per la loro messa a regime. Peraltro molti degli aspetti toccati dal decreto necessitano - più che di norme applicative - di finanziamenti dedicati, a

volte notevoli come nel caso delle cure primarie.

L'unico intervento andato a regime è quello che concerne le nuove selezioni per direttore di struttura complessa. L'articolo 4 del D.l. n. 158 aveva fissato i principi generali (commissioni sorteggiate, reintroduzione del punteggio, massima trasparenza) lasciando poi alle

singole Regioni la disciplina dei criteri e delle procedure per lo svolgimento delle selezioni, in ossequio alla ripartizione delle competenze secondo l'articolo 117 della Costituzione.

pagine a cura di
Stefano Simonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Difficoltà iniziali per la procedura Le perplessità sul membro esterno Curricula: il puzzle dei punteggi

Primari: la Conferenza delle Regioni il 28 febbraio 2013 ha approvato un documento di linee guida standard per garantire omogeneità tra le Regioni. In seguito, circa metà delle Regioni ha adottato le proprie linee guida e a luglio è stato perfezionato l'accordo in Stato-Regioni per la tenuta dell'elenco nazionale dei direttori di struttura complessa dal quale vanno sorteggiati i commissari, per cui oggi in molte aziende si possono svolgere le selezioni per coprire incarichi di struttura complessa sanitaria.

Nelle Regioni che non hanno diramato le direttive (al 9 settembre 2013), le selezioni non possono essere svolte perché le norme stabilite direttamente dal decreto e il documento regionale di febbraio non sono sufficienti.

Inizialmente si incontreranno molte difficoltà - più per le commissioni che per i candidati - perché la procedura cambia notevolmente e, a esempio, riguardo l'elenco nazionale ci vorrà tempo perché venga compilato. In tal senso le linee guida prevedono un elenco provvisorio redatto dagli uffici regionali o realizzato in proprio. Tra le difficoltà maggiori la suddivisione del punteggio, il ruolo del direttore sanitario e l'anomalia di un collegio di 4 membri.

Le linee guida emanate. Tutte contengono come introduzione una rassegna della normativa e delle più significative interpretazioni passate, allineandosi al documento della Conferenza. Così come alcuni aspetti definiti dalle li-

nee guida standard sono stati ripresi integralmente: l'adeguata pubblicità (su Bur integrale, su Gu per estratto, sul sito aziendale), due macroaree di valutazione, obbligo di indicare il termine massimo di conclusione della procedura. A proposito del documento della Conferenza, la Liguria lo ha recepito integralmente nella delibera che adotta le linee guida, motivo per cui le indicazioni appaiono più scame rispetto ad altre Regioni. Inoltre la Liguria demanda alle aziende l'adozione di un regolamento di dettaglio non disciplinato negli indirizzi regionali.

A completamento delle indicazioni contenute nel documento delle Regioni, tutte (meno Piemonte, Umbria e Lombardia) hanno previsto la necessità di integrare l'elenco con discipline equipollenti quando sono presenti meno di 4 nominativi.

Inoltre si chiarisce che la verifica del possesso dei requisiti è effettuata dagli uffici competenti (prima era la Commissione che procedeva all'ammissione) ma Emilia-Romagna e Sardegna sottolineano che l'operazione è svolta «nel rigoroso rispetto delle norme vigenti» e l'Umbria «nel rigoroso rispetto di quanto previsto nell'avviso». Spicca a tale proposito la decisione del Piemonte di affidare la verifica dei requisiti direttamente alla Commissione, come in passato.

Tutte le Regioni hanno previsto la figura del segretario della Commissione, inibendone però la nomina ai Collaboratori amministrativi di categoria D (meno Piemonte, Umbria e Lombardia che,

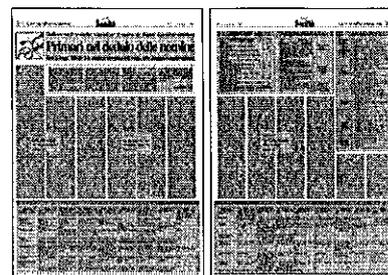
al contrario, la prevedono). Allo stesso modo quasi tutte (meno Piemonte e Lombardia) hanno previsto che il direttore generale si riserva di reiterare l'avviso in caso di meno di tre partecipanti.

Tutte prevedono la nomina di un supplente (meno che per il direttore sanitario), anche se la prudenza avrebbe consigliato l'individuazione di due supplenti: nel caso - non improbabile - di non accettazione o sussistenza di una causa di incompatibilità si dovrebbe ripetere il sorteggio con dilatazione dei tempi, visto che l'avviso va pubblicato 15 giorni prima ecc.

In realtà Emilia-Romagna e Umbria si riferiscono genericamente a «componenti supplenti» per cui sorteggiamo due sarebbe possibile. Venendo alle altre specifiche differenziazioni, per delineare il fabbisogno/profilo da consegnare alla Commissione, i contenuti definiti dal direttore generale passano al parere del Collegio di direzione ma con una fantasia assoluta: troviamo, infatti, le locuzioni «acquisizione di proposte, contributi, supporto», «ricevute le indicazioni», «sentito», «su indicazioni finali», «informato» e di certo non è proprio la stessa cosa; Piemonte e Lombardia non coinvolgono il Collegio di direzione. La durata massima della procedu-

ra è fissata da due Regioni in 12 mesi che appaiono incomprensibili anche perché tutta la fase istruttoria della definizione del profilo e della redazione del bando è fuori dal decorso del termine. Da parte sua l'Umbria prevede 12 mesi che decorrono però dalla notifica dell'autorizzazione regionale e «comunque non oltre 180 gg dalla pubblicazione dell'avviso».

Due sole Regioni rivolgono una particolare attenzione al ruolo del direttore sanitario, quasi a voler recuperare lo «sgarbo» istituzionale di non aver previsto per tale figura il ruolo di presidente, come in passato. A proposito del direttore sanitario, tutte hanno deciso di non procedere all'individuazione di un supplente. È vero che questi incarichi sono *ratione officii* e hanno natura infungibile, anche se alcune leggi regionali e statuti aziendali prevedono la figura del vice-direttore. Ma se questo non c'è il problema è irrisolvibile perché in caso di impedimento serio verrebbe meno la continuità della funzione. Non solo come componente della Commissione ma soprattutto per l'attività istituzionale ordinaria: il



parere del direttore sanitario sulle deliberazioni è obbligatorio.

Sulla questione di un eventuale impedimento del direttore sanitario la Lombardia afferma «che non potrà essere sostituito». Il sorteggio deve essere adeguatamente pubblicizzato sul sito ma due Regioni si riferiscono alla «data di effettuazione delle operazioni di sorteggio» e tutte le altre alla «data e il luogo»: tutte hanno acriticamente copiato la locuzione contenuta nei Dpr sulla normativa concorsuale ma la formulazione migliore, in nome della trasparenza, sarebbe stata «data, ora e luogo».

Sempre sul sorteggio tutte ribadiscono il principio della legge riguardo ad almeno un componente proveniente da un'altra Regione e precisano cosa si deve fare nel caso in cui siano sorteggiati tre primari della Regione precedente. Sorge però una perplessità riguardo alla circostanza che è ben difficile che per ben tre volte si estragga un nominativo che ha mediamente il 5% delle possibilità statistiche di essere sorteggiato dagli elenchi nazionali. Ecco allora

per cui - forse - vedremo gli elenchi provvisori durare parecchio tempo. Sembra peraltro che anche con gli elenchi provvisori sussistano difficoltà pratiche perché se si integra con elenchi di «altre Regioni» può voler dire tutte o soltanto alcune (scelte come?) mentre se si dice «Regioni viciniori» quantomeno l'individuazione è certa. L'Umbria è l'unica che dedica un paragrafo alla formazione degli elenchi regionali. Alcune Regioni prevedono che per l'integrazione si procede solo con quelli pervenuti se le altre Regioni non inviano i propri elenchi entro 30 giorni (Umbria) o 20 giorni (Abruzzo e Veneto).

Per l'integrazione da effettuare per tutta la fase transitoria, gli elenchi sono richiesti alle altre Regioni ma solo Abruzzo, Umbria e Veneto si ricordano anche delle Province autonome. La Liguria addirittura non prevede elenchi provvisori e per le esigenze indifferibili che si presentano nella fase transitoria rinvia all'applicazione dell'articolo 18 del Ccnl del 2000. Singolare è la decisione della stessa Regione di non considerare «produttivo di effetti» il sorteggio di un nominativo appartenente alla stessa azienda. Un aspetto della procedura delicato è la composizione «definitiva» della commissione, nel senso della previa verifica dell'accettazione e dell'insussistenza di cause di incompatibilità.

Nessuna Regione stabilisce

espressamente che tale verifica sia fatta prima della deliberazione del direttore generale anche se, per evidenti motivi di celerità e di economia del procedimento, così dovrebbe essere. Data la genericità dei contenuti di dettaglio, si potrebbe dedurre che la maggioranza delle linee guida preveda che l'operazione va fatta dagli uffici subito dopo il sorteggio. Al contrario alcune Regioni hanno stabilito che l'operazione sia effettuata «preliminatamente» ai lavori della Commissione che, però, non dovrebbe mai coincidere con la prima seduta di insediamento. Una causa di incompatibilità rilevata in tale sede comporta la ripetizione del sorteggio, la riadozione della delibera di nomina della Commissione, con perdita di mesi e risorse (basta pensare al rimborso spese spettante all'incompatibile fisicamente presente alla 1ª seduta).

Per queste ragioni la cosa migliore sarebbe fare la verifica subito dopo il sorteggio in remoto, utilizzando cioè tutti gli strumenti che l'informatica ci mette a disposizione. Veneto, Umbria, Liguria e Lombardia circoscrivono le direttive alle selezioni per la direzione di struttura complessa e chiariscono che le direttive non valgono per gli incarichi di capo dipartimento. Il Veneto è l'unica che disciplina la questione del compenso spettante ai componenti della Commissione. Per quanto riguarda gli incarichi di direttore di distretto, la medesima Regione e la Lombardia - violando apertamente l'articolo 3-sexies del Dlgs 502/1992 - riservano la procedura comparativa a sanitari e, solo in assenza di sanitari idonei, aprono anche agli altri dirigenti. L'Abruzzo prevede che al termine del colloquio la «graduatoria deve essere affissa nella sede ove si è svolto il colloquio».

Può apparire scontata e lineare questa precisazione che è conforme alla normativa concorsuale generale, ma contrasta con la netta opposizione delle Regioni quando il decreto era in fase di bozza chiedendo l'eliminazione del punteggio. Riguardo alla tutela delle pari opportunità, si richiamano in generale (meno Liguria, Piemonte e Lombardia) le norme dell'articolo 57 del Dlgs 165 «in quanto compatibili» (meno l'Abruzzo che ne afferma senza precisazioni l'applicazione). Forse era il caso di sciogliere il dubbio perché la decisione di considerare la selezione una procedura concorsuale a tutti gli effetti - con la conseguente applicazione del principio del terzo dei commissari donna - non può essere discrezionalmente lasciata alle singole aziende. Secondo me con le nuove procedure la selezione riacquista tutte le caratteristiche di

una procedura concorsuale piena.

In tal senso, un'altra conseguenza che dovrebbe essere scontata è il ritorno alla competenza giurisdizionale del giudice amministrativo, come per tutte le procedure di accesso. Due sole Regioni impongono l'invio delle domande solo in via telematica, pena l'irricevibilità. È l'applicazione del principio introdotto dall'articolo 8 della legge 35/2012 al quale le Regioni dovevano adeguare i propri ordinamenti. Peraltro non risulta che nei concorsi pubblici del comparto e della dirigenza sia stata ancora prevista questa modalità: le selezioni per struttura complessa potrebbero servire da banco di prova. Poiché siamo in Italia, le linee guida precisano che l'invio in via telematica è obbligatorio per le aziende «se già dotate degli strumenti informatici previsti dalle norme vigenti».

Quattro Regioni prescrivono che le domande devono pervenire entro 30 giorni dalla pubblicazione in Gazzetta. Passando alle macroaree di valutazione, il colloquio è probabilmente l'aspetto della selezione che mostra le maggiori diversificazioni (vedi tabella). Il Veneto ha mutuato l'intera procedura dalla normativa concorsuale della dirigenza trasformando il colloquio in prova orale. Il Piemonte non predefinisce i punteggi né esprime prevalenza del curriculum sul colloquio o viceversa.

L'Emilia-Romagna al contrario è quella che si allontana maggiormente dalla tradizione, prevedendo addirittura colloqui con il personale, sopralluoghi nella struttura e relazioni scritte dei candidati. Va segnalata, infine, la scelta di Emilia-Romagna e Sardegna sull'obbligo del rapporto esclusivo che diventa immutabile per tutta la durata dell'incarico. Desta perplessità questa imposizione soprattutto perché la reversibilità dell'opzione potrebbe essere considerata un diritto soggettivo indisponibile e la materia - se inserita nel contratto individuale - è, in ogni caso, riserva di legge nazionale e non può rientrare nelle competenze regionali, neanche quelle di legislazione concorrente. Interessante la fase di conclusione della procedura: la sola Liguria ipotizza 4 soluzioni alternative: la nomina di chi ha il punteggio più alto, la nomina di un altro idoneo, la presa d'atto che nessun candidato ha raggiun-

to la soglia della sufficienza, l'annullamento della procedura perché la Commissione non si è attenuta alle indicazioni dell'avviso. Le Marche hanno in corso di adozione le linee guida i cui contenuti non si discostano sostanzialmente da quelli delle altre Regioni.

Un caso a parte è quello della Toscana che ha adottato una legge regionale o, meglio, nella «Legge di manutenzione dell'ordinamento regionale 2013» (Lr n. 47/2013), ha modificato la specifica norma della legge regionale 40 del 2005 relativa al conferimento dell'incarico di direttore di struttura complessa sanitaria. Dunque niente linee guida dettagliate e neanche un rinvio al documento del 28 febbraio. Viene solo affermato che per il curriculum e il colloquio si fa riferimento ai criteri di valutazione dell'articolo 8 del Dpr 484/1997. Il punteggio massimo da attribuire è fissato da ciascuna azienda. La scelta della Toscana è di una deregulation completa che consente alle aziende di avere una notevole autonomia discrezionale nello svolgimento delle selezioni.

Conclusioni. Complessivamente la procedura è molto più complessa di prima e nasconde insidie che potrebbero generare problemi o contenzioso. La questione più complessa è la definizione del profilo/fabbisogno perché costituisce la traccia e il punto di riferimento per le valutazioni di curriculum e colloquio. Altro aspetto di variabilità è il rapporto del punteggio tra curriculum e colloquio. Pensiamo anche all'applicazione delle pari opportunità, difficile da eludere ma altrettanto difficile da realizzare. Sarà sufficiente per appellarsi alla «motivata impossibilità» di cui all'articolo 57 del Dlgs 165 la circostanza che la mancanza di una componente donna discende dal sorteggio e, quindi, da un evento aleatorio indipendente dalla volontà della direzione? Dunque in nome del federalismo sanitario e dell'autonomia riconosciuta dall'articolo 117 abbiamo uno scenario normativo di dettaglio assolutamente difforme. Se un medico ambizioso provasse a fare la selezione in tutte le Regioni italiane si dovrebbe sottoporre a decine di variabili procedurali o di merito valutativo, perché anche all'interno di una stessa Regione le linee guida consentono alle aziende scelte molto diversificate. E probabilmente ciò è proprio quello che le Regioni vogliono perché in una delle linee guida (Emilia-Romagna) si legge che sussiste l'esigenza «di preservare un margine di discrezionalità alle singole aziende per scelte rilevanti e di introdurre una disciplina di maggiore dettaglio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Regioni a confronto (le regole di chi)									
Aspetti della procedura	Veneto (Dgr 19 marzo 2013)	Emilia-Romagna (Dgr 25 marzo 2013)	Sardegna (Dgr 27 giugno 2013)	Abruzzo (Dgr 29 aprile 2013)	Piemonte (Dgr 29 luglio 2013)	Umbria (Dgr 22 luglio 2013)	Lombardia (Dgr 2 agosto 2013)	Liguria (Dgr 19 aprile 2013)	Toscana (Dgr 9 agosto 2013)
Definizione profilo	Informata al Collegio di direzione	Su indicazioni finali del Collegio di direzione	Su indicazioni finali del Collegio di direzione	Sentito il Collegio di Direzione	Nulla	Ricevute le indicazioni del Collegio di direzione	Nulla	Acquisite proposte, contributi e supporto dal Collegio di direzione	Nulla
Reiterazione procedura	In caso di meno di tre partecipanti	In caso di meno di tre partecipanti	In caso di meno di tre partecipanti	In caso di meno di tre partecipanti	Nulla	In caso di meno di tre partecipanti	Nulla	Nulla	Nulla
Invio domande	Almeno 30 giorni di pubblicazione su Gazzetta Ufficiale	Esclusivamente in via telematica - Nulla sulla scadenza	Esclusivamente in via telematica - Nulla sulla scadenza	Modalità indicata nell'avviso	Almeno 30 giorni di pubblicazione su Gazzetta Ufficiale	30 giorni di pubblicazione su Gazzetta Ufficiale	Almeno 30 giorni di pubblicazione su Gazzetta Ufficiale	Nulla	Nulla
Verifica requisiti	A cura degli uffici competenti	A cura degli uffici competenti nel rispetto della normativa vigente	A cura degli uffici competenti nel rispetto della normativa vigente	A cura degli uffici competenti	A cura della Commissione	A cura degli uffici competenti nel rispetto di quanto previsto nel avviso	Nulla	Nulla	Nulla
Nomina commissione	Commissione di sostegno come nei concorsi - Nulla alle pari opportunità	Commissione di sostegno come nei concorsi - Rinvio all'articolo 57 per le pari opportunità	Commissione di sostegno come nei concorsi - Rinvio all'articolo 57 per le pari opportunità	Commissione di sostegno come nei concorsi - Rinvio all'articolo 57 per le pari opportunità	Commissione di sostegno come nei concorsi - Nulla sulle pari opportunità	Commissione di sostegno come nei concorsi - Rinvio all'articolo 57 per le pari opportunità	Commissione di sostegno come nei concorsi - Nulla sulle pari opportunità	Nulla	Nulla
Elenchi provvisori	Composto dalla curatela regionale con elenchi delle altre Regioni e Province autonome con termine preventivo 20 giorni	Realizzati dall'azienda anche con elenchi di Regioni vicinarie	Realizzati dall'azienda anche con elenchi altre Regioni	Composto dalla struttura regionale con elenchi delle altre Regioni e Province autonome con termine preventivo 20 giorni	Elenchi acquisiti dalla Regione e messi a disposizione	Realizzati dall'azienda anche con elenchi di altre Regioni e Province autonome con termine preventivo 30 giorni	Realizzati dall'azienda anche con elenchi disponibili di altre Regioni	Nulla - Nulla fase transitoria rinvio all'articolo 18	Nulla
Supplenti	Si per i 3 sostituiti - No per il Ds	Si per i 3 sostituiti - No per il Ds	Si per i 3 sostituiti - No per il Ds	Si per i 3 sostituiti - No per il Ds	Si per i 3 sostituiti - No per il Ds	Si per i 3 sostituiti - No per il Ds	Si per i 3 sostituiti - No per il Ds	Nulla	Nulla
Ruolo del direttore sanitario	Nulla	Garanzia del rispetto degli indirizzi del Dg	Garanzia del rispetto degli indirizzi del Dg	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla
Segretario	Individuazione da parte del Dg - No collaboratori di categoria D	Individuazione da parte del Dg - No collaboratori di categoria D	Individuazione da parte del Dg - No collaboratori di categoria D	Individuazione da parte del Dg - No collaboratori di categoria D	Individuazione da parte del Dg anche tra collaboratori di categoria D	Individuazione da parte del Dg anche tra collaboratori di categoria D	Individuazione da parte del Dg anche tra collaboratori di categoria D	Nulla	Nulla

ha pubblicato la procedura sul Bur

Aspetti della procedura	Veneto (Dgr 19 marzo 2013)	Emilia-Romagna (Dgr 25 marzo 2013)	Sardegna (Dgr 27 giugno 2013)	Abruzzo (Dgr 29 aprile 2013)	Piemonte (Dgr 29 luglio 2013)	Umbria (Dgr 22 luglio 2013)	Lombardia (Dgr 2 agosto 2013)	Liguria (Dgr 19 aprile 2013)	Toscana (Dgr 9 agosto 2013)
Compensi	Rinvio al Dpcm 23 marzo 1995 - No per il Ds	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla
Punteggio	80 di cui 50 curriculum (6 voci) e 30 colloquio	Colloquio prevalente su curriculum - 8 voci integrabili dall'azienda	Colloquio prevalente su curriculum - 8 voci integrabili dall'azienda	100 di cui 60 curriculum (7 voci) e 40 colloquio	100 punti con ripartizione da definire nell'avviso	Colloquio prevalente su curriculum - 8 voci integrabili dall'azienda	Curriculum 40 e colloquio 60	Curriculum (7 voci) 50 punti - Colloquio (tema discorsivo) 50 punti	Nulla
Colloquio	Stesse regole del concorso pubblico	Regole informali - possibilità di far effettuare sottigliezze e colloqui non pensabile e di richiedere una relazione scritta	Regole informali - Possibilità di richiedere una relazione scritta	Questionari estratti e, in alternativa, stesso questionario	Riferimento all'articolo 8 del Dgr 484/1997	Questionari estratti e, in alternativa, stesso questionario - possibilità di richiedere una relazione scritta	Riferimento all'articolo 8 del Dgr 484/1997	Regole a formalità	Nulla
Altre risorse di valutazione	Nulla	Esclusività del rapporto con adeguato patteggiamento stabilito nell'avviso	Esclusività del rapporto con adeguato patteggiamento stabilito nell'avviso	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla	Nulla
Termine della procedura	12 mesi dalla scadenza delle domande	6 mesi dalla scadenza delle domande	Non previsto nelle Lg ma di indicare nell'avviso	12 mesi dalla scadenza delle domande	Non previsto nelle Lg ma di indicare nell'avviso	12 mesi dalla scadenza delle domande	Non previsto nelle Lg ma di indicare nell'avviso	Non previsto nelle Lg ma di indicare nell'avviso	Non previsto nelle Lg ma di indicare nell'avviso
Nomina vincitore	Senza termine	Non prima di 15 giorni dalla pubblicazione - rapporto esclusivo come criterio preferenziale	Non prima di 15 giorni dalla pubblicazione	Senza termine	Senza termine	Non prima di 15 giorni dalla pubblicazione	Senza termine	Senza termine	Senza termine
Contratto individuale	Senza termine - Rinvio alla Legge regionale	11 clausole obbligatorie - Opzione per il rapporto esclusivo inmodificabile per tutto l'incarico	11 clausole obbligatorie - Opzione per il rapporto esclusivo inmodificabile per tutto l'incarico	Ente 60 giorni - 10 clausole obbligatorie	9 clausole obbligatorie	10 clausole obbligatorie	Nulla	Nulla	Nulla

Nota: la Regione Toscana il 9 agosto 2013 ha adottato una legge regionale che fissa i criteri generali per le selezioni

Quanti erano i primari nel 2011	
Dirigenti di struttura complessa	N.
Medici con incarico di struttura complessa (esclusivi)	8.452
Medici con incarico di struttura complessa (non esclusivi)	265
Veterinari con incarico di struttura complessa (esclusivi)	468
Odontoiatri con incarico di struttura complessa (esclusivi)	5
Odontoiatri con incarico di struttura complessa (non esclusivi)	4
Dirigenti sanitari con incarico di struttura complessa (esclusivi)	796
Dirigenti sanitari con incarico di struttura complessa (non esclusivi)	1
Dirigenti professionali con incarico di struttura complessa (esclusivi)	466
Dirigenti tecnici con incarico di struttura complessa (esclusivi)	248
Dirigenti amministrativi con incarico di struttura complessa (esclusivi)	1298
Totale	12.003

Fonte: Conto annuale 2011, Ragioneria generale dello Stato

Chi non può far parte delle commissioni	
Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (peculato, malversazione, indebita percezione erogazioni, corruzione, concussione, abuso di ufficio, indebita induzione, istigazione alla corruzione, utilizzazione invenzione, rilevazione segreti di ufficio, rifiuto atti di ufficio, interruzione pubblico servizio ecc.)	Articolo 35-bis, comma 1, del Dlgs 165/2001
Coloro che: 1) hanno interesse nella selezione; 2) sono loro stessi o la moglie parenti fino al quarto grado o legati da vincoli di affiliazione, o sono conviventi o commensali abituali di uno dei candidati; 3) hanno loro stessi o la moglie causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito con uno dei candidati; 4) sono tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, agente o datore di lavoro di uno dei candidati	Articolo 51 del codice di procedura civile
Coloro che ricoprono cariche politiche e che sono rappresentanti sindacali o designati dalle confederazioni e organizzazioni sindacali o dalle associazioni professionali	Articolo 35, comma 3, lettera e), del Dlgs 165/2001

Le fasi della procedura	
Definizione del fabbisogno	<ul style="list-style-type: none"> ● Profilo oggettivo e soggettivo ● Intervento del Collegio di direzione ● Eventuale intervento del Comitato di dipartimento
Avvio procedura e pubblicazione avviso	<ul style="list-style-type: none"> ● Redazione dell'avviso con tutte le indicazioni specifiche previste da legge e linee-guida ● Pubblicazione su Gu, Eur o sito web aziendale ● Verifica dei requisiti e ammissione candidati
Nomina commissione	<ul style="list-style-type: none"> ● Formazione elenchi provvisori (fase transitoria) ● Integrazione elenco in caso di meno di 4 nominativi ● Nomina Commissione di sorteggio ● Pubblicazione sul sito di data, luogo e ora del sorteggio almeno 15 giorni prima ● Attesa della scadenza dei termini di presentazione delle domande ● Sorteggio di 3 + 3 componenti ● Accettazione della nomina e verifica eventuali incompatibilità dei commissari ● Nomina Commissione di valutazione e segretario ● Consegna atti e documentazione al segretario ● Inseadimento della Commissione ● Individuazione Presidente
Valutazione candidati	<ul style="list-style-type: none"> ● Riunione preliminare per i criteri generali ● Convocazione candidati per il colloquio ● Valutazione curriculum e formulazione giudizio complessivo ● Effettuazione colloquio ● Valutazione colloquio e formulazione giudizio complessivo ● Redazione verbale e relazione sintetica da pubblicare sul sito ● Composizione terna idonei e trasmissione formale al Direttore generale
Scelta da parte del direttore generale	<ul style="list-style-type: none"> ● Conclusione del procedimento entro la data prefissata nell'avviso ● Pubblicazione sul sito del profilo, dei curricula e della relazione sintetica ● Attesa del decorso del periodo di pubblicazione ● Eventuale motivazione adeguata in caso di non scelta del miglior punteggio ● Atto formale di conferimento dell'incarico da parte del Direttore generale
Sottoscriz. contratto individuale	<ul style="list-style-type: none"> ● Redazione schema di contratto ● Acquisizione documenti da parte del vincitore ● Firma del contratto di lavoro ● Presa servizio ● Conferma dopo il periodo di prova ovvero proroga

Bilanci e obiettivi dei tre senatori-presidenti di Ordine a sei mesi dall'insediamento

«Il Ssn torni protagonista»

Le priorità: centralità della salute pubblica e tutela delle professioni

Le leggi le fa il Parlamento ed è dal Parlamento che deve arrivare un segnale forte di stimolo perché la Sanità e la salute tornino a essere tra le priorità del Governo. Non hanno dubbi su come affrontare il loro mandato i tre senatori-presidenti di Ordine, eletti sei mesi fa a Palazzo Madama. E per Amedeo Bianco (Pd, presidente FnomCeO), Andrea Mandelli (Pdl, presidente Fofi) e Annalisa Silvestro (Pd, presidente Ipasvi) l'obiettivo comune è guidare in porto quella riforma degli Ordini professionali in stand by da numerose legislature, coordinando i Ddl all'esame del Parlamento e anche il Ddl presentato dal ministro della Salute Lorenzin a luglio, non ancora assegnato alle commissioni. Naturalmente massima difesa delle professioni che rappresentano: per medici e infermieri si deve recuperare spazio eliminando blocchi del turn over e favorendo nuove assunzioni; per i farmacisti l'ultimo tassello del puzzle è il fascicolo sanitario elettronico che chiude il cerchio del nuovo ruolo della farmacia dei servizi e che ora deve essere realizzato.

Poi massimo rispetto per le scelte delle Regioni, ma serve maggiore equilibrio e compito delle Camere dovrà essere difendere il proprio ruolo istituzionale e le proprie prerogative.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



AMEDEO BIANCO (SENATORE PD E PRESIDENTE FNOMCEO)

«Il mio primo impegno? Mai più tagli al Ssn»

«**A**bitare il "pianeta Parlamento", se pure da neofita, consente di affrontare le tante questioni che toccano la Sanità con maggiore consapevolezza e determinazione. Avendo ancor più chiare le priorità ineludibili per salvare il nostro Ssn». **Amedeo Bianco**, presidente Fnomceo e neo senatore Pdl, dà un giudizio positivo dei suoi primi mesi a Palazzo Madama.

Qual è stato il suo battesimo del fuoco?

Il primo impatto è stato con il decreto Stannina, che come noto riguardava anche la questione spinosa della proroga di attività per gli Opg. Quella è stata per me la prima occasione per mettere a disposizione del Senato le mie competenze di medico e professionista.

A questo proposito: la sua scelta di mantenere l'incarico di presidente Fnomceo è stata criticata da più parti...

Posso affermare con serenità che nel corso della mia attività parlamentare non mi è stato mai chiesto - né del resto avrei accettato - di travalicare il mio mandato di rappresentanza. Che poi è rappresentanza di interessi generali, dal momento che la Federazione è organo ausiliario dello Stato. Sono convinto che la mia competenza possa rappresentare un'opportunità e non un rischio, un servizio utile ai lavori parlamentari.

Quali sono le priorità da affrontare?

Innanzitutto l'altolà a ogni ipotesi di ulteriori tagli: la prossima legge di stabilità non dovrà portare via neanche un centesimo al Ssn, negli ultimi anni oggetto di una vendemmia di risorse che rende impensabili ulteriori manovre. Ferma restando una pratica di sana spending review. Sana nei fini e negli strumenti: nel senso che - da una parte - le risorse devono restare dentro il sistema e non andare a coprire buchi di bilancio; e che, dall'altra parte, non si proceda con tagli lineari ma si sappia trasferire risorse dove servono.

Le altre priorità?

La seconda esigenza è dare finalmente un segnale forte e positivo a tutti i professionisti che lavorano nella Sanità pubblica. Finora si sono visti bloccare la retribuzione, le contrattazioni, hanno assistito a blocchi del turn over. Quest'ultima questione va affrontata, a esempio, aprendo laddove c'è bisogno di personale per garantire la copertura dei Lea. Ancora: va risolta la piaga del precariato e vanno riaperte le contrattazioni a livello aziendale, sia pure a invarianza di spesa. Nodi che potrebbero trovare una soluzione nel decreto sulla razionalizzazione della pubblica amministrazione. Sono temi prioritari: è in gioco la tenuta del sistema. Ma sono in ballo anche la riforma degli Ordini professionali e la complessa materia della responsabilità dei professionisti e delle strutture.

A che punto siamo?

Vanno coordinati i singoli Ddl e io stesso sono in procinto di presentarne, in tema di responsabilità, uno a mia firma (www.24oresanita.com). L'idea di fondo è di non cercare facili salvataggi ma di comporre una griglia di misure civili in grado di riportare serenità sia a chi riceve sia a chi somministra le cure.

Tutto questo in un contesto in cui Regioni e Governo rappresentano più di un alter ego. A suo avviso il Parlamento riesce a mantenere il suo ruolo?

Nonostante il ruolo rilevante della conferenza Stato-Regioni, nessun Governo può permettersi - anche in tempi di piena attuazione del Titolo V in ambito sanitario - di perseguire relazioni produttive con il Parlamento. L'equilibrio tra i poteri sancito dalla Costituzione è fondamentale per garantire che una legge sia responsabile ed equilibrata. E come parlamentari siamo chiamati a impegnarci per mantenere integri il ruolo istituzionale e le prerogative delle due Camere.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un decreto riscrive la tempistica dell'obbligo a carico dei medici

Salute, dati da reinviare

I dati sanitari trasmessi entro il 31 marzo



DI DANIELE CIRIOLI

Resettate le regole sull'obbligo per i medici di fabbrica di inviare i dati sanitari rilevanti per la sicurezza. L'operatività del nuovo obbligo, già scattata l'anno scorso con prima scadenza (dati anno 2012) al 30 giugno 2013, viene fatta slittare a quest'anno con conseguente nuova prima scadenza al 31 marzo 2014 (dati anno 2013). Lo prevede il decreto 6 agosto dei ministri della salute e del lavoro pubblicato in *G.U.* n. 212/2013, che modifica il decreto 9 luglio 2012 con la disciplina del nuovo adempimento previsto dal T.u. sicurezza del lavoro (art. 40 del dlgs n. 81/2008).

L'adempimento, a carico dei medici competenti o di fabbrica, è divenuto operativo dall'anno 2012 a seguito della pubblicazione in *G.U.* del citato decreto 9 luglio 2012, il quale ha disciplinato anche la cartella sanitaria e di rischio (allegato 3A) e ha previsto il modello da utilizzare per la trasmissione dei dati sanitari, ossia l'allegato 3B. Il decreto inoltre aveva pre-

visto un periodo transitorio di 12 mesi, terminato il 25 agosto 2013, durante il quale è rimasta sospesa la sanzione a carico dei medici inadempienti alla trasmissione dei dati del 2012 entro il termine più lungo fissato al 30 giugno 2013 (sanzione da 1.000 a 4 mila euro).

Secondo il ministero guidato da Beatrice Lorenzin gli invii degli allegati 3B effettuati dai medici al 4 settembre attraverso la piattaforma Inail sono stati pari a 228.129, mentre i medici che li hanno effettuati solamente 3.513. Dunque nonostante la scadenza più lunga (30 giugno anziché 31 marzo 2013) non è andata bene la sperimentazione del nuovo obbligo. Per le associazioni dei medici competenti tutto è dipeso dalle difficoltà di accesso e utilizzo della piattaforma predisposta allo scopo dall'Inail, divenuta operativa solo dal 1° giugno: ciò avrebbe ostacolato se non impedito il regolare rispetto

del termine. Per queste ragioni il ministero della salute ha deciso di concedere ai medici un ulte-

riore periodo di tempo per adempiere al nuovo obbligo. Il nuovo decreto, in vigore dall'11 settembre, stabilisce infatti che il primo invio dei dati tramite l'allegato 3B deve avvenire entro la scadenza del primo trimestre dell'anno successivo a quello nel quale c'è stata la costituzione della piattaforma da parte dell'Inail; e stabilisce che per i successivi appuntamenti annuali le singole scadenze si fissano sempre alla fine del primo trimestre dell'anno seguente. Poiché la costituzione della piattaforma Inail è avvenuta il 1° giugno la scadenza del primo appuntamento si fissa al 31 marzo 2014 per i dati dell'anno 2013. In tal modo, peraltro, c'è la decadenza (essendo di fatto abrogato) del primo obbligo di adempimento relativamente ai dati dell'anno 2012. con conse-

guente non sanzionabilità dei medici inadempienti (si ricorda, tuttavia, che l'invio dei dati resta comunque possibile fino al 30 settembre).

Il decreto, infine, prevede la possibilità che con successivi provvedimenti possano essere apportate modifiche agli allegati 3B e 3A e anche alle modalità di trasmissione. Relativamente ai contenuti, le associazioni dei medici evidenziano che, nell'ultima riunione tecnica presso il ministero della salute che c'è stata il 5 settembre, le società scientifiche hanno sostenuto che i dati raccolti non si prestano all'utilizzo ai fini epidemiologici e che esiste un rischio di un uso improprio ai fini di vigilanza. Due ragioni in più che, evidentemente, hanno spinto i ministeri a resettare le previgenti norme.

—© Riproduzione riservata—■

quotidianosanità.it

Martedì 16 SETTEMBRE 2013

Il futuro del Ssn? Integrazione, territorio e investimenti. I medici: "Senza è il collasso"

Se n'è discusso a Ravenna in una tavola rotonda organizzata dall'Ordine dei medici. Presenti i principali sindacati dei medici (dipendenti e convenzionati), il presidente dell'Aiop e l'assessore alla sanità dell'Emilia Romagna Carlo Lusenti. Posizioni e soluzioni diverse ma con un comun denominatore: "Mettere al centro del dibattito il tema del diritto alla Salute".

Quale futuro per il Servizio sanitario nazionale? Intorno a questa domanda si è districata la tavola rotonda organizzata dall'Ordine dei medici di Ravenna e che ha visto la partecipazione dei principali leader dei sindacati medici della dipendenza e dell'area convenzionata, dell'ospedalità privata e dell'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, Carlo Lusenti. Un dibattito che ha cercato di rimarcare i problemi e le possibili soluzioni per uscire dall'impasse degli ultimi anni.

"Il Ssn è cambiato", ha esordito aprendo il dibattito, il presidente dell'Ordine dei medici di Ravenna, **Stefano Falcinelli**. "Dobbiamo confrontarci con i nuovi bisogni di salute. Gli ospedali dovranno essere sempre più dedicati agli acuti e occorre potenziare il territorio. Il tutto in un contesto di integrazione intra e inter professionale su cui sarebbe opportuno rilanciare un momento di confronto a 360 gradi tra i professionisti, organizzando magari una Fiuggi 2" (il riferimento è alla kermesse del 2008 tenutasi nella cittadina laziale in cui tutto il mondo professionale si trovò a confrontarsi sul futuro della categoria). Ma soprattutto "non è sufficiente difendere il Ssn, bisogna cambiarlo anche attraverso la partecipazione attiva dei professionisti nella programmazione delle scelte". Scelte che sono però difficili da fare senza un'adeguata mole di risorse economiche.

"C'è un problema di risorse", ha specificato il Dg della Usl di Ravenna **Andrea Des Dorides** che ha ben sintetizzato con un esempio matematico la situazione: "Puntare tutto sulla lotta agli sprechi va bene, ma si arriva ad un punto dove la curva dell'efficienza tende ad appiattirsi". Poi il Dg ha spiegato come oggi "spesso si combatte per difendere ciò che è rimasto". Ma questo modus agendi può portare all'annullamento, per cui "bisogna cambiare".

Il dibattito a questo punto è entrato nel vivo. A prendere la parola il presidente della Cimo-Asmd, **Riccardo Cassi** che ha rammentato come negli ultimi anni il Ssn sia stato identificato come una "sacca di spreco che ha portato il Governo a mettere in atto i tagli lineari che tanti problemi stanno creando". Per Cassi uno dei problemi principali è la frammentazione del sistema e le difficoltà dello Stato ad intervenire: "Tante volte le Regioni hanno stoppato i processi di cambiamento". Poi un riferimento al mondo professionale. "Basta separazioni tra ospedale e territorio, servono più punti d'incontro". E poi un riferimento alla condizione di lavoro dei professionisti: "la categoria è demotivata e poi bisogna ricostruire e recuperare il rapporto di fiducia con i pazienti".

"Il problema maggiore del Ssn? L'assenza di politiche nazionali per la Salute". Così ha esordito nel suo intervento il segretario dell'Anaa Assomed **Costantino Troise**. "Tagli, ticket e tasse, solo questo è stato fatto in questi ultimi anni". Basta quindi per Troise ad interventi spot: "Serve una riforma o il Ssn rischia di andare in rianimazione. Non è più possibile guardare solo agli aspetti organizzativi e perseguire la deriva aziendalista. Serve più rispetto per il lavoro perché negli ultimi 2-3 anni stiamo perdendo i pezzi. Riscriviamo un nuovo patto con le professioni. L'efficienza non serve a nulla se non

produce risultati efficaci”.

Risultati che non possono essere positivi senza un'adeguata dotazione di risorse finanziarie. “Le criticità di fondo – ha spiegato il presidente dell’Aiop, **Gabriele Pelissero** - del sistema sono legate alle scelte di politica economica sanitaria. Possiamo parlare di tutto ma servono più risorse. In Europa siamo quelli che spendono di meno e tagliano di più”. “Certo – ha ricordato il numero uno Aiop – rispetto ai soldi che abbiamo li spendiamo bene e otteniamo grandi risultati. Ma senza investimenti e riorganizzazioni sarà sempre più difficile uscire dal circolo vizioso che porta ad un calo dell’offerta di prestazioni. La sanità è un traino dell’innovazione e il Paese deve trovare la capacità di rifinanziare il comparto. Il Ssn è un bene comune”.

“I tagli hanno certamente inciso – ha ricordato il presidente della Fimp, **Alessandro Ballestrazzi** – Si sta scommettendo sul default del Ssn e sull’arrivo del privato”. Ciò che serve per il rappresentante dei pediatri è innanzitutto il potenziamento del territorio su “cui bisogna allocare risorse”. Ma tra le priorità da affrontare Ballestrazzi annovera anche la questione del “rischio clinico e la depenalizzazione dell’atto medico”. Ma più di tutto “serve una nuova gestione perché andiamo sempre più verso un sistema integrato. I professionisti sono pronti al cambiamento”.

“Certamente uno dei primi problemi è quello del sottofinanziamento – ha spiegato il segretario del Sumai-Assoprof, **Roberto Lala** – ma uno delle nostre criticità maggiori è la mancanza di programmazione e il fatto che la sanità sia derubricata agli ultimi posti nell’agenda della politica”. “Di territorio – ha specificato Lala – si parla dall’istituzione della 833, ma ad oggi non si è fatto ancora nulla”. Anche per il leader degli specialisti ambulatoriali occorre ripensare il sistema, ma “bisogna coinvolgere i professionisti”. “Certo – ha specificato Lala che ha guardato anch’egli con favore alla proposta di una Fiuggi 2 – anche noi dobbiamo fare mea culpa. Ognuno in questi anni ha pensato per se”. Ma se Lala riconosce le defaillance dei camici bianchi sollecita anche le Regioni a coinvolgere di più i professionisti. “In quante Regioni si è veramente innovato? Tutti dobbiamo fare autocritica e trovare un punto d’incontro per riformare il sistema”.

Per il segretario della Fimmg, **Giacomo Milillo** un grande problema è “quello della resistenza al cambiamento”. E la colpa per Milillo è della politica che “ha tradito la 833”. Ma non solo, “le Regioni sono autoreferenziali e spesso sono vincolate all’ideologia”. Per il numero uno dei medici di famiglia “innovazione vuol dire prima di tutto mettere in discussione se stessi altrimenti rischiamo la decadenza. I professionisti sono a disagio e non sono contenti del proprio lavoro”. Il rischio paventato da Milillo è che si voglia costruire la sanità territoriale sul modello dell’ospedale. E poi lancia un attacco a Governo e Regioni: “Dubito vogliano sottoscrivere il Patto per la Salute”.

Pronta la replica dell’assessore alla Sanità dell’Emilia Romagna **Carlo Lusenti** che ha esordito con una battuta: “Se mettiamo troppa carne sul fuoco si rischia di bruciare la casa”. Della serie, va bene criticare il sistema ma non mettiamo tutto e tutti sullo stesso piano. “Guardiamo ai risultati del nostro Ssn – ha ricordato Lusenti – siamo tra i primi nelle graduatorie europee e non mi sembra vi siano altri comparti dove siamo ai primi posti. Il Ssn è un vanto e non dobbiamo vomitarci dentro”. I problemi però, ci sono. “In Italia – ha precisato Lusenti – il fatto è le politiche per la Salute non sono una priorità. Serve innovazione e cambiamento ma sono percorsi difficili soprattutto se non si ha chiaro il traguardo”. Una soluzione Lusenti la ricerca nella necessità di una buona politica “Dove c’è, i risultati si vedono”. Certo, anche per l’assessore occorre riformare il Ssn. “È dal ’99 che non vi si mette mano. Per 14 anni si è parlato solo di costi mentre è il diritto alla Salute che dev’essere posto in primo piano”.