

DOPO LA SENTENZA. Il sindacato sollecita un intervento dell'azienda Villa Sofia-Cervello. Che replica: «Acquisiremo la documentazione e sentiremo il diretto interessato»

Il Cimo attacca, nuova polemica su Tutino

●●● Il sindacato dei medici Cimo chiede all'azienda sanitaria Villa Sofia-Cervello un provvedimento disciplinare nei confronti del primario del reparto di Chirurgia plastica, Matteo Tutino per «aver accusato ingiustamente» l'ex primario Angelo Sajevo e «danneggiato» l'immagine dell'ospedale. «Le denunce fatte da Tutino sono state rigettate dal giudice», spiega Angelo Collodoro, segretario regionale vicario del sindacato Cimo. Collodoro cita il gip Lorenzo Matassa, che «oltre ad affermare

«l'infondatezza del coacervo accusatorio» parla di «grave atto calunnioso nei confronti di Sajevo».

Secondo il Cimo «sono state smontate tutte le infamanti accuse mosse nei confronti di Sajevo». Il Cimo spiega che il giudice Matassa sottolinea l'infondata accusa mossa da Tutino a Sajevo di avere «gonfiato» le schede di dimissioni dei pazienti. «Oggi», scrive Collodoro, «dopo l'accertamento dell'autorità giudiziaria, che stigmatizza l'operato di Tutino parlando di "dolo calunniato-

rio», la Cimo torna a chiedere ufficialmente l'avvio di un procedimento disciplinare per il grave danno d'immagine procurato all'azienda». Collodoro sottolinea anche che «la fattispecie è già stata segnalata ufficialmente dalla Cimo anche durante apposita audizione in sesta Commissione all'Ars, alla quale aveva fatto seguito l'annuncio della istituzione di un'apposita commissione d'inchiesta».

Dall'azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello, Tutino ha preferito

non replicare. La risposta arriva dal direttore generale Gervasio Venuti: «L'azienda», spiega Venuti, «ha seguito con attenzione attraverso la stampa la pronuncia degli organi giudiziari in merito alle denunce presentate da Tutino. L'azienda - continua il manager - sta provvedendo attraverso l'acquisizione della relativa documentazione ad effettuare le opportune valutazioni della vicenda e procederà ad ascoltare il diretto interessato».

Venuti poi sottolinea che «la dire-

zione aziendale adotterà comunque, qualora ne ravvisi i presupposti, ogni utile iniziativa idonea a tutelare l'immagine dell'azienda con i suoi presidi ospedalieri e con i valenti professionisti che all'interno di essa operano». Il manager aggiunge: «Il ruolo che Villa Sofia-Cervello occupa nel panorama sanitario siciliano e il servizio che svolge nei confronti di un'ampia utenza impongono un percorso lineare e trasparente che metta da parte veleni e polemiche». (S.A.F.A.Z.) SALVATORE FAZIO



Matteo Tutino



© L'utilizzazione o la riproduzione, anche parziale - con qualunque mezzo e a qualsivoglia titolo - degli articoli e di quant'altro pubblicato in questo giornale sono assolutamente riservate, e quindi vietate se non espressamente autorizzate. Per qualunque informazione o richiesta rivolgersi al servizio clienti al numero verde 800 00 00 00.
Redazione: via E. Amari, 8 tel. 091 589177 palermo@lasicilia.it

LA SICILIA

Palermo

e provincia

venerdì 17 aprile 2015

IL CASO. La Procura archivia le sue denunce definendole "strampalate". La Cimo chiede provvedimento disciplinare

Buferera sul primario Tutino

ANTONIO FIASCONARO

Nella sanità palermitana tiene banco in questi giorni la vicenda legata al direttore dell'unità operativa di Chirurgia Plastica dell'azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello", Matteo Tutino. Non ultimo le diverse denunce che sono "piovute" alla Procura di Palermo attraverso le denunce presentate dallo stesso professionista che, stando alle notizie trapelate in questi giorni, risulterebbero assolutamente prive di fondamento.

Una situazione a dir poco imbarazzante che, da mesi e mesi si trascina anche nei social network con diversi apprezzamenti "ironici".

Così mentre la bufera avvolge i viali di Villa Sofia e anche quelli del Cervello, senza che la direzione strategica "governata" dal manager Gervasio Venuti abbia nel tempo intrapreso strade per non accentuare il malessere che si sta diffondendo in tutti gli ambienti a scendere in campo è stata la Cimo, la segreteria aziendale degli ospedali riuniti "Villa Sofia-Cervello", attraverso il segretario aziendale Giuseppe Bonsignore che ha inviato una "corposa" lettera alla direzione strategica dell'azienda, all'Ufficio Procedure disciplinari e all'Ufficio relazioni sindacali della stessa azienda chiedendo il "procedimento disciplinare nei confronti del dott. Matteo Tutino e delle misure conseguenti da parte della Direzione strategica".

La Cimo nel suo documento scrive, riferendosi all'indagine giudiziaria: «Il gip Lorenzo Matassa, oltre ad affermare "l'infondatezza del coacervo accusatorio

reiterato nei mesi dal denunciante" si spinge a parlare di "grave atto calunniatorio nei confronti del dottor Dario Sajeva", lasciando quindi intendere l'apertura di un procedimento penale nei confronti dello stesso Tutino, cosa che comporterebbe l'apertura d'ufficio di un Procedimento Disciplinare a suo carico, come previsto dalla normativa vigente e dalla stesso Regolamento Aziendale. Nel decreto di archiviazione del Gip, sono state interamente smontate tutte le infamanti accuse mosse nei confronti del Dottor Sajeva, sgretolatesi una dopo l'altra nel corso di indagini, per fortuna scrupolose, effettuate dalla autorità giudiziaria, con l'ausilio di Consulenti che evidentemente non hanno subito indebiti condizionamenti al contrario di quanto avvenuto, all'interno dell'azienda ospedaliera, all'epoca della gestione Sampieri. La Cimo - prosegue la nota - aveva già con largo anticipo contestato quelle accuse, ritenendole infondate e difendendo tenacemente e con successo il dottor Sajeva anche in ambito disciplinare dai tentativi di sospensione o addirittura di licenziamento mossi da Sampieri su richiesta del Tutino».

E non è finita la Cimo alla luce dell'accertamento definitivo dei fatti da parte dell'autorità giudiziaria che stigmatizza l'operato di Tutino parlando di "grave ignoranza della disciplina interna" e di "dolo calunniatorio" torna a chiedere al manager dell'azienda Gervasio Venuti «l'avvio di un nuovo provvedimento disciplinare nei confronti di Tutino per il grave danno d'immagine procurato all'azienda ospedaliera».



MATTEO TUTINO, DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA PLASTICA DELL'OSPEDALE VILLA SOFIA

Archiviata l'inchiesta sul chirurgo nemico di Tutino, è bufera sul primario: "Ora provvedimenti disciplinari"

Scegli una città

Palermo

Scegli un tipo di locale

TUTTI

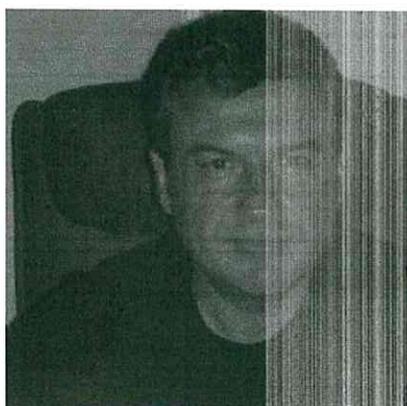
Inserisci parole chiave (facoltativo)

Cadono le accuse nei confronti di Dario Sajeve, accusato di aver gonfiato le cartelle cliniche a Villa Sofia. Il gip bolla come "strampalate e infondate" tutte le denunce del nuovo primario vicino al governatore Crocetta. Nel reparto dei veleni si riaccende la battaglia. La Cimo chiede l'intervento del nuovo manager

di GIUSI SPICA



15 aprile 2015



Matteo Tutino

L'archiviazione è molto più che un'assoluzione. E' un pesantissimo atto d'accusa nei confronti di chi aveva sporto denuncia e - soprattutto - di un certo modo di usare la legalità come arma per colpire gli avversari. E gli avversari, in questo caso, sono i colleghi che lavorano in sala operatoria, quattro chirurghi e l'ex primario facente funzioni del reparto di Chirurgia plastica di Villa Sofia Dario Sajeve, accusato dal suo successore appena nominato Matteo Tutino di aver gonfiato le cartelle cliniche per avere rimborsi più pesanti. Una presunta truffa che il gip Lorenzo Matassa, accogliendo la richiesta del pm Luca

Battinieri, bolla come "infondata e strampalata". Anzi "calunniatoria ai danni del dottor Sajeve". Ridando così voce a chi, da due anni, denuncia "la macchina del fango" messa in moto dalla nomina del primario "amico di Crocetta". L'ultima battaglia nel reparto dei veleni diviso dalle faide interne la apre il sindacato Cimo, che dopo il decreto di archiviazione che smonta una per una le denunce di Tutino, chiede l'intervento del nuovo manager dell'azienda Gervasio Venuti per "punire" il primario-censore censurato dai giudici.

E se il segretario aziendale del sindacato Giuseppe Bonsignore chiede l'applicazione di misure disciplinari per il grave danno all'immagine provocato all'ospedale dal comportamento di Tutino, il vicesegretario Angelo Collodoro rincara la dose chiamando in causa chi lo avrebbe spalleggiato nelle sue denunce, dall'ex manager che lo nominò primario al presidente della Regione Rosario Crocetta che - come scrive il pm nella sua richiesta - lo avrebbe accompagnato il 9 marzo scorso per l'ennesima "denuncia infondata" su un caso di doppio ricovero.

In tempi non sospetti, la Cimo aveva accusato la gestione Sampieri-Tutino di avere contribuito per quota parte al crollo della produttività per circa 13 milioni di euro (oggi il deficit aziendale si attesta ad oltre 42 milioni). Il gip, nelle sue motivazioni, riprende questa tesi sostenendo "come occorresse ricercare un salvacondotto espiatorio al drastico decremento di budget calato sul nuovo direttore della Chirurgia plastica". Una "fuga dei pazienti", insomma, in un reparto dove la denuncia era all'ordine del giorno e si era creato un clima di tutti contro tutti. A partire dalla denuncia principe fatta da Tutino: [l'attack scoperto nella serratura della sua stanza](#) poco dopo il suo insediamento. Un episodio che,

Archiviata l'inchiesta sul chirurgo nemico di Tutino, è bufera sul primario: "Ora provvedimenti disciplinari" - Repubblica.it secondo il gip, "si è rivelato un accadimento del tutto accidentale, scollegato da qualsiasi fantomatico movente intimidatorio".

Del tutto "strampalato" sarebbe anche l'esposto sui presunti furti di farmaci dalla Farmacia ospedaliera per alimentare un traffico di doping sui cavalli perché su un furgone in sosta c'era un logo equino. Tutti esposti finiti sulle scrivanie della Digos, verso la quale il gip Matassa non risparmia stoccate per "l'eccessiva fidelizzazione instaurata con il Tutino". Per lui l'ultima partita si gioca però nelle stanze della procura, dove è ancora all'esame il fascicolo che lo vede indagato per peculato per presunti interventi di chirurgia estetica in ospedale illegittimamente caricati a spese del servizio pubblico e che ha portato alle dimissioni dell'ex commissario straordinario Sampieri. Un'inchiesta partita dall'esposto di un altro medico del reparto, Francesco Mazzola, che nel maggio del 2013 consegnò ai carabinieri del Nas un ampio fascicolo con tutti gli interventi eseguiti da Tutino da quando era stato comandato a Villa Sofia. Un esposto al quale Tutino aveva risposto mesi dopo con una denuncia finita in procura con l'avallo di Sampieri: Mazzola fu accusato di aver asportato una piaga da decubito sul divano di casa a una donna poi morta mesi dopo in ospedale senza rilasciare essere autorizzata e fu sospeso per sei mesi senza stipendio. Un altro caso poi finito con un'archiviazione.

Le parole del giudice riaccende la polemica mai sopita sull'antimafia. Finendo per ritorcersi contro lo stesso governatore. "Tutti coloro che sono vicini politicamente al presidente della Regione - attacca il coordinatore regionale di Ncd Francesco Cascio - finiscono con il replicare pedissequamente il suo modello e rimanere prigionieri del suo metodo: alzare polveroni mediatici per spostare l'attenzione dell'opinione pubblica su questioni inesistenti".

Mi piace: Piace a Patrizio Lodato, Aldo Garofalo e altre 51.983 persone.



SANITÀ. Dopo il Civico, anche Villa Sofia-Cervello e Asp hanno regolarizzato il servizio con un contratto. Candela: «Prima oltre ad essere abusivi non portavano un euro»

Caffè in ospedale, affare da un milione e mezzo

● A tanto ammontano gli incassi annuali per le principali strutture palermitane. I fondi utilizzati per migliorare le attività

Sono in tutto poco meno di 300 le «macchinette» dislocate nelle principali strutture sanitarie, nei poliambulatori e nei 4 ospedali della provincia. Grazie al contratto questo servizio è stato messo a reddito.

Salvatore Fazio

●●● Mezzo milione al Civico, 450 mila euro a Villa Sofia-Cervello e 485 mila euro nelle strutture sanitarie dell'Asp: vale quasi un milione e mezzo ogni anno l'affare per i distributori automatici e le macchinette del caffè nei maggiori ospedali palermitani. A Villa Sofia-Cervello e all'Asp finora il servizio non era regolato da un contratto. Adesso invece gli ospedali ricevono i soldi per concedere il servizio. Fondi che saranno utilizzati, spiegano i vertici degli ospedali, per migliorare le attività sanitarie. Il servizio di distributori automatici di bevande e snack dell'azienda Villa Sofia-Cervello affidato con un contratto regolare è partito da appena una decina di settimane nei tre presidi ospedalieri, Villa Sofia, Cervello e Cto, e presso la sede legale dell'Azienda in viale Strasburgo. «Il servizio - spiegano dalla direzione aziendale - è stato aggiudicato alla società Trinacria Vending di Palermo che si è aggiudicata la gara per l'affidamento quinquennale della gestione con un rialzo del 338% su una base d'asta di 444 mila euro oltre Iva».

L'azienda Villa Sofia-Cervello per il quinquennio 2015-2019 incasserà quindi un importo di 2 milioni 374 mila euro Iva compresa, con un ricavo annuo di circa 450 mila euro. La definizione della gara per l'affidamento del servizio è stato lo scorso luglio fra i primi atti del direttore generale dell'azienda Gervasio Venuti: «Con l'avvio del servizio - sottolinea Venuti - abbiamo ottenuto tre importanti risultati. Garantiamo un introi-



1 Il manager di Villa Sofia Gervasio Venuti. 2 Il direttore dell'Asp Antonio Candela. 3 Il manager del Civico Giovanni Migliore

to consistente all'Azienda, offriamo un servizio efficiente ai dipendenti e all'utenza e abbiamo eliminato di conseguenza la distribuzione abusiva degli anni scorsi». In totale, sono stati installati 76 distributori automatici. Nel presidio di Villa Sofia sono presenti 12 distributori di bevande calde e 16 di bevande fredde, gelati, snack e prodotti simili. Al Cervello sono presenti invece 15 distributori di bevande calde e 15 di bevande fredde. Al Cto invece sono 8 i distributori di bevande calde e 8 quelli di bevande fredde. Dalla direzione sottolineano che «è la prima volta che in azienda viene regolamentato questo settore. Negli anni passati infatti si andava avanti con autorizzazioni provvisorie, senza passare da una gara, e re-

gnavano molti casi di abusivismo senza nemmeno alcuna autorizzazione».

Anche all'Asp il direttore generale Antonio Candela ha voluto regolarizzare il servizio: «Prima le macchinette erano attaccate abusivamente all'energia elettrica. Abbiamo immediatamente fatto una gara che è stata aggiudicata in tempo record ad una ditta di Ragusa, la Point Service». L'appalto è di tre anni. «Si è passati così da una situazione abusiva con zero incassi per l'azienda sanitaria ad un appalto che consente un'entrata di 485 mila euro l'anno». In totale ci sono 122 macchinette nei poliambulatori e nei cinque ospedali: a Partinico, all'Ingrassia, a Termini Imerese, Corleone e Petralia. «I soldi dell'ap-

palto insieme ai 50 milioni recuperati revocando tre maxi appalti sono stati riversati per potenziare l'offerta sanitaria con la riqualificazione strutturale e l'acquisto di attrezzature. In particolare alla Casa del Sole».

Al Civico invece ci saranno maggiori introiti dal servizio per distributori automatici e macchinette del caffè con un guadagno di 500 mila euro l'anno rispetto ai 130 mila precedenti. Ci sono 53 distributori al Civico e 4 all'ospedale dei Bambini. A cui si aggiunge che il nuovo servizio per i pasti era stato appaltato a 10,50 euro al giorno con un prezzo inferiore al costo standard nazionale che è di 11,90. «Tagliamo le spese ma non i servizi», aveva spiegato il direttore generale del Civico, Giovanni Migliore. (SFAZ)

I nodi della sanità

PERSAPERNE DI PIÙ
pti.regione.sicilia.it
www.palermo.repubblica.it

Pronto soccorso, scatta la stretta sul ticket

Stangata contro le visite inutili. Dovranno pagare anche i codici verdi

LA REGIONE dichiara guerra a chi intasa le sale del pronto soccorso anziché rivolgersi al medico di famiglia o agli ambulatori territoriali. Da oggi i pazienti con contusioni senza frattura, colpi di frusta, punture d'insetto, intossicazioni alimentari, gastroenteriti dovranno pagare un ticket di 25 euro. Lo ha stabilito un decreto dell'assessorato regionale alla Salute che impone ai medici di trasformare in bianchi tutti i codici verdi, ad eccezione di otto tipologie di pazienti. Facendo schizzare il numero dei paganti di almeno il 50 per cento in più.

Un giro di vite per contenere gli accessi inutili nelle aree di emergenza prese d'assalto, ridurre le attese al triage e scoraggiare chi va in ospedale per bypassare le liste d'attesa e il balzello per visite o esami specialistici. Ma le insidie — avvertono i medici di pronto soccorso — non mancano. Oggi pagare il ticket sono solo i pazienti con codice bianco, assegnato per disturbi di bassissima entità. Secondo i dati del ministero elaborati dalla Società italiana



L'AREA DI EMERGENZA. L'attesa al pronto soccorso dell'ospedale Civico di Palermo

di medicina di emergenza e urgenza (Simeu), nei 50 pronto soccorso siciliani che nel 2014 hanno assistito un milione e 700 mila pazienti, solo il 5 per cento è stato codificato come bianco. Al 70 per cento, più di un milione di pazienti, è invece assegnato il codice verde, per patologie poco gravi che non comportano pericolo di vita, mentre la restante quota va ai gialli e ai rossi per i casi più gravi. Da oggi non ci sarà più solo il giu-

dizio dell'infermiere al triage che assegna i codici sulla base di una griglia più o meno rigida. Il decreto prevede il doppio controllo del medico, che dovrà confermare il codice d'ingresso, trasformando in bianchi tutti i verdi. Farà eccezione solo chi viene poi ricoverato in reparto, sotto in osservazione per più di 4 ore, ha subito un trauma con frattura o un'ustione di primo grado estesa. Non pagherà il balzello nemmeno

chi ingerisce o inala corpi estranei che hanno bisogno dell'estrazione con gli strumenti del medico o ha una intossicazione che determina ricovero. Niente ticket nemmeno per le future mamme, chi viene inviato al pronto soccorso con richiesta del medico curante, gli esenti e i minori di 14 anni.

In sostanza, stando alle stime della Simeu, più della metà del milione di codici verdi che attualmente invadono le corsie diventerà pagante. «In questo modo — spiega il presidente regionale Simeu Clemente Giuffrida — diminuirà il carico di lavoro inutile e potremo canalizzare le energie sulle vere emergenze. L'obiettivo è se il territorio è pronto a rispondere ai pazienti che oggi si rivolgono al pronto soccorso perché non hanno altre alternative». L'obiettivo per i manager sarà potenziare gli sportelli ticket. Una vera sfida considerando che oggi l'evasione sui codici bianchi è superiore al 70 per cento.

g.sp.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il piano

Dopo il ritiro dell'atto pubblicato in gazzetta l'assessore ha diffuso il nuovo documento. Stanziati 3 milioni e 800 mila euro. Fondi esaurimento, corsa per gli sgravi

Fecondazione, firmato il decreto boom di agevolazioni a Palermo ma le strutture non esistono

INVOLTI



L'ASSESSORE Lucia Borsellino, assessore regionale alla Salute, ha firmato il nuovo decreto



IL MEDICO Sulla divisione del budget dice Nino Guglielmino: "I pazienti saranno penalizzati"

GIUSI SPICA

LA PARTE del leone la fa Palermo, capofila per la Sicilia occidentale, che si accaparra quasi la metà dei 3 milioni e 800 mila euro destinati a finanziare i centri di riproduzione e le famiglie che provano a fare un figlio in provetta. Solo chi arriva prima riuscirà a ottenere i cicli pagando il ticket. Esauriti i fondi, tutto sarà sulle spalle degli aspiranti genitori, con costi fino a 4 mila euro. A 24 ore dalla polemica sollevata per le falle dell'ultimo decreto che di fatto bloccavano l'avvio delle attività, l'assessorato regionale alla Salute firma un nuovo provvedimento — il quinto dal 2012 — per mettere ordine nella giungla della procreazione medicalmente assistita in Sicilia.

Una guida completa che stabilisce le quote di finanziamento provincia per provincia, invita le aziende sanitarie ad assegnare il budget ai 40 centri inseriti nel network di strutture autorizzate e fissa i costi delle varie tecniche di fecondazione omologa ed eterologa. «Con questo atto — spiega l'assessore Lucia Borsellino — si chiude il cerchio. Abbiamo dato a ogni azienda istruzioni per fare i contratti con i centri privati e avviare i centri pubblici ancora al palo».

Dei tre milioni e 800 mila euro messi a disposizione, un milione e 600 mila vanno all'Asp di Palermo, capofila per Trapani e Agrigento, un milione e 300 mi-

la all'Asp di Catania, riferimento per Siracusa e Ragusa, 335 mila euro a Caltanissetta e Enna, e 480 mila euro all'Asp di Messina. Soldi che serviranno anche a coprire parzialmente le spese a carico delle famiglie. Chi riuscirà ad accedere alle agevolazioni potrà pagare un ticket che per la fecondazione omologa, realizzata con gameti prelevati all'interno della coppia, va da 350 euro (in assenza di pre-

lievo di ovocita) a mille euro per il ciclo completo. Per l'eterologa eseguita con gameti da donatori esterni il balzello varia invece da 555 euro a 1.481 euro a seconda delle tecniche utilizzate.

Solo chi ha un reddito familiare inferiore a 50 mila euro riuscirà a ottenere il contributo. Gli altri dovranno pagare il ciclo a costo pieno. Ma anche chi ne ha diritto dovrà ingaggiare una corsa contro il tempo: i cicli sa-

ranno finanziati fino a esaurimento fondi. Almeno fino a quando il ministero, come annunciato, non inserirà i trattamenti nei livelli essenziali di assistenza, ovvero tra i servizi ritenuti essenziali e quindi a carico del fondo sanitario nazionale. «In questo caso — dice l'assessore — le regioni non dovranno più trovare risorse dedicate. Con i fondi residui della legge 40 speriamo di riuscire a coprire

tutte le richieste nel periodo transitorio».

Il nuovo decreto stabilisce che il 70 per cento del budget sia assegnato alle strutture pubbliche del network e il 30 per cento a quelle private. Una distribuzione che non piace ai centri convenzionati, gli unici pronti a partire. «A ciascuno — spiega Nino Guglielmino, responsabile regionale dell'associazione Hera e del centro Umr di Catania che esegue mille cicli all'anno — è stata attribuita una quota ma senza tenere conto delle capacità e del reale numero di cicli storicamente realizzati, giungendo al paradosso di assegnare quote di budget a centri pubblici del tutto inattivi. I pazienti siciliani continueranno ad essere penalizzati».

Ogni anno sono più di cinquemila le coppie che si rivolgono ai centri di riproduzione. Duemila emigrano verso regioni del Nord, mentre circa 3.200 si rivolgono ai centri dell'Isola. «Di questi — dice Guglielmino — il 90 per cento viene assistito nel privato, solo il 10 per cento nel pubblico». Dall'assessorato assicurano che il nuovo decreto farà uscire dall'impasse: «I centri pubblici — dice l'assessore — potranno utilizzare i fondi per avviare lo start up. Inoltre potranno ricominciare ad assumere e ad acquistare le attrezzature per avviare il servizio». Il difficile, insomma, deve ancora venire.

CEFALÙ



Stop ai parti al San Raffaele il Tar respinge il ricorso contro il decreto regionale

DA MAGGIO non si potrà più partorire al San Raffaele Giglio di Cefalù. Il Tar Sicilia ha respinto la richiesta di nove sindaci della Madonie di sospendere il decreto con il quale la Regione ha ordinato la chiusura del reparto. Al ricorso aveva aderito anche un gruppo di future mamme. I sindaci annunciano che faranno appello al Cga. In attesa che il Tar si pronunci sul merito, le procedure di chiusura del centro non si fermeranno perché, secondo i giudici, il provvedimento rientra tra le scelte di merito della Regione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ. Per la magistratura amministrativa è legittima la «necessità di perseguire plausibili risparmi di spesa». Rosario Lapunzina: «Giudizio contraddittorio e pilatesco»

Punto nascita di Cefalù: per il Tar può chiudere

◆ I giudici non concedono la sospensiva del provvedimento regionale. I sindaci annunciano ricorso al Cga e un'assemblea

Lo stop dovrebbe arrivare entro il 30 di questo mese. Già numerose le iniziative di amministratori e cittadini per impedirlo, compresi incontri con l'Ars, l'assessore Borsellino e funzionari del ministero della Salute.

Luca Macaluso
CEFALÙ

◆◆◆ Il Tar non sospende la chiusura del centro nascite. Si va avanti con il decreto della Regione che ha ordinato lo stop della struttura entro il 30 aprile. A chiedere la sospensione del provvedimento erano stati i nove sindaci del distretto sanitario che adesso annunciano un nuovo ricorso al Consiglio di giustizia amministrativa. Per i giudici di primo grado il provvedimento rientra tra le scelte di merito dell'amministrazione regionale sulle quali non è consentito un giudizio di legittimità.

Secondo il sindaco di Cefalù Rosario Lapunzina, però, questo giudizio del Tar è «contraddittorio e pilatesco» perché «da una parte, si afferma che il ricorso è affidato ad argomenti, di fatto e di diritto, meritevoli di adeguato approfondimento, men-



Sempre più incombente lo spettro della chiusura per il punto nascita dell'ospedale Giglio

tre, al contempo, si esclude che esistano i profili di "fumus boni iuris", sul presupposto, tra gli altri, della necessità di perseguire plausibili rispar-

mi di spesa resi viepiù urgenti dalla complessiva e nota situazione nazionale e regionale». Per il pomeriggio di venerdì, intanto, il primo citta-

dino ha convocato un'assemblea di abitanti dei paesi interessati.

La chiusura del centro nascite cefaludese è stata annunciata nel 2011.

Da allora sono state portate avanti quattro iniziative per impedirne la chiusura. La prima risale al febbraio del 2012 quando i nove sindaci del distretto sanitario presentarono un ricorso sempre al Tar. La sentenza che sospendeva il provvedimento fu impugnata dall'assessorato regionale alla Sanità e i sindaci di Cefalù, Pollina, San Mauro Castelverde, Campofelice di Roccella, Gratteri, Collesano, Castelbuono, Lascari e Isnello si costituirono in giudizio davanti al Cga per impedire la soppressione del centro nascite. Da quel momento in città e nel territorio è sceso il silenzio sulle sorti della struttura ospedaliera. A romperlo hanno pensato due petizioni, ma gli organizzatori in un caso hanno desistito dal portarla avanti, perché alcuni politici invitavano a disertare la raccolta di firme giustificando il tutto con il fatto che il centro nascite era operativo e funzionante. A tornare alla carica è stata però l'iniziativa di bianzuoli che ha visto colorarsi di bianco la cittadina, con lenzuoli stesi a balconi e finestre, il 19 maggio del 2013.

La storia del centro nascite riesplode il 26 febbraio scorso quando

l'assessore Borsellino firma il decreto con il quale lo chiude definitivamente. A Cefalù e nel territorio nasce un movimento di persone che si danno appuntamento nella cittadina normanna per l'8 marzo, festa della donna. Sulle strade del centro storico scendono oltre un migliaio di persone. Chiedono di tenere aperta la struttura dell'ospedale Giglio. Martedì 10 marzo un'altra protesta stavolta a Palermo, davanti alla sede della presidenza della Regione. Nella stessa mattinata i sindaci del distretto sanitario che fa capo al Giglio vengono ascoltati dalla commissione sanità dell'Ars.

In seguito alla protesta dell'8 marzo si costituisce un comitato cittadino che incontra l'assessore Lucia Borsellino. La mattina del Venerdì Santo alcuni rappresentanti dell'organismo si recano a Roma per incontrare il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Ai funzionari della commissione tecnica del ministero consegnano un documento, condiviso con i vertici del nosocomio cefaludese, con il quale si chiede una deroga alla chiusura del centro nascite del Giglio. (MGL)



L'utilizzazione o la riproduzione, anche parziale - con qualunque mezzo e a qualsivoglia titolo - degli articoli e di quanto altro pubblicato in questo giornale sono assolutamente riservate, e quindi vietate se non espressamente autorizzate. Per qualunque controversia il Foro competente è quello di Catania

Redazione: via E. Amari, 8 tel. 091 589177 palermo@lasicilia.it

LA SICILIA

Palermo

e provincia

giovedì 16 aprile 2015



IL CASO. Il Tar respinge la sospensiva chiesta da nove sindaci che adesso faranno ricorso al Cga Cefalù, centro nascite in bilico

ANTONIO FIASCONARO

Di male in peggio. Nove comunità delle basse Madonie (Cefalù, Castelbuono, Isnello, Campofelice di Roccella, Lascari, Gratteri, Collesano, Pollina e San Mauro Castelverde) con il fiato sospeso per il destino del centro nascite dell'ospedale "Giglio" di Cefalù che, com'è noto, da un decreto dell'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino dovrà chiudere i battenti da giovedì 30 aprile, perché la struttura non rientra tra i parametri dei parti. Infatti, non raggiunge i 500 nati l'anno così come previsto dalle normative nazionali.

Un altro colpo di "mannaia" è arrivato dal Tar Sicilia che, nell'udienza di martedì 14 ha respinto la richiesta dei sindaci del comprensorio del distretto socio-sanitario 33 di sospendere il decreto con il quale la Regione ha ordinato la chiusura del centro nascite.

Il ricorso era stato presentato dal sindaco di Cefalù, Rosario Lapunzina e dagli amministratori di altri otto Comuni del circondario che hanno annunciato un nuovo ricorso al Consiglio di giustizia amministrativa.

In attesa che il Tar si pronuncerà nel merito, le procedure di chiusura del centro non si fermeranno perché, secondo i giudici amministrativi, il provvedimento rientra tra le scelte di merito dell'amministrazione regionale sulle quali non è consentito un giudizio di legittimità. Il Tar aggiunge anche che deve essere la Regione a valutare la possibilità di attuare il modello degli "ospedali riuniti" attraverso il qua-

le i sindaci chiedono l'accorpamento dei centri nascite: Termini Imerese con Petralia Sottana, Cefalù con le aziende ospedaliere Civico e Cervello entrambe partner della Fondazione "Giglio". In tal modo si supererebbe la soglia dei mille parti all'anno fissata dalla norma che entrerà in vigore nel 2016.

Annunciando il nuovo ricorso al Cga, il sindaco di Cefalù ha definito la pronuncia del Tar "contraddittoria" "pilatesca" "perché rimette ogni decisione all'amministrazione regionale.

Lapunzina ha anche convocato per domani un'assemblea di cittadini dei paesi interessati alle ore 17.30 presso la sala consiliare del Comune di Cefalù.

Insomma, mentre si chiacchiera e si "imbastiscono" ricorsi, le nove comunità interessate restano ancora in bilico. Il destino è legato anche ad una possibile deroga al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Deroga che andrebbe fatta dall'assessore alla Salute, Lucia Borsellino e che in atto non se ne sa nulla. Di contro continua l'azione di lotta del Comitato civico spontaneo di 28 donne del circondario prossime al parto.

Sulla vicenda com'è noto a livello nazionale si sono mossi il Movimento 5 Stelle e la senatrice del Pd, Rosa Maria Di Giorgi. Entrambi hanno presentato un'interrogazione urgente chiedendo la deroga al ministro della Salute. Sta di fatto che la strada della chiusura del Centro nascite è, ormai quasi intrapresa...



UNA RECENTE MANIFESTAZIONE DI PROTESTA CONTRO LA CHIUSURA DEL CENTRO NASCITE DELL'OSPEDALE "GIGLIO" DI CEFALÙ

LA SICILIA

Palermo

tutti i diritti sono assolutamente riservati, e quindi vietate se non espressamente autorizzate. Per qualunque comunicazione il Foro.com
e provincia

venerdì 17 aprile 2015

SANITA'. Oggi a Villa Malfitano il progetto del Centro di Eccellenza che nasce sulle ceneri dell'ex Cemi

Pediatria, il futuro si chiama Ismep

Quando aprirà i battenti, si spera nei primi mesi del 2018, l'Ismep (Istituto Mediterraneo di Eccellenza Pediatrica) che sta sorgendo pian piano dalle ceneri dell'ex Cemi, nel fondo Malatacca a pochi metri dall'ospedale "Cervello", sarà un centro specialistico e all'avanguardia che guarderà al bacino del Mediterraneo.

E' una sfida da non perdere e che l'azienda ospedaliera "Arnas Civico" sta portando avanti con sacrificio. E proprio di Ismep si parlerà oggi nel corso di un meeting scientifico in programma a Villa Malfitano.

«Negli ultimi giorni - sottolinea Giovanni Migliore, direttore generale dell'azienda ospedaliera "Arnas Civico" - abbiamo assistito ad un notevole incremento dei flussi migratori verso l'Unione Europea a causa delle sempre più frequenti situazioni di crisi umanitaria che interessano il Medio Oriente e l'Africa settentrionale. La Regione è impegnata in un grande sforzo umanitario per accogliere migliaia di profughi provenienti dai paesi del bacino del Mediterraneo e si confronta anche con la necessità di assicurare anche a questi bambini un'adeguata assistenza sanitaria».

L'Istituto è un ospedale multi-presidio basato sulla riconversione dell'at-

tuale ospedale pediatrico "Di Cristina" e sul costruendo nuovo "Children's Hospital" di Palermo, integrati in un unico percorso di cura, con aree assistenziali complementari per un totale di 278 posti letto, di cui 240 per acuti e 38 per post-acuti, lungo-degenza, cui si aggiungono 20 posti letto Suap (Speciali unità accoglienza permanente), con tanto di sistema di emergenza-urgenza con elisuperficie e foresteria.

LE AREE SPECIALISTICHE. Saranno ben 36 in ambito pediatrico con i relativi servizi di supporto che troveranno posto nell'Istituto. Ed in particolare Pediatria, Neuropsichiatria infantile, Dietetica e nutrizione clinica, Endocrinologia e diabetologia, Psicologia, Laboratori analisi, Radiodiagnostica, Suap, Hospice, Lungodegenza, Ed ancora Riabilitazione, Pronto soccorso, Nefrologia-dialisi e trapianto, Gastroenterologia, Oncematologia e centro trapianti, Cardiocirurgia e Cardiologia con Utic (con il trasferimento delle professionalità dal San Vincenzo di Taormina), Chirurgia, Neonatologia e Utin, Ortopedia, Urologia, Dermatologia, Neurochirurgia, Malattie infettive, Pneumologia e fibrosi cistica, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Terapia intensiva pediatrica e Malattie metaboliche e rare.



IL DISEGNO DI COME SARÀ L'ISTITUTO MEDITERRANEO DI ECCELLENZA PEDIATRICA DI FONDO MALATACCA

«DITELLO A RGS». In commissione Sanità all'Ars Igienisti dentali in ospedali e Asp Di Giacomo: pronti ad approvare la legge

«In arrivo un disegno di legge all'Ars per inserire gli igienisti dentali negli organici di ospedali pubblici e Asp. Lo ha annunciato ieri a «Ditello a Rgs» il presidente della commissione Sanità dell'Ars, Pippo Digiacomo. In trasmissione un cittadino, Giuseppe Arena, ha esposto la sua segnalazione: «C'è posto per tanti meno che per gli igienisti dentali regolarmente laureati. Un disegno di legge giace all'Ars. Questi giovani non hanno diritto a un futuro dignitoso?». Di Giacomo ha spiegato che la scorsa primavera l'Ars aveva approvato una norma che prevedeva l'inserimento di questi professionisti negli organici di Asp e ospedali. Il commissario dello Stato però aveva impugnato la norma. «Nei giorni scorsi - ha detto Digiacomo - ho fatto recuperare il testo e ci impegniamo ad apportare delle precisazioni, an-

che in base alle rilevazioni del commissario, per ripresentarlo a maggio dopo la Finanziaria. In particolare spiegheremo che è possibile trovare la copertura economica». Il presidente della commissione Sanità evidenzia che «il provvedimento era stato impugnato anche perché gli igienisti dentali non sono compresi nei Lea, i livelli essenziali di assistenza. Ma - ha detto - le nuove dotazioni organiche dovranno prevedere oltre ai professionisti dei Lea, anche gli altri ritenuti necessari per il funzionamento delle strutture sanitarie». Digiacomo sottolinea poi che «il diritto al concorso è per tutti. E con le nuove piante organiche, la rete ospedaliera e la stabilizzazione con i concorsi si potrà fermare il conferimento di incarichi, anche a primari, a tempo determinato, senza concorsi».

(SAFAZ)

«ASP IN PIAZZA». Quasi mille prestazioni sanitarie e amministrative. Candela: la prevenzione obiettivo prioritario

Montemaggiore, maxi-ambulatorio all'aperto

MONTEMAGGIORE BELSITO.

«Asp in piazza 2015», il programma di prevenzione dell'Azienda sanitaria provinciale, ha fatto tappa ieri a Montemaggiore Belsito. Sin dalle 8,30 piazza Roma, sotto un cielo azzurro e riscaldata da uno splendido sole, è stata presa letteralmente d'assalto da decine di cittadini. La carovana sanitaria, formata da cinque camper e 12 gazebo, è stata disposta a semicerchio per consentire la massima fruizione delle prestazioni. Gli operatori dell'Asp hanno effettuato a ritmo continuo un numero elevato di prestazioni: in totale 925. Sono state 95 le mammografie, 36 le visite cardiologiche con elettrocardiogramma, 70 quelle dermatologiche, 90 di pneumologia, 157 i sof-test distribuiti, 137 le ecografie alla tiroide, 340 le prestazioni relative allo screening del diabete, mentre sono stati impiantati 16



Il direttore generale dell'Asp, Candela, con operatori e utenti. (FOTO SAFAZ)

microchip su cani. Inoltre sono state 44 le pratiche esitate dagli uffici amministrativi. E poi, come di consueto, è stato allestito un gazebo con uno spazio informativo per i rischi da consumo di alcol alla guida e un altro adibito a consultorio familiare.

«La prevenzione - ha spiegato il direttore generale dell'Asp Antonio Candela, ieri presente a Montemaggiore - è un obiettivo prioritario di salute pubblica. Lo scopo è di diagnosticare precocemente determinate malattie in una fase asintomatica in cui il trattamento ha una elevata probabilità di successo. In caso di test positivo, l'utente sarà avviato a un percorso programmato e pianificato di approfondimento diagnostico e terapeutico del tutto gratuito, nel rispetto di rigorosi indicatori di qualità previsti a livello nazionale e internazionale». (SAFAZ)



CAMPAGNA D'INFORMAZIONE. Il 70% degli italiani ha vaghe idee su una patologia che pure è la prima causa di mortalità fra le trasmissibili

Epatite C, una malattia sconosciuta dagli italiani

ROMA

●●● L'epatite da virus C rappresenta la prima causa di mortalità per malattie infettive trasmissibili. Eppure, un'indagine di Doxapharma, presentata al ministero della Salute, mette in luce una realtà allarmante: quasi il 70% degli italiani ha della malattia una conoscenza molto scarsa, l'88% pensa che sia circoscritta solo ad alcune categorie di persone, non coscienti che può colpire chiunque e, dato che lascia in creduli, il 43% di chi ha un paziente con l'epatite C, non sa rispondere sulle vie di trasmissione, mentre in molti (59%) continuano a pensare che la causa dell'infezione risieda nelle trasfusioni di sangue, nonostante queste siano sicure dal 1990 (il virus dell'epatite C venne scoperto nel 1989).

In un panorama così allarmante, in cui l'Italia è il Paese in Europa col più alto numero di persone con questa malattia infettiva del fegato (più di un

milione) sia benvenuta la campagna nazionale di informazione sull'epatite C «Una malattia con la C», promossa da AbbVie, con il patrocinio dell'Associazione italiana per lo studio del fegato (AISF), di quella italiana per le malattie infettive e tropicali (SIMIT) e la collaborazione di EpaC, associazione onlus, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha definito la campagna «Un grande atto di responsabilità e senso civico», puntualizzando che nonostante ci siano forti aspettative per nuovi farmaci, ciò non basta e occorre un maggiore impegno e più attenzione nei confronti della prevenzione.

Va detto, che per l'epatite C non esiste ancora un vaccino. Il virus, una volta penetrato nel sangue, può rimanere silente anche per anni, tanto che ben l'80% delle persone infette non sa di esserlo. Per ragioni ancora non note, il 15-25% dei soggetti entrati in con-



Il ministro Lorenzin

tatto con l'agente virale, debella il virus senza alcuna terapia, ma nel restante 75-85% l'infezione diventa cronica, il virus attacca le cellule del fegato, creando danni epatici che possono evolvere in cirrosi, insufficienza epatica, tumore del fegato.

Il professore Massimo Andreoni, presidente della SIMIT, si dice «scontento» dai dati dell'indagine, considerato che l'Italia ha il primato in Europa per prevalenza della malattia, con ben 11.000 decessi all'anno correlati all'epatite C.

Come avviene il contagio? Attraverso contatti diretti con sangue infetto: interventi medici, chirurgici o dentistici se gli strumenti utilizzati non siano sterilizzati in maniera adeguata. Lo stesso principio vale per tatuaggi, piercing, agopuntura. Attenzione all'uso promiscuo di aghi, siringhe, forbicine e alle punture d'ago accidentali. Rara la trasmissione per via sessuale, an-

che se non si può escludere. Il virus può anche essere trasmesso da madre infetta al figlio durante il parto.

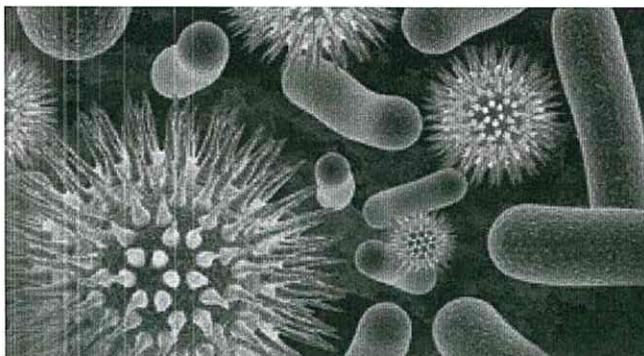
La diagnosi definitiva di epatite C, attraverso un prelievo di sangue, viene data oggi dall'esame denominato HCV-RNA. La poca cultura sulla patologia porta, a volte, a temere la persona infetta. È giusto sapere che il virus non può essere trasmesso con gli alimenti, l'acqua, gli abbracci, l'allattamento al seno o la condivisione di pasti e bevande. La convivenza con persone infette richiede solo alcune accortezze come evitare di condividere oggetti per l'igiene personale, rasoi, pinzette, forbicine, spazzolini da denti, che possono entrare in contatto col sangue della persona portatrice del virus dell'epatite C.

Un sito web: www.unamalattiaconlac.it è da oggi dedicato al dialogo con i medici specialisti dell'AISF e della SIMIT. (CC) CARMELO NICOLOSI

Allarme Superbatteri resistenti agli antibiotici. Aumentano i decessi

La resistenza agli antibiotici, o antibiotico-resistenza, è un fenomeno, per il quale un batterio risulta resistente all'attività di un farmaco antimicrobico. In realtà, un microrganismo può essere considerato sensibile ad un antibiotico se indagini condotte in vitro indicano che un paziente infettato da quel microrganismo ha, probabilmente, la capacità di rispondere favorevolmente al farmaco, se somministrato in quantità appropriata. Il termine resistente, al contrario, implica che l'infezione, probabilmente, non risponde a tale terapia. La resistenza può essere naturale come quella dei micoplasmii se i batteri stessi non hanno parete cellulare e resistono agli antibiotici che hanno la parete come target specifico. Di questa categoria, fanno parte anche gli enterococchi, che risiedono nel tratto intestinale e che utilizzano l'acido folico dall'esterno, risultando quindi resistenti ai sulfamidici. Oppure, questa resistenza può essere acquisita quando l'agente patogeno è stato esposto all'antibiotico. Per non perire, il batterio, allora, modifica la sua struttura molecolare, producendo enzimi inattivanti l'antibiotico, riducendo la sua permeabilità e favorendo la fuoriuscita dell'antibiotico stesso dalla cellula grazie ad un sistema di pompe attive. Le farmaco-resistenze che s'instaurano in seguito a modificazioni genetiche possono essere distinte in cromosomiche ed extracromosomiche. Si parla di resistenza cromosomica o endogena, quando avvengono mutazioni spontanee indotte da meccanismi biochimici che operano normalmente nella cellula. Sono extracromosomiche o

esogene, quando frammenti di DNA dell'ispettore patogeno, privi di meccanismi di replicazione autonoma, "saltano" da un cromosoma all'altro con una frequenza più elevata, rendendo immune l'ispettore stesso. L'abuso e l'utilizzo inappropriato degli antibiotici hanno contribuito alla comparsa di batteri resistenti, la cui espansione è stata facilitata dall'auto-prescrizione di antibiotici da parte di individui che ne assumono senza la prescrizione di un medico qualificato, e dall'uso non terapeutico degli antibiotici come promotori della crescita in agricoltura. Gli antibiotici sono, spesso, prescritti per situazioni in cui il loro uso non è giustificato come nei casi in cui le infezioni possono risolversi senza trattamento. L'uso eccessivo di antibiotici come la penicillina e l'eritromicina, che un tempo erano considerate "cure miracolose", sono state associate con la resistenza ai farmaci che è emersa dal 1950. È particolarmente importante, specialmente in ambito clinico, eseguire l'antibiogramma, che è la valutazione in vitro della sensibilità batterica ai chemio-antibiotici. L'antibiogramma è un metodo che consente di valutare l'entità dell'efficacia di un antibiotico su microrganismi isolati, cioè tolti dal loro ambiente d'infezione e portati in terreno di coltura. Finora, i super-batteri invulnerabili ai farmaci stroncano la vita di 700 mila persone l'anno nel mondo. Secondo l'economista inglese Jim O'Neill, che ha ricevuto dal premier britannico David Cameron il compito di redigere un rapporto sul fenomeno in crescita dell'antibiotico-resistenza "se non saranno fermati con misure



idonee, uccideranno 10 milioni di persone in più entro il 2050. Si tratta di un numero di vittime superiore a quelle che oggi si contano per colpa del cancro e i costi saranno pari a 100 trilioni di dollari, 35 volte superiori al Pil del Regno Unito (circa 3 tln di dollari l'anno)". L'analisi si è basata sugli scenari prospettati dagli scienziati dell'Istituto di ricerca indipendente Rand Europe e dai revisori di Kpmg, che individuano le forme resistenti di Escherichia coli, della malaria e della tubercolosi come i principali pericoli. Secondo gli studiosi "in Europa e negli Stati Uniti i super-batteri causano almeno 50 mila decessi all'anno, ma se non saranno controllati le morti sono destinate ad aumentare di oltre 20 volte entro il 2050". Di conseguenza, la riduzione della popolazione e l'impatto in termini di

malattie taglieranno la produzione economica mondiale di una quota compresa dal 2 al 3,5%. O'Neill, padre degli acronimi Bric (Brasile, Russia, India e Cina) e Mint (Messico, Indonesia, Nigeria e Turchia), spiega che le conseguenze saranno più gravi soprattutto in questi Paesi: "In Nigeria, entro il 2050 più di una morte su 4 sarà causata da infezioni antibiotico-resistenti, mentre in India si potrebbero perdere 2 milioni di vite in più ogni anno". Diviene sempre più urgente, quindi, adottare un uso moderato degli antibiotici, seppur la nostra tendenza sia di eliminare l'infezione senza pensare che gli agenti patogeni che l'alimentano, sono esseri viventi che si difendono quando la loro esistenza è messa a rischio.

Francesco Sanfilippo

FARMACIA FATTA DOTT.SSA CLEMENTINA
APERTA ANCHE IL SABATO
AFFILIATO SANIT CARD

Autoanalisi - Fitoterapia - Omeopatia - Veterinaria
 Ossigeno - Dermocosmesi - Preparazioni Magistrali
 Integratori sportivi - Puericoltura

SERVIZIO NOTTURNO CONTINUATO



Via dell'Orsa Minore 102, Palermo
 tel. 091447268 - posta@farmaciadattapa.it

INAP
 LATO CAMPANIA SICILIA

PRIMO CENTRO IN ITALIA DAL 1973 SPECIALIZZATO NELLE PRATICHE PER IL RICONOSCIMENTO DI
INVALIDITA' CIVILE - INPS - INAIL

- PRESENTAZIONE DOMANDE AMMINISTRATIVE
- ASSEGNO DI INVALIDITA' (74%)
- PENSIONE DI INABILITA' (100%)
- INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- INDENNIZZO PERIODI DI CHEMIOTERAPIA
- PRATICHE PER MINORI, CIECHI CIVILI E AUDIOLESI
- BENEFICI ASSIST. PER I PORTATORI DI HANDICAP (L.104)
- PENSIONE DI INABILITA' AL LAVORO (INPS - INPDAP)
- ASS. ORDINARIO DI INVALIDITA' (INPS)
- RICORSI AMMINISTRATIVI E GIUDIZIARI
- RICOSTITUZIONE PENSIONE (RISCHIO AMIANTO)
- RECUPERO VECCHIE PRATICHE INEVAE O RESPINTE
- ASSISTENZA DOMICILIARE MEDICA E LEGALE
- IN CASO DI INTRASPORTABILITA' DELL'ASSISTITO
- INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI (INAIL)
- CONSULENZA MEDICA IN SEDE
- RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' SUCCESSIVA AL DECESSO CON RECUPERO DEGLI ARRETRATI

NUOVO UFFICIO DI CAPACI IN CORSO SOMMARIVA N. 22

MEDICO IN SEDE PER LA COMPILAZIONE DEI CERTIFICATI (GRATUITO)

PER MAGGIORI INFORMAZIONI TELEFONA AL NUMERO VERDE O VISITA IL SITO WWW.INAP.IT

Palermo - Via Roma 483 (96139)
 Tel. 091 322624 - Cell. 327 1058421

Numero Verde - 800 134 851

Sanità24

Stampa

Chiudi

16 Apr 2015

Ecco la prima mano robotica tutta made in Italy in commercio dal 2017, «costa come uno scooter»

Marzio Bartoloni (www.ilsole24ore.com)

TECNOLOGIE. È pronta e funziona anche bene nei primi test sull'uomo la prima mano artificiale stampata in 3D tutta made in Italy disponibile per il commercio dal 2017 con costi che si aggirano su poche migliaia di euro. Inail e Iit, l'Istituto italiano di tecnologia, hanno infatti completato il primo prototipo di questa super protesi hi-tech in grado di riprodurre l'85% delle prese di una vera mano grazie alla tecnologia robotica. La nuova mano è stata presentata oggi a Roma al ministro del Lavoro, Giuliano Poletti e a quello della Salute, Beatrice Lorenzin, che ha annunciato l'intenzione di inserirla tra i livelli essenziali di assistenza a carico del Ssn.

Come funziona il prototipo

Durante la presentazione Marco Zambelli, il primo paziente che ha sperimentato la nuova mano avendo subito un'amputazione quando aveva quindici anni (ora ne ha 60), ne ha mostrato le funzionalità e il buon livello di utilizzo, dopo un primo periodo di addestramento. La mano artificiale robotica è robusta e leggera: pesa meno di mezzo chilo è stata realizzata con la tecnologia 3D-printing, in materiale plastico e con alcune componenti metalliche ed è stata perfezionata verso il paziente con le competenze del Centro protesi Inail di Budrio. Il paziente controlla la mano attraverso due sensori che recuperano il segnale naturale dei muscoli residui. Il dispositivo non prevede operazioni invasive ed è facilmente indossabile sull'arto amputato. Entro il 2017 è prevista la sua produzione e la commercializzazione che saranno affidate a una nuova start up partecipata almeno in parte dall'Iit. L'obiettivo è puntare al mercato mondiale grazie anche alla competitività dei costi e al suo design. «Siamo i primi nel mondo ad aver creato una protesi così efficace e semplice da utilizzare e con costi accessibili», avverte Roberto Cingolani direttore scientifico dell'Iit. Che aggiunge: «Costerà all'incirca quanto uno scooter proprio perché vogliamo che sia alla portata di tutti».

Tecnologie made in Italy

Il progetto è completamente made in Italy e vede la luce dopo circa un anno dalla sigla dell'accordo Inail-Iit per lo sviluppo di nuovi dispositivi protesici e riabilitativi avanzati, con investimenti congiunti complessivi di 11,5 milioni di euro. Questo dispositivo protesico rientra in una più ampia strategia progettuale - «Rehab Technologies» - che nei prossimi due anni vedranno l'arrivo di nuove tecnologie, già in fase di pre-industrializzazione, dedicate a inabilità temporanee o permanenti: si va dall'esoscheletro motorizzato per la deambulazione di persone paraplegiche a una piattaforma robotica per la riabilitazione in campo ortopedico, neurologico e tutte le patologie connesse all'invecchiamento. Per il ministro Lorenzin che pensa di inserire la nuova protesi robotica nei nuovi Lea «dobbiamo porci il problema di come dare a tutti i pazienti

questa tecnologia. In questo modo sarà possibile superare il gap economico tra chi può accedere a questa tecnologia e chi no». Per il ministro Poletti bisogna «mettere al centro gli investimenti», come quelli dietro a questo prototipo, e modificare la contabilità pubblica perché ne tenga conto. «Se siamo stati capaci di fare la mano artificiale - ha concluso provocatoriamente il ministro - non abbiamo l'intelligenza per fare un nuovo piano di conti?»

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

16 Apr 2015

Dispositivi medici, dossier della Salute sulle indagini cliniche

Il ministero della Salute ha pubblicato un dossier sulla normativa nazionale ed europea - comprese le linee guida europee (Meddev) - in materia di indagini cliniche con dispositivi medici. L'obiettivo, è scritto nell'introduzione, «è di chiarire il ruolo del ministero della Salute nel processo di autorizzazione di tali indagini». Questo volume, dedicato alla sperimentazione clinica, sarà seguito da ulteriori documenti rivolti ad argomenti di particolare rilevanza quali ad esempio la vigilanza, i dispositivi diagnostici in vitro ed altre tematiche.

La pubblicazione, che sarà aggiornata in relazione a modifiche del contesto di riferimento, è articolata in sezioni, ciascuna delle quali vuole costituire una sintetica scheda illustrativa che può essere letta indipendentemente dal contesto generale. Inoltre, al fine di rendere più scorrevole la lettura, specifiche considerazioni e valutazioni sono state riportate in caselle contrassegnate dal simbolo cui si rimanda il lettore per eventuali successivi approfondimenti.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

15 Apr 2015

Farmaci, prontuario ed epatite C: ecco gli scogli dell'Intesa sui tagli

Barbara Gobbi

L'intesa sui tagli tra governo e Regioni attesa per oggi è andata in stand-by per le difficoltà incontrate su un doppio crinale: da una parte quello del braccio di ferro su pesi e responsabilità da assegnare alle imprese (con le Regioni sulla linea dura e la ministra che difende il suo testo), dall'altro quello delle ricadute sui cittadini. Sullo sfondo, le elezioni alle porte e la costante disparità tra Regioni che già "hanno fatto i compiti" - come dal Veneto non si stancano di ripetere - e altre che come il Molise chiedono attenzione in ragione di Ssr e territori ancora in bilico.

Gli emendamenti proposti in commissione Salute delle Regioni, a lungo dibattuti in sede di "Presidenti" e ora fermi al semaforo rosso dell'Intesa con il Governo sono la cartina di tornasole di questo impasse. Con i tecnici regionali che chiedono: di prevedere il pay-back anche per i dispositivi medici già a partire da quest'anno, di introdurre esplicitamente il project financing, in aggiunta alle forme di partnership pubblico-privato, tra le tipologie di contratti di fornitura da sottoporre a rinegoziazione; di inserire nel tetto della spesa farmaceutica anche i costi che verranno sostenuti per i farmaci innovativi (i farmaci per l'epatite C a cui la legge di Stabilità ha dedicato un fondo ad hoc). Testualmente, «la commissione Salute ha precisato che non condivide la posizione del ministero della Salute (...), di non inserire nel tetto della spesa farmaceutica i costi che verranno sostenuti per i farmaci innovativi che, in questo caso essendo fuori dal meccanismo di pay back, sarebbero tutti a carico delle Regioni senza contributo al previsto ripiano da parte delle aziende farmaceutiche».

E ancora, l'altolà alla revisione del prontuario così com'è stata pensata dalla Salute perché «quanto previsto scarica i risparmi ipotizzati sui cittadini che dovranno aggiungere di tasca propria la differenza di prezzo tra il farmaco meno costoso e il farmaco più costoso». Da qui la proposta di fissare il livello di rimborso a carico del Ssn «al prezzo della specialità medicinale la cui quota di mercato in DDD, sommata alle altre specialità di prezzo uguale o inferiore, raggiunga almeno il 60%». Con il corollario che «le aziende farmaceutiche che non abbassano il prezzo al livello di cut off individuati, vedono riclassificati i propri prodotti in fascia C».

C'è poi la stretta sui medici, al capitolo "appropriatezza": le Regioni picchiano duro chiedendo «misure più stringenti per porre rimedio al danno causato da prescrizioni non appropriate, stabilendo che la responsabilità del prescrittore è patrimoniale (...) per quanto concerne il farmaco indebitamente prescritto, non intervenendo sul trattamento economico accessorio» (come da proposta del ministero).

Infine, l'attenzione a Regioni e Pa a statuto speciale, con la clausola di salvaguardia che vedrebbe applicare il decreto compatibilmente con statuti e norme di autonomia. Ma non solo: «analoga attenzione - si legge nella proposta dei tecnici regionali - è stata avanzata dalla Regione Molise

relativamente ad una deroga del regolamento degli standard ospedalieri per i luoghi particolarmente disagiati». Non è un dettaglio: il puzzle delle Regioni a più velocità mal si concilia con interventi pesanti come il taglio da 2,35 miliardi imposto dal Governo. Da qui la scelta delle Regioni di alzare la posta delle richieste. Da qui anche l'allarme rilanciato oggi dal presidente Sergio Chiamparino: senza una rivisitazione del Patto della salute, la situazione per il 2015 sarà difficile e impossibile per il 2016 e il 2017. «Chiediamo che da subito si affronti il tema del Patto della salute perché la necessaria rivisitazione dei Lea, la ridefinizione del sistema dei ticket, che bisognerà accelerare, e la questione dei farmaci innovativi, richiedono un urgente lavoro per rendere sostenibile il Ssn dal 2016. La risposta del Governo è di disponibilità – ha spiegato Chiamparino - verso i nostri emendamenti, ma naturalmente c'è bisogno del tempo tecnico di approfondire la materia che coinvolge il Mef». E chissà se altri otto giorni basteranno.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

[Stampa](#)[Chiudi](#)

15 Apr 2015

Fumata nera per l'intesa sui tagli

Anteprima. Tutto rinviato al 23 aprile per l'Intesa Stato-Regioni sui tagli in sanità : dopo una lunga sessione in conferenza dei Presidenti si è deciso di rinviare l'accordo di una settimana. Tra i nodi ancora da sciogliere, la scure da circa 500 milioni sulla farmaceutica, la stretta su beni e servizi, la revisione del Patto per la salute siglato solo a luglio scorso e ora, per ammissione dello stesso leader Sergio Chiamparino, decisamente da rivedere alla luce della decurtazione per oltre 2 miliardi di euro del Fondo sanitario nazionale. Decisamente contraria all'Intesa la Regione Veneto, che durante l'incontro con i presidenti di Regione aveva però concordato di non partecipare alla Stato-Regioni per non ostacolare il via libera.

A mettere in fila con chiarezza le difficoltà rispetto a un possibile accordo era stato a caldo anche lo stesso Chiamparino: «È necessario avviare una rivisitazione del patto della salute - ha spiegato al termine della conferenza dei Presidenti - con una ridefinizione dei Lea e del sistema dei ticket. C'è poi la questione dei farmaci innovativi. Serve insomma un lavoro per rendere sostenibile il sistema sanitario nel 2016». Ma la quadra va ancora trovata: anche perché se dal ministero dell'Economia c'è pieno assenso sul robusto pacchetto di tagli, anche a carico delle imprese, il premier Renzi e la ministra Lorenzin restano centrati su una linea più morbida.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

15 Apr 2015

Ddl Pa, tempi lunghi per la riorganizzazione e lo status dei medici resta indefinito

Stefano Simonetti

Finalmente è terminato l'iter del disegno di legge AS 1577 sulla "Riorganizzazione delle pubbliche amministrazioni". Il testo venne approvato in Consiglio dei ministri il 10 luglio 2014 ed è stato notevolmente cambiato con gli emendamenti presentati fin dal 22 gennaio scorsi nella 1^a Commissione Affari costituzionali del Senato. Va ricordato che la legge delega di cui parliamo, unitamente agli interventi già a regime contenuti nella legge 114/2014, costituisce quella che viene comunemente definita "Riforma della PA". Denominazione alquanto impropria innanzitutto perché né il decreto legge né tantomeno il 1577 utilizzano mai la parola "riforma". Poi perché nel DL di giugno ben pochi articoli sono sfuggiti alla logica dell'intervento congiunturale e contingente (forse veramente "riformatori" sono soltanto gli artt. 1, 4, 5 e, in parte, il 27) ma, soprattutto, perché lo stesso DDL 1577 non riguarda una riforma ma una più "normale" riorganizzazione, come peraltro affermato nel titolo. Eppure i media e i commentatori hanno ormai adottato la denominazione "riforma della PA" o "riforma Madia" e lo stesso relatore di maggioranza Pagliari nella relazione finale tenuta nella seduta della Commissione dell'1.4.2015 per ben sei volte utilizza la parola "riforma". Sul provvedimento sono attesi il parere della Commissione Bilancio e le valutazioni della Ragioneria generale dello Stato.

Le novità introdotte dal provvedimento Vediamo in sintesi quali sono gli aspetti contenuti nel complesso degli articoli che possono interessare le aziende sanitarie. Cominciamo con un cenno ai contenuti generali che riguardano, ovviamente, anche le aziende sanitarie, anche se non in modo diretto. Negli articoli da 1 a 5 vengono trattati argomenti di carattere trasversale quali la Carta della cittadinanza digitale (art. 1, che sostituisce il precedente sul miglioramento dei servizi per i cittadini), la conferenza di servizi (art. 2), il silenzio-assenso tra amministrazioni pubbliche (art. 3), la Scia e il silenzio-assenso (art. 4), l'autotutela amministrativa (art. 5, riscritto completamente). Nell'art. 6 la delega di cui al punto b) per rivedere i decreti 33 e 39 del 2013 precisa un aspetto che suona come una sorta di "ravvedimento" del legislatore rispetto all'utilizzo di formulazioni di natura finanziaria tanto perentorie quanto irreali: nei futuri decreti delegati deve infatti essere perseguita la "riduzione e concentrazione degli oneri gravanti in capo alle amministrazioni pubbliche". L'art. 7 riguarda la riorganizzazione dello Stato. Passando alle norme che coinvolgono direttamente il personale delle aziende sanitarie, si segnala la incomprensibile sparizione dell'art. 8 che trattava le definizioni di pubblica amministrazione. Il nuovo art. 8-bis (ex 9) tratta delle Camere di commercio.

Il «nocciolo» della legge delega Con l'art. 10 cominciamo ad incontrare il vero nocciolo della legge delega. L'articolo concerne la dirigenza pubblica ed è lunghissimo: in 12 punti di delega tratta di istituzione del sistema, inquadramento, accesso, formazione, conferimento degli incarichi e loro durata, dirigenti senza incarico, valutazione dei risultati, responsabilità,

retribuzione, disciplina transitoria, direttori del S.s.n.. La parte comune (lettera a) parla di “ruoli unificati e coordinati” e di “piena mobilità tra i ruoli” ma bisognerà attendere i decreti delegati perché, allo stato, è sostanzialmente incomprensibile. La dirigenza delle aziende sanitarie trova collocazione nel punto 2) della successiva lettera b) che si riferisce all'inquadramento. Quello che si evince è che nascerà un ruolo unico dei dirigenti regionali nel quale confluirà, tra gli altri, “la dirigenza amministrativa del Servizio sanitario nazionale” - nonché quella professionale e tecnica in virtù dell'emendamento di cui si dirà - con l'esplicita esclusione “della dirigenza medica e della dirigenza tecnica del Servizio sanitario nazionale”. Il testo originario era una evidente abbaglio perché non citava neanche intere categorie di dirigenti. In merito a questo pasticcio in data 22 gennaio il relatore della legge ha proposto un emendamento che ricompatta la “dirigenza amministrativa, professionale e tecnica” e affianca alla dirigenza medica la “dirigenza veterinaria e sanitaria”.

Il destino dei dirigenti sanitari La norma è senz'altro più lineare e comprensibile – anche se comunque continuano a non essere utilizzate le dizioni ufficialmente consolidate da vent'anni – ma resta in piedi la domanda fondamentale sul destino dei dirigenti sanitari, visto che sono in ogni caso esclusi dal ruolo unico regionale. Basterà la generica affermazione contenuta nell'art. 40, comma 2 del d.lgs. 165/2001, novellata dal decreto Brunetta, riguardo alla “apposita sezione contrattuale” ? Se per la contrattazione collettiva potrebbe essere sufficiente, non risolve la questione del “chi sono” giuridicamente i medici e come si configurano nella platea della dirigenza pubblica. Inoltre per la dirigenza Pta del servizio sanitario si segnala una singolare differenziazione rispetto a quella regionale visto che confluiscono in questo ruolo unico i dirigenti delle regioni “di ruolo” mentre la stessa specificazione non viene riportata per la dirigenza Pta. Difficilmente può trattarsi di un refuso mentre è più probabile che dietro la formulazione aleggii l'ombra – sempre incombente – dei contratti ex art. 15-septies. Proseguiamo l'analisi dell'art. 10 passando alla lettera c) che si riferisce all'accesso. Innanzitutto un emendamento impone il possesso della laurea magistrale. Gli strumenti saranno il corso-concorso e il concorso e le due modalità saranno uniche, con cadenza annuale. E' invece tramontata la follia di prevedere che tutto il reclutamento fosse gestito dalla Scuola nazionale di amministrazione per tutti e tre i ruoli di cui alla lettera b). In altre parole, i dirigenti amministrativi o ingegneri di una azienda sanitaria (e i medici ?) hanno corso il rischio di essere reclutati in futuro sulla base di procedure uniche per tutta Italia e per tutte le amministrazioni. A questo punto troviamo le previsioni sulla formazione (lettera d) e sugli incarichi dirigenziali (lettera e). Quest'ultimo aspetto è delicatissimo e coinvolge il sistema dello spoils system e la realizzazione di una vera autonomia del dirigente. Per questa finalità, però, sarebbe stato senz'altro meglio che la “possibilità” fosse un “obbligo” e che gli incarichi non fossero aperti ma strettamente legati alle strutture e alle funzioni esistenti e, ovviamente, alla loro vacanza.

Le regole per le aziende sanitarie Nelle aziende sanitarie una norma speciale (art. 3, comma 1-bis, ultimo periodo del d.lgs. 502/1992) impone che il numero delle strutture organizzative non sia una variabile indipendente, visto che “l'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale”. Tra l'altro dal combinato disposto delle lettere e), g) e i) si dovrebbe desumere che scompariranno gli incarichi di natura professionale. Altro aspetto negativo del testo definitivo è lo svilimento del ruolo della Commissione che non approverà più i requisiti e i criteri ma li dovrà predefinire: in buona sostanza, ogni azienda agirà nel modo che ritiene migliore, come peraltro è stato fatto fino ad adesso. Anche per il caso di decadenza dell'incarico per ristrutturazione la Commissione ha ora un parere obbligatorio e non vincolante a fronte della perentorietà del testo precedente. Più avanti la lettera f) fissa a tre anni la durata massima degli incarichi dirigenziali e introduce l'equilibrio di genere. A mio parere sarebbe stata preferibile la classica durata di cinque anni ma, soprattutto, non doveva essere prevista alcuna possibilità di proroga. La lettera g) disciplina il trattamento dei dirigenti privi di incarico rispetto alla quale mi chiedo se “la decadenza dal ruolo unico” corrisponda

effettivamente alla risoluzione del rapporto di lavoro (forse sarebbe meglio essere più chiari, anche perché il punto 11 della famosa lettera di Renzi parlava espressamente di licenziamento).

Gli emendamenti del relatore Seguono le deleghe sulla valutazione dei risultati (lettera h), sulla responsabilità dei dirigenti (lettera i), sulla retribuzione (lettera l), sulla disciplina transitoria (lettera m). La nuova lettera h) non dice nulla che non fosse già scontato da anni. Per ciò che concerne le lettere i) e l) non si può non segnalare altri due emendamenti presentati dal relatore il 22 gennaio. Se il primo definisce meglio e più in dettaglio il perimetro della retribuzione di posizione, in ordine al secondo la scelta è clamorosa ed è già stata fonte di notevoli polemiche. Viene infatti prevista la “esclusiva imputabilità ai dirigenti della responsabilità per l'attività gestionale”. Va detto che nelle aziende sanitarie la questione della separazione del potere di indirizzo politico dal potere di gestione è maledettamente complessa e sono anni che si dibatte in merito alla figura del direttore generale se sia organo di governo ovvero vertice amministrativo: l'emendamento e, soprattutto, quanto detto nel successivo punto n) non fanno che rendere ancora più confusa la problematica che meriterebbe una risolutiva e chiara definizione. La ricordata lettera n) – alla luce di quanto sopra - merita una riflessione maggiore. Preso atto che il disegno di legge incardina i direttori aziendali nella dirigenza pubblica, si segnala questa scelta come innovativa e francamente dirompente perché le loro caratteristiche peculiari li distanziano nettamente - piuttosto che avvicinarli - dalla figura del dirigente (il rapporto è di lavoro autonomo, non hanno contrattazione collettiva, le retribuzioni sono congelate, con decurtazione del 20%, da 14 anni, il direttore generale è inequivocabilmente l' organo di governo dell'azienda, non sono in pratica soggetti a nessuno dei contenuti dell'art. 10).

Lavoro flessibile e atipico Saltando l'art. 11 (conciliazione tempi vita-lavoro) e il 12 (norme sull'esercizio delle deleghe) si giunge così all'art. 13 che concerne il riordino della disciplina del lavoro pubblico. Questi i punti di maggiore interesse: a) riconoscimento nei concorsi pubblici del lavoro flessibile (già esiste, forse volevano riferirsi al “lavoro atipico” che è il vero tormento del precariato); b) accentramento dei concorsi per tutte le amministrazioni (c'è solo da immaginare un concorso per infermiere a livello nazionale) e riduzione dei termini di validità delle graduatorie concorsuali (quando lo stesso legislatore ha adottato decine di proroghe che fanno valere oggi addirittura una graduatoria del 2003) nonché eliminazione della idoneità dei non vincitori. Poteva essere un'ottima occasione per sistematizzare la materia delle riserve e delle precedenze che è divenuta nel tempo notevolmente complessa; c) introduzione di un sistema informativo nazionale sul reclutamento; d) rafforzamento dell'Aran ai fini dell'assistenza alla contrattazione integrativa (non so se è da auspicare o da temere) unitamente alla definizione delle materie escluse dalla contrattazione collettiva (lo ha già fatto Brunetta e nessuno riesce ad applicarla sul serio); e) rilevazione delle competenze dei lavoratori pubblici; f) obiettivi di contenimento delle assunzioni; g) superamento del concetto di dotazione organica (molto interessante ma pericolosissimo).

Cosa cambia per le visite fiscali Sull'art. 13 il Relatore ha presentato una corposa serie di 6 emendamenti – le cui lettere identificative è bene che siano riordinate - dei quali due direttamente provocati dalla vicenda dei vigili urbani di Roma nel giorno dell'ultimo dell'anno. La miserevole vicenda contiene aspetti talmente patologici e anomali che non sembra azzardato pensare che tutto quello che è stato detto a caldo è più il frutto dell' indignazione del momento che di una razionale visione sistematica della questione. Le regole esistono già e sono fin troppo severe: basterebbe soltanto applicarle. Invece di invocare la necessità di nuove norme andrebbe seriamente approfondita l'incapacità del sistema di mettere mai a regime una riforma. Dunque, si introduce una lettera e-bis) con la quale in relazione alle visite fiscali di controllo dei pubblici dipendenti si afferma lapidariamente la “attribuzione all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale della relativa competenza”. In una lettera g-bis) si intende disciplinare il lavoro flessibile. Un'altra lettera aggiunta (la g-bis doppiata) intende rivedere tutto il sistema di valutazione – è la

quarta volta in cinque anni - ma, soprattutto, la successiva lettera g-ter) prelude ad una non meglio specificata finalità di “accelerare, rendere concreto e certo nei tempi di espletamento e di conclusione l'esercizio dell'azione disciplinare”. La lettera g-quater) appare una ripetizione pedissequa dell'emendamento proposto all'art. 10 sulla responsabilità gestionale esclusivamente in capo ai dirigenti. Dopo due emendamenti poco significativi troviamo (è la terza lettera g-bis !!) interventi a favore dei disabili tra i quali spicca l'istituzione della figura del “responsabile dei processi di inserimento”. Saltando l'art. 14 (partecipazioni azionarie delle pubbliche amministrazioni) si arriva al 15-bis già definito norma di auto-attuazione. Con tale disposizione il legislatore intende risolvere l'annoso problema delle leggi che non entrano mai a regime per la mancata adozione dei decreti attuativi o di altri atti di normazione secondaria.

Le richieste delle Regioni La Conferenza delle Regioni, da parte sua, ha presentato in data 13 novembre 2014 le proprie richieste di emendamenti che in realtà appaiono abbastanza blandi; per ciò che riguarda il S.s.n. l'unica vera richiesta è quella di ottenere la rappresentanza paritaria delle Regioni nella Sna che avrebbe dovuto gestire i concorsi unici a livello nazionale. Tuttavia la soppressione del punto nel quale i concorsi venivano affidati alla Scuola sembra aver risolto la questione a monte. Non una parola sull'articolazione dei ruoli e sul destino dei medici, forse perché il decreto delegato dovrà essere preceduto da un' intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni laddove – si spera – lo scenario possa assumere contorni più precisi e concreti.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

15 Apr 2015

Cassazione: giro di vite sulle indennità per i medici del Ssn

Paola Ferrari

Il Dpcm 8 marzo 2001, art. 1, lett. b), laddove prevede il riconoscimento di «una anzianità di servizio e di esperienza professionale» nell'ambito dell'attività prestata nel Ssn, reca «una previsione di stretta interpretazione, limitata ai fini e agli effetti ivi previsti e non interpretabile in via estensiva; esso non consente il riconoscimento del periodo prestato durante il rapporto convenzionale ai fini della corresponsione dell'indennità di posizione variabile e dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro». Lo chiarisce la sezione lavoro della Cassazione nella **sentenza 6015/2015** del 25 marzo, destinata a indicare la rotta in centinaia di cause pendenti su questo tema.

La normativa prevedeva che ai medici in regime di convenzione a quella data e che abbiano poi provveduto a instaurare il rapporto d'impiego subordinato, fosse riconosciuto il periodo in convenzione utile come retribuzione individuale di anzianità, ai fini giuridici ed economici, e a valere dall'atto dell'inquadramento, quanto «già individualmente maturato allo stesso titolo nel rapporto di provenienza».

Il caso. Una dottoressa in servizio presso l'Asl di Agrigento con contratto a tempo indeterminato e inquadrata a decorrere dal 13 settembre 2000, nell'ex 1° livello dirigenziale, rivendicò sulla base dell'attività pregressa, il riconoscimento, con decorrenza dall'inquadramento in ruolo, dell'indennità di posizione variabile e delle differenze retributive per indennità di esclusività tra la fascia stipendiale «sino a cinque anni», nella quale era stata inserita quale dirigente (art. 5, comma 3, Ccnl 8 giugno 2000), nonché la successiva fascia stipendiale «tra cinque e quindici anni».

Gli ermellini, respingendo le richieste hanno fornito una lucida interpretazione:

a) il trattamento minimo dell'indennità di posizione variabile si consegue al compimento del quinto anno nella qualifica di dirigente medico e previa verifica del Collegio tecnico (art. 3 e art. 4, comma 2, Ccnl), presupposti insussistenti nel caso in esame;

b) l'indennità di esclusività (introdotta, a decorrere dal 1° gennaio 2000, dall'art. 5 Ccnl) compete in misura differenziata a seconda dell'esperienza maturata dal dirigente, con esclusione del periodo di servizio prestato in regime di convenzione. Ciò si deduce, secondo la Cassazione, dalla lettura dell'art. 12 Ccnl: «con riferimento alle norme in cui è richiesta una esperienza professionale, si deve intendere: ... b) ai fini dell'applicazione degli artt. 3 e 5 Ccnl, l'anzianità complessiva maturata con rapporto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, maturata alle date previste dalle norme, senza soluzione di continuità anche in aziende ed enti diversi del comparto», così evidenziando la volontà delle parti sociali di escludere le esperienze professionali acquisite durante il servizio prestato in regime di convenzione.

Sanità24

Stampa

Chiudi

15 Apr 2015

Il 730 precompilato è online: dai redditi alle spese mediche, ecco cosa c'è (e cosa manca)

Cristiano Dell'Oste e Michela Finizio (da www.ilsole24ore.com)

L'operazione è partita con po' di anticipo: già alle 9.45 di mercoledì i primi contribuenti hanno potuto accedere al modello 730 precompilato dal sito delle Entrate. Una rivoluzione che interessa 20 milioni di lavoratori dipendenti e pensionati. Si entra nel sito con il Pin delle Entrate (vedi come richiederlo) o con quello dell'Inps. La prima videata mostra subito i «Dati considerati per preparare il 730», con una lista delle «fonti» da cui il fisco ha ricavato le informazioni. Ci sono in primis le certificazioni uniche inviate dal datore di lavoro e da altri sostituti d'imposta, come le eventuali collaborazioni occasionali, ma anche i dati trasmessi dall'Inps, dalle banche e dalle assicurazioni, oltre a quelli ricavati dalla dichiarazione dei redditi presentata l'anno scorso (possesso di immobili e terreni, detrazioni per lavori edilizi e risparmio energetico eseguiti fino al 2013). Mancano, invece, le spese sanitarie e altre agevolazioni, come quelle per le ristrutturazioni eseguite nel 2014, la palestra per i figli o le detrazioni sulle locazioni.

La prima schermata ricostruisce la possibile composizione del 730 e per ognuna delle voci fondamentali, ad esempio, i «Redditi dei fabbricati» indica se i dati sono stati inseriti o meno nella dichiarazione. Una spunta verde dice che il fisco ha considerato il dato attendibile. Una crocetta rossa segnala che l'informazione non è corretta e che il 730 per adesso non è liquidabile e dovrà essere modificato dal 1° maggio in poi.

Una possibile difficoltà è proprio quella del mancato inserimento dei dati. A quanto pare di capire, non viene indicata la ragione specifica per cui le Entrate hanno «scartato» il dato, ma solo una tabella con i possibili motivi più frequenti. Per cui, ad esempio, un pensionato che non si trova nel 730 il reddito comunicato dall'Inps al fisco, dovrà risalire alla certificazione unica dell'istituto e controllare le possibili anomalie.

Dalla prima videata si può proseguire a quella che consente di visualizzare il 730 in formato pdf o in formato solo testo (funzionalità utile agli addetti ai lavori, forse, ma non ai contribuenti comuni). E nel 730 in pdf c'è una delle novità più utili: nell'ultima pagina, infatti, si trova la lista degli «Elementi a base del 730 precompilato per l'anno di imposta 2014». In pratica, il prospetto che riepiloga le fonti di informazione, spiega se il dato è stato inserito o no in dichiarazione, e a volte aggiunge qualche appunto in più: ad esempio, a chi possiede terreni viene consigliato di verificare se hanno perso l'esenzione Imu.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved