

RASSEGNA STAMPA Giovedì 21 giugno 2012

Galoppiano i costi privati per ticket e farmaci.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Famiglie più povere: stop ai tagli.
Meno cure e il ticket aumenta i rischi - Spending review: sprechi da scarsa qualità.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Tutti contro i nuovi tagli.
Spending review, ticket, farmaci: Governo in trincea.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Balduzzi: "Niente ticket nel 2013, è una riforma che va fatta con equità".
IL SOLE 24 ORE SANITA'

La privacy di Regioni e ASL.
Verifiche periodiche del titolare dei dati - Chiariti tutti gli ambiti di azione.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Sub commissari, generali senza poteri.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Il SSN non può essere l'isola del tesoro dei tagliatori di deficit.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Medici, scure Ue sull'orario.
Orario dei medici, messa in mora Ue: l'Italia rispetti la normativa europea.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Casse: guida al salva - Italia.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

"Ma mezzo Paese ancora la ignora i medici obiettori il vero problema".
LA REPUBBLICA

Coop, voglia d'accreditamento.

Le aderenti sono 300- tra i 60 mila soci, 3.600 medici e 8.700 infermieri.

IL SOLE 24 ORE SANITA'

In arrivo un decreto legge omnibus.

IL SOLE 24 ORE

Sanità: sarà più difficile denunciare un medico.

IL SECOLO XIX

Diteci la verità, i tagli sono un bluff.

PANORAMA

Sanità, soluzione per i precari nella verifica sul piano dei tagli.

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Sanità Virtuosa.

LA STAMPA

INDAGINE CENSIS

Galoppiano i costi privati per ticket e farmaci

Aumenta la spesa privata per la salute con un incremento del 58% dei cittadini e una crescita del 18% delle spese. È uno degli indicatori che emerge dall'indagine Censis presentata nell'ambito del rapporto Farmafactoring 2012. Il campione nazionale di 1.200 cittadini sul quale è stata condotta la rilevazione è stato per altro ripartito territorialmente tra Regioni con il piano di rientro e quelle senza misure di contenimento della spesa sanitaria.

Nelle Regioni con piano di rientro questa tendenza è stata più incisiva: la quota di intervistati che ha percepito un aumento delle uscite per le cure sanitarie, spiega il Censis, è stata di quasi il 62%, mentre l'aumento medio indicato è pari a oltre il 20 per cento. Nella altre Regioni invece è circa il 55% degli intervistati a parlare di un aumento della spesa privata per la salute con un incremento medio pari al 16 per cento. Nelle singole voci di spesa prevale il ticket (65,1%), quello per visite mediche specialistiche (64,4%) e il ticket per analisi e radiografie (62,8%); elevate anche le percentuali di intervistati che richiamano le spese per farmaci senza ricetta (61,3%), per visite mediche a pagamento intero (52,7%), per l'odontoiatria (48,1%) e per analisi e radiografie a pagamento intero (42,6 per cento). «I dati non lasciano dubbi – recita il dossier

– sul fatto che la forbice stia tagliando la spesa sanitaria, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro che, più delle altre, stanno subendo rallentamenti significativi delle dinamiche di spesa, e nel caso della farmaceutica una vera e propria contrazione».

Più contenuto ma comunque interessante il ricorso all'intramoenia: è pari al 10,3% la quota di intervistati che ha dichiarato di essersi rivolta alle cure private dei medici ospedalieri. Per oltre il 56% si tratta di visite mediche, per quasi il 40% di analisi e radiografie e per oltre il 4% di interventi chirurgici. Negativo il giudizio sulle manovre di finanza pubblica: è diffusa la percezione di aver prodotto diseguglianze e inefficienze. Per il 77% degli italiani, infatti, si poteva tagliare altrove, solo il 22,6% ritiene che le manovre sono dure ma inevitabili. Infine quasi il 71% degli intervistati pensa che l'esito reale delle manovre sarà quello di divaricare le differenze di copertura sanitaria tra Regioni e ceti sociali, con un aumento delle diseguglianze nell'accesso alle cure. Questo giudizio si fa più severo nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro dove l'81,6% degli intervistati ritiene che si potesse tagliare altrove, il 73,5% pensa che le manovre di finanza pubblica finiranno per accentuare le diseguglianze, il

65,6% ritiene che l'effetto delle politiche di rigore si abatteranno sulla qualità dei servizi alla persona.

La soluzione per i cittadini intervistati è di depoliticizzare la Sanità nelle Regioni. Per il 40% dei cittadini è necessario passare a una gestione da parte di manager più competenti e non scelti dalla politica. Per il 38,5% ciascuno deve contribuire pagando un ticket proporzionato al proprio reddito. Il 37% indica la necessità di rendere più efficienti strutture, servizi e personale. Il 19% vuole introdurre controlli rigorosi sui medici di medicina generale.

Infine, un divario che il Censis definisce «incolmabile» è l'opinione dei cittadini delle Regioni in rosso e di quelli degli altri territorio rispetto la governance della Sanità regionale. Infatti tra i primi prevale «una valutazione negativa del federalismo (69,6%) e, in particolare, del potere attribuito alle Regioni, perché le differenze tra Regioni sono aumentate (46%) e perché la propria Regione non è stata capace di gestire bene la Sanità (oltre il 23%). Nelle altre Regioni (65%) invece prevale una valutazione positiva della regionalizzazione sanitaria, con il 37,7% convinta che la Sanità centralizzata funzionerebbe peggio e il 27,4% che in fondo la Sanità così è più vicina ai bisogni dei cittadini».

Giudizio dei cittadini

Nell'ultimo anno è aumentata la sua spesa per la salute?	
Cittadini di Regioni con piano di rientro	61,8%
Cittadini di altre Regioni	54,9%
Di quanto?	
Cittadini di Regioni con piano di rientro	+20,2%
Cittadini di altre Regioni	+18,2%
Perché ha fatto ricorso alla sanità privata?	
A) Nel pubblico bisognava aspettare troppo a lungo	
• Regioni con piano di rientro	62,8%
• Altre Regioni	60,3%
B) Mi è stato indicato da persone di fiducia	
• Regioni con piano di rientro	20,3%
• Altre Regioni	22,6%
C) Nel privato ho scelto il medico	
• Regioni con piano di rientro	14,1%
• Altre Regioni	30,2%
Secondo lei la copertura pubblica negli ultimi 24 mesi si è:	
Ridotta	50,9%
Rimasta inalterata	44,3%
Si è ampliata	4,3%
Che giudizio dà dell'esperienza del federalismo in sanità?	
Positivo	47,1%
Negativo	52,9%

CEIS TOR VERGATA

«Cresce la fuga dalle cure»

Le famiglie impoverite risparmiano su prevenzione e terapie

Meno famiglie impoverite (-1,2%) e meno spese catastrofiche (-2,7%) nel 2009 rispetto al 2008 secondo il Rapporto Ceis 2012. Ma l'apparenza inganna: si sono ridotte in realtà tutte le voci di spesa, tranne l'assistenza ai disabili e

anziani e la specialistica.

E il Ceis lancia l'allarme: i nuovi ticket previsti a partire dal 2014 inaspriranno la situazione con almeno 7.500 famiglie impoverite in più.

A PAG. 6-7



RAPPORTO CEIS TOR VERGATA/ L'effetto della crisi e della contrazione della spesa

Famiglie più povere: stop ai tagli

Meno cure e il ticket aumenta i rischi - Spending review: sprechi da scarsa qualità

Meno famiglie "impoverite" (-1,2%) e meno soggette a spese catastrofiche (-2,7%) per la Sanità nel 2009 rispetto al 2008. Ma l'apparenza inganna: la spesa media delle famiglie impoverite è cresciuta del 2,3 per cento. Per le spese catastrofiche la spesa media si riduce del -2,2%, ma perché si sono ridotte tutte le voci di spesa, tranne per l'assistenza ai disabili e anziani (evidentemente incomprimibile) e per la specialistica (probabilmente per l'aumento del ticket).

A ridursi di più sono le spese sostenute per infermieri e fisioterapisti (-44,7%), protesi e ausili (-37,2%) e ricoveri ospedalieri (-34,9%). Insomma, impoveriti e sottoposti a spese catastrofiche si riducono perché la crisi è tanto pesante che ci si cura sempre meno.

L'elaborazione è del Ceis, il Centro di economia sanitaria dell'Università di Tor Vergata di Roma, che ha presentato la scorsa settimana il suo VIII rapporto.

E il Ceis lancia l'allarme: i nuovi ticket previsti a partire dal 2014 inaspriranno la situazione con almeno 7.500 famiglie impoverite in più e per quanto riguarda i tagli legati alla spending review annunciata, gli sprechi da eliminare non sono di natura economica, ma legati a una scarsa qualità in alcune aree dei servizi erogati ed è su questa che si deve intervenire.

Il livello di impoverimento. Secondo l'analisi Ceis, infatti, le differenze nell'impoverimento delle famiglie si esasperano nell'analisi regionale: mentre Basilicata e Calabria hanno una quota di impoveriti che supera il 3,5%, con riduzioni marginali, Emilia Romagna e Lombardia, ma anche il Lazio, sono

intorno allo 0,5% (un settimo) con un trend in diminuzione. Analoghe osservazioni il Ceis le fa per le famiglie con spese catastrofiche: Basilicata e Calabria superano il 6,5%, mentre la Lombardia è intorno all'1,1% (6 volte meno).

Le Regioni in cui a una maggiore incidenza di impoverimento corrisponde una spesa sanitaria pro-capite mediamente alta - e che quindi hanno un rischio più elevato in questo senso - sono Molise ma anche Piemonte e Valle d'Aosta, Sardegna e Trentino A.A. Viceversa le Regioni in cui la soglia di impoverimento è mediamente bassa rispetto alla spesa sono Lombardia, Umbria e Marche. Per la catastroficità, hanno minore incidenza Lombardia, Abruzzo e Toscana.

Analizzando la relazione tra incidenza della catastroficità e spesa, le Regioni con uno scostamento maggiore in senso negativo (troppe spese catastrofiche rispetto alla spesa pubblica pro-capite) sono Sicilia, Puglia e Molise. Le Regioni invece con uno scostamento maggiore in senso positivo (basso livello di spese catastrofiche e spesa sanitaria pro-capite inferiore alla media) sono Lombardia e Abruzzo.

L'effetto ticket. Ma la situazione è destinata a peggiorare secondo il Ceis con le previsioni di inasprimento del ticket. Il Ceis ha simulato l'effetto sui bilanci delle famiglie di un aumento dei ticket di 2 miliardi, di cui 45% sui farmaci, 45% sulla specialistica e 10% sul pronto soccorso.

Risultato: ci sarebbero oltre 42.000 famiglie in più impoverite. Per contenere «l'iniquità dell'impatto» è stata simulata anche un'applicazione progressiva,

da un inasprimento del 5% per le famiglie più povere (esenti solo quelle povere), fino al 30% delle più ricche: le nuove famiglie impoverite si riducono a 7.500.

E se calano i consumi, si potrebbe immaginare si tratti di quelli meno necessari e quindi inappropriati: no, secondo il Ceis. La riduzione ha riguardato in media più le famiglie ricche che le povere: le prime rinunciano, o rimandano, le spese odontoiatriche, e più che una rinuncia a una prestazione inappropriata è una posticipazione di spese rinviabili; per le famiglie meno abbienti i consumi si riducono meno, riguardando essenzialmente farmaci e diagnostica.

Equità apparente. La crisi quindi fa diventare tutti «più poveri». E per un certo verso «accorcia le distanze»: ma è un'equità apparente, perché, spiega il Ceis, si riducono le differenze nei consumi, ma non l'impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari. Il quadro non è «tranquillizzante» per il Ceis: le famiglie sono in difficoltà e lo sono ormai anche i ceti medi, che rappresentano la maggioranza; inoltre, considerando che le rinunce appaiono selettive «si conferma che la spesa privata non è accessoria e/o inappropriata: la riduzione equivale ad avere un cuscinetto in meno per alleviare le frizioni del sistema».

Sprechi legati alla scarsa qualità. Secondo il Ceis poi, gli sprechi da eliminare su cui punta la stessa spending review che sta per essere messa in campo dal Governo sono spesso correlati con «significative carenze quali-quantitative dei servizi erogati». «Se è vero che disfunzioni e disavanzi sono positivamente correlati, è vero anche che la scarsa qualità è associata a bassi livelli

di spesa pro-capite. Resta il dubbio che per migliorare l'efficienza allocativa e quindi della performance di sistema, vadano eliminate le inapproprietezze, ma anche colmate le vistose lacune nell'erogazione dei Lea. Il teorema che si possa avere maggiore qualità con minore spesa - mette in guardia il Ceis - sembra piuttosto un'utopia, non supportata da evidenze statistiche».

Tanto è vero che la spesa sanitaria è secondo l'analisi Ceis tra le più "basse" nell'Ocse in rapporto al Pil e inferiore

anche alla media dell'Ue a 6 e a 12 (rispettivamente -1,3 e -0,9%). Anche la spesa pro-capite è tra il 15,5-20,6% minore di quella dei partner europei, il che implica che l'equilibrio finanziario ha un costo sociale rilevante. L'incidenza della spesa sul Pil è passata dal 9,1 al 9,6%, ma per effetto della stagnazione/recessione del Pil: «questo risultato porterà in termini finanziari - commenta il Ceis - ad aumentare il gap con gli altri Paesi europei della spesa pro-capite ma soprattutto a ridurre la quota di

intervento pubblico e quindi anche l'equità e l'accesso alle innovazioni. La stabilizzazione della crescita della spesa pubblica ha comunque implicato razionalizzazioni e maggiore efficienza allocativa anche se ha aumentato i rischi per qualità, quantità ed equità dei servizi».

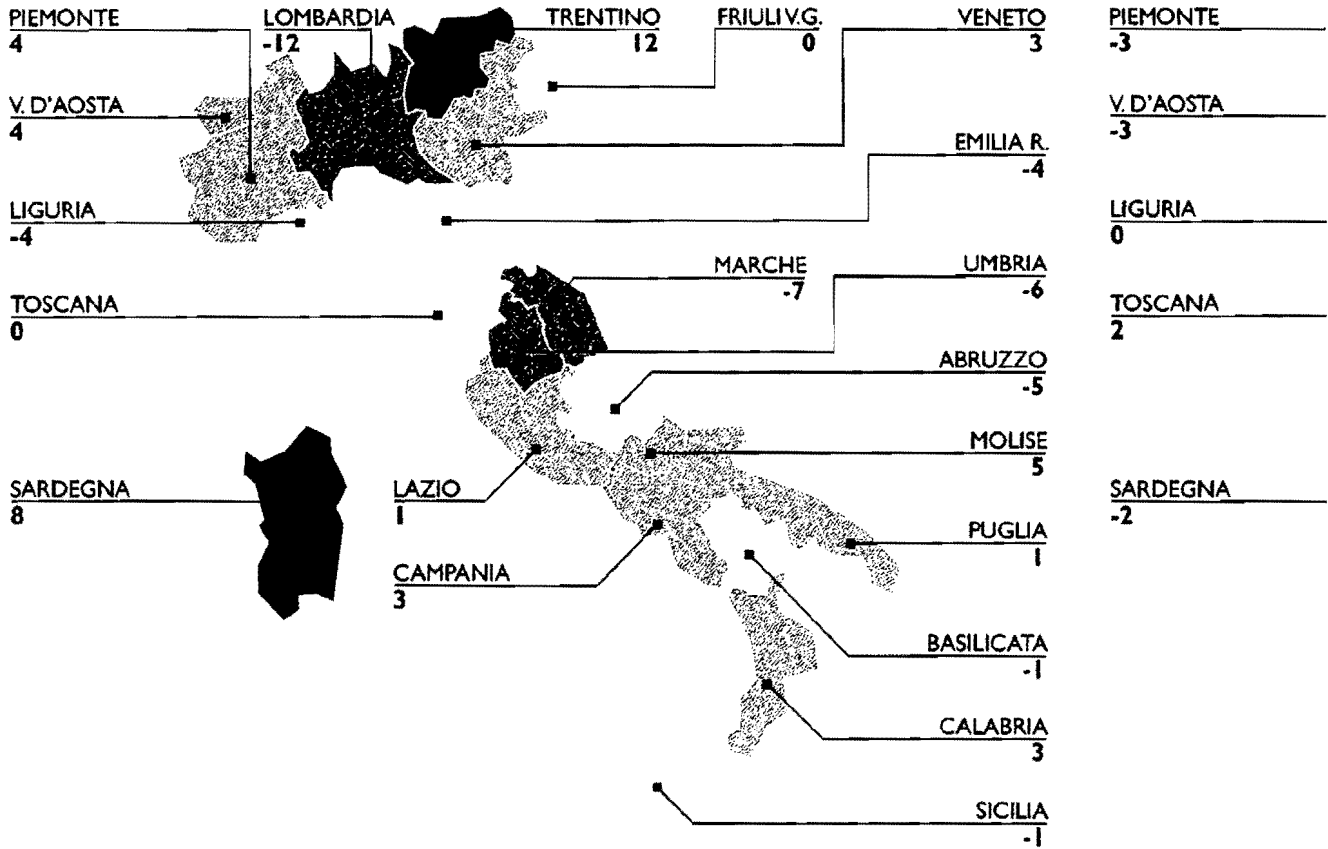
a cura di
Paolo Del Bufalo
Rosanna Magnano

LE CONDIZIONI DELLA POPOLAZIONE

L'impoverimento riguarda tutte le famiglie che, per spese sanitarie out of pocket (Oop), scendono al di sotto della soglia di povertà relativa. Nel calcolo il rapporto Ceis considera le voci dell'indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat, tranne quelle per assicurazioni vita, rendite vitalizie, mutuo per acquisto abitazioni e restituzione di prestiti. Le famiglie con spese catastrofiche sono invece quelle con spese sanitarie superiori al 40% della loro "capacity to pay" (Ctp). La Ctp di una famiglia è la differenza tra la spesa totale sostenuta e le spese di sussistenza identificate con la soglia di povertà assoluta. Nel 2009 risultano impoverite il 2,3% delle famiglie del Sud, lo 0,6% nel Centro e lo 0,7% al Nord. Rispetto al 2008 c'è una riduzione al Centro: -0,5% (dall'1,1 allo 0,6%). Nel 2009 si è ridotta la quota di famiglie impoverite in Molise, Abruzzo, Lazio, Lombardia e Basilicata. Le Regioni del Sud hanno la maggior quota di famiglie impoverite, con un aumento rispetto al 2008 in Calabria e Sardegna. Le famiglie soggette a spese catastrofiche sono l'1,9% al Nord, il 2,2% al Centro e il 4,3% al Sud. Rispetto al 2008 nonostante la riduzione d'incidenza a livello nazionale, nel Centro si è registrato un incremento, dall'1,9 al 2,2%. In Abruzzo, Molise e Puglia si è avuto nel 2009 un aumento del fenomeno attribuibile a un aumento, rispetto al 2008 della quota di famiglie più soggette a spese catastrofiche, in particolare in Abruzzo. La deprivazione infine esprime le caratteristiche socio-economiche regionali e gli indici rilevano lo "svantaggio" nelle sue diverse dimensioni, legato alle condizioni di vita in termini di disagio economico-materiale e di svantaggio culturale, sociale e di classe. L'analisi si basa su tre fattori (82,3% del totale). Il primo pesa il 34,4% ed è legato alla sostenibilità in base all'età, il secondo (33,5%) rappresenta la disabilità, il terzo (14,4%) riguarda la nuova struttura familiare: le "famiglie monogenitore".

IMPOVERIMENTO

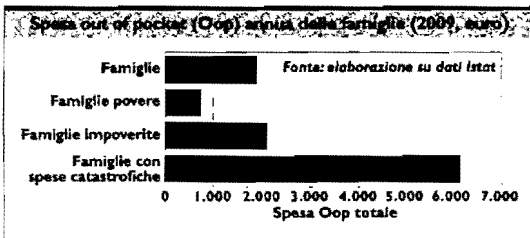
Scostamento tra spesa e indice di impoverimento



- Molto positivo
- Positivo
- Negativo
- Molto negativo

Il valore misura il rapporto tra maggiore incidenza dell'impoverimento rispetto a una spesa sanitaria relativamente alta: il rischio di impoverimento è maggiore tanto più il suo rapporto aumenta rispetto alla spesa. Le Regioni in cui va peggio in questo senso e che presentano un maggior rischio di impoverimento sono Molise, Piemonte, Valle d'Aosta, Sardegna e Trentino. Va meglio in Lombardia, Umbria e Marche.

- Molto positivo
- Positivo
- Negativo
- Molto negativo



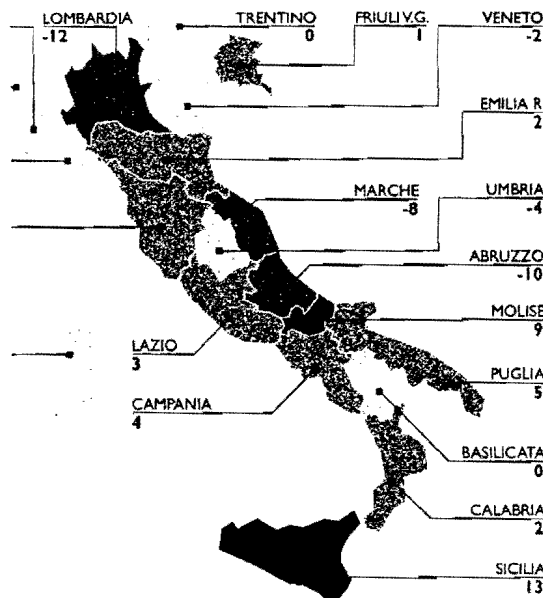
Previsioni impoverimento famiglie con l'aumento di spesa di 2 miliardi di euro

Situazione 2009	Famiglie impoverite	297.670 (-1,2% sul 2008)
	Famiglie soggette a spese catastrofiche	674.754 (-2,7% sul 2008)
Simulazione		Metodologia
N. 1	Aumento spesa Oop pari a € 2 mld (*) con rid. dei restanti consumi (non sanitari)	Circa 40.000
N. 2	Aumento spesa Oop pari a € 2 mld (*) con consumi non sanitari invariati	Circa 3.000
N. 3	Aumento spesa Oop pari a € 2 mld (*) con consumi non sanitari invariati, prevedendo la progressività della compartecipazione in base alle risorse delle famiglie	Circa 7.500

(*) 45% farmaci, 45% specialistica e 10% ricoveri e pronto soccorso

CATASTROFICITÀ

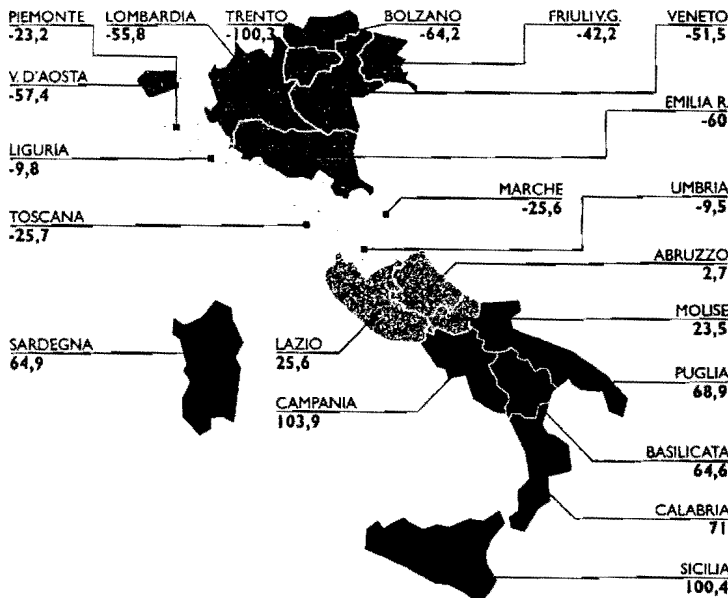
Scostamento tra spesa e catastroficità economica



Meccanismo analogo a quello di calcolo dell'impovertimento è utilizzato per la misurazione dell'indice del rischio di spese catastrofiche. Le Regioni in cui si osserva uno scostamento maggiore negativo (troppe spese catastrofiche rispetto alla spesa totale) sono Sicilia, Puglia e Molise (tutte soggette a piani di rientro), mentre dove va meglio rispetto alla media sono Lombardia e Abruzzo.

DEPRIVAZIONE

Indice di svantaggio socio-economico



- Molto positivo
- Positivo
- Negativo
- Molto negativo

Gli indici di deprivazione considerati nell'analisi (tasso di disoccupazione, titolo di studio, dipendenza degli anziani, nuclei familiari monogenitori, affollamento medio nelle abitazioni, disabilità 6 anni e più, famiglie povere) forniscono una misurazione del fabbisogno di un determinato territorio, indicando uno stato di svantaggio socio-economico (indice più elevato) in base alle condizioni di vita complessive della comunità.

ASSISTENZA PRIMARIA

Cambiare la retribuzione dei Mmg per rafforzare il gatekeeping

Cambiare lo schema di retribuzione dei Mmg e Ps, per incentivare i medici di base ad assumere con più convinzione il ruolo di "filtro" per l'accesso alla rimborsabilità dell'assistenza (gatekeeping). È infatti questo, secondo il Ceis, il tallone d'Achille dell'assistenza primaria. In Italia, nel 2005, sono state effettuate in media 3.471 visite ogni 1.000 abitanti: il valore più alto si è registrato in Calabria con un quoziente pari a 5.549; di contro il valore minimo è stato raggiunto dalla Valle d'Aosta con un quoziente di 2.224. Di fronte alle significative differenze rilevate, lo studio ha analizzato il rapporto fra attività della medicina di famiglia da un lato e ricorsi al pronto soccorso (Ps) e prescrizioni farmaceutiche (numero ricette) dall'altro. Dall'analisi dei dati emerge come «l'attività prescrittiva assuma un ruolo fondamentale e forse sproporzionato».

Di contro la frequenza delle visite generiche

non basta a ridurre il ricorso inappropriato al Ps. Come intervenire? Secondo i ricercatori, la remunerazione del Mmg potrebbe certamente essere conservata in forma di quota capitaria (parte fissa), purché articolata in modo da premiare sia il carico di lavoro effettivo (quindi per fascia di età degli assistiti), sia la qualità della presa in carico (parte variabile), secondo una logica di pay per performance, prendendo spunto dal modello inglese. Dove accanto alla quota fissa, è previsto l'uso di un sistema di indicatori, il "Quality and outcomes framework" (Qof) e dal 2003 sono stati introdotti i "servizi aggiuntivi". Ogni general practitioner è infatti tenuto a erogare i servizi essenziali, come gli altri medici, ma può anche singolarmente contrattare con la propria Asl di riferimento l'offerta di altri servizi utili alla popolazione, come la cura dei tossicodipendenti o la cura dei senzatetto.

NON AUTOSUFFICIENZA

Non è solo una questione di budget: vanno applicati i Liveas

Un importo complessivo pari a 30 miliardi di euro è destinato in Italia al sistema di assistenza per la non autosufficienza. Un impiego di risorse significativo, in linea con gli altri Paesi Ue, ma che non consente al nostro Paese di garantire una completa e reale tutela dei soggetti non autosufficienti, in particolare dei soggetti con le disabilità più complesse e degli anziani, come avviene in gran parte dei Paesi europei.

Nel Nord Europa i servizi domiciliari raggiungono fino al 13% degli anziani. In Germania, sostenuto da un'assicurazione pubblica obbligatoria, si è registrato un forte incremento di assistenza domiciliare: ne usufruisce quasi il 10% della popolazione anziana, il doppio della media delle Regioni italiane. Con positive ricadute anche in termini di occupazione.

Il problema fondamentale, rilevato in Italia dal Ceis, è la frammentazione degli interventi, che

passa dall'assenza di una definizione dei requisiti della «non autosufficienza» - con la conseguente disomogeneità di azioni tra le diverse amministrazioni regionali - e soprattutto dalla mancata definizione dei Liveas (Livelli essenziali di assistenza sociale). Dall'analisi delle diverse esperienze regionali emerge infatti, si legge nel rapporto, che se non si rispettano «regole generali» si rischia di vanificare o addirittura di alterare il risultato dell'integrazione, ma soprattutto di non rispondere in modo appropriato alla domanda del cittadino.

Per quanto riguarda il finanziamento delle spese dei servizi per i non autosufficienti, sarebbe auspicabile, secondo il Ceis, un modello misto, che preveda la partecipazione sia dei soggetti che delle autorità competenti. A tal proposito il meccanismo dei voucher sarebbe da privilegiarsi, considerata la caratteristica «intermedia» dei bisogni della non autosufficienza.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Quando eliminare i posti letto non basta

Non basta applicare la logica dei tagli dei posti letto. La programmazione, pur imprescindibile per il governo del sistema dell'assistenza ospedaliera, diventa inefficace se non viene accompagnata da una corretta definizione degli obiettivi da perseguire e non tiene conto degli elementi di domanda che caratterizzano il sistema sanitario. Nel corso dell'ultimo decennio la riduzione dei posti letto è stata significativa: i pl per abitante sono passati da 5,1 ogni 1.000 abitanti nel 2000, a 4,2 nel 2009. Valore decisamente inferiore rispetto alla media dei Paesi Ocde, che per il 2009 è pari a 5,2 per 1.000. L'analisi ha evidenziato inoltre come la programmazione dell'offerta fondata su indici nazionali possa essere distortiva, in quanto ogni Regione è caratterizzata da dinamiche differenti. Un esempio significativo è rappresentato dall'Emilia Romagna, che ha in realtà un eccesso di offerta di posti letto rispetto alla sua popolazione, compensato dalla componente di mobilità attiva; discorso inverso, invece, potrebbe essere effettuato per Regioni come la Calabria e la Campania che mostrerebbero un eccesso di utilizzazione dei posti letto qualora si riducesse la forte mobilità passiva.

«Nella sostanza - conclude il Rapporto Ceis - la mancanza di regole comuni e ben definite non garantisce risposte omogenee in termini di tutela della salute dei cittadini».

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Medicine, i costi sono già sul filo di lana

Il prezzo medio dei farmaci in Italia è al di sotto di quello nei Paesi affini; tale scarto si mantiene anche malgrado un maggiore consumo. Considerando anche il fattore demografico, si giunge a un gap che sfiorerebbe il 40 per cento. Il settore si presta infatti a interventi di politica sanitaria tipicamente di carattere amministrativo, quali i tagli unilaterali dei prezzi di rimborso, o i ritardi nel riconoscimento della rimborsabilità dei nuovi farmaci; e storicamente questa facilità di intervento ha messo sempre il settore al centro delle manovre di razionalizzazione della spesa sanitaria. Da ultimo le manovre del Dl 98/2011 e le prospettive di inasprimento dei ticket fanno ritenere che malgrado le ripetute assicurazioni il settore non sia definitivamente al riparo da ulteriori interventi di tipo restrittivo. D'altra parte, nel frattempo, si osservano segni di deterioramento del tessuto industriale nel campo farmaceutico in Italia. «Si deve quindi ben ponderare - conclude il Ceis - la qualità delle prossime manovre, per evitare che gli eventuali risparmi non siano travalicati da perdite in occupazione e possibilità di sviluppo», senza poi contare l'accesso dell'innovazione al mercato.

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Gli effetti della carenza di informazioni

Sul sistema dell'assistenza specialistica ambulatoriale pesano gravi carenze informative. La mancanza di dati su alcuni aspetti fondamentali, quali l'utilizzo e il costo della specialistica erogata nelle strutture pubbliche ospedaliere, congiuntamente all'assenza di una governance e di una «strategia centrale» sia sulle prestazioni erogabili, sia sulle politiche tariffarie, ma anche sulle misure di compartecipazione, hanno determinato diverse problematiche:

- una modifica della tipologia di prestazioni erogabili diversa da Regione a Regione, con evidenti ripercussioni sul piano dell'equità;
- una scarsa capacità di verifica che la delega concessa alle Regioni sulle prestazioni erogabili e relative tariffe conduca alla realizzazione di modelli sia efficienti che appropriati;
- una oggettiva difficoltà nel determinare le compensazioni inter-regionali;
- un probabile «slittamento» di una parte della domanda verso il mercato privato.

LA MANOVRA

Tutti contro i nuovi tagli

Spending review, ticket, farmaci: Governo in trincea

Ultimi giorni prima che siano formalizzati i risparmi della spending review, che per la Sanità prevede tagli di 1-1,5 miliardi. Ed è ormai prossima la scadenza del 30 giugno in cui oltre all'addio all'intramoenia allargata dei medici Ssn (per la quale però è in vista un Dl di proroga che conterrà anche altre misure in materia sanitaria) scatta l'applicazione della legge 111/2011 con tagli pesanti alle imprese per il ripiano della far-

maceutica ospedaliera. E le Regioni in testa, per le quali ancora non ci sono spiragli sul riparto del fondo 2012, seguite dalle imprese che chiedono un rinvio dell'applicazione della manovra, fino ai sindacati che hanno organizzato un «Sanità day» in difesa del servizio sanitario pubblico, tutti sono contro i tagli, mentre il Governo deve stringere i tempi sulle decisioni.

A PAG. 8

Giornate decisive per la scelta delle misure di risparmio legate alla spending review

Manovra, Governo in trincea

Regioni, imprese, personale: fronte aperto contro i tagli ai fondi del Ssn

Ultime battute questa settimana per decidere i risparmi legati alla spending review e Governo in trincea, sotto attacco delle categorie sulle possibili previsioni di tagli.

Il pezzo forte del decreto atteso entro il 28 giugno dovrebbe essere il risparmio previsto di almeno 5 miliardi dal piano Bondi sulle forniture della Pa. A questa partita la Sanità contribuirebbe con almeno 1 miliardo da ricavare, con gli strumenti Consip, nel bacino delle spese non sanitarie. Una voce con qualche margine di manovra, come hanno indicato diversi studi (Il Sole-24 Ore Sanità, Farmindustria-Ceis Tor Vergata, Ageing society): telefonia, pasti, lavanderia, riscaldamento, smaltimento rifiuti e così via consentirebbero se razionalizzati riduzioni di spesa anche del 55 per cento.

Ma la preoccupazione che non ci si limiti a mettere mano solo a voci di spesa che non incidono sull'assistenza è fortissima in tutte le categorie coinvolte.

In prima linea restano le Regioni. Il riparto dei 108 miliardi del fondo sanitario 2012 sono ancora al palo e dall'Economia per ora non si hanno segnali di apertura. Tant'è che dell'intesa non c'è traccia nemmeno nell'ordine del giorno della Stato-Regioni previsto questa settimana (giovedì 21). La preoccupazione dei governatori è di ricevere una doccia fredda analoga a quella del fondo 2011, quando il fatto di non aver rinnovato la copertura dei ticket sulla specialistica e il blocco dei contratti hanno portato a una revisione unilaterale al ribasso da parte

del Governo del fondo di oltre un miliardo. E così, temono le Regioni, il fondo 2012 potrebbe arrivare già decurtato, facendo riferimento a risparmi tutti da trovare e comunque non certo immediati.

Altro capitolo aperto è quello dell'applicazione delle manovre già approvate. C'è la partita dei ticket da 2 miliardi (si veda pezzo a fianco) su cui il **ministro della Salute** assicura equità e nessun balzo in avanti con scelte unilaterali. E c'è la richiesta di deroga (a fine ottobre, come per il Patto sulla salute) delle imprese del farmaco alla manovra (legge 111/2011) che deve essere applicata entro fine giugno e che comporterebbe un ulteriore onere di ripiano della spesa farmaceutica ospedaliera del 35% a carico delle industrie. Il **ministro Balduzzi** è cauto, ma le imprese potrebbero essere ascoltate.

In questo scenario è anche atteso a giorni un decreto legge in materia sanitaria, che partendo dalla necessità di un rinvio della scadenza del termine al 30 giugno per la libera professione intramoenia allargata dei medici - che la prossima settimana hanno organizzato il «Sanità day» in tutta Italia in difesa della Sanità pubblica e contro i tagli - potrebbe contenere anche altre novità, dalla proroga chiesta dalle industrie del farmaco ai correttivi sulle liberalizzazioni per le farmacie.

Red.San.

Balduzzi: «Niente ticket nel 2013, è una riforma che va fatta con equità»

In clima di spending review e di tagli alla sanità è scoppiato la scorsa settimana l'affaire ticket: da una riunione preliminare tra Salute, parlamentari ed esponenti regionali è scoppiata una polemica secondo cui il ministero avrebbe allo studio un'ipotesi di nuovi ticket per 5 miliardi da quest'anno al 2014 con una franchigia fino al 9 per mille del reddito o con sei scaglioni di reddito e relativi ticket modulati. Col risultato di far pagare un ricovero fino a 200 euro.

«Con me non ci sarà nessun nuovo ticket, né ora né nel 2013. E qualsiasi intervento dal 2014, dovendo applicare la manovra socialmente e politicamente insostenibile del precedente Governo, dovrà essere equo e omogeneo. Senza alcun massacro», ha replicato il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, in un'intervista a «Il Sole-24 Ore». E ha precisato: «Non c'è nulla di vero, non c'è alcuna ipotesi del ministero. Qualcuno pensa di soffiare sul fuoco e di fare speculazioni politiche».

Precisa Balduzzi sulle indiscrezioni post-riunione: «Quell'ipotesi era stata fatta dal ministero col precedente Governo per vedere come applicare la sua manovra di luglio. Io l'ho scartata dall'inizio del mio mandato. E come tale è stata presentata alla riunione per spiegarne gli effetti devastanti. Ma qualcuno non ha capito o ha finto di non capire...».

Il problema resta tuttavia quello della scelta possibile tra cancellare i 2 miliardi di ticket o addirittura anticipare l'intervento. «Escludo qualsiasi anticipo. Ma è difficile che i contenuti economici di quella manovra possano essere assorbiti da altre ipotesi - ha affermato Balduzzi -. Si deve arrivare allo stesso risultato per strade diverse. Con un sistema equo, trasparente e omogeneo, qualità carenti attualmente. Per questo ho avvia-

to una discussione. Come ho sempre detto, c'è anche l'ipotesi della franchigia. Che è tutta da studiare».

Ticket o non ticket comunque l'Economia chiede risparmi dalla sanità. E con la spending review è pronta ad alzare la posta. Non a caso ha bloccato il riparto dei 108 miliardi per il 2012 e di altri 1,5 miliardi degli "obiettivi di piano". «Allo stato attuale posso dire soltanto che la sanità come sempre farà la sua parte. Ne stiamo discutendo. Con quali strumenti e per quanto, è presto per dirlo. La decisione credo che arriverà tra una decina di giorni».

Eppure si parla di un taglio da 1-1,5 miliardi per la sanità. «Io oggi non posso né confermare, né smentire», afferma il ministro. Ma la spending review taglierà i servizi alla gente o inciderà sulla qualità della (cattiva) spesa? «Lo sforzo è di rivedere la qualità della spesa senza gravare sugli assistiti e senza razionamento delle presta-

zioni», auspica Balduzzi.

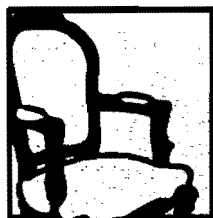
E il ministro spiega: «Si può ragionare in tante direzioni. Ad esempio riscontriamo anche all'interno di una stessa Regione grandi scostamenti per i servizi di mensa o di lavanderia. Come negli acquisti di alcuni beni, in particolare i dispositivi medici. Su questi acquisti, su eventuali contratti a scadenza esageratamente lunga, si può intervenire».

C'è infine la manovra sui farmaci prevista dal 2013, ma su cui i produttori temono un'anticipazione. Balduzzi frena: «In astratto è possibile, ma in concreto è difficile, anche perché inciderebbe in corso d'anno sulla programmazione industriale. Adesso si tratta solo di capire come graduare la spesa farmaceutica tra territorio e ospedale».

Red.San.

▼ **Privacy: regolamento sui dati per Asl e ospedali**

Regioni e Asl avranno presto un nuovo regolamento per il trattamento dei dati con il via libera al nuovo testo che ha incassato il sì dei governatori. (Servizio a pag. 10)



Parere favorevole dei governatori all'adozione del nuovo regolamento nel settore sanitario

La privacy di Regioni e Asl

Verifiche periodiche del titolare dei dati - Chiariti tutti gli ambiti di azione

Regioni (ed enti collegati), Asl e ospedali avranno presto un nuovo regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. È arrivato dalle Regioni il via libera al nuovo testo messo a punto per adeguare le regole che discendono dalla legge 196/2003 (privacy) con le modifiche legislative via via intervenute.

Il nuovo regolamento indica una lunga lista di competenze (v. tabelle a fianco) per Regioni, enti e agenzie regionali, degli enti controllati e vigilati dalla Regione e per Asl, aziende ospedaliere, Irccs, aziende universitarie di qualsiasi tipo e natura che operano nel Ssn.

Il regolamento prevede una serie di schede da compilare per il trattamento dei dati che devono prevedere alcuni punti fermi.

Il primo è cosa si intende per "trattamento". La denominazione deve individuare categorie omogenee di attività abbastanza ampie, in grado di poter includere nella stessa scheda i trattamenti che riguardano tutte le fasi relative a quella specifica attività (es. instaurazione e gestione del rapporto di lavoro del personale).

Il trattamento deve avere finalità di rilevante interesse pubblico. La finalità deve essere compresa tra quelle individuate dal Dlgs 196/03 (scopi storici, statistici scientifici), oppure espressamente dichiarata "di rilevante interesse pubblico" dalla legge di riferimento o da un provvedimento del Garante. I soggetti pubblici, ricorda il provvedimento, possono trattare solo i dati sensibili e giudiziari indispensabili alle attività istituzionali che non possono essere adempiute, caso per caso, con il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa.

Il titolare deve verificare periodicamente la loro "pertinenza", "completezza", "non eccedenza" e "indispensabilità" rispetto agli obiettivi che hanno i singoli casi, riferendosi anche ai dati che l'interessato fornisce di propria iniziativa. I dati di troppo, non pertinenti o non indispensabili, anche se acquisiti in modo occasionale o spontanei o desumibili indirettamente da altre informazioni trattate legittimamente (ad esempio dai dati anagrafici), non possono essere utilizzati, tranne che per la eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

Procedure particolari se la rilevazione

Le operazioni eseguite col trattamento dei dati sono standard o particolari.

Tra le operazioni standard rientrano la raccolta del dato, la registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modi-

è informatizzata

ficazione, selezione, estrazione, utilizzo, blocco, accesso, distruzione del dato.

Nella seconda categoria - operazioni particolari - rientrano invece l'interconnessione e il raffronto con altri trattamenti o archivi, sia dello stesso Ente sia di altri soggetti, e la comunicazione e la diffusione del dato.

Nel Regolamento sono individuati solo l'interconnessione e il raffronto con altre banche dati relative sempre a dati sensibili e giudiziari.

L'interconnessione e il raffronto sono ammessi solo se previsti da una espressa disposizione di legge e quindi se nella scheda è indicata l'operazione di interconnessione o raffronto con dati sensibili e giudiziari contenuti in una banca dati di un altro titolare, è necessario indicare la norma di legge che prevede l'operazione. Se invece il raffronto è tra archivi di dati sensibili e giudiziari dello stesso titolare è necessario specificare quali trattamenti/archivi vengono raffrontati o interconnessi e fornire una adeguata motivazione adeguata e nel caso i dati debbano essere comunicati è necessario anche indicare i soggetti destinatari.

Sarà inoltre necessario specificare se le operazioni eseguite sul tipo di dato sono effettuate con procedure informatizzate e quindi contenute su supporti informatici oppure con attività manuale e quindi contenute solo su supporti cartacei. In questo caso infatti la legge prevede un trattamento con tecniche di cifratura o con l'utilizzo di codici identificativi o altre soluzioni che li rendono "temporaneamente" non leggibili anche a chi è autorizzato ad accedervi e permettono di identificare gli interessati solo in caso di necessità.

Nella descrizione del trattamento e del flusso informativo, infine sarà necessario specificare i contenuti della denominazione del trattamento o descrivere sinteticamente tutte le varie fasi relative a quel determinato trattamento. Questa voce, spiega il documento, riepilogativo di tutta la scheda e ha lo scopo di dare al cittadino un'informazione più immediata sul percorso che il suo dato segue dopo che l'amministrazione ne è venuta in possesso.

P.D.B.

Competenza Aziende Sanitarie Locali

- Tutela dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di vita e di lavoro
- Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse e delle tossinfezioni alimentari
- Attività amministrative e certificatorie correlate alle vaccinazioni e alla verifica assolvimento obbligo vaccinale
- Attività amministrative correlate ai programmi di diagnosi precoce
- Attività fisica e sportiva
- Attività di assistenza socio-sanitaria a favore di fasce deboli di popolazione e di soggetti in regime di detenzione
- Medicina di base - pediatria di libera scelta - continuità assistenziale (guardia medica notturna e festiva, guardia turistica)
- Assistenza sanitaria di base: riconoscimento del diritto all'esenzione per patologia/invalidità/reddito e gestione archivio esenti
- Assistenza sanitaria di base: assistenza sanitaria in forma indiretta
- Cure all'estero urgenti e programmate
- Assistenza sanitaria di base: assistenza agli stranieri in Italia (particolari categorie)
- Assistenza integrativa
- Assistenza protesica
- Assistenza domiciliare programmata e integrata
- Attività amministrative correlate all'assistenza a soggetti non autosufficienti, a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale e a malati terminali nei regimi residenziale, semiresidenziale ambulatoriale (ex articolo 26 della legge 833/1978) e domiciliare
- Assistenza termale
- Attività amministrativa, programmatoria, gestionale e di valutazione relativa all'assistenza ospedaliera in regime di ricovero
- Attività amministrativa, programmatoria, gestionale e di valutazione concernente l'attività immuno-trasfusionale
- Attività amministrativa, programmatoria gestionale e di valutazione concernente la donazione, il trapianto di organi, tessuti e cellule
- Soccorso sanitario di emergenza/urgenza sistema "118". Assistenza sanitaria di emergenza
- Attività amministrative correlate ad assistenza specialistica, ambulatoriale e riabilitazione
- Promozione e tutela della salute mentale
- Attività amministrative correlate alle dipendenze (tossicodipendenze e alcool dipendenze)
- Assistenza socio-sanitaria per la tutela della salute materno-infantile ed esiti della gravidanza
- Attività amministrative correlate all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera
- Sperimentazione clinica
- Farmacovigilanza e rilevazione reazioni avverse a vaccini e farmaci
- Attività amministrative correlate all'erogazione a totale carico del servizio sanitario nazionale, qualora non vi sia alternativa terapeutica valida, di medicinali inseriti in apposito elenco predisposto dall'Agenzia italiana del Farmaco
- Attività amministrative correlate all'assistenza a favore delle categorie protette (morbo di Hansen)
- Attività amministrativa programmatoria, gestionale e di valutazione concernente l'assistenza ai nefropatici cronici in trattamento dialitico
- Attività medico-legale inerente l'istruttoria delle richieste di indennizzo per danni da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati
- Attività medico-legale inerente gli accertamenti finalizzati al sostegno delle persone con disabilità (riconoscimento dello stato di invalidità, cecità e sordità civili, della condizione di handicap ai sensi della legge 104/1992, accertamenti per il collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità ai sensi della legge 68/1999)
- Attività medico-legale inerente l'accertamento dell'idoneità in ambito di diritto al lavoro (assunzione nel pubblico impiego: idoneità allo svolgimento di attività lavorative; controllo dello stato di malattia di dipendenti pubblici e privati; accertamenti sanitari di

assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni comportanti particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi)

- Attività medico-legale inerente all'accertamento dell'idoneità al porto d'armi, ai fini della sicurezza sociale
- Attività medico-legale inerente l'accertamento dell'idoneità alla guida, ai fini della sicurezza sociale
- Consulenze e pareri medico-legali in tema di riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio
- Consulenze e pareri medico-legali in tema di ipotesi di responsabilità professionale sanitaria, di supporto all'attività di gestione del rischio clinico, informazione e consenso ai trattamenti sanitari e consulenze e pareri in materia di bioetica
- Attività medico-legale in ambito necroscopico
- Attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria
- Attività amministrative correlate alla gestione e verifica sull'attività delegata a soggetti accreditati o convenzionati del Ssn

Competenza Regioni - enti (anche controllati e vigilati)

- Nomine e designazioni da parte della Regione, delle Aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli altri enti vigilati e controllati dalla Regione
- Instaurazione e gestione del rapporto di lavoro del personale inserito a vario titolo presso l'ente regionale, le aziende sanitarie, gli enti e le agenzie regionali e gli altri enti vigilati e controllati dalla Regione, compreso il collocamento obbligatorio e assicurazioni integrative
- Attività sanzionatoria e di tutela amministrativa e giudiziaria riguardante l'ente regionale, le aziende sanitarie, gli enti e le agenzie regionali e gli altri enti vigilati e controllati dalla Regione
- Attività correlate alla mediazione obbligatoria finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali riguardante l'ente regionale, le aziende sanitarie, gli enti e le agenzie regionali e gli altri enti vigilati e controllati dalla Regione
- Attività amministrative correlate a: a) anagrafe patrimoniale dei titolari di cariche elettive, di cariche direttive e di incarichi dirigenziali; b) gestione economica, fiscale e previdenziale delle indennità, degli assegni vitalizi e delle reversibilità dei consiglieri, ex consiglieri e assessori regionali/provinciali
- Assicurazione per i dipendenti da infortunio o infermità, sui rischi di morte, invalidità permanente o temporanea, e assicurazione invalidità dei consiglieri, assessori, dipendenti e collaboratori regionali e dei consiglieri degli enti strumentali in carica
- Attività ispettiva
- Attività in materia di tributi regionali
- Attività amministrative relative a concessioni, autorizzazioni, iscrizioni, agevolazioni, finanziamenti e altri benefici a persone fisiche e giuridiche e a organizzazioni sociali, da parte della Regione, degli enti e agenzie regionali, degli altri enti vigilati e controllati dalla Regione
- Attività amministrative correlate al diritto al lavoro dei disabili (collocamento obbligatorio), all'incontro domanda-offerta di lavoro, alla banca dati regionale agevolazioni per le assunzioni
- Gestione dei dati relativi ai partecipanti a corsi e attività formative
- Attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria
- Attività amministrative correlate all'assistenza socio-sanitaria a favore di fasce deboli di popolazione e di soggetti in regime di detenzione
- Tutela dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di vita e di lavoro
- Profili generali delle malattie infettive e diffuse
- Attività amministrative e correlate all'attività trasfusionale e all'indennizzo per danni da trasfusione, da somministrazione di emoderivati, e da vaccinazioni obbligatorie.
- Attività amministrative correlate alle cure all'estero (urgenti e programmate)
- Attività amministrative correlate all'assistenza integrativa (fornitura di prodotti dietetici e di presidi sanitari a categorie particolari)
- Attività amministrative correlate a prestazioni sanitarie ad alta specializzazione a stranieri extracomunitari per ragioni umanitarie

- Attività amministrative correlate all'assistenza extraospedaliera in regime residenziale e semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare erogata a soggetti non autosufficienti, ai disabili fisici, psichici e sensoriali e a malati terminali
- Attività amministrative correlate all'assistenza termale
- Attività amministrative correlate all'assistenza ospedaliera in regime di ricovero
- Attività amministrative, programmatiche, gestionali e di valutazione correlate ai trapianti
- Attività amministrative correlate all'assistenza sanitaria di emergenza
- Attività amministrative correlate all'assistenza specialistica in regime ambulatoriale
- Attività amm.va correlate alla promozione e tutela della salute mentale
- Attività amministrative correlate alla tutela della salute materno-infantile
- Attività amministrative correlate all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera
- Farmacovigilanza e rilevazione reazioni avverse a vaccini e farmaci
- Attività amministrative correlate all'assistenza a favore delle categorie protette (morbo di Hansen)
- Trattamenti per scopi scientifici
- Trattamenti non ricompresi nel Psn per scopi statistici effettuati da soggetti Sistan (ufficio di statistica della Regione)
- Attività di pianificazione e gestione delle situazioni di emergenza di protezione civile
- Attività amm.va correlata alla difesa civica regionale e provinciale
- Strumenti di democrazia diretta (iniziativa legislativa popolare, petizioni e referendum)
- Attività politica, di indirizzo e di controllo - sindacato ispettivo
- Verifica elettorato passivo e requisiti per l'esercizio del mandato
- Riconoscimento inabilità permanente al lavoro degli eletti alla carica di Consigliere regionale
- Documentazione dell'attività della Giunta regionale e degli organi di altri enti pubblici regionali o vigilati dalla Regione
- Insindacabilità dei Consiglieri regionali
- Attività del Comitato regionale per le comunicazioni

Sub commissari, generali senza poteri

DI FRANCESCO LONGO

Il deficit del Ssn è concentrato in relativamente poche Regioni, considerando che da sole Lazio e Campania ne determinano più del 55% (nel periodo 2001-2010, sul totale di 38 miliardi di disavanzo cumulato del Ssn, 8 miliardi sono stati generati dalla Campania e 13 miliardi dal Lazio, per un totale di 21 miliardi di deficit, in due sole Regioni). Nei casi gravi scatta l'obbligo del piano di rientro e in quelli compromessi lo Stato interviene con il commissariamento.

L'esito delle azioni di governo sulle Regioni in maggiore deficit sanitario è determinante per la sostenibilità dell'intero Ssn per due ordini di motivi:

- se tutte le Regioni fossero in equilibrio sostanziale, buona parte delle azioni di razionalizzazione imposte a tutto il Ssn potrebbero essere molto più contenute, avendo già raggiunto gli equilibri di spesa che lo Stato è in grado di sostenere per la Sanità;

- il pesante deficit storico accumulato dalle Regioni con maggiori disavanzi mina l'intero equilibrio di medio periodo non solo di queste Regioni, ma dell'intero Ssn;

- questi deficit così imponenti contribuiscono in maniera decisiva ad acuire la crisi di cassa del Ssn e i rilevanti ritardi ai fornitori che ne conseguono.

Pertanto le azioni di sistema che si intraprendono nelle Regioni con i maggiori deficit hanno ripercussioni rilevanti su tutte le Regioni e sul Ssn complessivo.

L'attuale governance della procedura di commissariamento è efficace per sanare queste Regioni e contribuire alla sostenibilità del Ssn? Analizziamone gli elementi fondamentali.

1. Il commissario della Regione è il suo presidente (!), cioè colui/colei che dovrebbe essere commissariato/a. Il rationale di questa scelta è l'impossibilità politica di togliere in maniera esplicita prerogative di governo alle Regioni, a pochi anni dal

loro empowerment istituzionale, alla luce del processo di decentramento in corso. Questa opzione estetica potrebbe essere tollerata, se il resto del sistema governance sottostante funzionasse e se davvero il commissario non avesse 'de facto' più voce in materia di Sanità, in quanto delegato effettivamente al sub commissario.

2. Il Governo nomina un sub commissario con pieni poteri sulla Sanità.

In alcuni casi sono stati nominati addirittura 2 subcommissari, per necessità di equilibri politici, di norma uno più espressione del Centro e uno della Regione. È di tutta evidenza che un sistema di potere bicefalo, soprattutto se espressione di interessi divergenti, non funziona.

Il sub commissario ha potere sulla Sanità e sulle aziende sanitarie, ma non sul suo assessorato, che essendo parte della Regione, è al di fuori del perimetro della sua delega. Il personale dell'assessorato risponde al commissario/presidente. Il sub commissario è un generale in guerra, le cui truppe rispondono agli ordini di altri.

3. I direttori generali delle Aul e delle aziende ospedaliere vengono nominati dal presidente e quindi non hanno una relazione di afferenza al sub commissario, che si trova quindi un'altra volta con le armi di influenza spuntate.

Il sub commissario viene percepito come autorità esterna, il cui ruolo viene minimizzato dal personale dell'assessorato e dai direttori generali delle aziende, risultando ancora forte il richiamo del presidente/commissario.

4. Il tempo ragionevole del mandato di un sub commissario chiamato a risanare la situazione di Regioni in difficoltà deve essere di almeno 4-5 anni, per vedere i primi ragionevoli frutti. Non esiste una compiuta statistica sulla "speranza di vita" del mandato dei sub commissari, ma nessuno ha superato i due anni, quindi nessuno ha raggiunto un tempo di lavoro sufficiente per poter sperare in qualche risultato robusto e duraturo.

Non è sicuramente necessario commissariare le Regioni in difficoltà per risanarle, come ha dimostrato l'esperienza siciliana, dove sono risultati determinanti il commitment interno, l'incentivo esterno garantito dalla necessità di rispettare il piano di rientro e la presenza di advisor di livello (pubblici e privati). Ma laddove una o più di queste condizioni dovessero mancare e davvero si ravvisasse la necessità di commissariare le Regioni, questo dovrà avvenire con formula "piena" e non "annacquata". In particolare è necessario rispettare le seguenti regole fondamentali di governance:

1. il commissario è uno solo e persona capace nominata dal Governo centrale a cui risponde. Può rimanere la finzione del presidente della Regione come commissario, con la nomina di un sub-commissario, solo se nei fatti è il secondo a poter esercitare in esclusiva le prerogative di governo;

2. il sub-commissario deve avere potere sia sulla Sanità, sia sull'assessorato, ovvero determinare la carriera e le retribuzioni dei dipendenti dei suoi uffici;

3. il sub-commissario deve poter nominare e revocare in piena autonomia i direttori generali delle aziende Aul e ospedaliere, in base alle normative vigenti;

4. il mandato del sub commissario deve durare almeno 4-5 anni e il Governo deve garantire sulla sua stabilità, soprattutto nel momento in cui assume scelte impopolari e politicamente difficili. Per sottolineare l'investitura del ruolo servono contratti e retribuzioni di prestigio.

Siamo in grado di determinare assetti di governance robusti ed efficaci per il risanamento come quelli qui delineati, o aspettiamo invano l'esito miracolistico delle e-mail che i cittadini mandano per segnalare le inefficienze?

Il Ssn non può essere l'isola del tesoro dei tagliatori di deficit

Le risorse economiche sono scarse, la crisi preme sui budget delle famiglie. Come allocare fondi sempre più esigui nel modo più adatto a soddisfare le esigenze di salute delle persone? È fondamentale questa la domanda a cui il **Rapporto della Fondazione Smith Kline** si propone di offrire un ventaglio di possibili risposte. Ci sono tre vie per ridurre i costi (e ogni modo comporta svantaggi per qualcuno): agire sulla quantità di servizi; incidere sul rapporto fra la quantità di risorse e la quantità di servizi; aggredire i prezzi delle risorse. Le sfide che attendono il Ssn sono molteplici: invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, presenza di multimorbilità, costi connessi alla disponibilità di nuove tecnologie per la diagnosi, cura e riabilitazione. Sfide che dovranno essere affrontate agendo innanzitutto sul fronte del recupero delle inefficienze e delle inappropriatozze, che caratterizzano in ma-

niera marcata alcune regioni più di altre. Ma anche sulla riduzione della domanda. Insomma incidere sul consumismo sanitario senza compromettere il diritto alla salute. Salute intesa non solo come «assenza di malattia» ma come la risultante di eventi multifattoriali che abbracciano il corpo, la mente, la società e l'ambiente, in una stretta rete di interdipendenze.

Una strategia più complessa, quindi, che non interviene solo sull'assistenza sanitaria. Intanto però la coperta dei finanziamenti si restringe e lavorare sull'economicità delle prestazioni, oltre che sull'appropriatezza e sulla lotta a sprechi e illegalità, è ormai un obbligo. Ticket o franchigia? Il rapporto suggerisce un giusto mix. «Se il sistema dei ticket è associato a un sistema di franchigia - spiegano gli esperti - si eliminerebbe la necessità della gestione costosa e problematica delle esenzioni e si garantirebbe anche maggior equità al sistema; naturalmente la franchigia

dovrà anche in questo caso esser proporzionale alle capacità contributive dei soggetti o del loro nucleo familiare».

D'altro canto, in questa congiuntura il Ssn rischia di diventare «l'isola del tesoro dei tagliatori di deficit pubblico in quanto unisce a grandi dimensioni ed elevata dinamicità endogena l'immediatezza di elevati ritorni a scarsa visibilità politica». Attingere a piene mani dalla sanità pubblica è infatti troppo facile, ma i decisori politici non devono dimenticare la funzione di «cuscinetto» che il Ssn, come elemento fondamentale del welfare, è chiamato a svolgere nel corso di una crisi grave come questa che stiamo attraversando, puntellando la coesione sociale e «contribuendo a prevenire il collasso delle istituzioni».

Ro.M.

Orario dei medici, messa in mora Ue: l'Italia rispetti la normativa europea

Messa in mora dell'Italia da parte della Commissione europea sull'esclusione dei medici dirigenti del Servizio sanitario nazionale dalle tutele della direttiva quadro sull'orario di lavoro, conosciuta come «direttiva sulle 48 ore». La risposta all'Ue dovrebbe arrivare entro il 29 giugno. (Servizio a pag. 16)

Messa in mora dell'Italia sull'esclusione dei camici bianchi dalla direttiva 2003/88

Medici, scure Ue sull'orario

Tetto di 48 ore settimanali nel contratto – Risposta entro il 29 giugno

Scure Ue sulla regolamentazione dell'orario di lavoro dei medici ospedalieri del servizio sanitario nazionale. È del 26 aprile scorso infatti la decisione di Bruxelles n. 2011/4185 «relativa all'esclusione del personale medico da alcuni diritti previsti dalla direttiva 2003/88/CE» con una messa in mora formalizzata da una lettera inviata a Roma e già ricevuta dalle Politiche comunitarie in cui si chiedono chiarimenti sulla normativa italiana. L'Italia avrà tempo fino al 29 giugno per rispondere alla richiesta di Bruxelles.

La questione, sollevata da Anaao attraverso l'europea Fems, ruota attorno alla direttiva sulle 48 ore. Si tratta di una norma quadro della Ue che ha stabilito paletti e tutele nei confronti di tutti i lavoratori dei Ventisette e quindi anche dei medici degli ospedali pubblici. In particolare la vicenda italiana si incardina su due articoli del decreto legislativo 66/2003: l'articolo 4 e l'articolo 7 avevano infatti recepito le indicazioni europee in materia di limite massimo settimanale di 48 ore (straordinari compresi) e di riposo giornaliero (11 ore su 24). Peccato però che il governo abbia deciso l'esclusione del personale delle aree dirigenziali degli enti e delle Asl dall'ambito di intervento della norma a tutela di tutti gli altri lavoratori. Un'esclusione temperata dal rinvio della regolamentazione per questa categoria ai contratti collettivi.

L'esclusione dei medici, anche se limitatamente alla disciplina sui riposi giornalieri, fu inizialmente stabilita dalla Finanziaria 2008 che tagliava fuori la categoria dal raggio di azione dell'articolo 7 del Dlgs 66/2003 (riposi giornalieri).

A distanza di qualche mese è stata la volta della legge 133/2008 che ha allargato l'esclusione dei medici anche dalla "platea" dell'articolo 4, quello cioè che fissa il tetto massimo delle ore lavorate. L'articolo 41, comma 13 si prevede infatti che «al personale delle aree dirigenziali degli enti e delle aziende del servizio sanitario nazionale, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n.66».

È anche in questo caso, come nella Finanziaria 2008, si fa un preciso rimando al contratto di lavoro che «definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata e il pieno recupero delle energie psicofisiche».

«Con il risultato finale - spiega **Carlo Palermo**, coordinatore dei segretari regionali Anaao - che alla fine la tutela dei medici ospedalieri è finita in capo alle Regioni: e quindi oggi ci ritroviamo casi come quello

della Toscana in cui le tutele sono più che soddisfacenti e altre realtà invece dove la materia non è stata regolata secondo il dettato della Ue». Un pasticcio al quale l'Italia però dovrà adesso rispondere in sede comunitaria.

E che difficilmente potrà vertere sulle deroghe previste in sede comunitaria sulle 48 ore dal momento che l'articolo 17 della direttiva prevede speciali "salvacondotti" solo per quei dirigenti che godano di autonomia organizzativa e quindi, al limite, per i direttori di dipartimento o più su quelli generali. Non per i medici, classificati come dirigenti, ma a tutti gli effetti lavoratori dipendenti.

«Dopo anni in cui abbiamo sollevato il problema in sede comunitaria - dice **Enrico Reginato**, vicepresidente della Fems, la federazione europea dei medici specialisti e membro di Anaao - finalmente abbiamo ottenuto una prima risposta». La partita naturalmente è ancora aperta. Se le argomentazioni saranno ritenute sufficienti, la macchina comunitaria della procedura d'infrazione si bloccherà. In caso contrario si procederà con un parere motivato e un termine ultimo per porre rimedio all'inadempienza, scaduto il quale partirà il deferimento alla Corte di giustizia di Lussemburgo.

Flavia Landolfi

A PAG. 23

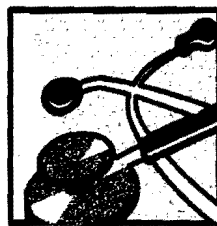
Previdenza

Il ministero del Lavoro detta le regole alle casse private per l'equilibrio a 50 anni

PREVIDENZA/ Istruzioni del ministero del Lavoro agli enti privati per la copertura a 50 anni

Casse: guida al salva-Italia

Misure 2012 "una tantum" - Inadempienti: scattano pro-rata e 1% di solidarietà



Il ministero del Lavoro ha dettato le prime indicazioni (nota n. 8472 del 22 maggio) riguardo a quanto previsto dalla legge Monti di fine 2011, in merito alle norme che riguardano i bilanci tecnici e la sostenibilità degli enti previdenziali privati. La prima considerazione, di evidente importanza anche per il futuro di queste Casse, fra cui l'Enpam, la previdenza dei medici, quella dei biologi e dei veterinari, è che il previsto Il bilancio tecnico a 50 anni è una verifica a carattere straordinario, una tantum per l'anno 2012.

Il famoso comma 24, dell'articolo 24, del Dl 201/2011 stabilisce, infatti, l'obbligo, per gli enti previdenziali privati, di adottare entro il 30 settembre 2012 misure volte ad assicurare l'equilibrio tra entrate contributive e spesa per pensioni, secondo bilanci tecnici riferiti a un arco di 50 anni. In mancanza, la "pena" è l'applicazione tout court, dal 1° gennaio 2012, del calcolo contributivo delle pensioni (pro-rata) nonché del contributo di solidarietà dell'1% sulle pensioni già erogate per il biennio 2012-2013.

In considerazione dell'approssimarsi della scadenza, il ministero ha dettato le linee operative per l'adempimento. In primo luogo, il ministero precisa, dunque, che l'obbligo consiste in «una verifica di carattere straordinario degli equilibri finanziari di lungo periodo»: una sorta di "tagliando di manu-

tenzione" che, a seconda dei casi, potrà produrre anche effetti permanenti, strutturati, per iniziative di riforma che eventualmente dovranno essere adottate dagli enti di previdenza. In secondo luogo, il ministero spiega che, ai fini della verifica, non essendo stata modificata la previgente disciplina sulla redazione dei bilanci tecnici, devono ritenersi confermati i criteri del decreto ministeriale del 29 novembre 2007, con la conseguenza che si potrà tener conto del valore dei rendimenti del patrimonio, aspetto su cui si sono battute le Casse professionali. In terzo luogo, in ordine all'arco temporale di riferimento, il ministero spiega che è necessario che i bilanci tecnici siano redatti su un periodo di 50 anni. Il quarto punto spiega che i parametri macroeconomici per gli scenari previsionali saranno vagliati da una Conferenza di servizi, non appena disponibili i dati di riferimento e, comunque, non oltre il prossimo mese di giugno. Ciò significa che le Casse non hanno ancora a disposizione i punti di riferimento generali e che, se le promesse saranno mantenute, avranno a disposizione tre mesi per i bilanci tecnici, forse da corredare anche con ipotesi di riforma. L'unico segnale di apertura sta nel fatto che la verifica tra entrate contributive e spesa per prestazioni pensionistiche terrà conto dell'andamento tendenziale del periodo: vale a dire sono am-

messi disavanzi annuali «di natura contingente e di durata limitata», che possono essere "coperti" attraverso i rendimenti annuali del patrimonio.

Al quinto punto, infatti, il ministero indica la misura del tasso di redditività del patrimonio stabilendola in 1% in termini reali, in considerazione dell'attuale situazione dei mercati finanziari. L'originario principio normativo del-

l'equilibrio di bilancio, spiega il ministero, sta nel Dlgs 509/1994 per cui tale equilibrio va assicurato «mediante adozione di provvedimenti coerenti alle indicazioni risultanti dal bilancio tecnico, da redigersi con periodicità almeno triennale».

Lo stesso decreto legislativo, inoltre, definisce le conseguenze dell'eventuale disavanzo economico-finanziario, stabilendo l'obbligo di assunzione dei provvedimenti necessari al riequilibrio della gestione ovvero, in caso di impossibilità di risanamento, la liquidazione dell'ente. Con la legge 296/2006, poi, è stato disposto che la stabilità delle gestioni debba essere ricondotta a un periodo non inferiore a 30 anni; mentre il decreto interministeriale Lavoro/Economia 29 novembre 2007 ha fissato i criteri per la redazione dei bilanci tecnici su un periodo di 50 anni.

Claudio Testuza

Emma Bonino: mancano i consultori e la cultura della contraccezione, stiamo tornando indietro

“Ma mezzo Paese ancora la ignora i medici obiettori il vero problema”

CATERINA PASOLINI

ROMA — «Sono contenta della sentenza, ma non avevo paura. La 194 è una buona legge, è una legge che rispetta la Costituzione, le donne. Che ha aiutato a cancellare migliaia di aborti, ad evitare il ripetersi di tragedie nascoste, di ragazze massacrate dalle mammane, uccise dagli aghi da calza, rese sterili in un Paese che vietava la contraccezione ma dove se avevi soldi e pagavi nelle cliniche l'aborto te lo facevano». Emma Bonino, storica militante del Partito radicale, simbolo delle battaglie per l'autodeterminazione delle donne, la maternità consapevole, parla con passione, tra soddisfazione e timori di un ritorno al passato.

La 194 è sempre più spesso sotto attacco?

«Sì, il vero problema però non sono gli attacchi palesi, ma lo svuotamento di senso nascosto con l'obiezione di coscienza, e il fatto che non è stata mai applica-

ta del tutto, che non si danno fondi per i consultori, che l'educazione alla contraccezione non la fa nessuno. Il vero problema è questo Paese».

Cosa ha l'Italia che non va?

«È rimasta ferma a venti, trent'anni fa per quanto riguarda i diritti civili, il diritto ad avere figli ed abortire, a sposarsi, e a morire in maniera dignitosa. Per questo non bisogna difendersi, bisogna attaccare: chiedere che diano la pillola ru486, la pillola del giorno dopo, chiedere tutti i nuovi diritti, con forza».

La 194 è ignorata?

«Sì, in molte Regioni è come se non ci fosse perché troppi medici sono obiettori e spesso non per motivi ideologici o di fede, ma per far carriera: perché, se fai gli aborti, primario rischi di non diventarlo mai».

Troppi falsi obiettori?

«Ormai obiettano tutti, anche chi come i farmacisti non ne ha il

diritto, e spesso per comodità. C'è un uso distorto di un principio sacrosanto visto che l'obiezione di coscienza, nata per chi non voleva fare il servizio militare, era un'assunzione di responsabilità, e infatti il servizio civile non era una scelta facile: durava ben di più della naja».

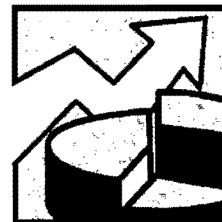
Sirischia un ritorno al passato?

«Sì. Quasi quarant'anni fa, nel '75 con Adele Faccio mi sono fatta volutamente arrestare per procurato aborto, un gesto di disobbedienza civile perché questa legge passasse, perché le donne senza mezzi non morissero più ammazzate dalle mammane in clandestinità mentre chi aveva soldi poteva andare all'estero ad abortire. Storie di diritti negati in un Paese che non pensa alle donne. Come oggi, che per avere un figlio in troppe sono costrette a viaggiare oltre confine perché il loro diritto ad un bambino non viene riconosciuto».

La richiesta avanzata durante l'assemblea annuale di Federsanità-Confcoperative a Roma

Coop, voglia d'accreditamento

Le aderenti sono 300 - Tra i 60mila soci, 3.600 medici e 8.700 infermieri



Trecento cooperative, 4,3 miliardi di fatturato, 10mila occupati diretti, oltre 60mila nell'indotto e altrettanti soci, tra cui figurano 10.800 farmacisti, 3.600 medici, 8.700 infermieri. Questi i grandi numeri di un pianeta ancora poco conosciuto ma agguerrito - quello della cooperazione in ambito sanitario, rappresentata da Federazione Sanità-Confcoperative - che dopo due anni di rodaggio è pronto a candidarsi nel ruolo di partner a tutto campo del Servizio sanitario pubblico proprio nel momento in cui il modello universalistico è messo a più dura prova. La discesa in campo e la richiesta esplicita di un percorso di accreditamento che consenta alle cooperative di incardinarsi e fare-sistema con il Ssn in occasione dell'assemblea annuale della Federazione svoltasi martedì scorso a Roma, nell'ambito del Forum internazionale della salute - Sanit.

«È ora di passare dalla politica del dire a quella del fare: non vorremmo mai assistere a quello che è accaduto in Spagna, dove si è giunti alla chiusura del Sistema sanitario nazionale» - spiega il presidente, **Giuseppe Milanese**. - «Federazione Sanità propone un modello di gestione di servizi integrativo al sistema pubblico tale da garantire ai cittadini l'accesso a servizi di qualità e a costi sostenibili fuori dall'ospedale e fino al domicilio. È una scelta obbligata dal momento che l'Ecofin ha indicato il 2050 come data entro la quale la copertura assistenziale pubblica dovrà progressivamente scendere dall'attuale 75% al 50%, lasciando al finanziamento privato l'altro 50%».

La filosofia e l'esperienza sul campo fanno diretto riferimento al cantiere dell'assistenza primaria, dopo anni di dibattiti, fermo ai primi scavi: «La figura del medico "solista" è superata: medico di medicina generale e pediatra dovranno essere affiancati da un gruppo di altre figure professionali sanitarie e dovranno avere la possibilità di un pronto accesso

ad alcuni specialisti per la presa in carico globale dei pazienti», predica l'ex ministro della Sanità **Elio Guzzanti**, presidente del comitato tecnico scientifico di Federazione sanità.

L'associazionismo tra Mmg attualmente promosso dalle Istituzioni non convince il popolo delle coop: «Il futuro sarà rappresentato, sempre più dal coinvolgimento degli assistiti in logiche di mercato sociale di cui essi stessi possono essere parte attiva - dice Milanese - noi siamo un'avanguardia per aver messo in rete medici, infermieri, farmacisti e mutue socio-sanitarie».

«Una combinazione a favore del cittadino», recita lo slogan di presentazione. I «numeri» dell'operazione varata due anni fa con la nascita della Federazione - che ingloba anche le mutue socio sanitarie - sono contenuti nell'Osservatorio sulla cooperazione sanitaria curato da Elaborazione-Confcoperative e presentato dal direttore di Federazione sanità, **Silvia Frezza**: «Ancora troppo spesso siamo confusi col volontariato o col Terzo settore» - dice. - «Il modello di associazionismo imprenditoriale tra professionisti della salute finalizzato a creare offerta non lucrativa di prestazioni e servizi immersi nella comunità locale può rappresentare una risposta alle necessità di trasformazione del modello di Welfare, giocando in competizione con le altre formazioni pubbliche e private, assumendo il rischio d'impresa».

Tra gli assi nella manica, la giovane età (il 50,3% delle cooperative socio-sanitarie ha meno di 10 anni di vita), il senso d'appartenenza (i cooperatori persone fisiche rappresentano il 92% della base associativa, il 53% sono soci delle coop in cui lavorano), il quantum di solidarietà superiore a quello offerto dal capitale, la voglia di integrazione e inclusione che riverbera buoni effetti anche sull'occupazione: il 75,5% degli occupati ha un contratto a tempo indeterminato e nel quadriennio

2007-2001 l'occupazione è aumentata del 19,3%.

I numeri ci sono. La chiamata alle armi anche: «Attenzione: il profit sta crescendo più del non profit», avverte il vicepresidente vicario di Confcoperative, **Carlo Mitra**. E alle coop che chiedono di essere misurate per ritagliarsi un ruolo disciplinato a livello nazionale una prima risposta è arrivata dal Dg della programmazione sanitaria di Lungotevere Ripa, **Francesco Bevere**: «Il ministro **Balduzzi** è pronto a fare il punto anche sulla sanità integrativa» - ha detto. - «Il momento di debolezza strutturale del sistema può essere l'occasione per dare a ciascuno il ruolo che merita. A patto che il Ssn resti il cuore del sistema».

Intanto saranno le esperienze regionali a tracciare i nuovi percorsi. È il caso di quanto sta facendo nel Lazio il Consorzio Cap per l'assistenza primaria, costituitosi

a inizio marzo. «Un laboratorio importante», per il vicesindaco di Roma capitale, **Sveva Belviso**.

Uno strumento di filiera innovativo che secondo la presidente della Regione, **Renata Polverini** «Potrebbe rappresentare un modello da esportare anche in altre Regioni». In gioco una rete assistenziale socio-sanitaria a tutto tondo: tremila operatori sanitari, che assistono ogni giorno oltre 30mila pazienti, 16 cooperative con 700 medici, oltre 650 farmaci, un centinaio di laboratori analisi e poliambulatori specialistici e 12mila operatori aderenti alle cooperative sociali che assistono oltre 18mila famiglie. Una rete che ha nel pacchetto anche l'iniziativa «Dica 72», ormai ai nastri di partenza: mettendo in rete farmacie, medici e strutture dovrebbe consentire di ottenere le prestazioni richieste dai pazienti entro le faticose 72 ore previste dagli accordi sulla riduzione delle liste d'attesa.

Sara Todaro

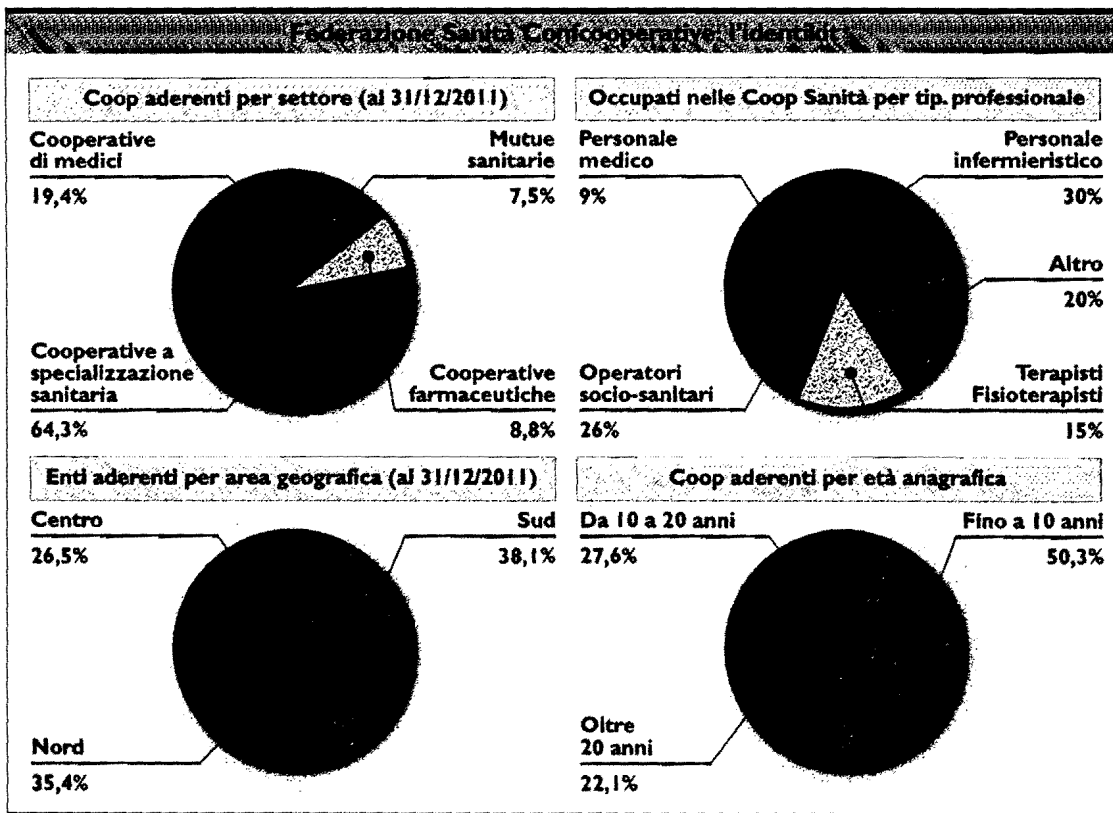
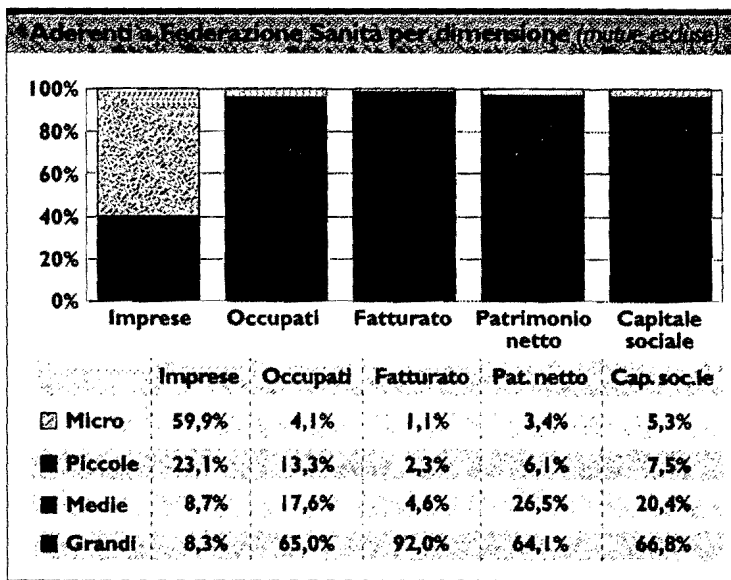


Foto di gruppo

Cooperative associate	300
Fatturato aggregato	4,3 mid
Patrimonializzazione aggregata	400mln
Capitale sociale aggregato	100 mln
Totale soci	60.000
di cui: farmacisti	10.800
medici	3.600
infermieri	8.700
Occupati diretti	10.000
Occupati indotto	60.000
Occupati in coop di appartenenza	53%
Contratti tempo indeterminato	75,5%



Sanità

In arrivo un decreto legge omnibus

■ La proroga fino a novembre della libera professione dei medici pubblici negli studi privati, ma insieme la sua riforma con tanto di controlli e la tracciabilità di tutti i pagamenti. Le nuove regole sulla responsabilità dei camici bianchi per contrastare il boom di denunce alla categoria e la medicina difensiva che costa 10 miliardi al servizio pubblico per l'eccesso di prestazioni prescritte. Ma ancora: norme sulle farmacie, sulle sperimentazioni cliniche, sulla sanità elettronica e sull'Onaosi.

È in arrivo un decreto

legge omnibus sulla sanità. Un decreto di quelli d'altri tempi, tutto sanitario appunto, che approderà in Consiglio dei ministri la settimana prossima.

Ad annunciare le novità è stato ieri il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, che in mattinata ha incontrato i sindacati medici. Sindacati che proprio ieri, all'unanimità, hanno annunciato per il 28 giugno il «Sanità day»: una giornata di mobilitazione in tutta Italia da parte della dirigenza sanitaria, cui seguirà il 27 ottobre una manifestazione in piazza a Roma, otto an-

ni dopo quella del 2004.

«No a un sistema sanitario pubblico povero per i poveri», è lo slogan della protesta della categoria. Che intende denunciare il definanziamento del Ssn e i rischi in agguato con i nuovi tagli in arrivo tra spending review e altre manovre, mentre aumentano i ticket e cresce il ricorso alla sanità privata. Il tutto quando la crisi, al suo apice, impoverisce gli italiani e proprio le categorie più deboli rischiano di più, anche dal punto di vista della tutela della propria salute. «La sanità sta passan-

do di mano al privato profit - ha detto Costantino Troise (Anaa) - con l'aumento della spesa diretta da parte dei cittadini, tra ticket e carico fiscale che cresce sempre di più. Una tassa per servizi sempre più scadenti che rischiano di smantellare il servizio pubblico, provocando la perdita irreparabile di un forte e importante elemento di coesione sociale». Un allarme in piena regola, condiviso da tutti i sindacati della dirigenza medica, sia pubblica, sia convenzionata.

R. Tu.

DECRETO IN ARRIVO

Sanità: sarà più difficile denunciare un medico

ROMA. Nuove regole in arrivo sulla responsabilità professionale dei medici nel "decretone" sanità, provvedimento che ieri il ministro della Salute Renato Balduzzi ha annunciato durante un incontro con i sindacati dei medici del servizio pubblico.

Nel decreto, che dovrebbe essere presentato la prossima settimana, il ministro ha confermato alle parti sociali l'intenzione di inserire nuove misure che in un colpo solo potrebbero ottenere il doppio risultato di contrastare il boom delle denunce a carico dei medici e così ottenere risparmi ingenti per il Servizio sanitario nazionale visto

che la medicina difensiva, secondo stime recenti, costa oltre 10 miliardi di euro l'anno, circa il 12% del Fondo sanitario.

Il decreto, che nasce in primis dalla necessità di prorogare il regime transitorio per l'attività libero-professionale dei medici, in scadenza il 30 giugno, dovrebbe prevedere anche delle nuove regole in tema di responsabilità professionale con l'introduzione di tabelle di riferimento per i risarcimenti, i ricorsi contro i medici solo per colpa grave o dolo, l'introduzione di un fondo di «solidarietà» a costo zero per lo

Stato per i maxi-risarcimenti e «per alcune categorie più esposte». Previsti nel testo, inoltre, l'istituzione di un albo dei periti e la possibilità di disdetta da parte delle assicurazioni solo dopo aver pagato il risarcimento.

723.701.000.000
 723.701.000.000
 653.400.000.000
 653.400.000.000
 363.800.000.000
 295.100.000.000
 80.000.000.000
 5.000.000.000

Diteci la verità, i tagli sono un bluff

Incaricati dai tecnici del governo, i tecnici della Ernst Young stanno scoprendo l'amara verità: tagli veri alle spese sono improbabili.

Quando gli esperti della Ernst & Young hanno preso in mano la pratica, si sono messi le mani nei capelli. I tecnici hanno chiesto ad altri tecnici di aiutarli a saltare gli ostacoli della burocrazia, delle lobby e della politica. Paola Severino, ministro della Giustizia, ha aperto la strada insediando il 2 maggio negli uffici di via Arenula quei giovanotti della società di consulenza. È bastato poco perché scoprissero l'amara verità: i tagli potenziali riguardano meno di un quinto del bilancio. Tutto il resto è chiuso in un sancta sanctorum inaccessibile. E la spending review

s'avvia a diventare un'illusione, anche se Corrado Passera, ministro dello Sviluppo, ribadisce l'impegno per evitare un aumento dell'iva. La maggior parte dei costi riguarda il personale. Non solo gli stipendi, perché anche riorganizzare gli uffici centrali o le sedi periferiche ha a che fare con i dipendenti. E Cgil, Cisl e Uil hanno già alzato una cortina di no.

Per non parlare dei magistrati. Chiudere i tribunali di Lamezia e Rosarno? Dicono che sarebbe un regalo alla 'ndrangheta. Gli agenti di custodia minacciano di lasciare sguarnite le carceri. Quanto ai burocrati romani, hanno chiuso a doppia mandata i loro cassetti. Benefici fino a 250 milioni, secondo gli esperti, possono venire con la gara nazionale unica per i servizi d'intercettazione. Ma che succede se un procuratore, per motivi di forza

maggiore, decide di ricorrere al proprio grande orecchio? Ci vorrebbe una riforma. Chiunque ci ha provato è rimasto scottato. In ogni ministero si replica lo stesso copione. Il Viminale potrebbe risparmiare 1 milione per ogni prefettura abolita. Ma nessuno è in grado di imporre una lista. Si parla di ridurre le scorte, altro argomento delicato. E i sindacati dei poliziotti affilano le armi.

L'istruzione promette di dimezzare la spesa degli affitti, però solo dal 2014. I tecnici hanno messo in cantiere la revisione di distacchi e comandi del personale, il riequilibrio della rete scolastica regionale e del rapporto fra docenti e classi di alunni. Ne riparliamo a settembre. Quanto alla salute, si è detto di risparmiare subito 1 miliardo e mezzo, poi sceso a 1. Il ministro della Salute Renato Balduzzi l'ha ridotto a circa 600 milioni come spesa rivedibile. Con tagli di 60 milioni nel triennio. Sì, proprio così, 10 milioni l'anno. E gli altri? Aspettiamo la Ernst & Young. (Stefano Cingolani)



Piero Giarda
Ministro dei
Rapporti con
il Parlamento: si
deve focalizzare
sui tagli alla
spesa pubblica.

**L'ELEFANTE
DELLA SPESA
PUBBLICA**

Il totale della
spesa dello Stato,
in euro, secondo
la rilevazione del
ministro Giarda.

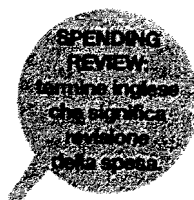
Spesa meno interessi
Ciò è meno il costo
del debito pubblico:
questo può scendere
solo se i tassi
diminuiscono e se lo
Stato liquida dei beni.

Spesa meno pensioni
Sulla spesa
previdenziale
il governo è già
intervenuto e nuovi
tagli sono improbabili.

Enrico Bondi
Commissario
straordinario
per la
razionalizzazione
degli acquisti
di beni e servizi
per lo Stato.

Entro fine giugno sarà varato il decreto che conterrà il piano Bondi, i tagli ai budget dei ministeri e gli interventi sul pubblico impiego, che nel loro insieme dovrebbero garantire risparmi per più di 5 miliardi entro fine anno e circa 16 miliardi per il 2013. Già sul piede di guerra i sindacati, che temono di vedere migliaia di statali in mobilità.

**IL TOPOLINO
DEI TAGLI
PREVISTI
NEL 2012**



**Spesa «rivedibile»
a medio termine**
Secondo il governo, è
quanto si può aggredire
nei prossimi anni.

**Spesa «rivedibile»
a breve termine**
Ciò che si può intaccare
nel giro di mesi.

STABILIZZAZIONI APERTURA DEL MINISTRO BALDUZZI ALLA DELEGAZIONE BIPARTISAN DEI SENATORI PUGLIESI. NUOVI ATTACCHI DAL PDL SUGLI OSPEDALI

Sanità, soluzione per i precari nella verifica sul piano dei tagli

BEPI MARTELOTTA

● **BARI.** Sarò la verifica sul piano di rientro a Roma, calendarizzata a fine giugno, a dire l'ultima parola sulla vicenda degli operatori sanitari de-stabilizzati, buona parte dei quali rischiano di rimanere senza posto di lavoro alla scadenza del contratto.

Ieri, infatti, una delegazione bipartisan di senatori pugliesi ha ottenuto un incontro con il ministro della Salute Renato Balduzzi per porre il caso pugliese all'attenzione del governo.

La parlamentare del Pd Mongiello, insieme ai senatori D'Ambrosio Lettieri, Mazzaracchio, Procacci, Saccomanno, Tedesco e Tomaselli hanno proposto, come concordato con la Regione, la modifica della legge 111 del 2011, con cui l'allora ministro Tremonti obbligò tutte le Regioni ad annullare gli atti discendenti da norme dichiarate incostituzionali, mandando all'aria le stabilizzazioni varate per legge della Puglia. Balduzzi non ha escluso l'ipotesi di modifica, ma anche la ricerca di altre soluzioni nelle pieghe del piano dei tagli. I parlamentari hanno anche deciso di sollecitare Vendola ad attivarsi in loco entro il 30 giugno.

Sono, intanto, i nuovi tagli della fase due del piano di riordino a dettare l'agenda della Regione. Dai capigruppo di centrodestra Rocco Palese (Pdl), Francesco Damone (La Puglia Prima di Tutto) e Davide Bellomo (I Pugliesi) arriva, intanto, la richiesta al presidente della commissione Sanità Dino Marino di convocare in audizione, oltre ai manager Asl, anche i sindaci, le Province, i revisori dei conti Asl, cittadinanza attiva e tribunale del malato nonché gli ordini dei medici, tutti soggetti istituzionali che più volte hanno contestato la manovra dei tagli sui territori. Dall'Udc, il capogruppo Salvatore Negro chiede al governo chiarimenti in commissione anche sullo stato di attuazione dell'edilizia ospedaliera. Quanto previsto nel piano della salute e confermato nel successivo piano dei tagli va attuato, dice, perché altrimenti «la Puglia rischia di perdere circa 600 milioni di euro di fondi destinati all'edilizia ospe-

daliera».

Alle proteste in Salento e nella Bat, si aggiunge quella di Molfetta. Il consigliere Pdl Antonio Camporeale ribadisce il «totale dissenso» per la decisione di disattivare i posti letto di Nefrologia, Unità coronarica, Oncologia nell'ospedale «Don Tonino Bello» e chiede ad Attolini di incontrare il sindaco. Massimo Cassano, vicecapogruppo Pdl, fa l'elenco delle cose che non vanno: «Lo spreco, i ritardi in sanità, le proteste, un piano di riordino schizofrenico, l'assenza di presidi sanitari territoriali, la mancanza totale di concertazione con gli ordini e le associazioni sindacali di categoria, con le organizzazioni degli ammalati e, da ultime, le dimissioni del direttore sanitario della Asl Bari».

Nella maggioranza, invece, Patrizio Mazza (Idv) punta l'indice sugli assenti al vertice convocato da Vendola con il centrosinistra: «tangibile, in riunione, era l'assenza di rappresentanti del Pd, impegnati ad inaugurare sottopassi ferroviari che evidentemente assurgono per importanza alla questione della chiusura degli ospedali». Quanto agli 8 milioni destinati dalle variazioni al Bilancio alla sanità tarantina, l'auspicio di Mazza è che vadano sia al sistema pubblico che a quello privato.

SANITÀ VIRTUOSA

Tra molti sprechi e casi negativi, c'è anche qualche esempio positivo. Come il convegno di Siracusa sui pazienti oncologici lungoviventi

PAOLO FAI

Gli sprechi e la corruzione denunciati qualche giorno fa dal dottor Federico B. nel suo «Editoriale del lettore» sono purtroppo moneta corrente, e non solo nella sanità. Tuttavia, è giusto dare visibilità anche alle radure di luce che spiccano qua e là nella nostra Italia e che invitano alla speranza in un recupero di etica pubblica e di deontologia professionale.

Una manifestazione di eccellenza si è colta durante i lavori della IV Conferenza europea su lungoviventi e pazienti cronici di cancro, tenutasi a Siracusa l'8 e il 9 giugno scorsi. Organizzata dal dott. Paolo Tralongo, direttore dell'Unità operativa complessa di Oncologia dell'ospedale Umberto I di Siracusa, ha potuto contare, tra i relatori, sulla presenza del prof. Umberto Tirelli, del prof. Francesco De Lorenzo, già ministro della Sanità, e della professoressa Antonella Surbone, che insegna medicina e oncologia alla New York University, e di cui lo scorso aprile l'inserito «Tuttoscienze» del nostro giornale ha pubblicato un'intervista proprio sui «lungo-sopravviventi».

La novità di quel convegno è stata l'elaborazione di una Carta di Siracusa, elaborata da un gruppo di survivors e discussa dalla voce dei pazienti. Quella Carta consta di sette punti: 1) identificare la figura di un coordinatore; 2) validare un modello di assistenza; 3) stimolare autorità competenti e associazioni professionali ad attività di formazione per il personale che assiste; 4) stimolare la ricerca scientifica; 5) promuovere un'assistenza psico-sociale e stimolare attività legislative per migliorare la tutela del paziente; 6) ottimizzare la relazione medico-paziente; 7) valutare l'opportunità di attività complementari.

Il progetto del dott. Tralongo ha ottenuto un risultato importante, che pone Siracusa come «centro di riferimento regionale per pazienti oncologici lungoviventi e cronici».

ex professore di Latino e Greco, 62 anni, Solarino (SR)