

RASSEGNA STAMPA Lunedì 1 Luglio 2013

Il 22 luglio sciopero nazionale di 4 ore della dirigenza SSN: "Vogliamo il contratto, subito"

QUOTIDIANO SANITA'

Intervista a Troise (ANAAO): "Ecco perché torniamo a scioperare dopo tre anni"

QUOTIDIANO SANITA'

Intramoenia e assicurazione, circolare Fnomceo fa discutere

DOCTORNEWS

Sanità. La spesa continua a salire

IL MESSAGGERO

Lorenzin: "Dalla sanità possibili 10 miliardi di risparmi. Ma non parlate di spending review"

QUOTIDIANO SANITA'

Sanità, rivoluzione per i ticket e sull'IVA si cercano nuovi fondi

LA STAMPA

Certificazione in ritardo per Asl e Regioni

IL SOLE 24 ORE

Corte dei Conti. Personale SSN: "Cala spesa e numero occupati". Ecco le retribuzioni medie del 2011

QUOTIDIANO SANITA'

Sanità e pensioni, ecco dove si può tagliare

IL GIORNALE

Medici, il rebus dell'assicurazione

AFFARI E FINANZA

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

quotidianosanità.it

Lunedì 28 GIUGNO 2013

Il 22 luglio sciopero nazionale di 4 ore della dirigenza Ssn: “Vogliamo il contratto, subito”

Dopo lo sciopero del 1 luglio che vedrà impegnati gli ortopedici, arriva la conferma dello stop di tutta la dirigenza del Ssn. Medici, veterinari, farmacisti, amministrativi e tutte le altre professioni sanitarie dirigenti incroceranno le braccia contro il nuovo blocco del contratto previsto dal Governo. Il manifesto da scaricare.

Gli oltre 115 mila medici e veterinari dipendenti insieme ai 20 mila dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali del Ssn davanti al collasso del servizio sanitario pubblico, risultato della drastica riduzione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate ai cittadini italiani, di conflitti istituzionali, della mortificazione e penalizzazione dei professionisti, sciopereranno lunedì 22 luglio dalle ore 08.00 alle ore 12.00.

Otto i punti al centro della protesta finalizzata a:

- la difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale
- la stabilizzazione dei precari e l'occupazione dei giovani
- la riforma della formazione medica pre e post laurea
- una legge specifica sulla responsabilità professionale
- il diritto a contratti e convenzioni ed il ripristino delle prerogative sindacali
- un sistema di emergenza urgenza efficace, dignitoso, sicuro
- la definizione di livelli essenziali organizzativi
- una progressione di carriera sottratta alla politica e ai tagli lineari

Lo sciopero nazionale della dirigenza del Ssn sarà anticipato inoltre da una serie di iniziative sindacali a partire da lunedì 8 luglio che prevedono:

- Il blocco degli straordinari
- L'astensione da tutte le attività non comprese nei compiti di istituto
- L'avvio di contenziosi legali
- La richiesta di pagamento e/o recupero delle ore effettuate in turni di guardia eccedenti il debito orario contrattuale
- La richiesta di godimento delle ferie arretrate
- Assemblee in tutti gli ospedali e luoghi di lavoro il 15 luglio

Queste le sigle che hanno indetto lo sciopero e le altre iniziative:

ANAAOASSOMED -CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FP CGILMEDICI- FVM- FASSID - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL MEDICI - SDS SNABI - AUPI - FP CGIL SPTA - UIL FPL SPTA - SINAFO- FEDIR SANITA' - SIDIRSS - UGL MEDICI - FEDERSPECIALIZZANDI

quotidianosanità.it

Lunedì 28 GIUGNO 2013

Intervista a Troise (Anaaao): "Ecco perché torniamo a scioperare dopo tre anni"

"Non chiediamo incrementi della massa salariale né oneri aggiuntivi, vogliamo ridiscutere il modo di lavorare all'interno del Ssn ed utilizzare gli istituti contrattuali già disponibili da anni". Così il segretario dell'Anaaao spiega il punto di vista dei medici sulla protesta indetta dai sindacati.

"Alla base della nostra protesta ci sono tutta una serie di questioni irrisolte. Non si dica quindi che i medici sono in cerca di soldi in un Paese allo stremo". Parla senza mezzi termini Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaaao Assomed, e in questa intervista elenca le maglie deboli del sistema che hanno costretto i medici, dopo tre anni, a proclamare un'ennesima giornata di protesta. Dal Dpr che blocca di un altro anno i contratti di lavoro fermi dal 2009 alla possibilità che questo blocco prosegua a tempo indeterminato. Dalla questione della responsabilità professionale dei medici a tutt'oggi irrisolta, alla mancanza di soluzioni per il precariato giovanile che sempre di più sta diventando "stabile". Dal blocco del turn over che sta aumentando la possibilità di non poter godere di istituti contrattuali come quello delle ferie e dei congedi formativi fino all'inasprimento della medicina difensiva. E molto altro ancora.

Dottor Troise, dopo tre anni la sanità italiana torna a scioperare. Perché?

Siamo costretti a lanciare un segnale di allarme forte perché la sanità pubblica italiana è allo stremo e la situazione dei professionisti al suo interno è gravissima. Intendiamo protestare non solo perché il Dpr, predisposto da Monti ma acriticamente fatto proprio da Letta, blocca di un altro anno i contratti di lavoro fermi dal 2009, ma anche perché la possibilità che questo blocco prosegua a tempo indeterminato è ancora all'ordine del giorno. Questa è una ciliegina avvelenata che viene a cadere su una torta già immangiabile. Il blocco contrattuale non fa che amplificare ed incattivire una situazione drammatica per i Medici ed i Dirigenti sanitari dipendenti del Ssn.

Mi spieghi.

C'è una persistente mancanza di risposte chiare e risolutive alla questione della responsabilità professionale dei medici. C'è la questione del precariato giovanile per la quale non si intravedono soluzioni che rimedino agli abusi e mettano fine al precariato stabile. Poi c'è il blocco del turn over che costringe il personale a fare turni massacranti, anche notturni, fino a 67 o 70 anni e in condizioni inaccettabili. Senza parlare del fatto che sta aumentando la possibilità di non poter godere di istituti contrattuali come quello delle ferie e dei congedi formativi. Tutti fattori che contribuiscono al peggioramento dei rapporti con i pazienti già inquinato dalla medicina difensiva. E ora assistiamo anche al taglio forsennato di strutture semplici e complesse che ognuno compie a casa sua come se fosse il problema dei problemi. Si interviene negativamente sulla progressione di carriera dei medici ospedalieri, e solo su di essi perché l'Università continua ad essere considerata un corpo indipendente, una corrente ad alta tensione i cui fili tutti, dal Governo alle Regioni, hanno paura di toccare.

Alla base della nostra protesta ci sono quindi tutta questa serie di questioni irrisolte. Non si dica quindi che i medici sono in cerca di soldi in un Paese allo stremo.

Cosa chiedete?

Vogliamo l'attivazione dei tavoli contrattuali per ridiscutere il sistema di regole che riguarda l'organizzazione del lavoro o la progressione di carriera, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica. Il ministro Lorenzin sostiene che non ci possono essere deroghe per la sanità, ma di fatto si sta pensando a deroghe per il comparto della sicurezza. Curiosa tanta attenzione per la protezione delle cose e tanto poca per quella delle persone sottoposte a cure. Non chiediamo un incremento della massa salariale né tantomeno oneri aggiuntivi, vogliamo ridiscutere il modo di lavorare all'interno del Ssn ed utilizzare gli istituti contrattuali già disponibili da anni nelle varie aziende sanitarie.

Quindi la proposta del presidente del comitato di settore delle Regioni, Claudio Montaldo, di portate il confronto sulla parte normativa nell'ambito del Patto per la salute potrebbe essere una buona opportunità?

Non so se e quando si riuscirà a fare un nuovo Patto per la salute, ma l'inserimento anche di questi elementi sarebbe un segnale molto positivo. Ma il Governo deve fare un passo in avanti modificando il Dpr che prolunga al 2014 gli effetti dell'art 9 della 122, ossia il blocco al 2010 della retribuzione individuale e dei fondi contrattuali accessori.

Una cosa è certa: noi abbiamo idee che manifestiamo e difendiamo nelle forme di lotta consentite e dettate dal contesto per sostenere il Ssn e valorizzare il lavoro che esso svolge. Non sono invece ancora in grado di comprendere le linee di politica sanitaria lungo le quali si muovono i partiti che oggi compongono la maggioranza al governo del Paese. In campagna elettorale tutti hanno assunto di fronte ai cittadini e ai medici degli impegni, ma se e come intendano mantenerli rimane un mistero.

Ci dobbiamo quindi aspettare un'ennesima stagione calda per la sanità, ma questo non vi ha impedito di puntare i riflettori su una componente molto importante per la vostra categoria professionale: i giovani medici.

La prima conferenza nazionale di Anaa Giovanile tenutasi a Bari nei giorni scorsi ha rappresentato senza dubbio la conferma di un'intuizione felice: essere fondamentale e doveroso per un sindacato moderno creare spazi e modalità di organizzazione in qualche modo autonomi per i giovani medici. Una generazione di professionisti che sempre più ha difficoltà a identificarsi con un modo tradizionale di fare sindacato. A percepirla come soggetto in grado di dare risposte alle molteplici criticità del loro mondo, e quindi a identificarla come un interlocutore capace di assumere all'interno della propria strategia la questione giovanile declinata in tutte le sue componenti, dalla formazione alla stabilizzazione del lavoro ed alla creazione di nuove occasioni di lavoro.

Nell'immediato quali interventi intendete attuare per andare incontro alle esigenze di questa nuova generazione di professionisti?

Innanzitutto combattere contro il precariato stabile, nuovo ossimoro della lingua italiana, e affinché i giovani medici non siano esclusi dalle politiche attive per l'occupazione. Per questo abbiamo chiesto al Ministro della salute che nell'ambito degli incentivi fiscali previsti per l'occupazione giovanile fossero inclusi anche i giovani medici. Intendiamo poi intervenire sulla formazione mettendo in discussione l'intero percorso formativo dei medici a partire dal pre laurea per arrivare alla formazione post laurea. La situazione sta, infatti, diventando drammatica. I dati ci dicono che un quarto degli studenti degli ultimi due anni del corso di laurea in medicina pensa di andare all'estero. Inoltre la fuga dei medici specializzandi verso altri Paesi, in particolare verso l'Inghilterra, la Germania e la Francia, sta diventando inarrestabile, vanificando gli investimenti formativi e desertificando la sanità del fisiologico ricambio generazionale. Dobbiamo quindi bloccare questa pericolosa deriva e l'unico modo è cambiare completamente il paradigma della formazione per avvicinarla sempre di più, e in tempi rapidi, allo standard europeo e al mondo del lavoro.

Come?

L'obiettivo è arrivare entro fine dell'anno a presentare una proposta di riforma del sistema formativo. A breve attiveremo un confronto con tutti gli attori coinvolti, a partire dai giovani fino alle altre organizzazioni sindacali per poi presentarlo alle istituzioni. Soprattutto vogliamo ragionare in una visione di sistema sia della formazione specialistica che di quella dei medici di medicina generale, per cercare di costruire alleanze inedite che provino a sconfiggere le logiche dei conflitti orizzontali a partire dai giovani.

Sul fronte sindacale invece come pensate di intervenire per attirare le nuove generazioni?

La conferenza nazionale di Anaaò Giovani ha dimostrato che il sindacato deve compiere un atto di coraggio e aprire le porte degli organismi statutari per favorire l'ingresso di nuove forze. La gobba demografica interessa non solo il mondo del lavoro, ma anche quello sindacale. Abbiamo bisogno di rinnovare e trasmettere competenze e valori, mettere in campo nuove energie e intelligenze.

Quindi?

A novembre in occasione del nostro congresso statuario formalizzeremo quello che già ora si sta realizzando: gruppi di giovani sono, infatti, già attivi nel rappresentar e l'Anaaò sia in Italia sia in alcuni organismi europei. Soprattutto vogliamo dare forza statutaria alle proposte dei giovani affinché possano godere di autonomia nella elaborazione di un proprio punto di vista non solo rispetto alle questioni generali, ma anche contrattuali. Non possiamo continuare a dare per scontato che la prospettiva dei giovani all'inizio di un lungo percorso professionale sia coincidente con quello di chi conta i giorni per andare in pensione. Dobbiamo quindi trovare un punto di sintesi per tenere insieme chi ha fatto per anni sindacato e chi a questo mondo intende avvicinarsi.

Intramoenia e assicurazione, circolare Fnomceo fa discutere

"Può essere opportuno, quindi, che il medico dipendente per garantirsi da un eventuale giudizio di rivalsa dell'azienda nei suoi confronti stipuli idonea polizza assicurativa a suo carico". Si conclude con questa raccomandazione una circolare di precisazioni della Fnomceo sul tema dell'assicurazione obbligatoria, che entrerà in vigore dal prossimo 12 agosto, dopo che un primo documento sul tema inviato a tutti gli Ordini, aveva generato osservazioni in particolare da parte di quelli di Firenze, Milano e Terni. A far discutere, in particolare, un passaggio della circolare nel quale il presidente della Fnomceo, **Amedeo Bianco**, sottolinea come rimangano "esenti dall'obbligo dell'assicurazione anche i medici dipendenti che hanno optato per l'attività libero professionale intramuraria". «Un passaggio rischioso in un momento delicato come questo» sottolinea il presidente dell'Ordine milanese **Roberto Carlo Rossi** che aggiunge come oltretutto «molte strutture lombarde sono prive di copertura assicurativa» perciò «se la struttura è pubblica, il danno erariale che si determina al pagamento di un sinistro conduce inevitabilmente il medico a doversi discolpare in Corte dei Conti». Ecco perché, conclude Rossi, sarebbe meglio «sensibilizzare i medici dipendenti alla necessità di stipulare polizze a copertura del loro operato. Anche in considerazione dei crescenti fenomeni di medicina difensiva astensionistica». Da qui la risposta del comitato centrale di Fnomceo e il passo indietro, nel dubbio per il medico dipendente che fa attività intramoenia meglio assicurarsi.

Marco Malagutti

Sanità

La spesa continua a salire

► Il costo medio per assistito a 1.914 euro a paziente. Lorenzin: no a sforbicate linearì

ROMA Alla vigilia della "fase 2" del governo, quella su come procedere tra necessità di nuove coperture e rilancio della crescita, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin mette le mani avanti e dice che, di tagli, la sanità ne ha subiti già troppi. «Siamo riusciti a ridurre moltissimo i margini di discrezionalità - fa sapere - e dobbiamo fare di più applicando i costi standard. Ma i tagli linearì non si possono fare». Gli incontri della settimana faranno capire se sarà possibile non far abbattere la scure sulle corsie, le sale operatorie, il turnover del personale, gli acquisti. Su tutte quelle voci che, anche poco modificate, cambiano l'offerta dei servizi negli ambulatori come negli ospedali.

I SACRIFICI

Anche se, in quattro anni, la sanità ha tagliato quattro miliardi di deficit sui sei previsti. Gli analisti del servizio sanitario prevedono che entro un paio di anni il debito dovrebbe essere cancellato. La speranza che la sanità possa uscire quasi indenne dalla "fase 2" arriva dall'analisi del sistema sanitario firmata dalla Corte dei conti riferita al 2012. In sintesi: la lievitazione della spesa sanitaria è stata bloccata ma gli interventi effettuati «non sono ancora in grado di favorire il ridimensionamento». Come dire che è stato fatto molto ma che non può bastare. Le voci sanitarie che pesano di più sono quelle del personale e degli acquisti. E'

il costo medio per ogni assistito che continua, in modo costante, a crescere: oggi è arrivato a 1.914 euro a paziente. Cinque anni fa la cifra oscillava intorno ai 1.700 euro. Un balzo dovuto, in gran parte, alla crescita della popolazione over 70 e dell'innalzamento, tra gli over 85, della non autosufficienza.

LE RISORSE

La Corte dei conti, comunque, lascia pochi margini e si mostra prescrittiva per il futuro prossimo: «Il sistema richiede senza dubbio la disponibilità di ingenti risorse per il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza». La sanità rappresenta un'area di intervento che «richiede un forte impegno di risorse». I primi dati di consuntivo: il complesso delle risorse acquisite l'anno scorso è di circa 112,6 mld (un punto percentuale in meno rispetto al 2011). A fronte del volume generale di spesa, attestandosi a 113,7 mld, comporta un disavanzo complessivo nazionale di settore pari ad un miliardo. Un risultato considerato il più basso degli ultimi anni, con un saldo negativo interamente a carico delle Regioni. Proprio di una standardizzazione di alcune spese per le Regioni è tornato a parlare il ministro della Salute Lorenzin. Strada non nuova ma di difficile percorribilità. In particolare per gli acquisti. Certo è che il costo medio per ogni paziente cresce, con punte del 20% in alcune Regioni. Basta controllare quando



ogni amministrazione sborsa per una giornata media di ricovero: dai 2.265 di Taranto ai 1.731 della Calabria.

Il maggior volume di spesa, per la Corte dei conti, è gestito da Lombardia, Lazio e Campania. Quando la magistratura contabile si riferisce a «situazioni complesse» mette insieme una serie di servizi fragili del servizio sanitario nazionale: le liste d'attesa, il funzionamento del pronto soccorso, la renitenza delle assicurazioni a impegnarsi nella sanità.

LE ESENZIONI

Su un punto il governo non potrà cambiare rotta: quella dei ticket (oggi circa 150 euro a testa all'anno). Ed è stata la Corte costituzionale a deciderlo. La manovra finanziaria del 2011 prevedeva di chiedere ai cittadini un contributo ulteriore alle spese sanitarie di in due miliardi. Ma, una sentenza della Corte costituzionale nel 2012, ha stabilito che lo Stato ha usato uno strumento non legittimo. Proposta cancellata, dunque. Il Documento di economia e finanza di quest'anno ha, così, corretto il capitolo ticket. Con l'intento di andare a controllare perché per la specialisti e per gli esami paga solo il 25% degli italiani.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I costi della sanità'

Le uscite (in miliardi di euro)



35,1 il personale

35,1 acquisto beni e servizi



9,0 farmaceutica convenzionata

8,6 assistenza ospedaliera accreditata

6,7 medicina generale convenzionata

6,6 assistenza convenzionata accreditata

4,7 specialistica convenzionata



1.740 € costo medio giornaliero paziente ricoverato

1.914 € costo medio annuo a paziente

FONTI: Corte dei conti e Ministero Salute

Il finanziamento

83% dalla fiscalità (53 miliardi da Iva, Irap e 40 miliardi da addizionali regionali Irpef)



17% da altri trasferimenti da pubblico e privato (10,4 miliardi), integrazioni a carico dello Stato (4 miliardi), l'apporto di ricavi e delle entrate proprie (3,1 miliardi)

Spese ticket (in miliardi di euro)

4,4 la cifra spesa dagli italiani per ticket nel 2012



2 per i farmaci

755 per visite ed esami in strutture private convenzionate

1,5 per visite ed esami in ambulatori ed ospedali pubblici

quotidianosanità.it

Lunedì 30 GIUGNO 2013

Lorenzin: “Dalla sanità possibili 10 miliardi di risparmi. Ma non parlate di spending review”

La manovra nel prossimo Patto per la Salute. Ma i risparmi saranno reinvestiti in sanità. Così il ministro della Salute in un'intervista a La Stampa. “Vogliamo agire in senso opposto ai tagli lineari. Possiamo risparmiare e ottimizzare le cure con il piano quinquennale per la deospedalizzazione e le cure domiciliari”. E sui ticket sforbiciata agli esenti.

“Le do una notizia. Proprio questa mattina il Ministro Saccomanni mi ha telefonato per dirmi che sarà garantita la copertura nel fondo sanitario (compresi i 2 miliardi del mancato ticket). In cambio dovremmo metterci intorno al tavolo con le Regioni per chiudere al più presto un nuovo Patto della salute che riprogrammi sia la governance che la spesa sanitaria. Abbiamo fatto una ricognizione e le dico che possiamo risparmiare 10 miliardi da reinvestire nella Sanità. La tecnologia e la ricerca portano nuove cure che salvano le vite ma costano. Tanto. Dobbiamo recuperare eliminando quello che non è essenziale o funziona male”.

Risponde così al giornalista Paolo Russo de *La Stampa*, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, incalzata sul tema della spesa e dei ticket sanitari.

Ma di spending review non ne vuole sentire parlare. “Non chiamiamola spending review – dice subito -perché vogliamo agire in senso opposto ai tagli lineari. Possiamo risparmiare e ottimizzare le cure con il piano quinquennale per la deospedalizzazione e le cure domiciliari che stiamo perfezionando. Mettendo in rete ospedali, Asl e studi dei medici di famiglia, mentre una mano ce la darà l'informatizzazione e il fascicolo sanitario elettronico, che impedirà inutili duplicazioni di prestazioni. Così come le farmacie di servizio possono fare la loro parte garantendo prestazioni base e prenotazioni. Ma si può risparmiare anche creando centrali d'acquisto per i servizi di lavanderia o gestendo meglio lo smaltimento dei rifiuti”.

E sui ticket il ministro è molto chiaro: “Va senza dubbio riformato”. E il come lo spiega così: “Dobbiamo farlo in modo semplice e lineare, tenendo conto dei carichi familiari. Oggi metà degli assistiti non paga il ticket perché esente ed è quella fetta di popolazione che consuma l'80% delle prestazioni. In alcune aree del Paese gli esenti per reddito Irpef arrivano al 70%. C'è qualcosa che non va perché poi chi paga, paga troppo. Allora diciamo: non usiamo i ticket per fare cassa ma riformiamo il sistema spalmandoli in modo più equo sulle prestazioni sanitarie e riduciamo il numero degli esenti in modo da garantire a chi ha veramente necessità sempre e comunque l'accesso alle cure”.

Il governo vuole un'alternativa all'aumento dell'acconto Irpef. Pd, Renzi: candidato premier chi vince le primarie

Sanità, rivoluzione per i ticket E sull'Iva si cercano nuovi fondi

Lorenzin: troppi esenti, facciamo pagare secondo i carichi familiari

— Entra in vigore oggi il decreto lavoro, ma alla maggioranza piacciono poco le coperture per assunzioni e rinvio dell'aumento Iva al 22%. Il governo vuole un'alternativa all'incremento dell'aconto di fine anno dell'Irpef: da qui, la ricerca di altri fondi, almeno 600 milioni, con nuovi tagli e prelievi. Sanità, il ministro Lorenzin, in un'intervista a

La Stampa, punta l'indice sui ticket: troppe esenzioni, metà degli assistiti non li paga e consuma l'80% delle prestazioni, pertanto devono cambiare. Sul fronte politico, ancora acque agitate ne Pd. Renzi: candidato premier chi vince le primarie.

**Giovannini, Iacoboni,
La Martina, Martini, Pitoni, Russo,
Sodano e Talarico** DA PAG. 2 A PAG. 7

Lorenzin: "I ticket? Troppe esenzioni Così devono cambiare"

Il ministro: oggi metà degli assistiti non li paga e consuma l'80% delle prestazioni. Serve un riequilibrio

Famiglie

Il costo dei servizi va rimodulato tenendo conto dei carichi familiari e non solo del reddito

PAOLO RUSSO
ROMA

Ministro Lorenzin, ecco qui: 96 euro di ticket per cardio ed ecodoppler, altri 40 per la visita specialistica, 36 per le analisi. In tutto per un controllo 172 euro. E per altri accertamenti può andare anche peggio. Non le sembra che qualcosa non vada?

«Certamente, ma lei quanto guadagna?»

Diciamo che posso permettermeli...

Risparmi

Abbiamo fatto una ricognizione e si possono risparmiare 10 miliardi da reinvestire

«Ma se avesse tre figli e mettiamo anche dei nipoti da aiutare con un reddito familiare che non arriva a duemila euro mensili sarebbe diverso. E infatti da tempo stiamo registrando un calo delle prestazioni. Da un lato perché i medici prescrivono in modo più appropriato. E questo è un bene. Dall'altro perché molti italiani rinunciano a fare gli accertamenti proprio per motivi economici. E questo è un male perché significa rinunciare a fare prevenzione ma anche a curare per tempo le malattie».

Sta dicendo che il sistema dei

Medici di famiglia

Sono relegati a un ruolo di compila ricette mentre sono fondamentali per la prevenzione

ticket va riformato?
«Senza dubbio e dobbiamo farlo in modo semplice e lineare, tenendo conto dei carichi familiari. Oggi metà degli assistiti non paga il ticket perché esente ed è quella fetta di popolazione che consuma l'80% delle prestazioni. In alcune aree del Paese gli esenti per reddito Irpef arrivano al 70%. C'è qualcosa che non va perché poi chi paga paga troppo. Allora diciamo: non usiamo i ticket per fare cassa ma riformiamo il sistema spalmandoli in modo più equo sulle prestazioni sanitarie e riduciamo il

Uso delle staminali

Bene la sperimentazione e spero porti risultati positivi. Però abbiamo il dovere di evitare illusioni

numero degli esenti in modo da garantire a chi ha veramente necessità sempre e comunque l'accesso alle cure».

Un modo potrebbe essere quello di agganciare le esen-



zioni al reddito Isee?

«Potrebbe, ma rivedendo un po' quell'indicatore di ricchezza delle famiglie perché le esenzioni siano graduate tenendo in maggiore considerazione i carichi familiari oltre che la ricchezza effettiva. Ma sono tutte cose delle quali parleremo nei prossimi giorni con le Regioni e con l'Economia».

Intanto si è capito se i due miliardi di aumento dei ticket previsti per il 2014 saranno rifinanziati?

«Le do una notizia. Proprio questa mattina il Ministro Saccomanni mi ha telefonato per dirmi che sarà garantita la copertura nel fondo sanitario. In cambio dovremmo metterci intorno al tavolo con le Regioni per chiudere al più presto un nuovo Patto della salute che riprogrammi sia la governance che la spesa sanitaria. Abbiamo fatto una riconoscenza e le dico che possiamo risparmiare 10 miliardi da reinvestire nella Sanità. La tecnologia e la ricerca portano nuove cure che salvano le vite ma costano. Tanto. Dobbiamo recuperare eliminando quello che non è essenziale o funziona male».

Dieci miliardi da una nuova spending review sanitaria?

Un'altra notizia...

«Non chiamiamola spending review perché vogliamo agire in

senso opposto ai tagli lineari. Possiamo risparmiare e ottimizzare le cure con il piano quinquennale per la deospedalizzazione e le cure domiciliari che stiamo perfezionando. Mettendo in rete ospedali asl e studi dei medici di famiglia, mentre una mano ce la darà l'informaticizzazione e il fascicolo sanitario elettronico, che impedirà inutili duplicazioni di prestazioni. Così come le farmacie di servizio possono fare la loro parte garantendo prestazioni base e prenotazioni. Ma si può risparmiare anche creando centrali d'acquisto per i servizi di lavanderia o gestendo meglio lo smaltimento dei rifiuti. Lo sa che alcuni ospedali non pagano al chilo ma a forfait spendendo dieci volte tanto?».

Medici di famiglia che lavorano in rete. Ma gli studi aperti 24h restano una chimera?

«No, ma c'è un problema di risorse. Dal piano di riprogrammazione della spesa che definiremo nel Patto dovremo trovarle. Anche per valorizzare i medici di famiglia, che non possono essere relegati al ruolo di compila-ricette ma tornare alla medicina d'iniziativa. Quella che ti fa chiamare i pazienti che sai essere nelle fasce più a rischio per prevenire, curare in tempo».

Parliamo di un'altra cosa che fa imbufalire gli assistiti: le liste

d'attesa, soprattutto quando per aggirarle basta farsi visitare privatamente...»

«Già oggi l'attività libera professionale dei medici può essere autorizzata solo se diminuiscono i tempi d'attesa. Ma gli assistiti devono sapere che questo dipende dalla governance delle singole aziende e delle Regioni. C'è dove una Tac si fa in una settimana e dove in sei mesi, magari perché la si fa lavorare 6 ore al giorno anziché 20».

Voltiamo pagina. Lei ha appena vietato l'uso delle e-cig nelle scuole. Prossimi passi?

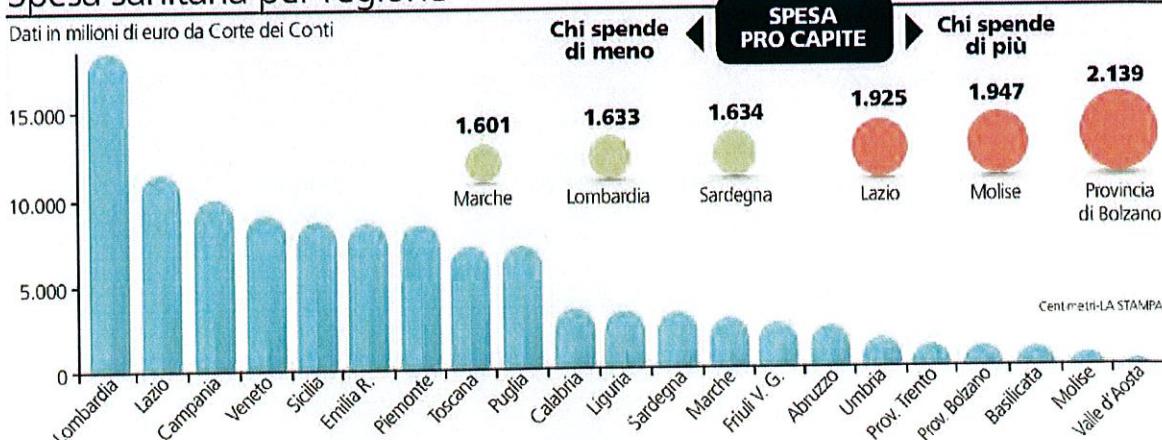
«Un decreto per garantire maggiore sicurezza dei dispositivi, in particolare per evitare che dal beccuccio fuoriesca nicotina con rischi di intossicazione. Ma anche regole più rigide sulla pubblicità e sulle informazioni da riportare al pubblico affinché si sappia esattamente cosa c'è dentro le ricariche».

Stamina. Lunedì si parte?

«Noi siamo pronti ma Vannoni non ha ancora consegnato i protocolli. Ha detto che lo farà il 2 luglio. A quel punto partiremo nel rispetto delle regole applicate in tutto il modo civile sulle sperimentazioni cliniche. La mia speranza è che i risultati alla fine siano positivi. Ma in questo momento abbiamo anche il dovere di non alimentare illusioni».

Spesa sanitaria per regione

Dati in milioni di euro da Corte dei Conti



Il ministro

Beatrice Lorenzin
ministro della Salute



Il monitoraggio. I dati di Assobiomedica

Certificazione in ritardo per Asl e Regioni

Punto Del Bufalo

Vita difficile per le imprese creditrici delle aziende del Servizio sanitario nazionale. Prima di settembre, nonostante la scadenza di fine giugno prevista dal decreto sui debiti Pa, non si aspettano alcuna novità sul versante del pagamento di fatture che, in media, viaggiano con 300 giorni di ritardo. E sono convinte che se qualcosa arriverà in cassa non sarà prima di fine anno. In più, nella maggior parte dei casi non sono nemmeno state concluse tutte le procedure previste dal decreto: tra le aziende regna il pessimismo.

Assobiomedica, l'associazione delle imprese del biomedicale (dalle stringhe alle risonanze magnetiche) che hanno crediti scoperti per quasi cinque miliardi con aziende sanitarie che in alcuni casi hanno ritardi di oltre 1.600 giorni (l'Asl Napoli Centro, a esempio), parla chiaro: entro il 29 aprile le amministrazioni pubbliche avrebbero dovuto, (tutte), iscriversi alla piattaforma telematica

dell'Economia, precondizione per pubblicare l'elenco dei debiti, poter procedere alla loro certificazione (entro il 15 settembre) e quindi al pagamento. Ma al 7 maggio (ultima data ufficiale, anche se la situazione non è molto diversa ora) l'iscrizione era stata completata solo da un terzo: 196 Enti sanitari su 268. E anche se alcune Regioni non hanno chiesto anticipazioni (Lombardia, Marche e Basilicata e le province di Trento e Bolzano), le conseguenze della mancata iscrizione sono molteplici, spiega Assobiomedica. Prima tra tutte l'impossibilità di certificare i crediti, bloccando l'iter e lasciando tempi e importi ancora nella nebbia.

«L'unica nostra soddisfazione è che, anche grazie a Confindustria, l'argomento dei ritardi di pagamento su cui ci battiamo da più di venti anni abbia ottenuto l'attenzione del Governo. Male note positive per la sanità finiscono qui», spiega Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica. Per tre ragioni. La prima è che a fronte di un debi-

to riconosciuto nel Ssn di 40 miliardi a fine 2012, ne sono stati finanziati solo 14, un terzo quindi, e per di più entro il 2014, ancorandoli alla certificazione. La seconda è che non è stata chiarita l'ambiguità di ciò che accade per i crediti non certificati. «Finora sono stati - spiega Rimondi - il vero punto dolente: le Regioni con il maggior disavanzo sanitario sono responsabili della maggioranza del debito (per noi due terzi) e sono anche quelle commissariate, che non possono certificare e verso le quali non possiamo svolgere azioni legali». Terza ragione sono i tempi. «Il ministro dello Sviluppo economico Zanonato - afferma Rimondi - ha detto che la pubblica amministrazione comincerà a pagare dopo l'estate: tradotto nulla arriverà in cassa prima di fine anno. Così ora - conclude - siamo sulla riva del fiume a vedere se tra qualche mese passerà una "barchetta" o solo il cadavere di questo provvedimento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano**sanità**.it

Lunedì 28 GIUGNO 2013

Corte dei conti. Personale Ssn: "Cala spesa e numero occupati". Ecco le retribuzioni medie del 2011

La relazione 2013 sul costo del lavoro mostra una flessione sia degli occupati (- 1,5%) che della spesa (- 1,4%) per il Ssn. Il calo dovuto alle diverse manovre economiche e al blocco del turn over e dei contratti. Indicate anche le retribuzioni medie annue: medici 74.130 euro, altri dirigenti 65.877 e non dirigenti 30.200 euro.

"Il personale del comparto sanità (717.670 unità complessive), assorbito per il 93% dal personale delle aziende sanitarie e concentrato nelle strutture con un numero di dipendenti compreso tra 1.000 e 5.000, accentua la riduzione registrata nel precedente anno (-1,5%)".

Lo rileva la Corte dei conti nella sua *Relazione annuale sul costo del lavoro* che spiega il fenomeno "in relazione alle misure di contenimento della spesa, previste dalla legge finanziaria per il 2007 (art. 1, comma 565) e confermate dal Patto per la salute per il periodo 2010-2012 e dalla legge finanziaria per il 2010 (legge n. 191 del 2009), nonché all'ulteriore impegno alla riduzione della consistenza di personale in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera".

"Coerente con tali politiche – spiega ancora la Corte - si presenta la riduzione della dirigenza esterna (direttori generali e direttori sanitari, amministrativi e dei servizi sociali) che si contrae, nel triennio considerato, del 10,2%. Il 2011 segna una maggior riduzione, rispetto agli anni considerati, della dirigenza medica (-1,5%) e del personale non dirigente (-0,7%) che mostra una maggiore dinamicità nell'ambito del personale tecnico e amministrativo rispetto al personale infermieristico, sostanzialmente stabile nel triennio. Contribuiscono, inoltre, all'equilibrio numerico del comparto anche gli effetti delle politiche di stabilizzazione avviate (oltre 2.500) che, tuttavia, non hanno evitato un significativo ricorso al personale a tempo determinato (4% del complesso del personale), indice di una sofferenza nel garantire la continuità nell'erogazione dei servizi".

"Il servizio sanitario nazionale – sottolinea la relazione - mostra una diminuzione di spesa dell'1,4% per un totale di spesa di 27.325 miliardi, riferibile alle voci stipendiali che assorbono più del 70% del complesso (oltre l'84% per il personale non dirigente). La variazione registrata, che si ridimensiona se depurata dalla componente arretrati percepita nel 2010 dalla dirigenza a seguito del rinnovo relativo al biennio economico 2008-2009, è in linea con la diminuzione di personale".

"Significativa appare, comunque – scrive ancora la Corte nella sua relazione - la diminuzione della spesa per il personale dirigente che risente inoltre, come già ricordato, del blocco del turnover nelle Regioni in piano di rientro, delle politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle Regioni non sottoposte ai piani di rientro e dell'applicazione delle ulteriori misure di contenimento previste per tutto il personale pubblico".

CATEGORIA	RETRIBUZIONE 2011				VARIAZIONI 2011 SU 2010		
	Voci stipen- diali	Voci acces- sorie	Totale retribu- zione	% voci stipendiali su retribuzione totale	Voci stipen- diali	Voci acces- sorie	Totale retribu- zione
Servizio sanitario nazionale ⁽¹⁾							
Dirigenti medici	48.817	25.313	74.130	65,9%	-0,5%	1,4%	0,1%
Dirigenti non medici	45.726	20.151	65.877	69,4%	-0,1%	4,5%	1,3%
Personale non dirigente	25.461	4.760	30.220	84,3%	0,3%	1,2%	0,5%

⁽¹⁾ Esclusa indennità di esclusività.

Dirigenti medici	48.817	25.313	74.130	65,9%	-0,5%	1,4%	0,1%
Dirigenti non medici	45.726	20.151	65.877	69,4%	-0,1%	4,5%	1,3%
Personale non dirigente	25.461	4.760	30.220	84,3%	0,3%	1,2%	0,5%

SACCOMANNI E GLI SPRECHI

Tagliare la spesa si deve Ecco dove usare la scure

il commento

SANITÀ E PENSIONI, ECCO DOVE SI PUÒ TAGLIARE

di Francesco Forte

Leragoni per essere pessimisti sui tagli alla spesa, purtroppo ci sono: le ha esposte, con amarezza, Vittorio Feltri, ricordando che le *spending review* sono rimaste nel cassetto e che si sono aumentate le imposte, creando recessione. Ma ci sono anche ragioni per insistere nella politica liberale di riduzione della spesa, perché la situazione è diversamente sconsigliante. E ci sono anche motivi di ottimismo, perché in passato ci sono stati ministri coraggiosi del Pdl come Mariastella Gelmini, che hanno operato tagli e migliorato l'efficienza. Anche nel settore dei beni culturali Sandro Bondi stava facendo economie di spesa. Esenza opposizione feroci, avrebbe potuto fare di più. Ai sacri cultori dell'arte chiedo:

non è forse vero che se legare di appalto non fossero macchinose, si potrebbero spendere per Pompei i cento milioni messi a disposizione dall'Ue?

Il ministro dell'Economia Saccoccanni può trovare alleati in ministri del Pdl come Beatrice Lorenzin. Non s'appella alla retorica della Costituzione, ma dice che il sistema dei ticket deve cambiare perché metà degli assistiti ne è esente e consuma l'80% delle prestazioni. È evidente che chi non paga il ticket si fa dare più farmaci del necessario. Modificando il sistema tenendo conto dei carichi familiari, si può ridurre il consumo di farmaci e aumentare il provento dei ticket senza rinacciarli. La Lorenzin prospetta anche risparmi di spesa di 10 miliardi. Dati i deficit dei bilanci sanitari di parecchie regioni, molti risparmi di spesa servono

per andare a pareggio ed evitare nuovi debiti occulti. Ma bisogna anche contenere il Fondo sanitario che lo Stato dà alle Regioni e la spesa aggiuntiva che le Regioni fanno, prendendo esempio dalla Lombardia, che ha affidato ad aziende sanitarie private la gestione di molti servizi.

Analoghe riflessioni urge per i rifiuti solidi urbani, per i quali è giusto stabilire che la tassa coprinteramente il costo del servizio, ma è anche necessario che questo sia reso efficiente mediante i termovalORIZZATORI, che producono elettricità e bruciano i rifiuti, con costi minori delle discariche. Il problema degli esodati non va risolto con nuove spese, ma con la norma che pare il governo sia valutando e che io proposi nel 1993, che si possa andare in pensione anche con 35 anni di anzianità,

prima dei 65 anni di età, con una pensione ridotta in proporzione. Aggiungo che vanno esonerati dai contributi sociali i pensionati quando superati i 65 anni lavorano. Ciò farà emergere molta economia sommersa e ridurrà le spese sociali. Nel bilancio dello Stato ci sono oltre 5 mila voci di trasferimenti correnti e contributi agli investimenti di imprese per 25 miliardi di euro. A ciò si aggiungono le sovvenzioni delle Regioni e degli enti locali alle imprese. E qui si entra nel mondo opaco delle imprese pubbliche non ancora collocate in borsa: Ferrovie, Anas, Poste, degli enti superflui e delle aziende regionali e comunali. C'sono molti altri ambiti da disboscare. Se non si attua questa sfida liberale alla falsa socialità e a quella dei contratti di lavoro tipo Marchionne, l'Italia sciupa i soldi pubblici e rischia di finire come la Grecia.



Medici, il rebus dell'assicurazione

DAL PROSSIMO 13 AGOSTO SCATTERÀ L'OBBLIGO PER GLI OPERATORI DI SOTTOSCRIVERE UNA POLIZZA DI RC PROFESSIONALE MA MOLTE COMPAGNIE VEDONO IL SETTORE SANITARIO COME UNA PATATA BOLLENTE

Sibilla Di palma

Milano

L'estate si preannuncia calda per la categoria medica. Dal prossimo 13 agosto, infatti, scatterà l'obbligo per chi opera nel settore di sottoscrivere una polizza di rc professionale. Una scadenza che si scontra con la difficoltà, da parte in particolare di coloro che operano nella cosiddetta area a rischio, ossia ginecologi, chirurghi e ortopedici, di stipulare delle coperture assicurative adeguate dal momento che molte compagnie vedono il settore sanitario come una patata bollente.

La causa? Un notevole aumento delle denunce e degli importi dei risarcimenti danni per presunti casi di malpractice medica. «Negli ultimi anni si è verificato un significativo incremento del numero di denunce per errori medici da parte dei pazienti», sottolinea Roberto Manzato, direttore centrale di Ania (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici). «Si tratta di un fenomeno noto che è stato già più volte sottolineato da medici e assicuratori e che ha visto le richieste di risarcimento presentate alle imprese di assicurazione passare dalle 10 mila di 15 anni fa al-

le 30 mila annue attuali», prosegue. Con un costo medio per sinistro che «attualmente rag-

giunge cifre tra i 30 e i 40 mila euro, mentre nei casi molto gravi sono stati risarciti anche milioni di euro». Una situazione che ha spinto le compagnie «a non voler più assicurare le categorie maggiormente soggette a contenzioso, come ortopedici, chirurghi e ginecologi», osserva Maurizio Maggiorotti, presidente di Amami (Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente). Con conseguenze paradossali visto che dal prossimo 13 agosto scatterà l'obbligo per i medici di assicurarsi. Senza contare che «le assicurazioni hanno

aumentato il premio del 600% negli ultimi anni», prosegue Maggiorotti. «Ad esempio, i ginecologi pagano 20 mila euro all'anno circa di polizza, una cifra troppo grande soprattutto per chi si sta avviando alla professione».

Un costo medio di polizza che riguarda anche chirurghi, ortopedici e professionisti che operano nell'ambito della medicina estetica. «I costi delle polizze sono in effetti lievitati per le specializzazioni più a rischio», conferma Manzato. La conseguenza è la fuga da queste specialità, ma anche la tendenza a praticare la cosiddetta «medicina difensiva». I medici, cioè, sempre più di frequente prescrivono esami e visite specialistiche non perché effettivamente indispensabili, ma principalmente per ridurre il rischio di una denuncia per malpractice. Con costi per lo Stato, in base a una recente relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e sui disavanzi sanitari della Camera dei Deputati, di 10 miliardi di euro (pari allo 0,75 del Pil).

Un problema scottante, insomma, soprattutto considerando che «su 100 medici inqui-

siti solo uno in media viene condannato», aggiunge Maggiorotti. L'associazione propone per questo di istituire anche in Italia un fondo vittime e dell'alea terapeutica già in vigore in altri paesi europei. «Cioè se una persona si infetta in ospedale, un evento possibile e che non accade per colpa del medico o della struttura, interviene un fondo statale che indennizza la vittima sul modello francese». Inoltre, il contenzioso è esploso perché il paziente non rischia nulla e i giudici dovrebbero condannare alle spese di lite la parte soccomben- te, ossia chi avanza una richiesta di risarcimento vuota di contenuti», sottolinea Maggiorotti.

Mentre secondo Mauro Longoni, vice presidente di Acoi (Associazione dei chirurghi ospedalieri italiani) e di Cineas (Consorzio universitario non profit del Politecnico di Milano che si occupa di formazione e diffusione della cultura del rischio e che ha di recente organizzato a Milano un tavolo di lavoro sul tema) «intervenire per disincentivare il ricorso massiccio al sistema penale per ottenere più velocemente un risarcimento, così come una più concreta quantificazione del danno risarcibile, e l'utilizzo di consulenti tecnici di ufficio specializzati e competenti sarebbe un modo concreto per rendere il settore più facilmente assicurabile».

Infine, secondo Manzato «la giurisprudenza forse è andata un po' oltre. Cioè si presuppone che ci debba essere un obbligo di risultato, ma la medicina non è una scienza esatta. Quindi forse val la pena di rivedere il concetto di responsabilità del medico, per esempio se quest'ultimo potesse provare di aver seguito un adeguato protocollo di cura non dovrebbe essere perseguito». Inol-

tre, per contenere il costo della malpractice medica «le strutture sanitarie dovrebbero mettere in atto dei processi di risk management per fare in modo che i danni non accadano, cioè implementare delle procedure per minimizzare il numero di incidenti. Oltre a corsi di formazione rivolti ai medici per aiutarli a prevenire eventuali problematiche con i pazienti», conclude.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I SINISTRI DENUNCIATI DAI MEDICI

Dati Italia, in migliaia

