



RASSEGNA STAMPA 5 Novembre 2013

Spese sanitarie, la tentazione di rinviare i costi standard
CORRIERE DELLA SERA

Toghe sul collo della Rc medica
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Primi passi del Patto per la salute
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Convenzioni: ecco l'atto di indirizzo
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Spending e ospedali così fermeremo la spesa
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Pensioni il Fisco "taglia" fino al 41% della rivalutazione
IL SOLE 24 ORE

Ordini, casse e sindacati analizzano il futuro
ITALIA OGGI

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

Spese sanitarie, la tentazione di rinviare i costi standard

di ENRICO MARRO

Non possiamo permetterci rinvii dei costi standard nella Sanità. Come ha spiegato il ministro Beatrice Lorenzin, «stiamo parlando di miliardi di euro di risparmi». Quelli che si potrebbero recuperare eliminando gli sprechi, allineando i costi dei beni e servizi acquistati su tutto il territorio a quelli sopportati dalle Regioni più virtuose. Sono anni che si dice che non si può più pagare una siringa 4 centesimi in una Regione e 24 in un'altra. Ora bisogna procedere, come prevede la legge sul federalismo. Il governo ha individuato le 5 Regioni all'interno delle quali dovrebbero essere scelte le 3 che faranno da punto di riferimento per i costi standard e per il riparto del Fondo sanitario nazionale da 110 miliardi fra tutte le Regioni. Si tratta di Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria e Marche. Le Regioni governate dalla Lega (Lombardia, Veneto e Piemonte) vogliono applicare i nuovi criteri già al riparto del Fondo per il 2013 e minacciano, in caso contrario, l'uscita dalla Conferenza delle Regioni che si riunirà domani su questo. Le Regioni del Sud invece si oppongono e chiedono modifiche legislative per introdurre nuovi criteri di suddivisione del Fondo che tengano conto anche degli indici di povertà e perfino delle condizioni ambientali. Magari alcune di queste richieste sono fondate, ma non possono diventare una scusa per rinviare. Meglio partire e poi eventualmente fare le correzioni necessarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RISCHIO CLINICO/ Da Agenas focus sul pianeta malpractice - Allerta Corte dei conti per le Regioni

Toghe sul collo della Rc medica

Censiti oltre 12mila sinistri nel 2012 - La messa in mora stressa i professionisti

L'Agenas candidata all'attestazione delle buone pratiche

Quali sono le buone pratiche "accreditate dalla comunità scientifica" il cui rispetto porrà al riparo l'esercente la professione sanitaria dal dover rispondere penalmente per colpa lieve, come previsto dalla Legge «Balduzzi»?

E soprattutto: chi le accredita?

Per la funzione nuova di zecca è già in pista l'Agenas, titolare dell'omonimo Osservatorio su mandato dell'Intesa Stato-Regioni del 2008, che aveva tracciato il modello di governance nazionale del pianeta error. «Nel database dell'Osservatorio - ha spiegato - sono raccolti interventi, attività, esperienze attuate da organizzazioni sanitarie che abbiano dimostrato di aver apportato un miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti».

Requisiti condivisi: sono basati sulle evidenze scientifiche, ne è stata dimostrata l'efficacia, sono realizzati secondo una corretta metodologia del miglioramento continuo della qualità, sostenibili nel

tempo e soprattutto trasferibili.

Le call for good practice annuali dal 2008 a oggi hanno prodotto la selezione di 1.540 esperienze provenienti da 21 Regioni, circa 300 strutture sanitarie e circa 450 professionisti registrati nel sistema pronti per essere condivisi anche in ambito europeo vista la partecipazione attiva di Agenas nella PaSQ (European Union Network for patient safety and Quality of Care), la joint action europea basata sulla condivisione delle buone pratiche cliniche o di risk management. «L'esperienza maturata in questi sei anni - ha concluso Moirano - consentirebbe all'Osservatorio dell'Agenas di svolgere la funzione coordinamento dell'attestazione delle buone pratiche, operando come supporto tecnico per le Regioni e la pubblica amministrazione, rendendo omogenee le buone pratiche a livello nazionale ed europeo e contribuendo alla loro diffusione».

di ANSA/AGF

Oltre 12mila denunce di sinistri nel 2012 a fronte di 9 milioni di ricoveri e circa un miliardo di prestazioni specialistiche, un costo assicurativo complessivo di circa un miliardo e una bomba a orologeria che rischia di esplodere sfilacciando i neuroni già stremati del personale sanitario: la messa in mora "in automatico" di circa 10mila professionisti da parte della Corte dei conti cui per legge viene trasmesso tutto il contenzioso in materia. Ad accendere nuovamente e in grande stile i riflettori sul tema inevaso della responsabilità professionale in sanità martedì scorso è stata l'Agenas, in un convegno che ha messo faccia a faccia tutti i protagonisti del settore - Regioni, istituzioni, giuristi, operatori e cittadini - e messo in fila i nodi irrisolti del settore.

A farli emergere è stato il presidente, **Giovanni Bissoni**, utilizzando la "provocazione" dei numeri («Aggiungendo al miliardo di indennizzi liquidati direttamente o in franchigia, che coprono circa il 90% dei sinistri, anche i costi dell'assicurazione diretta, i costi amministrativi gestionali e i costi indiretti, come la medicina difensiva, i risparmi sarebbero enormi), lo spirito di corpo («La gestione del contenzioso è un tema centrale in ogni Regione: la responsabilità Ssn non può essere delegata ai soggetti cui abbiamo delegato il contenzioso), il senso d'appartenenza («il decreto «Balduzzi» ha gettato il sasso nello stagno, ma ci ci sono delle debolezze che è necessario sanare, ed è necessario che l'obbligo assicurativo sia in capo a tutte le strutture che fanno assistenza, inventando nuove modalità e nuovi processi, senza separare i clinici dagli uffici legali»). Le zone d'ombra: «Il quadro normativo insufficiente, la scarsa formazione degli operatori, l'organizzazione inadeguata, la tutela non sempre trasparente degli interessi in campo». Le urgenze: «Tabelle univoche per la valutazione del danno per uniformare i risarcimenti sul territorio nazionale; una netta distinzione tra responsabilità per colpa e responsabilità professionale sanitaria; il nodo della Corte dei conti, cui viene trasferito tutto il

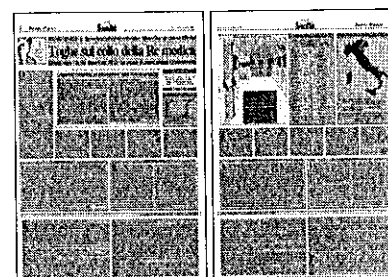
contenzioso che espone le aziende sanitarie». Un nodo quest'ultimo su cui Bissoni ha chiesto con forza «una indicazione normativa a livello nazionale per disciplinare in modo omogeneo il tema della messa in mora del professionista fin dal momento della liquidazione del sinistro in vista di una eventuale rivalsa». Perché - ha spiegato - «Non è una questione che Regioni e Corte dei conti posso risolvere da sole a livello locale». L'obiettivo - condiviso con il presidente del comitato di settore Sanità delle Regioni, **Claudio Montaldo** - è quello di «ridare serenità agli operatori per tornare a far crescere il Ssn». «Il tema della responsabilità professionale - dice Montaldo - non è più rinviabile: è una spada di Damocle che rischia di vanificare qualsiasi sforzo». E per entrambi il Patto per la salute potrebbe rappresentare l'occasione buona per il giro di boa: «Potrebbe rappresentare un punto di riferimento per la valorizzazione delle azioni orientate a ridurre il rischio clinico» (Montaldo); «Potrebbe rilanciare il programma delle Linee guida e delle Buone pratiche e battezzare con decisione la funzione di Hta» (Bissoni).

E in attesa che anche i 6 progetti di legge già depositati nella legislatura, che affrontano molti dei temi aperti, diano i loro frutti (cfr. pag. 4), sotto i riflettori restano i dati contenuti nell'Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze 2012-2013 curata da **Barbara Labella** e **Giovanni Caracci**, messa a punto in collaborazione con il Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, e realizzata con la partecipazione della totalità di Regioni e Pa. In particolare, 7 Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana e Pa di Trento) hanno dichiarato di disporre di un sistema di gestione sinistri a regime; 2 Regioni (Sicilia e Veneto) dispongono di un sistema di gestione sinistri in fase sperimentale (contro le 3 del 2009); 12 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Pa di Bolzano, Calabria, Campania, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria,

Valle d'Aosta) dichiarano infine di avere un sistema in fase di avvio o di non disporre di un sistema di gestione sinistri a livello regionale (erano 13 nell'edizione precedente). A confermare che sul pianeta malpractice l'azione locale evolve assai più lentamente delle dinamiche sinistri-premi è l'analisi sullo stato dell'arte dei sistemi informativi per la rilevazione e la gestione, a livello regionale, delle informazioni relative alle denunce di sinistri: dal 2009 a oggi la situazione si è evoluta assai poco. La buona notizia è che tutte le 7 Regioni dotate di un sistema idoneo hanno confermato la disponibilità a mettere gratuitamente il proprio sistema a disposizione delle colleghe in ritardo, secondo le norme di riuso degli applicativi informatici della Pubblica Amministrazione. La cattiva notizia è che - salvo generiche richieste di informazione da parte delle interessate - per ora non è accaduto altro. Intanto il gruppo di lavoro dell'Agenas ha provato ad avviare il cantiere del dialogo chiedendo la messa in comune dei glossari eventualmente elaborati in tema di gestione del rischio Rc/Rco, in vista dell'adozione di una terminologia di riferimento comune a tutti. Se ne contano quattro - elaborati da Emilia Romagna, Sicilia, Toscana e Veneto - che fanno da appendice alla ricerca e rappresentano il miglior invito a cercare di parlare tutti la stessa lingua sul pianeta della malpractice nazionale.

pagine a cura di
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il database del Simes

Anno	N. totale sinistri
2009*	6.239
2010	12.596
2011	12.066
2012**	12.341
Totale	43.242

(*) Le Regioni mancanti rappresentano circa il 5% della popolazione

(**) Esclusi i dati della Regione Piemonte

PERISCOPIO SIMES

Il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (Simes) nasce ufficialmente nel gennaio 2010 con la pubblicazione in Gazzetta del decreto che ne disciplina lo sviluppo, prevedendo che Regioni e Pa lo alimentino con le informazioni relative alle denunce dei sinistri presentate a partire dal 1° luglio 2009, adempimento che dal gennaio 2011 è ricompreso tra quelli obbligatori per l'accesso al finanziamento statale integrativo.

Al 10 aprile 2013 il Sistema - alimentato da 18 realtà locali - registra 43.242 sinistri (esclusi i dati della Regione Piemonte, non disponibili), con un indice di sinistrosità (n. totale sinistri / numero dimessi) riferito al 2012 di 13,068 per 10mila abitanti e un indicatore di rischio clinico (n. sinistri per lesioni personali e decessi/numero dimessi) di 4,52. Il costo medio dei sinistri liquidati, sempre nel 2012, è di 39.590 euro: leggermente superiore alle stime Ania (35mila) e leggermente inferiore al costo medio dei sinistri in ospedale registrato dalla Regione Lombardia (44mila). I giorni medi per la chiusura di una pratica di sinistro sono 402, mentre i giorni medi che intercorrono tra il verificarsi dell'evento e la denuncia di sinistro sono 755 (minimo 345-max 1.100). Per quanto riguarda le tipologie di danno, il 63% dei sinistri registrati riguarda le lesioni personali, l'11% i decessi. Le prestazioni più frequentemente all'origine delle denunce di sinistro sono gli interventi (32%) seguiti da diagnosi e assistenza (16% a pari merito). Dal tavolo tecnico interregionale del Simes è scaturita intanto la necessità di elaborare un set minimo di indicatori comuni: ne sono stati individuati 22 attualmente in corso di implementazione.

MEDIAZIONE AL PALO

Qual è il contributo della mediazione all'alleggerimento delle controversie in materia di risarcimento danni da responsabilità medica? La mediazione obbligatoria in materia di risarcimento danni da responsabilità medica era stata introdotta nel nostro ordinamento, dal Dlgs 28/2010 e dal Dm Giustizia 180/2010 a partire dal 21 marzo 2011. La sentenza della Corte costituzionale, n. 272 del 2012, ha poi ritenuto fondata la questione di illegittimità costituzionale, per eccesso di delega legislativa, del Dlgs 4 marzo 2010, n. 28 nella parte in cui ha previsto il carattere obbligatorio della mediazione. Comunque lo si voglia considerare, questo strumento alle Regioni proprio non piace. Solo Sardegna e Umbria riferiscono esperienze positive in materia: la prima ha trovato più facile risolvere il contenzioso nei casi in cui le aziende sanitarie hanno partecipato alla

procedura, sia congiuntamente che disgiuntamente dalle compagnie assicuratrici e dai medici chiamati in causa; la seconda ha registrato grazie al ricorso alla mediazione una conclusione più rapida nei casi di pretese risarcitorie. Per le altre la mediazione è un buco nell'acqua: l'articolato normativo è giudicato lacunoso e inapplicabile al settore (Puglia), trasformando il percorso in un ulteriore onere a carico del reclamante (Liguria), anche per il mancato coinvolgimento iniziale delle compagnie assicuratrici e l'immancabile rinvio alla fase giudiziale (Liguria, Lombardia). Si lamentano anche la scarsa conoscenza dell'istituto anche da parte di chi lo pratica e lo scetticismo degli avvocati (Emilia Romagna), nonché la tempistica ristretta, insufficiente alla raccolta dei dati minimi indispensabili alla conclusione transattiva della vertenza (Molise, Sicilia).

TIPOLOGIA DI DANNO

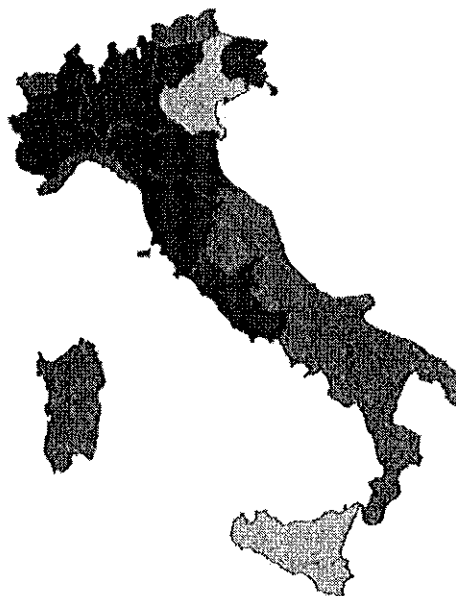
LESIONI PERSONALI	63%
DECESSO	11%
DANNO A COSE	7%

TIPO DI PRESTAZIONE

INTERVENTO	32%
DIAGNOSI	16%
ASSISTENZA	16%

Gestione sinistri: i modelli regionali

	Ricorso a polizze assicurative	Livello di gestione
Abruzzo	Si	Aziendale
Basilicata	No	Aziendale
Pa Bolzano	Si	Aziendale
Calabria	Si	Aziendale
Campania	Si	Aziendale
Emilia R.	Si	Aziendale
Friuli V.G.	Si	Regionale
Lazio	Si	Aziendale
Liguria	No	Gestione diretta aziendale
Lombardia	Si	Aziendale
Marche	Si	Aziendale
Molise	Si	Aziendale
Piemonte	Si	Regionale
Puglia	No	Aziendale
Sardegna	Si	Aziendale
Sicilia	Si	Regionale
Toscana	No	Gestione diretta
Pa Trento	Si	Aziendale
Umbria	Si	Aziendale
Valle d'Aosta	Si	Aziendale
Veneto	Si	Aziendale

Lo stato dell'arte nell'indagine Agenas 2012-2013

- **Sistema di gestione sinistri a regime**
7 Regioni: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Toscana, Pa Trento, Piemonte
- **Sistema di gestione sinistri in fase sperimentale**
2 Regioni: Sicilia e Veneto
- **Sistema in fase iniziale o sistema di gestione sinistri assente**
12 Regioni: Abruzzo, Basilicata, Pa Bolzano, Calabria, Campania, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta

NON C'È CORTE (DEI CONTI) SENZA SPINE

A scolpire limiti e modalità in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti è stata la legge 20/1994, ma il dialogo tra Regioni e giudici contabili ancora non decolla. Lo studio Agenas fa il punto anche sullo stato dell'arte in materia di comunicazione sugli impegni di spesa da malpractice: ne è emerso che solo 4 Regioni (Basilicata, Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta) hanno adottato provvedimenti (o semplici indicazioni) diretti a regolare in modo uniforme la segnalazione alla Sezione regionale della Corte dei conti dei sinistri per Rct/Rco con esborso a carico delle aziende, mentre altre 3 (Emilia Romagna, Piemonte, Pa Bolzano-Bressanone) hanno dichiarato di aver concordato con la Sezione regionale della Corte dei conti le modalità di trasmissione e i contenuti delle segnalazioni. Nelle altre, nulla di fatto. La Corte però si fa sentire: 8 Regioni dichiarano di aver ricevuto richieste di documentazione dalle competenti sezioni locali; 7 Regioni sottolineano che il numero delle stesse richieste è notevolmente aumentato nel corso degli ultimi 5 anni. E ancora: in 8 Regioni risultano promossi negli ultimi 5 anni procedimenti di malpractice da parte della Corte dei conti e in 9 Regioni le aziende hanno dichiarato di fornire supporto tecnico per aiutare il personale a reperire coperture per la colpa grave. Eventi che innervosiscono il sistema ma che, secondo il Consigliere della Corte dei conti **Patrizia Ferrari**, non vanno drammatizzati: «Non è necessario scomodare il legislatore - ha detto - meglio mettere tutti i protagonisti attorno allo stesso tavolo in cerca di soluzioni. La legge prevede con chiarezza quando ci deve essere la messa in mora, che serve a evitare la prescrizione del danno. Credo che alla base ci sia soprattutto un problema organizzativo che deve essere risolto».

INFORMARE COSTA

Sono nove (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Toscana, Pa di Trento e Veneto) le realtà territoriali che hanno speso dagli 8mila ai 160mila euro per mettere in piedi sistemi informativi per la raccolta dei dati su sinistri e polizze. Ma come d'abitudine ciascuna va da sé e in generale oggetto della rilevazione è soprattutto la casistica in questione.

Dal focus Agenas sui sistemi in pista emerge che quasi tutte si limitano sostanzialmente alla raccolta dei dati su sinistri e risarcimenti e andamento delle procedure che coinvolgono la responsabilità dell'azienda sanitaria. Lombardia e Veneto censiscono con attenzione anche gli infortuni del personale sanitario, il Lazio registra anche eventi sentinella e near misses. La Toscana passa al microscopio tutto l'iter dei

sinistri e gli aspetti economici degli stessi. Altrettanto diversificate le scelte sull'uso dei dati raccolti. In tutte è previsto un feedback informativo alle aziende e al Governo regionale, ma solo la Lombardia produce annualmente un report pubblico consultabile sul sito della Regione; la Toscana pubblicizza l'indice di sinistrosità delle aziende sul sito web "Siamo tutti pazienti"; a Trento i dati aggregati vengono diffusi a mezzo stampa previa preventiva informazione al governo regionale. Modalità di diffusione pubblica dei dati sono allo studio anche in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Sicilia. In Piemonte, infine, è il broker a disporre il report annuale sulla mappatura dei sinistri e il benchmarking aziendale. E si affidano alla rete di sicurezza del broker di turno anche tutte le altre Regioni. Che così almeno su questo non spendono un centesimo.

ABRUZZO. La copertura assicurativa è gestita esclusivamente a livello aziendale.

BASILICATA. Nell'azienda sanitaria di Matera (Asm) si sta sperimentando un modello di gestione del contenimento in autoassicurazione (delibera aziendale 431/2012). La Giunta (delibera 938/2012) ha inoltre istituito il Dipartimento interaziendale per la gestione dei sinistri Rct presso la sede dell'Asm cui aderiranno le singole aziende in corrispondenza della scadenza dei contratti in essere e ha dato mandato alle aziende sanitarie di disciplinare l'attività stragiudiziale per la gestione del risarcimento attraverso una procedura di risarcimenti interaziendale. Per tale modello gestionale è prevista una sperimentazione di 18 mesi. Il Dipartimento interaziendale sarà supportato da un loss adjuster (società di servizi di gestione del rischio/professionista esterno) esperto nella liquidazione del danno e nell'iter assicurativo, da un'azienda di consulenza (procedura di evidenza pubblica). È prevista la istituzione di un organismo terzo - il Comitato interaziendale per la valutazione dei sinistri - cui competerà la valutazione finale in ordine alla quantificazione finale degli indennizzi.

PA BOLZANO. La copertura assicurativa è gestita esclusivamente a livello aziendale.

CALABRIA. La copertura assicurativa è gestita esclusivamente a livello aziendale.

CAMPANIA. Le polizze sono sottoscritte dalle aziende fatte eccezione per alcuni casi in cui - per il fallimento della società assicurativa o per contratti troppo onerosi - le aziende stanno tentando il passaggio a un sistema di gestione diretta.

EMILIA ROMAGNA. Attualmente tutte le aziende sono provviste di copertura assicurativa garantita da singole polizze stipulate in base agli esiti della gara condotta per le tre Aree Vaste (Nord, Centro e Romagna). A seguito di negoziazione nell'Area Vasta Romagna, sono stati selezionati sul territorio un broker unico, Marsh, e diverse compagnie assicurative. Il broker opera all'interno delle Ad, Associazioni temporanee di impresa, presenti in ogni Area. Le numerose problematiche sorte con le compagnie assicurative hanno portato a ritenere il modello assolutamente insoddisfacente. Per questo è stato definito un progetto di gestione diretta con una ripartizione in tre fasce di rischio: prima fascia fino a 100mila euro a gestione esclusivamente aziendale; seconda fascia, da 100mila a 1,5 milioni di euro, a gestione azien-

dale-regionale, con un nucleo di valutazione a supporto dell'azienda; terza fascia a partire da 1,5 milioni di euro, in gestione tra azienda, Regione e assicurazione.

FRIULI VENEZIA GIULIA. A partire dal 2006 è stato adottato un sistema assicurativo basato sull'acquisizione di una polizza per rischi catastrofici con una franchigia per sinistro attualmente di 500mila euro e sulla creazione di un fondo regionale presso il Dipartimento servizi condivisi (Dsc), finanziato dalla Regione Friuli Venezia Giulia in relazione alla liquidazione dei sinistri ricadenti in franchigia. Al fondo aderiscono 11 enti sanitari regionali (6 aziende territoriali, 2 aziende ospedaliere-universitarie, 1 azienda ospedaliera, 2 Irccs). Entrambi i meccanismi sono gestiti dal Dsc su mandato regionale e in collaborazione con gli enti del Ssr.

LAZIO. Attualmente alcune aziende sono dotate di copertura assicurativa reperita anni fa e altre che ne sono del tutto sprovviste non essendo riuscite a reperirle sul mercato. Per quanto riguarda le aziende provviste di copertura non sono state fornite indicazioni contestualizzate a livello regionale (la Regione ha lasciato libertà decisionale sulla copertura tramite polizza assicurativa o gestione diretta). È il direttore generale a fissare il contenuto minimo di garanzia al momento dell'indizione della gara. La funzione di coordinamento è affidata invece alla Centrale acquisti alla quale, come stabilito dal provvedimento commissariati, le aziende devono chiedere preventiva autorizzazione prima della gara. Sarà quindi la Centrale a valutare l'eventuale opportunità dell'indizione di una gara centralizzata o rivolta alla singola azienda, procedendo a una prescrizione minima di accoglimento. Vista la mancata uniformità a livello di polizze la Regione sta procedendo, gradualmente ma uniformemente, all'adozione di un sistema auto assicurativo, come deliberato nel 2011.

LIGURIA. La Giunta (delibera n. 31/2012) ha definito un modello di gestione del rischio Rct/Rco alternativo alle polizze assicurative fissando al 1° gennaio 2012 la decorrenza della gestione diretta della sinistrosità da parte delle aziende sanitarie regionali (o alla data successiva in cui verranno meno i contratti assicurativi in essere) e istituendo il Comitato regionale sinistri e i Comitati gestione sinistri di area aziendale.

LOMBARDIA. Fino al 2011 le aziende ospedaliere hanno proceduto tramite negoziazione diretta delle polizze con le compagnie assicurative. Nel giugno 2012 è stata pubblicata una gara a livello regionale con

la avente maggiore rilevanza, in via orientativa si stima che ciascuna azienda avrà autonomia risarcitoria (fermo restando l'invio della notizia al livello regionale) per sinistri fino a circa 50-100mila euro. E che tutti gli altri dovranno avere avallo dalla struttura centrale per procedere al risarcimento stesso.

SICILIA. Nel 2011 è stata aggiudicata la gara ad un'unica compagnia di brokeraggio, la Willis, che ha pubblicato un bando per attivare le polizze scadute, nella prospettiva dell'indizione di una gara unica: si sta selezionando l'azienda capofila che dovrà gestire. Nel progetto anche la creazione di un Fondo unico per la gestione di premi e sinistri previa valutazione dei Cnvs che si stanno contestualmente attivando.

TOSCANA. Tutte le aziende gestiscono direttamente i sinistri a partire dal 2010. Secondo le delibere in materia (1203/09 e 1234/10) la gestione dell'intero percorso - dall'apertura del sinistro alla comunicazione alla Corte dei conti - è effettuata dal Comitato gestione sinistri (Cgs, in cui sono presenti Medicina legale, affari generali/legali, Clinical risk manager, direzione sanitaria, area tecnica).

PA TRENTO. Nella Pa di Trento è previsto il ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio Rct/Rco. Il livello di gestione è aziendale (azienda unica, corrispondente al servizio provinciale) e ritenuto assolutamente efficace. La quantificazione delle riserve viene decisa unicamente dalla compagnia senza preventivo confronto con l'azienda. L'azienda unica si avvale della collaborazione di Marsh: la presenza del broker non ha costi aggiuntivi essendo gli oneri a carico della compagnia assicuratrice.

UMBRIA. Il modello organizzativo della Regione Umbria è attualmente così strutturato: il contraente-compagnia assicuratrice è stato individuato a livello regionale; i singoli contratti vengono gestiti a livello aziendale. È stato coinvolto il broker regionale al fine di effettuare una ricognizione della situazione assicurativa e di elaborare dati utili a eseguire uno studio di fattibilità per una gestione mista.

VENETO. Il modello organizzativo attualmente in uso prevede la copertura del rischio Rct/Rco tramite polizze assicurative gestite a livello aziendale, anche se la Regione è in corso di transizione verso un sistema accentrato di Area Vasta per rischi catastrofici. La Regione è infatti in attesa dell'implementazione del nuovo modello di gestione diretta dei sinistri entro l'importo di 300mila euro da parte delle aziende sanitarie.

All'esame dei governatori le proposte tecniche su Patto per la salute e ridefinizione delle Regioni benchmark

La salute appesa ai costi standard

Cambio di rotta sul federalismo fiscale - Farmaci, personale, università nel mirino

Cantieri aperti sul Patto per la salute, ma anche sulla revisione del meccanismo dei costi standard che rischia di trasformarsi in una trincea con il Governo. I governatori chiederanno di inserire già nella legge di stabilità una modifica legislativa che stravolge la scelta del Governo sulle Regioni benchmark per riparto e costi standard: non più cinque tra cui scegliere le tre di riferimento, ma la media dei risultati ottenuti da tutte quelle senza piano di rientro. Intanto prosegue l'esame dei risultati dei dieci tavoli tecnici sul Patto per la salute per dare il via libera alla scrittura dell'intesa da chiudere prima di Natale: farmaci, ospedali, medici (dipendenti e convenzionati), università, dispositivi, integrazione sociosanitaria i settori su cui cala la scure della razionalizzazione.

AFAC 8-9

Le Regioni mettono a punto le schede di sintesi per la scelta degli argomenti da sviluppare

Primi passi del Patto per la salute

Subito uno scoglio: le richieste di modifica legislativa sui costi standard

Le Regioni chiedono che il capitolo dei costi standard esca dal Patto per la salute, anche perché non essendo accordo sulle proposte del Governo, secondo i governatori serve una modifica legislativa al Dlgs 68/2011 (federalismo fiscale).

Il riferimento per determinare il fabbisogno è, secondo la prima analisi dei tecnici regionali, che questo si basi su Lea erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza. Fabbisogni e costi standard dovranno essere definiti annualmente da Salute, ed Economia d'intesa con la Stato-Regioni e dovranno fare riferimento alle Informazioni del Nis.

Le percentuali di assegnazione sono 5% per la prevenzione, 31% per l'assistenza distrettuale e 44% per

Ecco come scegliere chi fa da benchmark

quella ospedaliera, ma dal 2014 saranno rideterminate annualmente sulla base dei risultati raggiunti dalle Regioni di riferimento che non saranno più le cinque tra cui scegliere le tre benchmark, ma tutte le Regioni senza piano di rientro, adempienti alla verifica del Tavolo ad hoc e individuate secondo indicatori di qualità, quantità, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati e definiti per ciascun macrolivello di assistenza. E le Regioni in piano di rientro dovranno raggiungere gli standard fissati entro cinque anni.

Il valore del costo standard sarà la media pro capite pesata del costo per ciascuno dei macrolivelli nelle Regioni

di riferimento e il livello di spesa sarà al lordo della mobilità passiva e al netto di quella attiva extra-regionale, depurato delle entrate proprie, della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori a quelli essenziali e delle quote di ammortamento che hanno ulteriori coperture. Il costo standard è applicato alla popolazione pesata regionale. La quota per ogni Regione di riferimento non potrà comunque essere inferiore a quella percentuale già assegnata l'anno precedente ed eventuali risparmi rimangono a disposizione delle Regioni che li hanno ottenuti.

C'è poi la partita dei piani di rientro. La loro ridefinizione dovrà avere

effetti duraturi in termini di modifica degli elementi strutturali generatori di spesa e intervenga in chiave di riorganizzazione del Ssr. Per questo dovranno essere focalizzati su pochi macro-obiettivi strategici (riassetto della rete ospedaliera e territoriale e continuità assistenziale; implementazione delle centrali di acquisto e pagamento di beni e servizi; governo del personale del Ssr; flussi e sistemi informativi ecc.) che vincolino le Regioni al raggiungimento, in tempi dati, di obiettivi misurabili in termini di salute.

Attualmente, invece, l'azione regionale è spesso rallentata e appesantita da adempimenti e obblighi di portata più formale che sostanziale.

Aperta la partita del Patto ecco subito il primo gradino da superare. E non da poco: la definizione dei costi standard. Che rischia di incrinare la dichiarata unitarietà delle Regioni (il Sud protesta perché i meccanismi proposti lo penalizzano, le Regioni leghiste del Nord protestano perché si sta perdendo tempo, le altre Regioni senza piano di rientro vogliono essere la bandiera per la scelta e a loro volta protestano per il fuoco incrociato di veti) e soprattutto di accendere una nuova contrapposizione con il Governo. Le Regioni propongono - e questa settimana è fissata una conferenza straordinaria dei presidenti con il Patto ancora all'ordine del giorno (il 6 novembre), ma in cui si parlerà anche di costi standard - ma non è detto che l'Esecutivo e il Parlamento debbano accettare le proposte già nella legge di stabilità come vorrebbero i governatori. E soprattutto non è detto che i desideri dei gover-

natori siano in sintonia con la spending review allargata promessa dal neo commissario Carlo Cottarelli che ha già annunciato di voler toccare tutti i settori primari di spesa, non solo nei limiti minimi di risparmio fissati dalla legge di stabilità.

Trincea aperta, quindi. Perché alle Regioni non piace la metodologia attuale - approvata d'ufficio, senza intesa - predisposta dal Governo, quella delle 5 Regioni di riferimento tra cui scegliere le 3 benchmark per il riparto e per i meccanismi della spesa: si fanno classifiche e si delineano "buoni" e "cattivi" secondo i governatori.

Per questo sui tavoli del Patto è approdato un documento (vedi box) che riscrive la norma primaria, quella del Dlgs 68/2011, prevedendo diversi meccanismi allargati a tutte le Regioni virtuose senza piano di rientro. E che proprio in quanto modifica legislativa non può camminare col Patto, ma dovrebbe essere inseri-

ta in una norma. Facendo il più presto possibile, è la richiesta dei governatori, anche perché al nuovo meccanismo è legato il riparto. Quello 2013 ancora desaparecidos nonostante sia ormai la fine dell'anno e poi dal 2014 in poi, quando a risorse bloccate, per le Regioni contano davvero gli spicci.

Una partita su cui questa settimana i governatori stringeranno i tempi, che rischia di diventare guerra aperta se il Governo prima, il Parlamento poi o anche il commissario per la spending review, dovessero mostrare intransigenza sulla posizione delle Regioni. E che potrebbe anche rallentare l'iter del Patto, mettendo a rischio la "promessa" delle Regioni di sistemare organizzazione, programmazione e risparmi come contropartita ai tagli non fatti nella manovra.

Il Patto intanto ha gettato la scorsa settimana le sue basi. Niente più medici di famiglia soli nel proprio

studio professionale: il nuovo modello sarà multiprofessionale con aggregazioni funzionali e Unità di cure primarie. Per i medici dipendenti le regole del turn over sono da rivedere con l'obiettivo dello svecchiamento dei ranghi e a proposito di giovani, andranno inseriti in ruolo gli specializzandi agli ultimi anni di corso. Per l'attuale "dirigenza" del Ssn si dovrà invece eliminare la qualifica dirigenziale uguale per tutti acquisita automaticamente al momento dell'incarico: per averla ci vorrà un concorso



ad hoc. E per gli ospedali poi va bene il documento sugli standard del 2012, ma con due modifiche: sulla soglia di 60 posti letto per acuti per le strutture private e sul calcolo dei posti letto relativi alla mobilità inter-regionale. Poi revisione del prontuario farmaceutico sulla base del criterio costo-beneficio, gare per categorie terapeutiche omogenee e verifica dell'innovatività reale dei farmaci. E anche per i dispositivi medici categorie omogenee e tracciabilità (vedi box in fondo alla pagina).

Su questi (e altri: v. box) contenuti di sintesi messi a punto dai dieci gruppi di lavoro costituiti all'inizio dell'estate i presidenti dovranno dare un preciso mandato a procedere (o le

indicazioni su eventuali cambi di rotta) per scrivere il Patto vero e proprio.

Una volta decisa la strada da seguire, si concorderà se preparare un documento delle Regioni con cui trattare col Governo, o procedere direttamente a un'elaborazione congiunta per arrivare entro Natale alla sottoscrizione del Patto. Sempre che il Governo tenga, anche sotto le minacce di instabilità legate ancora una volta al caso Berlusconi.

**Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Flavia Landolfi
Rosanna Magnano
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Farmaci, categorie superstar

Per i tecnici delle Regioni, l'efficientamento della spesa farmaceutica passa per la trasformazione accelerata del mercato da monopolistico a concorrenziale, approfittando delle importanti scadenze brevettuali in arrivo. Anche perché nel frattempo - sottolinea il canovaccio fornito alla politica dagli esperti del ramo - «sono stati immessi sul mercato farmaci ad alto costo con conseguente incremento esponenziale del differenziale di prezzo».

Star assolute dell'operazione le categorie terapeutiche omogenee (principi attivi diversi - efficacia sovrapponibile): serviranno per la revisione del Prontuario (costo-efficacia), per l'individuazione dei prezzi di riferimento, le gare regionali in equivalenza terapeutica tra principi attivi diversi, da "portare a sistema" - dice il tavolo tecnico - visti i consistenti risparmi ottenuti nelle Regioni che le hanno sperimentate. Nel mirino anche la norma che consente la commercializzazione dei farmaci in assenza della contrattazione del prezzo da parte di Aifa introdotta con la legge «Balduzzi»: i tecnici regionali chiedono di rivederla, aprendo il Ssn soltanto all'innovazione reale e dimostrata rispetto all'esistente e dotando il regolatorio di strumenti che hanno il profumo e le virtù dell'Hta e dell'horizon scanning.

Per finire, focus sulle periodiche carenze di medicinali: non è un problema produttivo - segnala il tavolo tecnico - tutto dipende semmai dal mercato parallelo, nodo da affrontare riconvocando con urgenza il tavolo Aifa attivato a giugno per proseguire i lavori e spulciare i temi ritenuti prioritari: dall'analisi della tracciabilità alle autorizzazioni all'esercizio e all'export rilasciate ai grossisti.

Dispositivi e farmacie, nuovi iter

Su dispositivi medici e remunerazione delle farmacie si punta a cambiare musica. Per la prima volta anche per i dispositivi si propongono categorie terapeutiche omogenee con funzioni sovrapponibili e l'adozione di criteri precisi per valutare l'innovatività e i costi aggiuntivi per il Ssn. Obiettivo esplicito, l'indizione di «gare in concorrenza» anche tra dispositivi con caratteristiche tecnologiche diverse. Anche per i dispositivi dovrebbe poi inaugurarsi la stagione della tracciabilità: in particolare per gli impiantabili i tecnici propongono la creazione di un registro nazionale di pazienti alimentato dalle Regioni. E suggeriscono di assoggettare l'informazione medico-scientifica che li riguarda a norme analoghe a quelle vigenti per i farmaci. Svecchiamento in vista anche per protesi e ausili: il Nomenclatore tariffario nazionale dovrebbe essere aggiornato ridefinendo i prodotti candidabili a procedure pubbliche d'acquisto.

E soffiano venti di novità anche sull'ammuffito nodo della remunerazione al bancone. La spinta razionalizzatrice del tavolo tecnico punta a far piazza pulita della norma che assegna a Salute e Economia il compito di rinnovare il modello, assegnando la questione all'agenda della Sisac con una indicazione esplicita: remunerazione a prestazione, punto e basta. Tra le voglie repressi dei regionali, anche l'estensione della distribuzione per conto a categorie sempre più ampie di medicinali, oltre quelle individuate dalla L. 405/2001. Chiuderebbe il cerchio - sia per i farmaci che per i dispositivi - il monitoraggio dei consumi ricondotto nell'ambito degli «esi» marca Agenas.

Assistenza ospedaliera

Il punto di partenza è lo schema di regolamento scritto dalla Salute e già corretto in parte con le richieste delle Regioni, in cui si ridefinivano le dimensioni e le destinazioni delle strutture anche in base ai risultati degli esiti. Ma con due modifiche necessarie: quella sulla soglia dei posti letto delle strutture private fissata nel regolamento a non meno di 60 posti letto e quella sulla modalità di calcolo dei posti letto relativi alla mobilità interregionale per la quale il regolamento prevede saldo zero. Per il primo aspetto le Regioni chiedono una deroga per le strutture monospécialistiche, mentre per il secondo potrebbe essere prevista una gradualità con tappe successive fino al raggiungimento dell'obiettivo regionale che resta nell'ambito dei 3,7 posti letto per mille abitanti.

Secondo le Regioni la realizzazione di reti ospedaliere di livello regionale, ciascuna riferita a dotazioni standard di posti letto per 1.000 abitanti e a tassi massimi di ospedalizzazione, fissati dalla programmazione nazionale e regionale, deve puntare al miglioramento della qualità delle cure, a un significativo incremento dell'appropriatezza e a un recupero dell'efficienza nell'utilizzo dei posti letto per acuti.

Nell'ambito del patto risulta comunque essenziale, secondo le Regioni, condividere strumenti e modalità organizzative innovative per migliorare la gestione dei processi ospedalieri e facilitare la riorganizzazione in rete dei servizi concentrando progetti e obiettivi strategici.

Rapporti Ssn-Università

Per ridefinire il rapporto tra sistema universitario e Ssn, come primo atto va considerata l'evoluzione del modello Aou, a conclusione del quadriennio di sperimentazione. In particolare andranno riconsiderati gli indicatori di sistema attuali; dovranno essere declinate le indicazioni generali per la definizione, nell'ambito dei protocolli d'intesa Università-Regioni, dei criteri direttivi sia di profilo assistenziale sia di profilo didattico scientifico; definiti i criteri per la distinzione organizzativa per le strutture complesse e semplici aziendali in funzione del percorso didattico scientifico; considerati ulteriori parametri organizzativi correlati ai corsi di specializzazione riguardanti le professioni sanitarie. Farà puntato anche sulla distribuzione degli spazi

didattici e assistenziali all'interno delle Aou. Vanno poi fissate le indicazioni generali per la definizione dei criteri di compartecipazione dell'Università e delle Regioni agli assetti economico-patrimoniali delle Aou (conferimento dei beni immobili e mobili, impiego di risorse umane). Vanno infine stabilite indicazioni generali anche per la partecipazione del personale universitario alle attività assistenziali rendendole uniformi a livello nazionale.

E al settore del rapporto Ssn-Università si collega anche quello del personale che, per la determinazione del fabbisogno, ritiene di dover riconsiderare lo strumento del numero chiuso per disciplinare l'accesso alle lauree sanitarie e che sia necessario revisionare il sistema di riconoscimento dei titoli stranieri.

Ricerca sanitaria

La priorità per promuovere una ricerca di qualità è quella di saldare i legami del binomio Ricerca-innovazione, valutando in che misura i progetti di ricerca abbiano impatti effettivi sulla qualità dei servizi e sulla risoluzione di significativi problemi di salute dei cittadini. Per questo è necessaria la condivisione e individuazione delle tematiche secondo le esigenze regionali e in sintonia con le direttive Ue. Tra le tipologie di ricerca: biomedica/traslationale, clinica; diagnostica avanzata e nuove strategie terapeutiche; ricerca epidemiologica e determinanti di salute, valutazione delle tecnologie sanitarie, modelli organizzativi (inclusi percorsi di cura integrati), Ict per la salute, tecnologie

integrate per la salute. Fondamentale supporto per la ricerca deve essere l'implementazione dell'Hta, per armonizzare il Ssn con le indicazioni Ue e gestire i costi, continuando a garantire il diritto alla salute dei cittadini. Per quanto riguarda la governance, i fondi sono puntati sulla cronica scarsità di risorse: indispensabile quindi agevolare l'accesso ai finanziamenti nell'ambito di Horizon 2020. Inoltre si auspica un tavolo di lavoro per esplicitare compiti e relazioni tra Irccs, Ssn, Università e Cnr. Infine il problema della misurazione dei risultati: con la necessità di aprire un confronto produttivo su diritti di proprietà intellettuale e strumenti di condivisione dei risultati.

Personale dipendente

Si parte dall'analisi del fabbisogno di personale che dovrà tenere conto delle nuove dinamiche pensionistiche (legge Fornero), dell'accesso alle lauree sanitarie e dei loro esiti. Con il punto di caduta per la cessazione di molti dipendenti (gobba pensionistica) nel 2015. Poi, una Ecm che si dovrà sviluppare anche secondo le indicazioni comunitarie. Ma soprattutto il Patto dovrà indicare gli strumenti a livello di disciplina concorsuale (a livello legislativo, regolamentare e contrattuale) per regolare ingresso e fuoriuscita da sistema. Per questo è necessario sciogliere due nodi. Il primo è l'inserimento in ruolo degli specializzandi con appositi strumenti concorsuali e un percorso selettivo; il secondo è l'eliminazione per tutti (medici e professioni) della qualifica dirigenziale senza distinzioni che potrà essere acquisita solo con una procedura concorsuale ad hoc. E strumenti analoghi dovranno essere previsti per il riconoscimento (economico) delle altissime professionalità. Da definire poi i livelli minimi assistenziali per vincolare la quantificazione del personale delle professioni non mediche di supporto e abrogare per le Regioni in piano di rientro il vincolo di costo del personale inferiore dell'1,4% al costo 2004 che non consente un turn over adeguato.

Per quanto riguarda la formazione il Patto dovrà indicare con grande chiarezza la stretta connessione tra Ecm obbligatoria e sistema di valutazione: lo strumento attuativo dovrà essere costruito nell'ambito dei nuovi contratti a livello solo normativo.

Cure primarie

Addio allo studio del singolo Mmg a favore di un modello multiprofessionale e interdisciplinare, basato sulla medicina d'iniziativa; ridefinizione di ruoli, competenze e relazioni che rispondano a una logica di responsabilità. Riassetto della medicina generale sulla base dei meccanismi associativi rivisti dal decreto Balduzzi e adempimenti isorisorse per la costruzione del fascicolo sanitario, della ricetta elettronica, della dematerializzazione dei documenti. Questa è la «rivoluzione cure primarie» per cui il Patto si propone di definire una «cornice generale, all'interno della quale ogni Regione, nel rispetto delle competenze esclusive costituzionalmente definite, svilupperà i propri modelli organizzativi specifici».

I temi generali del restyling? Accanto a una organizzazione dei professionisti delle cure primarie multiprofessionale e interdisciplinare, con l'impiego anche di personale dipendente, figurano l'identificazione di strutture territoriali per l'erogazione delle cure primarie, lo sviluppo delle cure intermedie, l'integrazione ospedale-territorio, il ridisegno della continuità assistenziale in collegamento funzionale con la rete dell'emergenza-urgenza e la realizzazione di centrali operative per la continuità assistenziale 116 e 117 (i nuovi numeri europei dell'emergenza), la ridefinizione dei principali percorsi e reati, l'indicazione di ruoli e autonomie professionali in particolare nell'ambito della presa in carico della cronicità e del matero-infantile; la tutela della fascia di bimbi più giovani e fragili e la rimodulazione della rete ospedaliera delle pediatrie e dei punti nascita, il completamento delle reti regionali di cure palliative.

La prevenzione, infine: va affidata a interventi trasversali, ad azioni di contrasto delle disuguaglianze e al potenziamento dei nodi della rete globale per la gestione delle emergenze in Sanità pubblica e veterinaria.

Integrazione sociosanitaria

Inanzitutto le risorse: l'obiettivo minimo è mantenere per una sostenibilità di tutte le attività integrate il Fondo per le non autosufficienze e quello per le politiche sociali, garantendo almeno le risorse da 300 milioni l'uno e, se possibile, tornando alle quote del 2009 (400 milioni per la non autosufficienza e 510 milioni per il welfare). Poi via ai Livelli essenziali integrati, come risultante dei Lea aggiornati e degli "obiettivi di servizio socio assistenziali" (in attesa del Lep). Al sistema si accede tramite un Pua o punto unico di accesso. Restano valide le indicazioni già date per la presa in carico dal Dpcm del 2001, prevedendo pacchetti articolati di prestazioni per non autosufficienza e disabilità. I compiti delle Regioni: disciplinano in sede locale i principi per l'integrazione, particolarmente per le aree della non autosufficienza, dei disabili, dei minori e della famiglia; predispongono i piani sociosanitari in cui sono declinati i pacchetti delle prestazioni integrate e i collegamenti con altri comparti; danno indicazioni alle Asl e alle associazioni intercomunali per l'erogazione congiunta degli interventi sociosanitari e per la gestione finanziaria dei fondi; facilitano la formazione del personale. Il ruolo di Comuni e aziende sanitarie: realizzano le attività sociosanitarie organizzando i fattori produttivi nella maniera più consona e meno burocratica secondo uno schema di governance in linea con la coincidenza territoriale tra distretto e zona. I servizi sociosanitari sono responsabili della presa in carico complessiva, comprese le verifiche di efficacia/ efficienza e di spesa.

Edilizia sanitaria

Nuovi grandi progetti per le strutture ospedaliere di eccellenza e di riferimento regionale e aziendale per accompagnare il processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere; manutenzione straordinaria dei presidi esistenti con particolare riguardo all'adeguamento delle normative antisismiche e antincendio; grandi investimenti per la riconversione del parco ospedaliero dismesso in nuove strutture per il territorio. Sono solo alcune delle priorità strategiche formulate dai tecnici delle Regioni per l'edilizia sanitaria nell'ipotesi del nuovo Patto per la salute. Tra queste anche l'incremento delle dotazioni tecnologiche per potenziare la diagnostica specialistica e la telemedicina e l'innovazione

delle norme e delle procedure. E quindi - sottolineano gli esperti - la revisione radicale del processo di accesso al sistema finanziario prevedendo la possibilità di finanziare i Programmi di investimento regionali previa intesa Stato-Regioni con accesso al finanziamento dopo l'avvio dei lavori sotto la responsabilità diretta delle Regioni, con la collaborazione della Cassa depositi e prestiti.

Per quanto riguarda le norme anti-sismiche per ovviare alla rapidità tecnologica in materia di prevenzione, i tecnici segnalano la necessità di introdurre per le strutture esistenti un provvedimento equivalente alla norma di sicurezza in vigore nel periodo in cui questa viene emanata.

Mobilità e tariffe

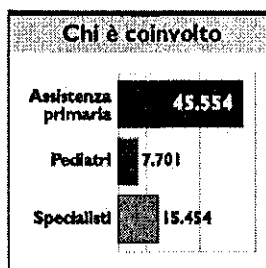
Di fronte alla forte variabilità dei tariffari regionali, è necessario definire un modello complessivo della remunerazione degli erogatori che ricomprenda in maniera organica i criteri applicabili ai residenti, alla mobilità interregionale e a quella internazionale e trovi l'intesa Stato-Regioni in una materia di fondamentale importanza per la gestione e l'equilibrio economico dei servizi sanitari regionali. Anche sul fronte della mobilità, l'applicazione diretta agli erogatori del tariffario nazionale di riferimento risulta lo strumento più valido per migliorare l'appropriatezza e contenere la mobilità sanitaria interregionale per prestazioni di medio-bassa specialità. Vanno poi definiti criteri tariffari e di appropriatezza per indirizzare la mobilità

per prestazioni di alta specialità verso le strutture a elevata qualificazione. Se i tariffari regionali devono essere correlati al tariffario nazionale, va comunque riconosciuto un margine di flessibilità. Altro strumento strategico per il governo della mobilità sanitaria sono gli accordi fra le Regioni, che vanno quindi incentivati. Per quanto riguarda la compensazione della mobilità internazionale, si ritiene che debbano essere adottati i tariffari regionali, anche per evitare che le strutture erogatrici siano penalizzate da livelli tariffari inadeguati a coprire i costi di produzione. L'ipotesi di una TUC internazionale è infatti una strada ancora lunga: più realistico pensare a uno sviluppo graduale di accordi tra Stati, a cominciare da quelli confinanti.

CONVENZIONI**Mmg, ecco l'atto di indirizzo***Ruolo unico, niente medici solisti e revisione del compenso*

Aggregazioni funzionali e Unità di cure primarie saranno gli unici modelli di gestione: addio al medico solista nel suo studio che avrà ruolo unico e un compenso senza indennità e incentivi. È pronto l'atto di indirizzo per guidare la Sisac nella trattativa.

A PAG 23



Messo a punto dalle Regioni il documento che detta i principi alla Sisac per definire le modifiche agli accordi

Convenzioni: ecco l'atto di indirizzo

Aggregazioni funzionali e Unità di cure primarie unici modelli - Le regole del ruolo unico

L'aggiornamento degli Accordi collettivi nazionali di medici di famiglia, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali alle novità introdotte dalla legge Balduzzi. Ma anche una revisione delle indennità, dei diritti sindacali e dei modelli. Tutto a costo zero. Come anticipato su Il Sole-24 Ore Sanità n. 39/2013, è pronto l'atteso atto di indirizzo per il rinnovo delle convenzioni dei medici di base con il Servizio sanitario nazionale. Che è stato anche esaminato dai governatori, ma su cui ora si attende la discussione parallela di prassi (ma non d'obbligo) con gli atti di indirizzo per il rinnovo della parte normativa dei contratti dei dipendenti su cui il Comitato di settore ha avviato le consultazioni. Poi, il Comitato trasmetterà la direttiva al Governo, che dovrà dare il "la" alla Sisac per l'apertura ufficiale delle trattative.

Obiettivo delle Regioni è da un lato rivedere e completare le norme attuali relative alle Aft (aggregazioni funzionali territoriali) e alle Ucp (Unità complesse di cure primarie), per renderle più rispettose del nuovo testo dell'articolo 8 del Dlgs 502/92 e, dall'altro, di introdurre e disciplinare nella convenzione della medicina generale il nuovo istituto del ruolo unico. Inoltre, i nuovi accordi devono recepire, in modo esplicito e non ambiguo, il principio della obbligatorietà dell'adesione dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale.

Per queste forme di aggregazione l'atto di indirizzo prevede debbano essere definiti tempi certi e modalità con cui le Regioni superano tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo ecc.),

per sostituirle con Aft e Ucp, individuando anche condizioni generali, requisiti di massima, tempi e modalità con cui le Regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle Aft e delle Ucp sulla base di accordi regionali che non devono comportare oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. Tra le condizioni va inserita la necessità di supportare attraverso la disponibilità dei fattori produttivi solo l'attività istituzionale svolta dal medico e non anche quella libero-professionale.

Ruolo unico. Il testo, blindato, adegua gli Acn vigenti alla legge 189/2012 prevedendo due sole forme organizzative, mono o pluriprofessionali (le aggregazioni funzionali territoriali e le Unità complesse di cure primarie), l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto regionale e l'istituzione del ruolo unico, ovvero requisiti e modalità uniformi di accesso all'assistenza primaria e alla continuità assistenziale attraverso una graduatoria unica per titoli stilata ogni anno a livello regionale. Il ruolo unico nell'ambito del distretto deve essere capace di garantire una copertura assistenziale giornaliera per 7 giorni su 7 e di favorire una continuità assistenziale effettiva. Le Regioni propongono comunque che il passaggio avvenga gradualmente, partendo prioritariamente dalla messa a regime del nuovo assetto organizzativo basato sulle aggregazioni funzionali territoriali e sulle Unità complesse di cure primarie.

Compenso al restyling. Il capitolo più insidioso è forse proprio quello del compenso. L'idea dei tecnici regionali è quella di rivedere tutte le indennità e gli incentivi finora erogati per le associazioni, l'informatica e i collaboratori di studio per finanziare i fattori produttivi

vi delle nuove forme associative (le Aft, aggregazioni funzionali territoriali, e le Ucp, unità complesse di cure primarie), come legge Balduzzi comanda. Gli Accordi dovranno individuare requisiti, tempi e modi con cui le Regioni provvederanno alla dotazione di Aft e Ucp ma ancora una volta senza oneri aggiuntivi.

Diritti sindacali. A costo zero anche la revisione delle norme su rappresentatività e diritti sindacali, punto caldissimo che dopo l'ordinanza del Tribunale di Roma continua ad alimentare contenzioso e barricate. Con i Nas che cominciano a stare alle costole delle aziende. «I medici si sono abituati a considerare uno stipendio aggiuntivo il pagamento dei sostituti da parte della Asl nelle ore in cui fanno attività sindacale», dice un funzionario regionale. «Servono regole ben precise, una rendicontazione precisa».

Leggi Brunetta applicate sul territorio. Regole, assetti, modelli: l'intenzione che traspare è quella di legare sempre di più il lavoro di tutti i medici del territorio («non c'è soltanto la medicina generale», ricordano in molti) alla programmazione regionale. Con una riorganizzazione radicale del sistema (non a caso l'atto di indirizzo prevederebbe la decadenza e il successivo rin-



novo di tutti gli accordi regionali vigenti) e l'applicazione anche ai convenzionati dei meccanismi di premialità e trasparenza gestionale previsti dalle riforme Brunetta e in particolare del Dlgs 150/2009.

Sindacati in trincea. Ma le Regioni, in particolare quelle più agguerrite che già da tempo si muovono in questa direzione, dovranno vedersela con i sindacati, per nulla accondiscendenti. «Sbagliano se pensano di poterci trattare da dipendenti e di minare alla radice il nostro rapporto fiduciario con i pazienti», dice Giacomo Milillo, segretario della Fimmg, il maggior sindacato dei medici di base. Sia Fimmg sia Snami hanno già dato mandato al segretario e al presidente di dichiarare lo stato di agitazione nel caso in cui il confronto con le Regioni non portasse da nessuna parte. Un rischio concreto. Perché i malumori serpeggiano anche tra i pediatri di libera scelta, con la Fimp di Alessandro Ballestrazzi che chiede un atto di indirizzo separato per tenere conto delle specificità dell'area. La partita si preannuncia accesa. Con il Patto per la salute che incombe come deus ex machina.

**Paolo Del Bufalo
Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Saccomanni punta
su spending e ospedali

A PAG. 9

AUDIZIONE DEL MINISTRO ALLA CAMERA

«Spending e ospedali: così fermeremo la spesa»

Saccomanni: Agenas in campo per le gare dei contratti pubblici

«Ancora troppi piccoli ospedali»

La dinamica della spesa sanitaria è stata negli ultimi anni notevolmente contenuta: in rapporto al Pil è oggi inferiore ai nostri principali partners europei. Tuttavia il nostro elevato debito, l'esigenza di proseguire gli sforzi di consolidamento di bilancio, ci impongono di mantenere costante il monitoraggio della spesa sanitaria, continuando a ricercare le migliori pratiche che emergono nei diversi approcci seguiti dalle Regioni». Fabrizio Saccomanni, ministro dell'Economia, nell'intervento che ha concluso il ciclo di audizioni per l'indagine conoscitiva delle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera sulla sostenibilità del Ssn, parla dell'efficacia delle misure di razionalizzazione fin qui messe in campo in sanità, ma spinge l'acceleratore sulla necessità di non abbassare la guardia perché la sanità è un settore che senza controllo avrebbe la spesa fisiologicamente sempre in salita.

E le carte ora da giocare secondo Saccomanni sono quelle dei costi standard, del potenziamento dell'attività dell'Osservatorio dei contratti pubblici, del coinvolgimento dell'Agenas per definire criteri più efficienti per la gestione delle gare. «Saranno cruciali anche in questo ambito la prosecuzione del processo sistematico di revisione della spesa e un utilizzo più efficiente e integrato delle basi dati informative disponibili», ha detto.

E per contenere la spesa ha anche puntato all'immediato riavvio dell'approvazione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali: «È un provvedimento più volte sollecitato dal ministero dell'Economia che mira alla razionalizzazione della rete ospedaliera sul territorio, che vede oggi anche strutture di dimensioni troppo piccole farne parte».

Per quanto riguarda la legge di stabilità Saccomanni ha ricordato che non si interviene con misure dirette

sul settore sanitario. Anzi, ha detto «sono formalmente riconosciuti alle Regioni due miliardi annui dal 2014, alla luce della sentenza della Corte costituzionale che ha dichiarato illegittimo l'esercizio da parte dello Stato della potestà in materia di ticket, che non è di competenza esclusiva dello Stato». Per quanto riguarda le misure sul pubblico impiego che hanno ridotto il fondo sanitario di 540 milioni nel 2015 e di 610 dal 2016 in poi, Saccomanni ha ricordato che non si tratta di misure mirate al Ssn, ma della prosecuzione del processo di razionalizzazione dei dipendenti pubblici, aggiungendo che si tratta di un «intervento neutrale sui bilanci sanitari regionali, in quanto a fronte della riduzione del finanziamento le Regioni registreranno corrispondenti minori costi».

Il ministro ha quindi riconosciuto i «meriti» dei piani di rientro che «si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni, che tipicamente riguardano: il superamento dello standard dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione; i consumi farmaceutici; la spesa per il personale e il superamento del numero e del valore delle prestazioni acquistate da strutture private (budget), nonché il relativo sistema di remunerazione; la spesa per l'acquisto di beni e servizi; il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pensioni, il Fisco «taglia» fino al 41% della rivalutazione

Irpef e detrazioni riducono i benefici reali

Gianni Trovati
MILANO

■ La legge di stabilità fa ripartire la rivalutazione delle pensioni per tutti, con un meccanismo progressivo che dà qualcosa di più a chi riceve di meno: fino al 41% degli aumenti prodotti dalle nuove regole, però, finirà in realtà nelle casse dello Stato, perché gli incrementi dell'assegno aumentano l'imponibile Irpef e riducono gli importi delle detrazioni.

Partiamo dall'inizio: oggi l'indicizzazione, cioè il sistema che prova ad agganciare le pensioni alla dinamica del costo della vita, si applica solo per gli importi fino a tre volte il minimo, e lascia immutati tutti gli altri assegni. Dal 2014 tornerà in campo un meccanismo per fasce, che agli assegni fino al triplo del trattamento minimo continua a garantire la rivalutazione "integrale", e riserva poi tassi di incremento via via più bassi all'aumentare della pensione. Il meccanismo, appunto, è per fasce, e di conseguenza incide su tutti gli assegni previdenziali, a prescindere dall'importo: una pensione da 4mila euro all'anno, per esempio, viene rivalutata integralmente per le fasce più basse (fino a 1.486,29 euro lordi secondo gli importi del trattamento

minimo fissati per il 2013), e poi con incrementi più contenuti per le fasce più alte, fino ad azzerarsi da quota 2.972,58 (sei volte il minimo). Dal 2015, invece, una rivalutazione minima,

pari al 50% del tasso totale, è in calendario anche per le fasce di pensione più alta.

La teoria degli indici di rivalutazione, che sono agganciati all'indice dei prezzi al consumo (in via provvisoria si utilizza quello dei primi nove mesi dell'anno precedente, che nel 2013 si è attestato allo 0,9 per cento) si scontra con la pratica dei meccanismi fiscali; che, in nome della progressività, aumentano l'Irpef e diminuiscono gli sconti al crescere del reddito.

Per capire le conseguenze di questo incrocio basta fare i conti per qualche pensione-tipo: chi riceve 10mila euro all'anno, per esempio, in base all'indice Istat dei prezzi al consumo disponibile oggi, ha diritto a una rivalutazione lorda da 90 euro: 20,7, però, se ne vanno nell'Irpef, che naturalmente "aggredisce" anche il nuovo imponibile, e altri 5,6 scompaiono perché si alleggerisce la detrazione, cioè lo sconto che il Fisco applica alle imposte sui redditi da pensione. Risultato: l'aumento netto della pensione si attesta a 63,7 euro, cioè il 70,7% di quanto "promesso" dall'indicizzazione.

Va ancora peggio, com'è naturale, quando l'assegno previdenziale è più alto. A 25mila euro, per esempio, l'indicizzazione promette 219,9 euro in più all'anno, ma sul conto del pensionato ne arrivano solo 153,6, cioè il 69,9 per cento. Da 30mila euro in su, poi, la distanza si

amplia ancora, e il netto in busta risulta alleggerito del 41% rispetto alla rivalutazione lorda. In valore assoluto, con l'indice attuale e a meno di una (improbabile) fiammata inflattiva, il beneficio massimo annuale si raggiunge poco sotto quota 40mila euro (sei volte il trattamento minimo: con i dati attuali si arriva a 38.643,54 euro lordi), e ammonta a 205 euro all'anno, cioè 15,7 euro per ogni assegno.

gianni.trovati@ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I PARAMETRI DA APPLICARE ALLE VARIE FASCE

Gli importi della pensione e i meccanismi di rivalutazione per il 2014 - La base di calcolo è rappresentata dal trattamento minimo 2013, che verrà aggiornato dall'Inps in relazione al 2014

FASCIA DI PENSIONE ANNUA LORDA

Fino a 19.321,77 euro

Da 19.321,78
a 25.762,36 euroDa 25.762,37
a 32.202,95 euroDa 32.202,96
a 38.643,54 euro

Oltre 38.643,54 euro

INDICIZZAZIONE

100%

90%

75%

50%

0

TASSO DI RIVALUTAZIONE

0,90%

0,81%

0,675%

0,45%

0

I RISULTATI REALI

Gli effetti dei meccanismi di rivalutazione previsti dalla legge di stabilità a seconda degli importi della pensione annua lorda. Dati in euro

2013				2014				Rivalutazione		
Pensione annua	Irpef	Detrazione	Pensione netta	Rivalutaz. lorda	Pensione annua	Irpef	Detrazione	Pensione netta	Differenza annua	Differenza al mese
10.000	2.300	1.568,3	9.268,3	90,0	10.090,0	2.320,7	1.562,7	9.332,0	63,7	4,9
11.000	2.530	1.505,7	9.975,6	99,0	11.099,0	2.552,8	1.499,5	10.045,7	70,0	5,4
12.000	2.760	1.443,0	10.683,0	108,0	12.108,0	2.784,8	1.436,2	10.759,4	76,4	5,9
13.000	2.990	1.380,3	11.390,3	117,0	13.117,0	3.016,9	1.373,0	11.473,1	82,8	6,4
14.000	3.220	1.317,7	12.097,6	126,0	14.126,0	3.249,0	1.309,8	12.186,8	89,1	6,9
15.000	3.450	1.255,0	12.805,0	135,0	15.135,0	3.486,5	1.246,5	12.895,1	90,1	6,9
16.000	3.720	1.223,6	13.503,6	144,0	16.144,0	3.758,9	1.219,1	13.604,2	100,6	7,7
19.000	4.530	1.129,5	15.599,5	153,9	19.153,9	4.571,6	1.124,7	15.707,0	107,5	8,3
22.000	5.340	1.035,4	17.695,4	195,6	22.195,6	5.392,8	1.029,2	17.832,0	136,6	10,5
25.000	6.150	941,3	19.791,3	219,9	25.219,9	6.209,4	934,4	19.944,9	153,6	11,8
28.000	6.960	847,1	21.887,1	247,0	28.247,0	7.026,7	839,4	22.059,7	172,5	13,3
31.000	8.100	753,0	23.653,0	267,2	31.267,2	8.201,5	744,6	23.810,3	157,3	12,1
34.000	9.240	658,9	25.418,9	297,9	34.297,9	9.353,2	649,5	25.594,2	175,4	13,5
37.000	10.380	564,8	27.184,8	311,4	37.311,4	10.498,3	555,0	27.368,1	183,3	14,1
40.000	11.520	470,6	28.950,6	347,8	40.347,8	11.652,2	459,7	29.155,3	204,7	15,7
43.000	12.660	376,5	30.716,5	347,8	43.347,8	12.792,2	365,6	30.921,2	204,7	15,7
46.000	13.800	282,4	32.482,4	347,8	46.347,8	13.932,2	271,5	32.687,1	204,7	15,7
49.000	14.940	188,3	34.248,3	347,8	49.347,8	15.072,2	177,3	34.453,0	204,7	15,7
52.000	16.080	94,1	36.014,1	347,8	52.347,8	16.212,2	83,2	36.218,8	204,7	15,7
55.000	17.220	0	37.780,0	347,8	55.347,8	17.362,6	0	37.985,2	205,2	15,8

Ordini, casse e sindacati analizzano il loro futuro

La decima edizione del Pacchetto Professioni sarà aperta da una prima tavola rotonda dedicata alle Casse di previdenza all'interno della quale si confronteranno i presidenti dei principali enti dei professionisti. All'orizzonte, infatti, vi è la necessità di porre le basi di un nuovo welfare per gli iscritti agli ordini, ma nell'immediato ci sono le continue incursioni del legislatore per attingere risorse dalle riserve degli istituti previdenziali che un domani dovranno servire per pagare le pensioni ai professionisti che per una vita hanno pagato i contributi previdenziali. Bisogna uscire dall'equivoco di fondo che le casse siano enti pubblici e riaffermare un'autonomia giuridica privata che potrà finalmente far sì che una parte delle risorse siano destinate agli interventi a favore degli iscritti, soprattutto più giovani che oggi si confrontano con un mercato molto più difficile. Nella seconda tavola rotonda toccherà alla recente riforma delle professioni passare dall'analisi di quei politici che nell'ultimo decennio si sono impegnati per aggiornare le regole. Un impegno che però non ha prodotto i risultati attesi, considerato che l'Europa ha a più riprese imposto delle liberalizzazioni che hanno solo danneggiato le professioni. In realtà, ciò che occorreva chiarire attraverso le nuove regole era chi può fare che cosa, come chiesto a gran voce dalla nostra Associazione in tutte le sedi istituzionali. Stabilire nuove certezze e i perimetri al di fuori dei quali chi si colloca non ha titolo di operare favorirebbe infatti il rilancio di un comparto che, più di altri, sta soffrendo le conseguenze della crisi economica. Incentivare l'unione tra professionisti in studi associati, anche multidisciplinari, favorirebbe l'accesso dei giovani al mercato. Ma alle Stp mancano i chiarimenti fiscali e previdenziali necessari per poterle istituire e soprattutto all'interno delle stesse deve essere tutelata l'imprescindibile autonomia ed indipendenza del professionista. Al contrario il legislatore ha approvato una legge contenente «disposizioni in materia di professioni non organizzate in ordini o collegi». Con la sua definitiva approvazione e la conseguente entrata in vigore a febbraio 2013, i cosiddetti «senz'albo» hanno visto riconoscere la propria attività con tutta una serie di regole, quasi a creare dei duplicati degli ordini. Almeno dal 2006 sosteniamo che occorre una «legge quadro» di riforma delle professioni che possa in qualche modo definire e regolamentare ciò che nella quotidianità già è operante e fonte di confusione per il cittadino utente. Sicuramente il nostro comparto avrebbe visto riconosciute delle specifiche competenze ed esclusivi ambiti, proprio per il fatto che si doveva necessariamente separare due soggetti diversi, anche se inseriti in un unico mercato; diversi per percorso formativo, per competenze e per l'aver sostenuto un esame di stato. Chiuderà la mattina il confronto fra le diverse anime della categoria sul futuro della professione in un momento in cui il Consiglio nazionale è ancora commissariato. Un'assenza di indirizzo istituzionale al quale le Associazioni sindacali stanno cercando di porre rimedio lanciando un messaggio ancor più forte di condivisione e di vicinanza rispetto ai problemi quotidiani e concreti dei collegi.

Marco Cuchel

presidente dell'Associazione nazionale commercialisti