

RASSEGNA STAMPA Mercoledì 13 giugno 2012

Spending review, obiettivo 5 miliardi.
CORRIERE DELLA SERA

Spending review, Bondi allarga i tagli 14 miliardi in due anni:
stretta-statali.

IL MATTINO

Spese, in due anni tagli per 14 miliardi.
LA STAMPA

Tagli di spesa subito per 6-7 miliardi.

IL SOLE 24 ORE

Tagli da 14 miliardi in due anni anticipo della Finanziaria.
IL MESSAGGERO

Governance senza entusiasmo.

Il giudizio di sindacati e manager sul testo governo clinico
approvato dalla Affari sociali.

IL SOLE 24 ORE SANITA'

Cosa prevede il disegno di legge sul governo clinico.

IL SOLE 24 ORE

Quel tecnico che non dialoga con i tecnici.

Dall'art 18 ai contrasti con Confindustria e sindacati, sei mesi di
polemiche.

IL MESSAGGERO

Quando in appropriatezza e cattiva gestione fanno squadra.

IL SOLE 24 ORE SANITA'



Personale, manovre taglia-spesa.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

In stand by piano sangue e ondate di calore.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Patroni Griffi: "Nel Ddl delega niente licenziamenti a sorpresa".
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Una nuova organizzazione per il Pronto Soccorso.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Calcolo dei costi standard modello Nisan strumento utile per elaborare i futuri Drg.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Come rideterminare le tariffe.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Si alla programmazione in attesa della riforma.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Tre priorità per i medici Fnomceo.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Infermieri, la proposta IPASVI.
IL SOLE 24 ORE SANITA'

I conti del governo

Spending review: l'obiettivo dei tagli sale a 5 miliardi

di ANTONELLA BACCARO

A PAGINA 12

I tagli Il piano

Spending review, obiettivo 5 miliardi

I risparmi per il 2012. Verso un decreto correttivo da varare a fine mese

ROMA — Un decreto di «manutenzione» dei conti, da varare tra il 22 e il 28 giugno, dovrebbe contenere i tagli della spending review, ma rafforzati rispetto alle previsioni: 5 miliardi per quest'anno, e non più 4,2, e altri 8-9 nel 2013. L'obiettivo resta quello di contenere l'aumento delle aliquote Iva del 10 e del 21%, evitando l'effetto depressivo. Potrebbero venire da qui anche le risorse necessarie a fronteggiare l'emergenza terremoto, a meno che il governo non ottenga in sede europea di scomparire dalle spese, considerandone il carattere eccezionale.

In sede di varo del decreto correttivo il governo dovrà affrontare il problema dell'andamento delle entrate tributarie che risultano inferiori di 3,5 miliardi nel primo quadrimestre rispetto alle previsioni del Def (documento economico e finanziario) nonché quello della spesa per interessi, legato all'aumento dello spread. E possibile che il governo chieda in sede europea un limitato sfaramento del deficit per quest'anno, in considerazione della congiuntura negativa oltre che degli eventi calamitosi. Al momento non è possibile escludere altre correzioni.

Intanto ieri nella riunione del Comitato interministeriale sulla spending review, presieduta dal premier Mario Monti,

cui hanno partecipato il sottosegretario alla presidenza Antonio Catricalà, i ministri Piero Giarda, Filippo Patroni Griffi, Corrado Passera, il viceministro Vittorio Grilli e il supercommissario Enrico Bondi, si sono fatti i conti. Tre miliardi verranno recuperati dal taglio della spesa per gli acquisti intermedi delle amministrazioni pubbliche, di cui si è occupato Bondi: la chiave di tutto starà nella centralizzazione degli acquisti presso la Consip e nella fissazione di tetti di spesa, a partire da quella sanitaria. Gli altri due miliardi dovrebbero venire dai tagli alla spesa corrente dei ministeri di cui si è occupato Giarda: su questo punto ieri si è convenuto che le proposte fatte dai singoli ministri sono ancora insufficienti. Monti avrebbe richiesto un ulteriore passaggio «anche per dare il buon esempio dal centro» sul piano dei tagli. Intanto si sta ragionando anche sulla «fase due» della revisione della spesa, quella più strutturale: accorpamento delle Province, taglio degli enti, limiti alla creazione di ulteriori quadri nella pubblica amministrazione e pensionamento di una parte di quelli attuali. Molte di queste operazioni comporteranno esuberi che verranno affrontati con la mobilità. Al momento di tagli di tredicisime non si è parlato, ma nulla è escluso per il futuro.

Dalla spending review non dovrebbero derivare risorse a copertura del decreto sulla crescita: il ministero di Corrado Passera sta lavorando per ottenere la «bollinatura» del provvedimento entro venerdì in modo da sottoporre il decreto al Consiglio dei ministri. Il nodo è il prelievo sulle assicurazioni straniere operanti in Italia da cui dovrebbero arrivare i 200 milioni necessari per

Stretta sui ministeri

I tagli comunicati finora dai ministeri sono ritenuti insufficienti: scatta un secondo giro di vite sulle spese

completare la copertura del decreto. Il ministero starebbe fornendo alla Ragioneria ulteriori chiarimenti.

Intanto l'ultima bozza che circolava ieri conteneva alcune novità: la sospensione (e non solo il rinvio) del Sistri (sistema di tracciabilità dei rifiuti) fino a dicembre 2013, misura annunciata da Passera all'assemblea di Confartigianato. Inoltre il credito d'imposta del 35% avrebbe un limite massimo di 200 mila euro per chi assume a tempo indeterminato personale altamente qualificato.

Antonella Baccaro

50%

La riduzione dal 2014 di spese per fitti passivi e gestione immobili (già dal 2013 riduzione del 10%)

5 miliardi

La riduzione della spesa per beni e servizi nel 2012, dovrebbe essere di 8-9 miliardi per il prossimo anno

37%

La percentuale della spesa tra i servizi pubblici per la sanità nel 2009: nel 1990 era il 32,3%. La scuola, invece, è calata in vent'anni dal 23,1% al 17,7%

174

Gli uffici del giudice di pace previsti: al momento sono 848. Il risparmio atteso a regime è di 28 milioni di euro l'anno

295 miliardi

La spesa rivedibile riferita a Stato, enti delle amministrazioni centrali, enti previdenziali, Regioni, Province, Comuni, aziende sanitarie, università

70 miliardi

L'aumento del costo di produzione dei servizi pubblici in trenta anni

4,2 miliardi

La riduzione della spesa pubblica per il 2012: in 7 mesi equivale a 7,2 miliardi su base annua e corrisponde al 9% della spesa rivedibile nel breve periodo (80 miliardi)

122 miliardi

La spesa rivedibile riferita alle retribuzioni lorde nel pubblico impiego: 61,8 miliardi sono a carico dello Stato

La relazione di Bondi

Il super commissario Bondi intende recuperare circa 3 miliardi dalla revisione degli acquisti di beni e servizi

Spending review, Bondi allarga i tagli 14 miliardi in due anni: stretta-statali

Le risorse

Decreto sviluppo, la novità: norma sugli appalti trasparenti Passera: «Troveremo i soldi»

Diodato Pirone

ROMA. L'operazione che il governo sta mettendo in piedi sulla spending review, la revisione della spesa pubblica, da ieri ha cambiato natura. Non si tratterà solo di un decreto destinato a comprimere le uscite dello Stato ma di un vero e proprio anticipo di Finanziaria, in grado di portare ben 5 miliardi di tagli entro quest'anno (valgono il doppio perché riguardano solo il secondo semestre) e ben 9 miliardi nel 2013. Più di quanto previsto finora.

Dunque il fronte dei (nuovi) tagli si allarga. Nel decreto «spending» che sta prendendo forma non c'è più «solo» la ridefinizione dei contratti d'acquisto della sanità; il taglio di articolazioni secondarie della pubblica amministrazione e l'accorpamento di uffici pubblici. Il ministero del Tesoro punta ad infilare nel provvedimento anche nuove riduzioni agli stipendi pubblici (in particolare dei dirigenti) e tipiche voci da Finanziaria come la riduzione della spesa farmaceutica.

E' questa la novità più importante emersa dal lungo vertice svolto ieri po-

meriggio presieduto dal premier Mario Monti e al quale hanno partecipato il sottosegretario Antonio Cicalà, il vice-ministro dell'Economia Vittorio Grilli, il ministro della Funzione Pubblica Filippo Patroni Griffi, il ministro dei Rapporti con il Parlamento, Piero Giarda e il supercommissario alla revisione della spesa Enrico Bondi.

Quest'ultimo ha svolto una minuziosa relazione nella quale ha spiegato come intende tagliare le spese. Due, in sintesi, i meccanismi che Bondi metterà in campo. Il primo è l'ampliamento dei poteri della centrale d'acquisto nazionale, la Consip, al cui prezzario dovranno atteneri rigidamente anche le amministrazioni locali, a partire dalle Asl. Il secondo meccanismo di freno sarà quello dei tetti: in pratica le amministrazioni non potranno superare determinati limiti di spesa. Giarda invece ha fatto il punto sui possibili risparmi di spesa che deriveranno da una riorganizzazione profonda dello Stato. Saranno ridotti nell'ordine: Province, Dipartimenti ministeriali, Consolati all'estero, Prefetture, strutture militari. Saranno chiusi centinaia di Comitati e di Agenzie, comprese quelle delle amministrazioni locali. Per lo Stato italiano si profila un cambiamento strutturale. E cambieranno moltissime regole anche per gli statali: sarà più difficile essere promosso e probabilmente arriveranno regole molto dure per i dirigenti che, ad esem-

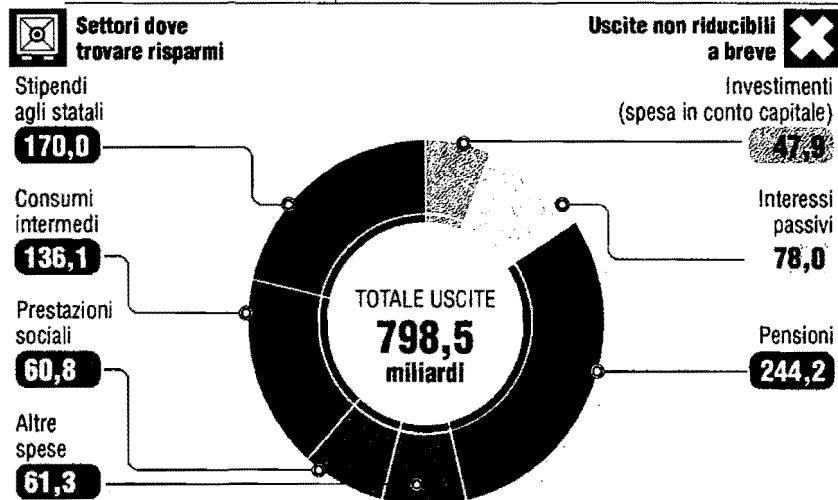
pio, quando compiranno 40 anni di servizio potrebbero essere messi in cassa integrazione in attesa della pensione.

Intanto, la novità più interessante del nuovo decreto sviluppo riguarda la norma «appalto trasparente». Corrado Passera l'aveva fatta balenare nel bel mezzo d'un convegno lunedì a Milano e ieri si è materializzata nel nuovo testo del decreto. Prendendo esempio dal mondo scandinavo, il governo introduce l'obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche di pubblicare sui propri siti Internet «con link ben visibile» le spese sostenute per prestazioni e forniture, servizi e appalti. Finiranno dunque su Internet i nomi di imprese e beneficiari della commessa con i loro dati fiscali, l'importo, il dirigente pubblico responsabile, la modalità in base alla quale il soggetto è stato scelto, nonché il contratto e il capitolato. Tra le altre misure, è stata modificata la norma sui crediti di imposta per le aziende che assumono personale altamente qualificato per la ricerca. Si potrà detrarre, in modo permanente, il 35% della spesa per le nuove assunzioni con un tetto di 200.000 euro annui (si partiva dal 40% con un massimo di 300.000 euro). Previsto inoltre lo slittamento del Sistri (il sistema di tracciabilità dei rifiuti) a fine 2013. Restano però i dubbi sulla copertura finanziaria anche se Passera si è detto fiducioso: troveremo le risorse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le misure di Passera

Rifiuti, il sistema Sistri
rinviato alla fine del 2013
Accelerazioni sui fondi delle
infrastrutture energetiche

La spesa pubblica | Cifre in miliardi di euro

Fonte: Def (bilancio 2011)

di cui 114,5 per la Sanità

ANSA-CENTIMETRI

Ecco i tagli di Bondi 14 miliardi in due anni

Ulteriore sforbiciata sull'acquisto di beni e servizi. Incentivi, su 33 miliardi per le imprese solo 3 finiscono ai privati

Alessandro Barbera ALLE PAGINE 6 E 7

Spese, in due anni tagli per 14 miliardi

Decreto pronto per fine mese. Giro di vite sui dirigenti pubblici

R ROMA

Non si tratterà di una manovra correttiva vecchio stile, perché qui c'è da correggere c'è semmai la tendenza alla recessione. Ma sempre di tagli si tratterà, pesanti e ulteriori rispetto a quelli già previsti dal decreto Salva-Italia: per almeno cinque miliardi quest'anno, altri nove nel 2013. Ieri sera la riunione interministeriale sulla «spending review» (c'erano Grilli, Giarda, Patroni Griffi, Cicalà) si svolgeva a poca distanza dal vertice d'emergenza di Monti con i leader della maggioranza. Non siamo ancora alle decisioni finali, ma ci avviciniamo a grandi passi.

Il commissario Enrico Bondi ha sul tavolo una bozza di decreto che verrà approvata da un consiglio dei ministri compreso fra il 22 e il 28 giugno. Nel mirino c'è una stretta immediata per almeno un miliardo e mezzo alle spese della Consip - la società per gli acquisti della pubblica amministrazione - un taglio altrettanto forte alle spese per gli acquisti della sanità, una sforbiciata ai ministeri di spesa, dagli Interni alla Difesa, dal Tesoro agli Esteri. Sul tavolo c'è anche l'ipotesi di tagli alla dirigenza pubblica, attraverso

un piano di prepensionamenti, di riduzione dei buoni pasto e dei benefit. Secondo quanto emerso dalla ricognizione di Bondi nelle carriere interme-

gli ipotizzati dal governo sono esattamente pari a quanto necessario per evitare l'aumento dell'Iva di quattro punti (dal 10 al 12% e dal 21 al 23%) a partire da ottobre di quest'anno e per tutto il 2013. Né il Pd, né tanto meno il Pdl, vedono con favore un ulteriore aumento dell'imposta. Terzo: per poter giustificare agli occhi dei mercati (e dell'Europa) un decreto di spesa come quello pronto sul tavolo di Corrado Passera occorre trovargli adeguata copertura. Senza tagli non ci sarebbe alcuno spazio per voci come l'aumento della detrazioni per le ristrutturazioni edilizie o per finanziare l'introduzione di un credito d'imposta per le assunzioni di personale qualificato. Voci utili, in un momento di così grave recessione, a sostenerne una qualche ripresa entro la fine dell'anno. Resta ancora da decidere se dividere il piano Passera in due parti - e allora un primo decreto a costo zero potrebbe arrivare già questa settimana - o se invece, a questo punto, aspettare i tagli per approvare tutto insieme: di fatto l'ennesima manovra di finanza pubblica.

[ALE. BAR.]

Sanità

È una delle voci di spesa più corpose nel bilancio pubblico dell'Italia

Cinque quest'anno

altri nove nel 2013

quanto necessario

ad evitare il rincaro Iva

die dei ministeri ci sarebbero ampi spazi per tagli al personale. Insomma, il decreto sarà di revisione oculata della spesa per alcune voci - è il caso degli acquisti - un classico decreto di tagli lineari per altre. Si vocifera anche di forti riduzioni ad alcuni dei trasferimenti previsti per le imprese pubbliche, come quelli per le Ferrovie, pari ad oltre quattro miliardi di euro l'anno. Di qui la protesta del numero uno di Fs Moretti, che minaccia il blocco del trasporto pendolare finanziato da trasferimenti diretti alle Regioni.

I partiti reggeranno la prova di altri tagli alla spesa? Ci sarebbe da dubitarne, ma nei fatti è difficile immaginare il contrario. Primo: c'è da dare un segnale ai mercati per evitare di finire i prossimi nella lista dei Paesi bisognosi di aiuti. Se ciò accadesse, le conseguenze potrebbero essere molto più gravi. Secondo: i ta-

Conti pubblici LA SPENDING REVIEW

Manovra in due fasi
Decreto entro fine mese per il 2012,
ulteriore riduzione per 8-10 miliardi nel 2013

Principio comune
Il presidente del Consiglio, Berna condivide
«l'obiettivo del contrasto all'evasione»

Tagli di spesa subito per 6-7 miliardi

Dal piano Bondi 5 miliardi: esoneri anticipati dal servizio per gli statali, saltano 3 consulenze su 4

Marco Rogari

ROMA

■ Metodo Consip per gli acquisti di beni e servizi esteso, direttamente o indirettamente, a tutta la pubblica amministrazione. Freno alle spese per gli affitti degli uffici. Secco giro di vite sulle consulenze, lasciandone in vita una su quattro o una su cinque, e sulle auto blu. Soppressione di un primo nucleo di comitati intermedi e di società parapubbliche. Il piano del supercommissario Enrico Bondi garantirà subito dai 4 ai 5 miliardi e altri 8-10 a partire dal 2013. E potrebbe essere rafforzato, facendo salire i tagli immediati a 6-7 miliardi, con un pacchetto sul pubblico impiego: smaltimento degli esuberi e utilizzazione dello strumento dell'esonero dal servizio per statali «over 60» ai quali verrebbe garantito l'80% dello stipendio (ma non dell'intero trattamento economico) fino al raggiungimento dei requisiti per il pensionamento. Una sorta di mezzo prepensionamento ad hoc.

Il piano è stato sottoposto ieri da Bondi al Comitato interministeriale sulla spending review, guidato dal premier Mario Monti e del quale fanno parte i ministri Piero Giarda, Filippo Patroni Griffi e il viceministro Vittorio Grilli. L'intervento proposto dal super-commissario dovrebbe essere arricchito da altri tagli selettivi ai ministeri e forse anche il capitolo pubblico impiego con un possibile anticipo di alcune delle misure destinate a far parte in autunno del pacchetto da aggiungere alla legge di stabilità.

Il tutto si materializzerà in un decreto legge da almeno 5 miliardi, che potrebbe essere varato anche prima del 20 giugno e che rappresenterà la prima fase della nuova stretta sulla spesa. La cosiddetta fase due della

spending review (un intervento da 15-20 miliardi per il biennio 2013-2014 che farà perno sulla riorganizzazione della Pa su cui stanno lavorando Giarda e Patroni Griffi) decollerà a settembre con provvedimenti collegati alla legge di stabilità.

Diverse tessere devono comunque ancora essere collocate nel puzzle della spending review. Anche se la lunga riunione di ieri sera, durata oltre due ore e mezza, dovrebbe rappresentare la tappa decisiva nella definizione del programma. Un programma in due tappe, che secondo alcuni tecnici dell'Esecutivo a giugno potrebbe trasformarsi in un implicito intervento di ulteriore puntellamento dei conti pubblici. Con il risultato di anticipare di fatto una fetta della manovra autunnale. Il Governo in ogni caso continua a smentire il varo di manovre classiche di aggiustamento.

Il pilastro portante del decreto di giugno sarà dunque rappresentato dal piano Bondi sulle forniture della Pa e sugli affitti. Il metodo Consip sarà utilizzato a vasto raggio e dei 4-5 miliardi realizzabili per quest'anno, almeno 1-1,5 dovrebbero arrivare dalla sanità. Sarà realizzata una "rete" tra le centrali di acquisto regionali e la Consip e verranno introdotti gli strumenti dei fabbisogni e dei costi standard. Con i 4-5 miliardi attesi da questo intervento dovrebbe essere possibile evitare il previsto aumento autunnale dell'Iva e, al tempo stesso, garantire una tranne ulteriore di risorse alle aree dell'Emilia-Romagna colpite dal terremoto. Il decreto, che conterrà un drastico taglio alle spese per gli affitti e alle auto blu, potrebbe essere ulteriormente rafforzato con altre misure e la dote potrebbe salire ancora di 1-2 miliardi arrivando

a quota 6-7 miliardi.

Nel menù dei possibili tagli trova posto il pacchetto pubblico impiego. E tra le opzioni che si stanno valutando, oltre alla stretta sulla dirigenza statale (si veda *Il Sole-24 Ore* di ieri) c'è anche quella di ridurre i costi del personale aprendo la strada agli esoneri dal servizio per tutti i dipendenti pubblici al compimento del sessantesimo anno di età garantendo l'80% dello stipendio, ma non dell'intero trattamento economico, fino al raggiungimento dei requisiti per il pensionamento. Su questo fronte c'è anche un'opzione più soft: attivare questo meccanismo solo per i dirigenti statali facendolo scattare alla maturazione dei 42 anni di contribuzione (41 per le donne). Sempre sul versante della dirigenza si lavora a una riparametrazione delle retribuzioni verso il basso. Quasi certa la stretta sui buoni pasto degli statali (importo unico per tutte le strutture). Sicura è la secca riduzione delle consulenze: solo il 20-25% dovrebbe sopravvivere al taglio che sta per far scattare il Governo.

RISPARMI DAL METODO CONSIP

Estensione a tutta la pubblica amministrazione
delle gare centralizzate
sulle forniture e ricorso a
fabbisogni e costi standard

BUONI PASTO E AUTO BLU

In arrivo un giro di vite a 360 gradi che toccherà anche la spesa per gli affitti. Possibile un livellamento delle retribuzioni dei dirigenti

Si allarga ancora
l'operazione
spending review



IL FOCUS

Nel mirino
statali e spesa
farmaceutica

Tagli da 14 miliardi in due anni anticipo della Finanziaria

E nel decreto sviluppo arriva la norma «appalti trasparenti»

di DIODATO PIRONE

ROMA — L'operazione che il governo sta mettendo in piedi sulla spending review, la revisione della spesa pubblica, da ieri ha cambiato natura. Non si tratterà solo di un decreto destinato a comprimere le uscite dello Stato ma di un vero e proprio anticipo di Finanziaria, in grado di portare ben 5 miliardi di tagli entro quest'anno (valgono il doppio perché riguardano solo il secondo semestre) e ben 9 miliardi nel 2013. Più di quanto previsto finora. Oltre a questo provvedimento, prosegue il lavoro di messa a punto del decreto sviluppo e, soprattutto, di ricerca delle coperature indispensabili per ottenere il via libera dalla Ragioneria. Il testo definitivo potrebbe andare in consiglio dei ministri venerdì, la decisione non è ancora presa.

Nel decreto «spending» che sta prendendo forma si allarga il fronte dei (nuovi) tagli: non c'è più «solo» la ridefinizione dei contratti d'acquisto della sanità; il taglio di articolazioni secondarie della pubblica amministrazione e l'accorpamento di uffici pubblici. Il ministero del Tesoro punta ad infilare nel provvedimento anche nuove riduzioni agli stipendi pubblici (in particolare dei dirigenti) e tipiche voci da Finanziaria come la riduzione della spesa farmaceutica.

E' questa la novità più importante emersa dal lungo vertice svolto ieri pomeriggio presieduto dal premier Mario Monti e al quale hanno partecipato il sottosegretario Antonio Cicalà, il vice-ministro dell'Economia Vit-

torio Grilli, il ministro della Funzione Pubblica Filippo Patroni Griffi, il ministro dei Rapporti con il Parlamento, Piero Giarda e il supercommissario alla revisione della spesa Enrico Bondi.

Quest'ultimo ha svolto una minuziosa relazione nella quale ha spiegato come intende tagliare le spese. Due, in sintesi, i meccanismi che Bondi metterà in campo. Il primo è l'ampliamento dei poteri della centrale d'acquisto nazionale, la Consip, al cui prezzario dovranno attenersi rigidamente anche le amministrazioni locali, a partire dalle Asl. Il secondo meccanismo di freno sarà quello dei tetti: in pratica le amministrazioni non potranno superare determinati limiti di spesa.

Giarda invece ha fatto il punto sui possibili risparmi che deriveranno da una riorganizzazione profonda dello Stato. Saranno ridotti nell'ordine: Province, Dipartimenti ministeriali, Consolati all'estero, Prefetture, strutture militari. Saranno chiusi centinaia di Comitati e di Agenzie, comprese quelle delle amministrazioni locali. Per lo Stato italiano si profila un cambiamento strutturale. E cambieranno moltissime regole anche per gli statali: sarà più difficile essere promosso e probabilmente arriveranno regole molto dure per i dirigenti che dovrebbero essere ridotti. Come? Una delle norme allo studio prevede che quando compiranno 40 anni di servizio potrebbero essere messi in cassa integrazione prima di ricevere la pensione due anni dopo come prevede la riforma Fornero.

Intanto, la novità più interessante del nuovo decreto sviluppo riguarda la norma «appalto trasparente». Corrado Passera l'aveva fatta balenare nel bel mezzo d'un convegno lunedì a Milano e ieri si è materializzata

nel nuovo testo del decreto. Prendendo esempio dal mondo scandinavo, il governo introduce l'obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche (ministeri, regioni, province, comuni, concessionari di servizi pubblici e società a prevalente partecipazione o controllo pubblico) di pubblicare sui propri siti Internet «con link ben visibile» le spese sostenute per prestazioni e forniture, servizi e appalti. Finiranno dunque su Internet i

nomi di imprese e beneficiari della commessa con i loro dati fiscali, l'importo, il dirigente pubblico responsabile, la modalità in base alla quale il soggetto è stato scelto, nonché il contratto e il capitolato. In pratica, una norma di trasparenza che ha il chiaro obiettivo di stroncare corrette e pratiche sommerse dannose per lo Stato.

Tra le altre misure, è stata modificata la norma sui crediti di imposta per le aziende che assumono personale altamente qualificato per la ricerca. Si potrà detrarre, in modo permanente, il 35% della spesa per le nuove assunzioni con un tetto di 200.000 euro annui (si partiva dal 40% con un massimo di 300.000 euro). Previsto inoltre lo slittamento del Sistri (il sistema di tracciabilità dei rifiuti) a fine 2013 e laumento del 3% delle royalties sugli idrocarburi off shore. Confermati il Fondo per la crescita e l'abrogazione di 43 di norme di incentivazione ormai obsolete. «Troveremo le risorse necessarie», ha assicurato il ministro dello Sviluppo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

delle royalties
sugli idrocarburi

Pioggia di tagli
per consolati
prefetture, province
enti e comitati

Aumento
del 3 per cento

Una governance soft

Si poteva fare di più con il Ddl sul governo clinico che rischia di essere un'occasione perduta e di non portare nessuna vera modifica al sistema, secondo sindacati e direttori generali.

A PAG. 23

Il giudizio di sindacati e manager sul testo del governo clinico approvato dalla Affari sociali

Governance senza entusiasmo

Medici: «Solo aggiustamenti» - Direttori generali: «Non cambia niente»

Si poteva fare di più con la governance secondo i sindacati medici. Che tutto sommato, sia pure con poco entusiasmo, giudicano positivo il testo approvato dalla commissione Affari sociali della Camera, pronto per l'aula di Montecitorio (*v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 22/2012*). Ma anche per i direttori generali il Ddl ha fatto "tanto rumore per nulla": di fatto, sostengono i manager, nulla cambierà rispetto alla gestione attuale, soprattutto in alcune Regioni che hanno già una configurazione organizzativa come quella descritta nel testo approvato.

«Una sistemazione normativa», un «testo soddisfacente dopo tre anni, ma che non stabilisce le condizioni per nessuna rivoluzione, non è la riforma quater di cui avremmo bisogno, non recepisce in pieno tutte le esigenze delle categorie professionali, anche se contiene elementi di discontinuità rispetto al passato», è il giudizio di **Costantino Troise** (Anaaoo Assomed) sul Ddl. Il testo è «timido», afferma, senza il «coraggio di portare fino in fondo» le decisioni che assume. «A esempio - spiega Troise - il Collegio di direzione avrebbe avuto bisogno dell'esplicitazione dei compiti che svolge, anche con capacità decisionale per quanto riguarda i servizi clinici. O quando si parla della terna per le strutture complesse tra cui il Dg sceglie a chi affidare gli incarichi, avrebbe dovuto avere il coraggio di ampliare la scelta anche alle Aou». Per Troise va bene la specificazione che la possibilità di chiamate dirette da parte dei Dg per l'attività ordinaria non può essere utilizzata per gli incarichi di questo tipo e la verifica professionale che assume come parametro i contenuti contrattuali. Ed è positivo l'articolo su autonomia e responsabilità dei professionisti: «È la prima volta che si definisce quello che la magistratura ha già sanzionato, con il curioso paradosso che la Cassazione sostiene principi più avanzati delle leggi».

Un «tentativo apprezzabile ma non è più il tempo di correttivi, occorre una riforma dello stato giuridico del

medico», secondo **Riccardo Cassi** (Cimo Asmd). Secondo Cassi c'è il pericolo, visti i tempi lunghi di approvazione ai quali servirà almeno un altro anno per un'eventuale via libera, che il testo sia «inattuale» non tenendo «in alcun conto il dibattito che nel frattempo si è sviluppato tra i medici sullo status dirigenziale attuale in un contesto nel quale i dirigenti di struttura non hanno alcuna vera autonomia gestionale. Inoltre si continua a non chiarire cosa sia in realtà il dipartimento, lasciando a ogni Regione di disciplinare il modello e il rapporto con le strutture, senza tener conto che in molte aziende e intere Regioni, si stanno sviluppando modelli organizzativi interni degli ospedali con i letti per area e intensità di cura che impongono una trasformazione delle funzioni del dipartimento e delle attuali strutture». Troppi rimandi poi alle competenze regionali che rischiano di accentuare le differenze già esistenti tra le diverse realtà, sostiene Cassi che tuttavia apprezza «l'articolo 2 nel quale viene riconosciuta l'autonomia e la responsabilità del medico nell'erogazione delle attività sanitarie. Princípio affermato dalla Cassazione, evidente per tutti eccetto che per gli amministratori della Sanità pubblica a livello regionale e aziendale», commenta.

«Un passo avanti ma non il cambiamento di cui c'è bisogno», è il giudizio di **Massimo Cozza** (Fp Cgil medici) che si aspetta modifiche migliorative in aula. Tra gli aspetti positivi Cozza mette al primo posto il riconoscimento del Collegio di direzione quale organo dell'azienda che concorre al governo clinico con la partecipazione di tutte le figure professionali. «Manca però - aggiunge - il Comitato di dipartimento, e con l'obbligo di mantenere anche la direzione della struttura si svuota la funzione del direttore di dipartimento». Bene, anche se limitato, il coinvolgimento dei Comuni e la partecipazione delle associazioni di cittadini alla programmazione, importante è l'affermazione dei principi di autonomia e responsabilità dei medici e positivo il divieto di utilizzare il 15 septies (tempo determinato) per gli incarichi di struttura e la valutazione dei dirigenti nel rispetto

dei contratti con l'impossibilità di un declassamento per chi è giudicato positivamente. «La terna per la scelta del direttore di struttura complessa è invece insufficiente - afferma - : serve la graduatoria dove il più bravo (il primo) vince a tutela del merito e della qualità dell'assistenza. Ed è assente la valutazione comparata dei curricula per gli altri incarichi di struttura semplice e professionali».

Salvo Cali (Smi) sostiene si tratti di «una legge che rischia di nascere già vecchia». Secondo Cali, se approvato il Ddl «sarà un cattivo esperimento sulle infinite possibilità di mediazione con le Regioni e tra i partiti, fino a produrre un testo innocuo, inutile e il cui unico pregio è quello di essere la manifesta dimostrazione della miopia della Politica nel leggere gli epocali cambiamenti dettati dalla mutata domanda di salute (invecchiamento della popolazione, cronicità... eccetera) e, quindi dell'incapacità di ripensare e riorganizzare il nostro Ssn su due gambe, territorio e ospedale, attraverso una nuova idea di governance, il tutto condito dalla retorica della partecipazione del socio-assistenziale e del terzo settore (sacrosanta se la legge fosse di altro spessore, così come il ruolo degli enti locali). È evidente che manca del tutto il territorio e, quindi, la medicina convenzionata. Allo stesso tempo, riesce a essere un capolavoro di impotenza, quando cerca di limitare le ingerenze della malapolitica nell'assegnazione degli incarichi di direzione, con l'escamotage della terna e la decisione sempre in capo al direttore generale».

«Un'occasione mancata», **Giovanni Monchiero**, presidente della Fiaso, la federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, definisce così il testo pronto per approdare in Aula. «L'impianto complessivo è molto debole. Siamo d'accordo con la ratifica del metodo della terna di idonei, già adottato in molte Regioni per restringere il campo di discrezionalità del direttore generale nella nomina dei direttori di struttura complessa. Ma serve anche un maggiore approfondimento delle competenze tecniche dei candidati». Perplessità anche sul Collegio di direzione. «Va benissimo - dice Monchiero

- prevederlo come organo dell'azienda, ma dev'essere un organo di gestione, non un'assemblea di condominio. Il disegno di legge prevede troppe rappresentanze, anche di figure che non hanno funzioni gestionali. Così com'è non può essere efficiente». Disincanto su tutta la linea, insomma. «Ciò che serve davvero - conclude Monchiero - è una risistemazione delle logiche di governo del sistema: la codificazione dei criteri di finanziamento, a esempio, e quella dei criteri di esposizione dei conti. Tutte cose che quel testo non prende neanche in considerazione. È un provvedimento vuoto, un'occasione perduta».

Per Federsanità, il nuovo testo contiene alcune novità non irrilevanti, in particolare riguardo al Collegio di direzione indicato come "organo" dell'Azienda sanitaria. «Questa definizione - sottolinea il presidente **Lino Del Favero** - produce uno slittamento di ruoli e di competenze che suscita qualche preoccupazione. Un maggiore coinvolgimento dei professionisti, e segnatamente dei medici, sulla sfera clinica è certamente auspicabile. Ma la formulazione inserita nel Ddl mette in campo anche gli ambiti della program-

mazione, che oggi è competenza prevalente dell'amministrazione regionale e della gestione aziendale, che è responsabilità propria della Direzione strategica. Sembra quindi andare verso un "governo dei clinici", che gli stessi medici hanno più volte ricusato, rivendicando la specificità del loro ruolo scientifico e chiedendo di non essere trasformati in manager». «Il legislatore regionale - conclude Del Favero - nei provvedimenti attuativi della legge dovrà, pertanto, superare il rischio di trasformare il Collegio di direzione in un luogo in cui si moltiplicheranno i conflitti di interesse, rendendo ancora più complicato definire le scelte, spesso dolorose, e rallentando pericolosamente i percorsi decisionali e innovativi».

Red. San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

DISCIPLINA. Il governo clinico lo disciplinano le Regioni in base ai principi della governante e del Dlgs 502/1992. È attuato con la partecipazione del collegio di direzione e le Regioni, nei limiti delle disponibilità finanziarie, devono farsi carico "integrale" dei bisogni socio-sanitari e dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali. Deve esserci l'integrazione tra aspetti clinico-assistenziali e gestionali e le Regioni devono coinvolgere Comuni, associazioni di tutela dei diritti dei cittadini e terzo settore

Autonomia e responsabilità del medico

MEDICI. Le attività medico-sanitarie sono erogate secondo principi di autonomia e responsabilità, diretta e non delegabile, dei medici e dei professionisti sanitari secondo le proprie competenze e funzioni

Funzioni del collegio di direzione

RESPONSABILITÀ. Le Regioni ne prevedono l'istituzione in tutte le aziende e assicurano la partecipazione al collegio di tutte le figure professionali. Il collegio concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione di quelle gestionali, è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutto ciò che riguarda il governo delle attività cliniche e scelte di questo conformi al suo parere devono essere motivate. I membri non percepiscono alcun emolumento, compenso o rimborso spese

Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali

NOMINE DG. I Dg li nominano le Regioni in base al Dlgs 502/1992 e provvedono alla definizione dei criteri di valutazione e verifica della loro attività anche in base ai risultati ottenuti, compresi quelli economico-finanziari, garantendo misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei curricula e di trasparenza nella valutazione e il possesso di un diploma di laurea magistrale, adeguata esperienza dirigenziale almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie e settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, e del requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, al momento della nomina.

Le Regioni definiscono i criteri e i sistemi di valutazione e verifica della loro attività in base a obiettivi della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, all'ottimizzazione e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati. Per questo utilizzano dati ed elementi forniti dall'Agenas

Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura

PRIMARI. Le Regioni disciplinano criteri e procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa di cui l'azienda deve dare adeguata pubblicità. La selezione è effettuata da una commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa nella stessa specialità dell'incarico, sorteggiati da elenchi nominativi della Regione, tra il personale dipendente del Ssn della stessa disciplina ma esterni all'azienda interessata. La commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e, sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, presenta al direttore generale la terna di candidati idonei che hanno ottenuto i migliori punteggi. Il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della terna predisposta dalla commissione, motivandone la scelta. Se il nominato perdesse l'incarico entro tre anni dalla nomina si sostituisce scegliendo tra gli altri due professionisti della terna iniziale. La nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale su indicazione del rettore, su proposta del coordinamento interdipartimentale in base al curriculum scientifico e professionale.

L'incarico di direttore di struttura complessa deve essere confermato dopo un periodo di prova di sei mesi in base al lavoro svolto e ai criteri di valutazione. Quello di struttura semplice, è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa o del direttore di dipartimento, a chi abbia un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina. Negli Irccs il direttore scientifico è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale per l'approvazione. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. Obiettivi, durata e trattamento economico sono definiti dai contratti. Non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato

Valutazione dei dirigenti medici e sanitari

QUALITÀ. Le Regioni eseguono la valutazione in base a linee guida approvate in Stato-Regioni e per primari e direttori di dipartimento dovranno mettere in evidenza quantità e qualità delle prestazioni sanitarie. L'esito positivo della valutazione determina la conferma nell'incarico o l'affidamento di un altro incarico di pari rilievo, ma sempre senza oneri aggiuntivi per l'azienda

Dipartimenti

GESTIONE. Le Regioni disciplinano l'organizzazione dei dipartimenti seguendo alcuni principi: l'organizzazione dipartimentale è il modello operativo di gestione delle aziende; il direttore è nominato tra i primari delle strutture che faranno parte del dipartimento; il direttore è sovraordinato agli altri primari e mantiene anche il suo primariato. Nelle Aou è assicurata parità tra ospedalieri e universitari

Limiti di età

PENSIONI. Il limite è 67 anni e a domanda 70 (valuta il collegio di direzione). I professori universitari cessano l'attività assistenziale al momento dello scattare dell'età pensionabile e

possono solo continuare l'attività di ricerca. La previsione non può portare a un aumento di organici. Restano ferme le previsioni della legge 122/2010 (misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) e 214/2011 (salva-Italia)

Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie

TECNOLOGIE. Le Regioni programmano e gestiscono le tecnologie sanitarie delle aziende per un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e degli impianti che devono essere sottoposti a procedure di accettazione, collaudo, manutenzione e verifiche periodiche di sicurezza, ma senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. Le Regioni devono anche formare il relativo personale. Per la raccolta dei fondi necessari le aziende possono costituire nel loro ambito organismi o enti non profit

Collegio sindacale e pubblicità degli atti

VERIFICHE. Verifiche di cassa e relazioni sull'andamento delle attività delle aziende sono svolte dal collegio sindacale devono essere rese note al pubblico anche con la pubblicazione nei siti web delle aziende

Regioni a statuto speciale e Province autonome

STATUTI SPECIALI. Sono fatte salve le loro competenze e provvedono ad attuare le finalità della legge secondo i loro statuti speciali

IL MINISTRO-MAESTRINA

di MARCO FERRANTE

MENTRE il ministro del Welfare Elsa Fornero chiedeva le dimissioni dei vertici dell'Inps – per lei colpevoli di avere fatto trapelare le cifre sugli esodati – dai partiti di sinistra, centro e destra, e dai sindacati arrivava la richiesta delle sue dimissioni. Una compattezza che non si vedeva dal varo del governo tecnico. Tutti d'accordo su due punti: non è dell'Inps la responsabilità delle decisioni ministeriali sugli esodati, ma del ministro; le cifre contenute nel documento erano state riservatamente comunicate al ministro per tempo. In pochi mesi



Elsa Fornero è diventata il ministro più discusso e contestato dell'esecutivo tecnico. Già l'esordio aveva suscitato molte perplessità, quando fu illustrata la riforma lampo delle pensioni (da cui peraltro origina il caso esodati: 65.000 per il governo, 390.000 per l'Inps).

Continua a pag. 6

IL PERSONAGGIO

Quel tecnico che non dialoga con i tecnici

Dall'articolo 18 ai contrasti con Confindustria e sindacati, sei mesi di polemiche

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA
di MARCO FERRANTE

Con le lacrime del ministro - e conseguente battuta del presidente del consiglio Mario Monti («commuoviti, ma correggimi») - che temperarono per l'irrituale spontaneità l'altrettanto irrituale rapidità del provvedimento. Lacrime che innescarono anche un dibattito un po' politico e un po' di costume sulla sincerità, l'opportunità, la ministerialità del piano come prassi di governo. Un altro dibattito - compresa la molto riuscita imitazione televisiva giocata sulla figura classica della maestra - nacque successivamente a proposito del tono professorale e assertivo del ministro, che tanti guai ha provocato e tanto si presta alla caricatura che ne è stata fatta.

Insomma, negli ultimi sette mesi Elsa Fornero è stata l'unico componente dell'esecutivo ad assumere una forma di soggettività che è andata oltre il profilo puramente tecnico. Con conseguenze difficili sulle sue relazioni: frizioni con i tre sindacati e Confindustria (contemporaneamente, ricompattando anche in questo caso un fronte diviso), frizioni dentro al suo ministero, e anche nel governo, continue incomprensioni con gli uomini dell'amministrazio-

ne pubblica.

C'è un lungo elenco di episodi. Per esempio, la scelta molto discussa di andare in fabbrica, all'Alenia di Torino, a spiegare la riforma del mercato del lavoro ai lavoratori. Scelta che destò scetticismo nel governo e insieme l'ira del segretario della Cgil, Susanna Camusso. I rimproveri alla delegazione del forum nazionale dei giovani perché non era presente una rappresentanza femminile. Il rapporto inesistente con il suo viceministro Michel Martone, intorno al quale ingiustificatamente era stato messo su una specie di cordone sanitario, escludendolo da tutte le attività del ministero. Poi l'aspro confronto con Emma Marcegaglia, presidente di Confindustria, dopo il varo molto pasticcioso della riforma del mercato del lavoro.

Ma in questa azione dal bilancio fallimentare il ministro del welfare ha sottovalutato due aspetti. Il primo è che anche nella declinazione tecnica, un ministro deve tirare fuori la sua sensibilità nella valutazione

dei rapporti di forza, e praticare l'arte della politica, cioè del possibile. E deve necessariamente fare i conti con le parole che usa, con le reazioni che susciteranno, con il significato del suo ruolo.

La seconda questione è il rapporto con le strutture, con l'apparato dello Stato, che non è privo di difetti - come sappiamo - ma è l'unico che abbiamo. Elsa Fornero ha dato più degli altri componenti del governo la sensazione di essere un tecnico che non dialoga con i suoi tecnici. Non ne coglie la grammatica, le autodifese, le diffidenze; né le inevitabili insidie dei rapporti tra il potere di chi governa e quello delle strutture esecutive. C'è stata la formulazione aggiustata, riadattata, modificata, dell'articolo 18, origine del conflitto sia con i sindacati sia con Confindustria. Poi la discussione con i funzionari parlamentari

sull'incostituzionalità di una parte della riforma del mercato del lavoro, quella sulla formazione, materia di competenza regionale. E poi il caso

esodati. Al ministro sono state contestate le incertezze sul numero di lavoratori che in una fase di recessione, nelle aziende in ristrutturazione si sarebbero trovati esposti all'allungamento dei tempi di pensionamento.

La dura polemica con l'Inps, culminata con le parole di ieri, è inadatta a uno stile di governo, persino a un rigido e sabaudo stile di governo. Gli uffici dell'istituto previdenziale

avevano detto sin dall'inizio che il numero degli esodati era più alto di quei 65.000 per cui era stata trovata una copertura finanziaria dal ministero dell'Economia. Un documento riservato dell'istituto di previdenza è stato diffuso da un'agenzia di stampa, ma erano appunto cifre note. Dunque non è un Inps-leak. Le fughe di notizie esistono e fanno parte della dialettica tra i poteri. E il potere – soprattutto in tempi di

riforme necessarie – va esercitato con determinazione sì, ma con consapevolezza e misura.

*La difficoltà
di fare i conti
con le parole
e le reazioni*

Quando inappropriatezza e cattiva gestione fanno squadra

Età anziana, disabilità e urgenze dimenticate. E colpevoli ritardi là dove prestazione in velocità vuol dire qualità della cura e risparmio. L'analisi della Corte dei conti al capitolo dei Lea ripropone gli aspetti inevitabilmente spinosi del monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse diffuso dalla Salute a fine febbraio, ovvero la verifica da cui scaturisce - se del caso - il patentino dell'inadempienza regionale. In premessa una incongruenza di metodo, ovvero l'esclusione dall'obbligo di invio dei dati per le Regioni a statuto speciale (solo la Sicilia è inclusa, perché sotto piano di rientro, ndr), poco comprensibile - secondo i magistrati contabili - viste le finalità della rilevazione.

Poi la lista delle criticità in un panorama che vede sei Regioni inadempienti - Molise, Lazio, Sicilia, Calabria, Campania, Puglia - e due in particolare - Molise e Liguria - col rating al recupero. In linea generale, la maggior sofferenza affligge l'assistenza distrettuale, ad alto tasso di variabilità, con ricadute severe sulle fasce deboli: i posti per anziani in Rsa oscillano da 10 ogni 1.000 anziani nel centro nord (con punte superiori a 25 in Lombardia e Veneto), ai quattro del Lazio fino a 0,6 in Campania e Sicilia, secondo uno schema ripetitivo e immutato nel triennio. Stessa solfa per gli anziani trattati in Adi: si crolla dall'11,6% dell'Emilia e dal 7,7% dell'Umbria al 2,8% della Calabria e all'1,1% della Sicilia. Disabili e malati terminali non se la passano meglio: nelle Regioni critiche i posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali o negli hospice si conferma inferiore del 50% a quello di altre realtà territoriali.

Capitolo a sé - dolentissimo - l'ospedaliera, carente d'app-

ropriatezza come non mai: il tasso di ospedalizzazione varia a livello regionale, dal valore massimo (213 per mille) della Puglia al valore minimo del Veneto (146). Rispetto allo standard normativo di 180 per mille tutte le regioni del Sud, Liguria e Lazio presentano un tasso complessivo maggiore della media nazionale. Immancabile - in tema di appropriatezza - il dato sui cesarei: si va dal 28-32% nelle aree settentrionali al 40% nelle regioni in squilibrio, con punte del 62% in Campania e del 53% in Sicilia. Il tutto a fronte di una media Ue del 15 per cento.

Inappropriatezza à gogo anche per le patologie che richiedono tempestività: la frattura di femore, a esempio, è affrontata nei tempi dovuti per il 50-75% dei pazienti nelle Regioni in regola e in appena il 50% dei casi nelle Regioni in bilico.

Stesso andazzo per quello che riguarda i test volti a prevenire l'insorgere di patologie gravi: nelle Regioni settentrionali e in Basilicata lo screening oncologico coinvolge dal 3 al 13% della popolazione interessata, mentre si passa all'1% in Abruzzo e Campania, al 2% nel Lazio, in Sicilia, in Calabria e in Liguria.

Una variabilità - rimarca pesantemente la Corte dei conti - che poco ha a che fare con i risultati economici o con le situazioni epidemiologiche e demografiche. Alla radice del tradimento dei Lea stanno le diverse capacità gestionali e l'inappropriatezza delle prestazioni elette a sistema: in linea generale, nelle realtà con un cattivo controllo del budget ci sono le peggiori performance di carattere anche qualitativo. A conferma del fatto che «a maggiori risorse spese non corrisponde una migliore qualità del servizio».

Indicatore di inappropriatezza dei Lea: come è andata nel 2014

Regioni	Vaccinaz. raccomandate - Mpr (%)	Test screening (%)	Procapite assistenza collettiva	Tassi patologie evitabili in ricovero	% anziani >65 in Adi	Costo % farmac. in ambito distrettuale	Prestazioni specialist. (%)	Pazienti centri salute mentale per 100mila ab.	Tasso ospedalizz. per 1.000 ab.	Ric. diurno diagnostico (% sui ric. diurni)	% Drg chirurgico in regime ordinario	% ospedalizz. alto rischio inapprop.	Cesarei (% su partu.)	% over-65: fratt. femore operata 48 ore
Piemonte	93,2	7,0	82,7	46,5	2,2	14,7	9,2	586,0	155,0	2,8	49,2	14,1	30,0	50,5
Lombardia	94,7	7,0	86,1	610,6	4,3	15,0	6,7	1.385,0	158,6	6,0	44,9	27,7	29,2	59,0
Veneto	91,9	9,0	78,4	608,2	5,6	13,4	8,5	1.515,0	146,9	3,5	40,5	20,1	28,2	58,7
Liguria	88,9	2,0	59,4	554,7	3,5	15,8	5,7	1.576,6	190,8	27,7	34,4	19,8	37,4	61,4
Emilia R.	93,1	13,0	84,5	643,6	11,6	14,3	3,7	1.736,0	160,9	7,5	43,6	22,0	29,4	65,4
Toscana	93,1	11,0	90,6	453,9	2,3	15,6	6,7	2.161,0	147,1	10,8	42,9	15,7	26,3	70,9
Umbria	95,4	11,0	97,2	652,8	7,7	12,7	4,6	2.051,0	164,8	13,2	41,1	21,6	32,1	54,2
Marche	92,7	7,0	82,4	620,9	3,5	14,9	3,2	1.347,0	158,4	12,5	41,6	18,7	34,5	77,3
Lazio	90,9	2,0	60,2	505,6	4,6	15,6	7,3	1.273,0	180,6	16,0	39,3	27,0	41,6	42,8
Abruzzo	92,4	1,0	87,9	606,4	4,9	15,5	1,4	1.033,0	176,2	7,8	35,8	22,2	43,7	45,9
Molise	93,6	5,0	85,7	611,0	3,3	12,2	14,1	904,0	200,6	25,3	33,3	40,5	44,9	45,1
Campania	81,0	1,0	76,6	576,7	2,1	14,7	4,6	1.230,0	204,2	26,0	35,4	28,0	61,8	28,1
Puglia	93,4	4,0	67,9	710,0	1,8	18,7	5,0	1.044,0	213,1	22,7	35,7	35,3	46,8	33,7
Basilicata	89,7	8,0	92,9	566,7	5,0	14,1	1,5	1.512,0	180,2	18,2	32,3	19,2	45,1	38,2
Calabria	83,9	2,0	97,3	682,2	2,8	14,7	4,8	3.535,0	180,8	20,2	27,5	24,2	44,3	34,0
Sicilia	87,7	2,0	83,5	594,3	1,5	15,4	0,8	1.667,0	191,6	25,9	31,1	20,8	52,8	28,5

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati ministero della Salute

CORTE DEI CONTI/ L'analisi per singole voci: le riduzioni maggiori nel settore convenzionato

Personale, manovre taglia-spesa

Effetti evidenti da blocco di contratti e turn over - Farmaci al top del calo

Le misure di contenimento della spesa hanno funzionato nel 2011 e i «costi di produzione delle funzioni assistenziali delle Regioni» (le singole voci di spesa) compresi quelli della gestione straordinaria e dei costi relativi all'attività libero-professionale intramoenia hanno raggiunto 112,4 miliardi. Il freno alla crescita secondo la Corte dei conti è legato all'efficacia delle misure di contenimento sia nazionali (blocco dei contratti, interventi di contenimento della spesa farmaceutica), sia regionali in attuazione dei piani di rientro e dei programmi operativi (accreditamento degli operatori privati con l'assegnazione di tetti di spesa e specifici budget, riorganizzazione della rete ospedaliera ecc.).

A livello regionale il risultato del 2011 presenta andamenti differenti. Si registrano infatti, secondo l'analisi della Corte, costi superiori all'1,5% in sole tre Regioni del Nord (Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Trento) e una flessione superiore al 2% ancora in tre Regioni, tutte in piano di rientro (Campania, Puglia e Calabria), un andamento che riguarda, anche se con diverse intensità, tutte le Regioni con piani di rientro a eccezione della Sicilia che registra una lieve variazione positiva.

Il risultato è legato nel complesso alla flessione dei costi relativi all'assistenza erogata da strutture accreditate; la riduzione, comune a quasi tutte le Regioni (fanno eccezione Valle d'Aosta, Trento, Abruzzo e Sardegna), ha particolare rilievo in sei di esse con valori superiori al 3%. Sono i costi per l'assistenza farmaceutica (al netto dei ticket) a fornire il contributo maggiore (in media la flessione rispetto al 2010 è del 9%), con valori in alcune regioni superiori alla media (-17,4% in Calabria, -16,8% in Puglia).

Solo in alcune Regioni invece questo andamento si accompa-

gna a una flessione dei costi per l'assistenza ospedaliera in convenzione (è il caso della Liguria, del Veneto e del Molise e in misura minore di Puglia, Calabria e Sardegna) o dell'assistenza riabilitativa (Basilicata, Emilia e Lazio) o di quella integrativa (Piemonte Liguria Abruzzo Basilicata Calabria e Puglia). Si tratta di andamenti in parte compensati da un forte aumento dei costi per la specialistica (in media +3,3%) con punte superiori al 10% in Basilicata, Calabria, Abruzzo, e Bolzano, alla quale si contrappongono i cali altrettanto marcati di Friuli Venezia Giulia e Liguria oltre della Valle d'Aosta.

All'opposto della flessione dei costi "in convenzione" c'è la variazione in aumento dell'assistenza diretta (+0,4%) che registra valori superiori al 2% in quattro Regioni (Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Basilicata) mentre si riduce nelle Regioni con piano di rientro (a eccezione di Sicilia e Molise). Oltre agli acquisti di beni, sono soprattutto le spese amministrative, i servizi appaltati e le spese per godimento di beni di terzi a registrare gli aumenti maggiori, e generalizzati, che non sono compensati dalla riduzione dei costi straordinari e del personale.

Personale

Secondo l'analisi della Corte dei conti continua a ridursi il costo del personale delle aziende sanitarie. Nel 2011 è stato di 36,2 miliardi con un decremento dell'1,4% rispetto al 2010 (nel 2010 aveva registrato un lieve incremento: +1,3% per effetto degli ultimi pagamenti relativi al contratto). E si notano gli effetti degli interventi di contenimento diretto del costo del personale legati alla legge 191/2009 che ha recepito le disposizioni del Patto per la Salute 2010-2012 con cui si è prorogato, per il periodo 2010-2012, il tetto alla spesa ai costi 2004 meno l'1,4% fissato

dalla Finanziaria 2007 e il decreto legge 78/2010 che ha disposto il blocco dei rinnovi contrattuali per il periodo 2011/2013. Nelle Regioni in piano di rientro contribuiscono al contenimento dei costi gli ulteriori interventi di riorganizzazione previsti nei programmi annuali di attuazione degli stessi piani.

Beni e servizi

Nel 2011 il costo per l'acquisto di beni supera i 15 miliardi, con un incremento rispetto al 2010 del 2,4%. Al significativo rallentamento della spesa (era aumentata del 4,7% nel 2010) sembrano secondo l'analisi della Corte aver contribuito le procedure di acquisto messe in atto soprattutto dalle Regioni con piano di rientro, con forme di aggregazione a più livelli (sovra-aziendale e/o regionale). Queste scelte hanno permesso di rafforzare le misure previste dalla normativa nazionale che impongono alle aziende sanitarie e ospedaliere di motivare (con relazione agli organi di controllo e di revisione) gli acquisti di beni e servizi operati al di fuori delle convenzioni Consip e per importi superiori ai prezzi di riferimento (tratti dalle stesse convenzioni).

Sulla crescita della spesa per l'acquisto dei beni – sottolinea ancora la Corte – ha inciso il ricorso alla distribuzione diretta dei farmaci, che continua a essere incentivata, su tutto il territorio nazionale, per contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate, e l'elevato costo dell'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in Sanità. L'acquisto dei prodotti farmaceutici è incrementato rispetto al 2010 del 5% circa, nonostante la spesa farmaceutica ospedaliera abbia cominciato a ridursi rimanendo però in tutte le Regioni a un livello «ben superiore al limite previsto».

In flessione del 4,2% invece, sono i costi costituiti dalla com-

partecipazione al personale sanitario che svolge attività libero-professionale all'interno delle aziende sanitarie.

Anche i servizi (sanitari e non sanitari) aumentano in analogo percentuale: +2,27%. Un calo si registra solo in 6 Regioni (Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Marche, Campania, Puglia e Calabria), mentre in tutte le altre sono in amento con il picco massimo del +8,76% rispetto al 2010 registrato in Veneto.

Medicina generale

Tra i costi considerati tra quelli dell'assistenza in convenzione (market), il costo dei medici di medicina generale pesa per circa 6,6 miliardi ed è aumentato rispetto al 2010 dell'1,3%. Anche in questo caso si è registrato un rallentamento nella dinamica della spesa (lo scorso anno cresciuta del 2,8%). Un risultato in parte dovuto all'incidenza dei rinnovi delle convenzioni contabilizzati nel 2010 e relativi al rinnovo degli accordi per il I biennio 2008-2009.

Farmaceutica

Continua a flettere la spesa farmaceutica convenzionata: 9,9 miliardi in flessione del 9% (si era ridotta dello 0,8% nel 2010). Un risultato che l'analisi della Corte riconduce alle misure previste dal decreto legge 78/2010 che se da un lato ha indotto uno spostamento di una parte della spesa dal comparto ospedaliero a quello territoriale, dall'altro ha previsto il recupero della quota che eccede il tetto del 13,3% del fondo sanitario nazionale attraverso il meccanismo del pay back (a carico delle aziende farmaceutiche), il miglioramento del monitoraggio sull'appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche e ulteriori misure per ottenere risparmi di spesa attraverso aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti.

Specialistica

Resta invece su tassi di crescita più sostenuti l'assistenza specialistica erogata in convenzione nelle Asl: è aumentata del +3,3% (comunque in calo rispetto al 2010 quando era cresciuta del +10,4%) la variazione del costo per prestazioni specialistiche da soggetti convenzionati. Un risultato su cui potrebbe aver inciso secondo la Corte lo spostamento a livello ambulatoriale di alcune prestazioni ritenute inappropriate con ricovero ospedaliero. Un effetto boomerang, insomma, della razionalizzazione dei 108 Drg a rischio di inappropriatezza di cui 24 sono stati assegnati d'elezione al territorio.

Ospedaliera convenzionata

Questa voce secondo la Corte registra «solo un marginale au-

mento»: +0,5% rispetto al -0,3% del 2010 per un totale nel 2011 di 8,9 miliardi. A questa dinamica frenata ha contribuito l'attività svolta, soprattutto nelle Regioni con piano di rientro, che ha previsto l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget. In generale comunque, commenta la Corte, una regolazione «più attenta dei meccanismi di accreditamento delle aziende private che operano per conto del Ssn, adottata a livello regionale» ha contribuito a contenere la crescita della spesa di tutte le prestazioni acquistate dal settore privato (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa e altro).

Riabilitativa

La spesa è aumentata solo del +0,07%. In questo caso però non sono le Regioni con piano di rientro ad avere ridotto di più i costi rispetto alle altre: solo

Lazio e Campania registrano infatti il segno meno rispetto al 2010 mentre a esempio in Molise la spesa è cresciuta del +10,74%. A calare di più in assoluto è stata la spesa della Basilicata (-24,92%) e l'aumento maggiore rispetto al 2010 si è registrato a Trento (+138,31%).

Integrativa e protesica

Questa voce che comprende soprattutto servizi erogati dal privato accreditato, è pressoché stabile a livello generale nel 2011, quando aumento solo del +0,37 per cento. Ma in realtà questo risultato è legato al bilanciamento tra il forte calo registrato soprattutto nelle Regioni con piano di rientro (dal -11,65% della Puglia al -3,87% della Campania) a eccezione della Basilicata che registra con il -16,76% la riduzione maggiore e l'aumento registrato invece nelle altre Regio-

ni che va dal +23,74% delle Marche al +0,11% del Friuli Venezia Giulia.

Altra assistenza

È la voce che comprende cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, assistenza agli anziani (Rsa), ai tossicodipendenti (Sert), agli alcolisti, ai disabili e comunità terapeutica.

È la voce tra quelle in convenzione ad aver registrato l'aumento percentuale più elevato dopo la specialistica (+1,92%) con punte che vanno dal +11,98% del Lazio al minimo di -5,90% in Valle d'Aosta. Anche se in realtà con il segno meno oltre la Valle d'Aosta ci sono solo altre 3 Regioni: Piemonte, Veneto e Toscana, mentre le altre sono tutte in aumento.

I costi del Servizio sanitario per funzione di spesa nel 2011 (in milioni)

Regione	Assistenza erogata da enti a gestione diretta								Assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati								Totale costi senza saldi mobilità interregionale	
	Beni	Personale	Accantonamenti	Compensazioni per intrattenimento	Altri servizi sanitari e non sanitari	Interessi passivi e oneri finanziari	Imposte e tasse	Costi straordinari e variazioni delle rimanenze	Totale	Medicina Generale	Farmacia	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e protesica	Altra assistenza	Ospedaliera	Totale	
Piemonte	1.263,4	2.935,6	-	106,6	1.046,9	24,6	226,5	18,0	5.638,6	474,2	697,8	275,2	178,1	191,9	566,9	546,1	2.930,3	8.568,9
V. d'Aosta	40,6	112,5	0,1	3,3	59,4	0,0	8,1	0,0	224,1	15,4	20,6	1,9	5,1	2,7	7,8	4,8	58,2	282,3
Lombardia	2.120,5	5.114,3	291,5	236,9	2.208,4	47,4	386,3	22,7	10.427,9	901,5	1.443,6	1.054,0	242,0	242,2	1.709,1	2.294,0	7.886,3	18.314,3
Pa. Bolzano	150,0	549,3	1,6	1,2	137,2	0,1	33,7	2,2	875,2	54,5	56,5	6,2	6,3	39,4	61,4	23,5	247,7	1.123,0
Pa. Trento	133,4	412,9	9,1	8,8	143,6	0,0	30,0	6,6	744,3	58,4	77,0	27,3	7,1	21,9	152,2	56,2	400,0	1.144,4
Veneto	1.207,4	2.754,5	69,2	101,0	1.506,3	39,6	211,3	58,2	5.947,3	543,0	672,1	361,4	332	138,7	843,6	532,6	3.124,6	9.071,9
Friuli V.G.	364,8	949,0	29,7	23,7	438,9	0,5	71,2	10,4	1.908,3	128,9	219,1	50,7	62,4	46,5	49,1	63,6	620,4	2.528,7
Liguria	461,2	1.156,5	14,3	35,7	463,1	3,4	89,4	15,1	2.238,7	162,9	283,3	54,1	96,4	36,8	184,5	247,6	1.045,7	3.304,4
Emilia R.	1.228,4	3.014,7	43,7	112,0	1.210,4	45,5	222,1	23,5	5.900,3	517,5	680,2	190,5	7,4	120,5	616,4	612,5	2.745,0	8.645,3
Toscana	1.239,5	2.620,2	22,2	95,7	1.094,4	36,4	194,1	154,4	5.456,8	415,4	548,9	140,0	86,3	77,6	389,0	235,0	1.892,2	7.349,0
Umbria	266,1	614,6	16,6	13,5	263,6	2,0	44,8	3,2	1.224,4	92,4	146,7	17,1	8,3	39,1	83,5	42,3	429,4	1.653,8
Marche	485,6	1.029,1	46,3	30,8	354,0	0,7	78,5	6,9	2.032,0	173,5	255,4	44,4	71,3	34,8	110,6	109,2	799,1	2.831,1
Lazio	1.341,6	2.988,7	79,1	116,1	1.579,8	140,8	234,0	82,3	6.542,4	609,3	1.094,2	522,8	220,1	248,2	495,8	1.378,8	4.569,2	11.131,6
Abruzzo	365,8	774,2	57,1	15,4	294,9	2,2	59,4	18,2	1.587,2	152,2	250,6	56,6	74,5	25,2	90,8	127,9	777,7	2.364,9
Molise	92,5	209,2	15,5	1,8	69,6	2,2	15,8	1,4	408,0	51,1	55,0	35,7	16,7	7,1	21,4	71,5	258,5	664,5
Campania	1.127,8	3.038,2	475,2	45,9	1.070,2	24,6	250,1	76,2	6.108,2	653,1	956,4	761,6	272,8	165,9	181,1	825,0	3.815,9	9.924,1
Puglia	1.084,2	2.123,6	91,7	39,1	739,3	12,3	163,0	95,4	4.348,5	500,8	723,7	246,1	242,3	113,3	238,1	721,2	2.785,6	7.134,2
Basilicata	161,8	392,4	2,9	4,8	127,1	0,0	30,5	9,9	729,5	83,2	95,4	38,1	49,7	26,7	34,4	13,0	340,6	1.670,1
Calabria	437,9	1.260,8	68,4	8,7	291,0	17,8	90,1	15,6	2.190,1	248,3	364,5	133,5	65,1	78,0	135,7	195,4	1.220,5	3.410,6
Sicilia	981,7	2.936,2	255,0	40,9	689,5	46,3	222,9	18,8	5.191,3	589,1	955,1	519,6	167,8	195,8	341,6	699,2	3.468,3	8.659,6
Sardegna	498,1	1.162,8	10,0	12,8	423,4	2,2	85,3	14,6	2.209,2	200,1	333,5	117,3	59,0	69,6	99,7	91,2	970,2	3.179,4
Totale	15.072,3	36.149,1	1.616,2	1.054,6	14.210,7	448,6	2.747,2	653,5	71.952,3	6.624,8	9.929,7	4.653,9	1.971,7	1.921,9	6.412,7	8.890,6	40.405,3	112.357,8

Per il 2011: dati estratti dal Nas, IV trimestre al 6 aprile 2012
Per consentire un confronto con il 2010, tra i costi del 2011 non si considerano gli ammortamenti (1.494,5 milioni) inclusi solo a partire da questo esercizio

Fonre: elaborazione Corte conti su dati ministero della Salute

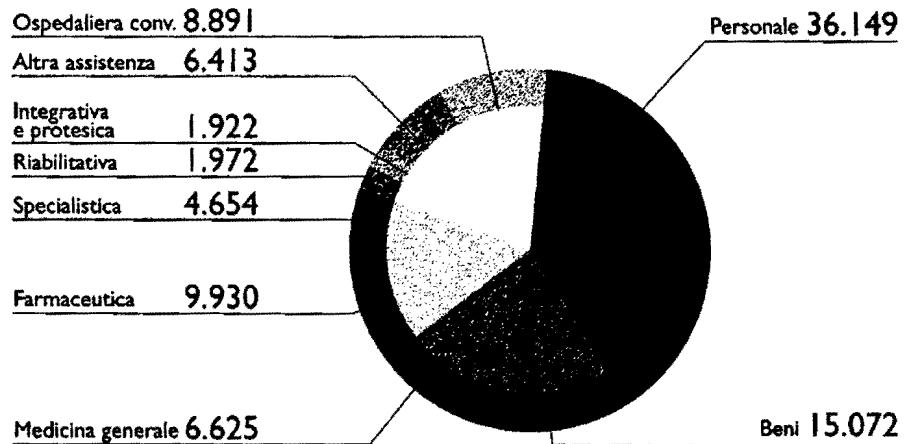
Tra market e non market

L'andamento percentuale medio della spesa per singole voci risulta da una crescita media nazionale del +0,37% dei costi per i cosiddetti produttori non market (personale, beni e servizi, interessi, imposte e tasse) e da una diminuzione del -1,41% di quelli non market (medicina generale, farmaceutica, specialistica e tutti i servizi convezionati-accreditati)

■ DIFFERENZA PERCENTUALE 2011-2010 DEI COSTI PER TUTTE LE VOCI DI SPESA

Piemonte	V. d'Aosta	Lombardia	P.a. Bolzano	P.a. Trento	Veneto	Friuli V.G.	Liguria	Emilia R.	Toscana
-1,39	-0,20	1,52	1,19	2,41	0,81	1,58	-0,45	0,20	0,33

■ LA SPESA 2011 PER LE VOCI PRINCIPALI (in milioni di euro)



**TOTALE
-0,28**

Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
0,35	-0,56	-1,27	-1,01	0,09	-2,20	-3,19	0,24	-2,06	0,64	0,17

**20 ORI
Sanità

I costi del Servizio sanitario per funzione di spesa - Variazione percentuale 2010/2011

Regione	Bord	Personale	Accantonamenti dipcl	Assistenza erogata da enti a gestione diretta					Totale	Assistenza erogata da enti convenzionati e accreditati						Totale costi senza saldi mobilità interregionale		
				Comparsicipazioni per intranazionali	Altri servizi sanitari e non sanitari	Interessi passivi e oneri finanziari	Imposte e tasse	Conti straordinari e variazioni delle rimanenze		Medicina generale	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e protetica	Altra assistenza	Ospedaliera		
Piemonte	0,54	-1,36	8,61	-3,83	0,07	33,19	-2,20	69,02	-0,49	-0,22	-9,94	-1,69	1,53	-4,20	-0,24	-0,53	-3,07	-1,39
V. d'Aosta	6,53	-1,89	-5,27	10,15	-1,22	ns	-2,78	-100,00	-0,60	6,39	-6,83	-11,14	10,52	6,50	-5,90	43,53	1,37	-0,20
Lombardia	1,30	-0,54	87,68	-3,79	6,82	0,10	-0,28	224,66	2,78	-0,61	-7,48	5,16	-0,67	3,78	1,56	1,32	-0,09	1,52
Pa Bolzano	8,08	-0,19	46,25	73,10	3,07	ns	-0,04	59,03	1,66	1,43	-8,18	10,66	3,11	3,22	1,38	1,23	-0,45	1,19
Pa Trento	4,10	2,51	3,95	0,42	3,80	-100,00	3,89	-55,01	1,92	1,56	-1,93	9,01	138,31	1,13	3,87	2,31	3,34	2,41
Veneto	1,58	-0,61	163,28	-2,09	8,76	13,19	1,33	42,49	3,28	0,38	-9,58	-0,94	-0,96	3,09	-0,64	-7,29	-3,58	0,81
Friuli V.G.	4,06	-0,45	7,28	-3,63	7,89	198,30	3,51	-30,60	2,26	1,84	-4,91	-3,20	4,32	0,11	7,68	2,73	-0,46	1,58
Liguria	-0,43	-1,71	-32,44	0,83	2,89	-27,56	-1,49	101,46	-0,48	0,40	-5,36	-3,33	-1,10	-8,54	1,75	6,11	-0,41	-0,45
Emilia R.	1,84	0,49	-26,66	-2,31	-0,02	26,99	1,32	-45,20	0,19	1,28	-4,91	8,80	-6,05	3,20	0,52	2,16	0,23	0,20
Toscana	1,28	-0,10	46,31	-2,95	0,30	99,60	0,28	88,31	1,59	1,95	-10,21	-0,43	3,71	0,14	-2,93	1,00	-3,14	0,33
Umbria	2,80	0,20	-41,84	8,69	4,92	19,49	0,55	-14,22	0,82	2,19	-6,26	7,50	-0,14	1,87	1,07	1,95	-0,98	0,35
Marche	1,68	-1,09	14,06	2,25	-4,05	15,90	-0,97	-58,30	-1,09	3,39	-10,26	3,76	3,07	23,74	10,59	8,76	0,79	-0,56
Lazio	2,53	-2,82	-48,36	-5,95	0,23	19,25	-1,24	-8,09	-1,78	5,61	-8,47	-0,12	-3,87	4,00	11,98	-0,60	-0,52	-1,27
Abruzzo	6,36	-1,80	-33,28	0,98	3,98	-8,66	-0,01	-62,01	-2,42	0,85	-5,04	16,18	5,39	-4,16	2,53	12,70	1,99	-1,01
Molise	8,86	-2,74	41,27	-17,96	2,42	-53,08	-4,77	ns	1,40	2,20	-5,85	5,29	10,74	8,59	1,45	-8,89	-1,90	0,09
Campania	2,10	-5,57	60,08	-11,53	-3,69	-49,68	-1,20	-56,70	-2,42	1,10	-10,51	2,92	-2,97	-3,87	4,15	2,45	-1,84	-2,20
Puglia	0,21	-3,07	30,51	-14,45	-2,58	-37,24	-2,59	10,46	-1,43	1,22	-16,76	3,43	0,99	-11,65	0,54	-2,75	-5,53	-3,19
Basilicata	8,12	-0,18	-54,47	20,27	2,04	-21,62	0,84	42,72	2,04	0,35	-10,22	45,25	-24,92	-16,76	1,82	158,75	-3,40	0,24
Calabria	11,11	-2,29	7,11	3,34	-4,96	-9,70	-7,23	-59,23	-1,25	0,13	-17,44	14,98	2,56	12,09	7,78	-2,35	-3,49	-2,06
Sicilia	6,18	-1,34	52,48	-12,22	3,37	24,65	-0,53	-75,33	1,42	1,21	-6,67	3,00	6,90	0,72	1,30	1,73	-0,50	0,64
Sardegna	2,94	-0,04	-52,55	-12,86	8,27	-18,67	-5,30	-67,21	-0,09	2,69	-4,01	5,47	5,53	1,73	7,78	-1,62	0,76	0,17
Totale	2,40	-1,43	23,99	-4,17	2,27	8,05	-0,81	-19,18	0,37	1,28	-9,01	3,32	0,07	0,37	1,92	0,46	-1,41	-0,28

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati ministero della Salute

In stand by piano sangue e ondate di calore

Resta ancora in stand by per il muro contro muro tra Regioni e Governo sul riparto del fondo sanitario 2012 una serie di provvedimenti all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni della scorsa settimana. Anche se in sede di conferenza dei presidenti e in commissione Salute era già stato acquisito il nulla osta sugli accordi.

Il primo è lo sblocco dell'ultima tranches di risorse per gli obiettivi di piano 2010 per cinque Regioni - le ultime ad attendere le somme. Si tratta di 141,17 milioni che rappresentano il 30% residuo da assegnare dopo la verifica dei progetti per gli obiettivi di piano di Lombardia, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sicilia (gli altri 288,21 milioni che costituiscono il 30% complessivo delle somme accantonate per la verifica era già stato ripartito a marzo). Delle somme assegnate oltre il 55% (78,16 milioni) va alla Lombardia. Gli argomenti previsti per il 2010, su cui sono stati presentati i progetti, sono 13: cure primarie; non autosufficienza; promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima

coscienza nella fase di cronicità; cure palliative e terapia del dolore; biobanche di materiale umano; Sanità penitenziaria; atti-

tà motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano; tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita; malattie rare; volontariato; riabilitazione; salute mentale; Piano nazionale della prevenzione.

Altro provvedimento in sospeso è il programma di autosufficienza nazionale sangue per il 2012 che punta su due prodotti strategici: i globuli rossi e il plasma da inviare alla lavorazione

industriale. Per i globuli rossi la programmazione prevede un incremento di 15 mila unità (+0,6% rispetto al 2011). Nel 2012 è previsto un incremento dei consumi di globuli rossi di 14.400 unità, lo 0,5% in più rispetto al 2011 ma si conferma la carenza soprattutto a carico di Sardegna e Lazio che hanno necessità di un fabbisogno compensativo di 68 mila unità a fronte del quale c'è un margine di produzione nelle Regioni autosufficienti di 78 mila unità. Nel 2012 quindi per la prima volta tutte le carenze previsionali di globuli rossi risultano coperte.

Per quanto riguarda il plasma, la programmazione 2012 prevede un incremento dell'invio del 2,8% (20.058 chili rispetto al 2011 con indici regionali programmati diversificati). Quasi tutte le Regioni del Centro-Sud sono al di sotto della media nazionale con livelli di autosufficienza bassi o molto bassi.

Previsto anche il sistema di monitoraggio, basato su otto indicatori (dalle unità di globuli rossi prodotte all'appropriatezza della programmazione rispetto ai dati consuntivi di produzione e consumo).

Bloccata anche la proroga delle attività della rete nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria (intesa Stato-Regioni 5 novembre 2009). Per continuare a garantire sul territorio nazionale le prestazioni clinico-assistenziali, anche attraverso la terapia Ecmo (extra corporeal membrane oxygenation ovvero ossigenazione extracorporea a membrana), necessarie alla gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta e di altre patologie assimilabili, le attività della rete nazionale per la gestione della sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmoniti da virus A(H1N1) e l'eventuale utilizzo della terapia Ecmo proseguono con carattere sperimentale per ulteriori 5 anni. E gli obiettivi dell'intesa 2009 sono integrati

con il miglioramento della presa in carico da parte delle Unità di terapia intensiva delle forme di grave insufficienza respiratoria e la riduzione della mortalità attesa. Per garantire l'accessibilità su tutto l'elenco delle strutture specialistiche è integrato con i centri dell'Aou di Sassari e dell'ospedale Bambino Gesù di Roma.

In sospeso infine anche l'accordo Salute-Regioni sulla prevenzione degli effetti delle ondate di calore. L'accordo prevede che le amministrazioni comunali trasmettano alle Aziende sanitarie locali entro e non oltre il 18 giugno 2012 gli elenchi della popolazione residente di età pari o superiore a 65 anni aggiornati al 1° aprile 2012 e successivamente tutti gli aggiornamenti con periodicità definita dalla Regione.

Le Asl avviano ogni iniziativa per prevenire e monitorare danni gravi e irreversibili legati alle condizioni climatiche estive e stessa cosa fanno anche i Comuni. Dal 2013 i dati sono trasmessi dai Comuni entro e non oltre il 31 maggio, fino al 31 ottobre e devono essere aggiornati al 10 aprile di ogni anno.

**Fermi gli obiettivi di Psn 2010
Insufficienza respiratoria in rete**

Patroni Griffi: «Nel Ddl delega niente licenziamenti a sorpresa»

Nella delega sulla riforma della Pa (*v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 22/2012*) «per ora non c'è una parte esplicita sulle forme di tutela contro il licenziamento illegittimo. La normativa sui licenziamenti sia disciplinari che collettivi già c'è e su quella non intendiamo intervenire, ma solo renderla applicabile». Così il ministro della Pa **Filippo Patroni Griffi** ha gettato acqua sul fuoco delle preoccupazioni che il ritardo nell'approdo in Cdm della riforma della Pa fosse legato alla previsione di nuove regole sui licenziamenti (testo: www.24oresanita.com).

«I dipendenti pubblici e privati - ha detto - vanno tutelati in maniera uguale, ma bisogna tenere presente che il datore di lavoro pubblico e quello privato sono diversi. Dobbiamo trovare soluzioni che consentano di far funzionare al meglio la pubblica amministrazione. Non si tratta di licenziabilità: la delega è incentrata soprattutto sul merito, e sull'apertura in entrata del mercato del lavoro pubblico, per consentire anche per il pubblico forme di lavoro flessibile».

Dello stesso tenore la replica alle presunte incomprensioni con Patroni Griffi del ministro del Lavoro **Elsa Fornero**: «Non ci sono incomprensioni. È ovvio - ha aggiunto - che il settore pubblico non è un mercato ed è ovvio che se ci sono buone regole per il settore privato non vedo perché non debbano funzionare per il pubblico».

L'EMERGENZA-URGENZA TRA SOVRAFFOLLAMENTO E BOARDING

Una nuova organizzazione per il Pronto soccorso

IVO CASAGRANDE, DANIELE COEN, VITTORIO DEMICHELI *

Il Pronto soccorso (Ps) ha un volto nuovo, con modalità di lavoro radicalmente diverse che in un recente passato: in Ps si fa la diagnosi e il paziente riceve le prime cure, prima del ricovero in reparto. Ciò implica non solo l'erogazione di prestazioni più complesse e onerose, ma anche un allungamento dei tempi di permanenza del paziente. L'Ospedale Niguarda di Milano ne è un esempio: dal 2007 al 2011 il tempo medio tra inizio e termine della visita (esclusa l'attesa) per i codici verdi e gialli è passato rispettivamente da 114 a 150 minuti e da 280 a 360 minuti. Ormai è diventato "normale" attendere il ricovero in barella per 24, 48, 72 ore, nonostante le raccomandazioni indichino che questo tempo non dovrebbe superare le sei ore dal momento dell'arrivo in Ps.

L'occasione per fare il punto su presente e futuro del Pronto soccorso italiani è stato il convegno "La Medicina d'urgenza tra mente e corpo", Giornate di studio in collaborazione con il dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, che si sono svolte a Milano dal 7 al 9 giugno. Il convegno è stato promosso dalla Academy of emergency medicine and care (AcEmc), giovane associazione scientifica interdisciplinare e no-profit che riunisce medici con ogni specializzazione e altri professionisti e cultori che operano nel setting delle urgenze-emergenze mediche (dalla medicina del territorio fino ai servizi specialistici ospedalieri).

Tra i determinanti dell'attesa nei Pronto soccorso vi è senza dubbio la ridotta disponibilità di letti ospedalieri: secondo i dati degli Annuari statistici del Ssn, in tutto quasi 45mila posti letto sono stati tagliati dal 2000 al 2009, pari al 15,1% del totale con un rapporto pl/abitanti passato dal 5,1 ogni mille abitanti di 12 anni fa, al 4,2 attuale (di cui 3,6 per mille dei letti per acuti e 0,6 per mille per le lungodegenze). Il taglio dei posti letto è avvenuto soprattutto nel settore pubblico. A livello medio nazionale si registra infatti un ridimensionamento dei posti pubblici del 17,2%, pari a più di tre volte quello intervenuto nel privato. Peraltra, la politica del ridimensionamento dei posti letto doveva essere accompagnata da una parallela crescita dei servizi territoriali che però stenta tuttora a realizzarsi

in molte Regioni. Senza contare l'ulteriore ridimensionamento dell'offerta sanitaria conseguente ai Piani di rientro dal disavanzo. L'insufficienza dei servizi sanitari territoriali determina obiettive difficoltà nella dimissione dei pazienti ricoverati soprattutto in area medica. Ed è chiaro che, se i posti letto liberi non ci sono, velocizzare l'accesso al reparto per i pazienti del Ps diviene un problema cruciale di non facile soluzione.

È anche per questo motivo che il Ps, da luogo di passaggio si è trasformato in approdo di cura. La gran parte dei pazienti che transita nei nostri Dea giunge in reparto con una diagnosi ormai definitiva e, spesso, anche con un trattamento avviato; ma questo processo "sposta" in Ps una parte del tempo di attesa (degli accertamenti e delle consulenze) che solitamente veniva trascorso in reparto. Per ridurre i tempi del boarding (trasferimento da Ps a reparto) bisognerebbe, oltre che ovviare alla già menzionata carenza di posti letto in reparto, aumentare la disponibilità delle consulenze specialistiche in Ps per accelerare i tempi di diagnosi.

Di fatto il ricorso a risorse specialistiche e a tecnologia diagnostica in Ps risulta già molto accresciuto, sebbene questa novità non sia ancora riconosciuta nell'organizzazione del lavoro ospedaliero, sia sul fronte della ripartizione delle risorse organizzative sia nei meccanismi di finanziamento.

La ricerca di soluzioni porta in primo piano il tema dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari perché la realizzazione di efficaci percorsi di continuità assistenziale richiede, oltre alla disponibilità di strutture intermedie (letti di continuità), anche un generale potenziamento dei livelli di assistenza sanitaria garantita nelle strutture residenziali e nei servizi domiciliari (in modo da facilitare il rientro dei malati nei luoghi di provenienza).

E inoltre necessario sperimentare soluzioni organizzative in grado di velo-

cizzare i flussi interni quali l'effettuazione delle dimissioni programmate nella mattinata e la pianificazione di percorsi privilegiati per le consulenze interne. La messa a punto e l'impiego di questi strumenti sarebbero estremamente facilitati da sistemi di finanziamento in grado di responsabilizzare l'intero ospedale sugli obiettivi di risultato dell'attività di emergenza.

Infine, sul piano del rapporto con i cittadini, le lamentele che riguardano la lunghezza dell'attesa rivelano spesso l'esistenza di difetti di comunicazione. Occorre approfondire l'analisi e la conoscenza delle aspettative dei pazienti del Ps per cercare di comunicare efficacemente in che misura il Ps è in grado di soddisfarle. A esempio l'utilizzo del codice colore corrisponde a una concezione ormai superata del Ps, come un luogo di passaggio e non come luogo di diagnosi e cura. La comunicazione basata sul codice colore - che resta fondamentale per l'organizzazione interna dei Ps - alimenta nei cittadini un'attesa di trasferimento e rende poco comprensibile la permanenza in Ps, indipendentemente dalla durata e dalle motivazioni. Se si utilizzasse invece una comunicazione basata sulla patologia (quella attuale, riconosciuta o sospettata che sia), per esempio classificando i pazienti sulla base della loro necessità di approfondimento diagnostico, o di immediato trattamento o di osservazione e rivalutazione, si richiamerebbe il fatto che nel Ps inizia il percorso di diagnosi e cura. E la permanenza in Ps sarebbe vissuta come momento utile e necessario e non come mera attesa di cure a venire.

* Academy of Emergency Medicine and Care (AcEmc)

**Codici colore
in parte "superati"**

Calcolo dei costi standard modello Nisan strumento utile per elaborare i futuri Drg

In epoca di profonda revisione di prezzi e spesa del Ssn, è singolare che le tariffe per i ricoveri (i nuovi Drg, v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 19/2012) vengano rideterminate senza tenere conto delle esperienze di benchmark portate avanti da gruppi tecnici come il Nisan, il primo e unico Network italiano sanitario per la condivisione dei costi standard.

Fondato nel 2009, il network oggi accoglie 21 soci (tra ospedali, Ircs, aziende sanitarie territoriali). Con una solida presenza in 12 Regioni (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Pa di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Abruzzo) la rete rappresenta la banca dati più aggiornata (oltre 2 milioni di episodi di ricovero: ordinario, day hospital, day surgery, outliers, zero-un giorno), con la maggiore casistica in quanto su ogni ricovero sono stati determinati gli specifici costi per fattori produttivi e attività, e senz'altro la più affidabile sul territorio nazionale in relazione sia al rispetto della normativa (legge 133/2008) sia alle indicazioni del mondo scientifico, soprattutto quello anglosassone che sui costi standard è il punto di riferimento internazionale (Brisbane, 2011; Quebec, 2011).

I costi standard rappresentano uno strumento ad alta fruibilità per elaborare strate-

gie di miglioramento con il recupero di efficienza, utile al direttore di struttura complessa aziendale come al ~~ministro della Salute~~. In conformità alla legge 133/2008 i costi standard così ottenuti sono gli unici "certificabili" per la determinazione delle tariffe. In tal senso è possibile interpretare la volontà del legislatore per cui le tariffe debbano essere determinate usando i costi standard come driver anche in relazione alla compatibilità generale del sistema.

È ben noto infatti che la riduzione dei costi di un sistema non si ottiene con un'azione di tipo tariffario. È necessario e non negoziabile il mantenimento della coerenza delle tariffe tra i vari Drg. In sintesi, il timore non è la formulazione di tariffe più alte o più basse rispetto al passato, ma che le stesse siano incoerenti tra loro (es. Drg di bassa complessità, tariffe stabili o in aumento rispetto ai costi; Drg di alta complessità, tariffe in diminuzione rispetto ai costi).

Per esemplificare, si legga quanto riportato nel box in calce. Dall'esempio fatto deriva che se le tariffe sono coerenti con i costi e tra di loro l'azienda deve lavorare sul recupero di efficienza dell'intera attività; viceversa, si innescherebbero comportamenti non congrui che favorirebbero prestazioni redditizie non necessariamente appropriate e che porterebbero all'aumento della spesa, proprio il contrario di quello che si vuole ottenere. Infatti se per il Drg A la tariffa è superiore ai costi le aziende/Regio-

ni di appartenenza del cittadino tenderanno a evitare la fuga, mentre le aziende/Regioni limitrofe cercheranno di attrarre; contrariamente, per un Drg con tariffa inferiore ai costi le aziende/Regioni di appartenenza favoriranno la fuga verso le aziende/Regioni limitrofe, le quali agiranno ostacolando tale mobilità.

Gli ultimi dati prodotti dal Nisan sono riferiti all'attività di ricovero del 2009, dati presentati nel settembre del 2011 a Roma, in occasione di un convegno organizzato in partnership con Federsanità e con la partecipazione dei ministeri di Salute ed Economia. A ottobre presenteremo l'elaborazione dei costi effettivi dei singoli episodi di ricovero elaborati in costi standard per singolo Drg riferiti all'anno 2010. Inoltre, novità assoluta in campo nazionale, avremo i costi standard della funzione amministrativa.

Un lavoro così significativo, aggiornato e fedele alla realtà non andrebbe ignorato dalle istituzioni nazionali e regionali che si stanno accingendo a emanare provvedimenti sul sistema tariffario.

Adriano Lagostena
Coordinatore del Nisan - Direttore generale dell'Ospedale Galliera di Genova

Per esemplificare pensiamo a un sistema che produce soltanto due ipotetici Drg: A, di bassa complessità (costo standard pari a 10); B, di alta complessità (costo standard pari a 20). E ammettiamo che l'attività sia per entrambe di 10 casi (bisogno minimo della popolazione). Quindi A: $10 \times 10 = 100$; B: $10 \times 20 = 200$. Totale: 300. Poniamo che le risorse disponibili del sistema siano inferiori del 10%, quindi 270. La logica che noi proponiamo è di usare i costi standard come driver determinando le tariffe di entrambe con una riduzione del 10%. Quindi Drg A: tariffa = 9 e Drg B = 18. Ne deriva: Drg A: $10 \text{ (caso)} \times 9 = 90$; Drg B: $10 \text{ (caso)} \times 18 = 180$. Totale: 270, coerente con le risorse disponibili. In questo modo il rapporto dei costi standard tra A e B sono gli stessi delle tariffe tra A e B, con conseguente richiamo alle aziende del sistema a comportamenti di miglioramento dell'efficienza produttiva. Sempre considerato che sia corretto l'abbattimento del 10% di A e di B.

Metodologie diverse per la determinazione delle tariffe potrebbero portare a risultati diversi e incoerenti tra loro. Poniamo Drg A: tariffa = 11 e Drg B = 16. Si avrà: $10 \text{ (caso)} \times 11 = 110$; $10 \text{ (caso)} \times 16 = 160$. Totale: 270. Anche in questo caso il risultato della compatibilità del sistema sembrerebbe raggiunto. In realtà le tariffe così determinate indurrebbero a comportamenti opportunistici e sicuramente non tendenti al miglioramento dell'efficienza. Infatti le azioni per recuperare il divario tra il tariffato (16) e i costi (20) del Drg B stimolerebbero ad aumentare la produzione del Drg A (Drg B: $10 \text{ casi} \times 16 = 160$ a fronte di costi sostenuti pari a 200, con un risultato di -40, disavanzo recuperabile con un incremento della produzione del Drg A pari a 40. Infatti: $40 \times 11 = 440$, a fronte di costi 400, quindi +40). Con ciò si raggiunge l'equilibrio dell'azienda ma non del sistema che vedrebbe una spesa a carico del Ssr (per il Drg B di $10 \text{ casi} \times 16 = 160$; per il Drg A di 40 casi $11 = 440$) pari a 600, cioè +330 di spesa in più rispetto all'obiettivo.

Sì alla programmazione in attesa della riforma

L' attesa in Friuli Venezia Giulia è tutta per la presentazione, a breve, del progetto di riforma della Sanità, progetto del quale il presidente Renzo Tondo non vuole anticipare nulla. Intanto però la Giunta regionale ha approvato il 13 aprile il documento di programmazione annuale 2012 del Ssr che in sostanza conferma gli indirizzi del piano socio-sanitario 2010-2012. La Sanità regionale (che ricordiamo dal 1997 ha scelto la strada dell'autofinanziamento) vale circa il 52% del bilancio regionale, pari a qualcosa come 2,58 miliardi di euro e ha chiuso il 2011 con un avanzo di 10 milioni di euro.

La programmazione 2012, conferma il mantenimento dei livelli di attività dello scorso anno, e individua tutti i nuovi servizi e attività da attivare nell'anno in corso e che riguardano le strutture sanitarie delle Aziende Isonzina, Alto Friuli, Medio Friuli, Bassa Friulana e Occidentale ma anche l'Azienda ospedaliera di Pordenone e l'Ircss Burlo Garofolo di Trieste. Gli obiettivi sono tra l'altro focalizzati su interventi di prevenzione - prosecuzione dei programmi di sorveglianza, di screening e vaccinali e la promozione di stili di vita sani nelle diverse fasi di età della vita, la continuità

assistenziale, le attività legate alla valutazione e alla presa in carico integrata delle persone con disabilità, l'accreditamento istituzionale, la sicurezza e il governo clinico, il contenimento dei tempi di attesa. Ma anche l'estensione del Cup su tutto il territorio regionale, il rilancio della programmazione dei piani di zona che definiscono la programmazione locale integrata dei comuni con le aziende sanitarie, i programmi di rischio clinico integrato con l'attività di accreditamento istituzionale.

«Nel 2011 tutte le aziende sanitarie hanno conseguito un risultato d'esercizio positivo - commenta Gianni Cortiula direttore centrale della direzione regionale salute - confermando un trend positivo già avviato da alcuni anni. Per il 2012 la programmazione economica finanziaria ha previsto per le aziende sostanzialmente lo stesso ammontare di risorse assegnato per l'anno scorso. Il margine conseguito nell'esercizio precedente consentirà di assorbire il previsto aumento dei costi di produzione dovuto sia alle dinamiche inflattive che all'impatto della variazione dell'aliquota Iva per alcune tipologie di beni e servizi». Cortiula però sottolinea anche alcuni risultati ottenuti nel

2011: «Abbiamo avviato un percorso istituzionale volto al riordino e modifica dell'assetto istituzionale del Ssr, che a oggi è costituito da sei aziende territoriali, tre aziende ospedaliere e due Ircss, prevedendo una riorganizzazione a forte impatto. Ma soprattutto abbiamo completato l'adozione del nuovo modello di finanziamento del Ssr, che porta al definitivo superamento di assegnazioni su base storica evolvendo verso criteri di maggiore equità territoriale».

Tutto bene quindi? Non la pensa così Sergio Lupieri, medico, consigliere di opposizione e vicepresidente della terza commissione permanente (salute e servizi sociali): «Se confrontiamo il piano sanitario regionale e le diverse indicazioni della Giunta, possiamo constatare che è stato raggiunto un solo obiettivo, peraltro non dichiarato, ovvero la diminuzione del personale. Per il resto nulla è accaduto. Solo per fare alcuni esempi: la rete delle cure palliative è ferma nonostante una legge regionale, non è stato applicato il contratto nazionale dei medici di medicina generale, i tempi di attesa sono aumentati, i reparti di medicina scoppiano».

Franco Tanel

Tre priorità per i medici Fnomceo

I riordino della professione infermieristica? È una proposta di mansione calata dall'alto, che non tiene conto della reale organizzazione del lavoro né considera i nuovi profili di responsabilità che si configurerebbero con questa revisione delle competenze».

Il presidente Fnom Arnedeo Bianco torna a bocciare in toto l'impianto del documento messo a punto dai tecnici del tavolo ministero-Regioni. «Da parte dei medici - precisa ancora Bianco - non c'è alcuna pregiudiziale a discutere di una nuova organizzazione del lavoro, del resto già in via di confi-

gurazione con l'attivazione di modelli multi-professionali. È certo però che ogni riorganizzazione va ponderata e deve passare per una negoziazione che non sia meramente sindacale ma "professionale", tra operatori che pur lavorando fianco a fianco rispondono ad aree diverse del processo assistenziale. Ogni sovrapposizione di ruoli e profili di responsabilità non può che ingenerare ulteriore confusione in un processo già di per sé in itinere».

Quando parla di profili di responsabilità Bianco si riferisce sia al fronte civile e penale sia a quello squisitamente professionale. Mentre «una traccia

generica e ambigua come quella presentata, che entra a gambo tesa su competenze specifiche come la responsabilità su suture e altri atti clinici, non aiuta nessuno: né i professionisti, che siano medici o infermieri, né il sistema assistenziale nel suo complesso né, tantomeno, i pazienti».

Da qui la richiesta di un approccio nuovo, basato su tre pilastri: la contestualizzazione del restyling sull'attività effettivamente svolta, la definizione delle responsabilità di processo e, in linea con il nuovo documento Ipsvi, la garanzia di interventi e investimenti adeguati sulla formazione.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

▼ **Infermieri: Ipasvi riscrive la riforma delle competenze**

Approvata all'unanimità dal Consiglio nazionale Ipasvi una controproposta sulla bozza di accordo che rivede le competenze infermieristiche. (Servizio a pag. 24)

Il sindacato rovescia l'impianto del tavolo Salute-Regioni: addio alla logica mansionariale

Infermieri, la proposta Ipasvi

Si parte dalla formazione: specializzazione internistica e rilancio della pediatria

Superare la logica mansionariale, introdurre la specializzazione internistica, aprire il dibattito sul luogo della formazione, confrontarsi, ma solo a condizione di non svalutarla, sulla figura dell'infermiere pediatrico e sulla figura dell'infermiere specialista nell'assistenza pediatrica.

E il poker d'assi messo sul piatto dall'Ipasvi, che nel corso di un Consiglio nazionale straordinario, il 6 giugno scorso, ha approvato per acclamazione una controproposta sull'evoluzione delle competenze infermieristiche. «Credo che siamo riusciti a contemporaneare - sottolinea il presidente dell'Ipasvi **Annalisa Silvestro** - le esigenze dell'università, del Sistema sanitario nazionale e le aspettative degli infermieri».

Gli allegati tecnici, che nella proposta del tavolo contenevano un elenco di «cose da fare», sono stati completamente riscritti: «In realtà non

abbiamo stravolto i contenuti - sottolinea Silvestro - ma li abbiamo riformulati superando la logica mansionariale, un aspetto che preoccupava molto la categoria, e puntando su un elenco di competenze».

La controproposta dell'Ipasvi parte dalla ridefinizione e innovazione delle competenze e responsabilità infermieristiche, che può riguardare l'esercizio professionale «specialistico». Il documento individua sei specializzazioni, eliminando il profilo delle «competenze tecnico professionali trasversali» e aggiungendone un'altra rispetto alla proposta del tavolo Salute-Regioni.

Si tratta dell'infermiere specialista nell'assistenza internistica (infermieristica orientata ai percorsi internistici nelle unità organizzative ospedaliere e di post-acuzie dalla presa in carico, alla dimissione, al follow up).

Anche su questo punto, si è registrato il pieno consenso del Consiglio nazionale.

Si riaprono i giochi, invece, sulla figura dell'infermiere pediatrico. Il ministero intende sostanzialmente accoppare questa figura a quella dell'infermiere generalista «concedendo» una specializzazione in pediatria.

«Siamo pronti a confrontarci - dichiara Silvestro - ma solo in presenza di una definizione meno fumosa relativa a quali altri profili professionali si intenderebbero accoppare e a quali professioni».

Un'evidenza importante viene attribuita ai luoghi in cui deve svolgersi il percorso di specializzazione: «L'infermiere specialista - si legge nel documento Ipasvi - utilizza le conoscenze e abilità avanzate acquisite nell'area di specializzazione scelta, attraverso percorsi formativi che si declinano: a) in ambito universitario quando ineriscono competenze relazionali,

comportamentali, modelli cognitivi e i quadri concettuali e metodologici sottesi all'esercizio professionale specialistico; b) anche nell'ambito regionale/aziendale, quando intendono mantenere, aggiornare o implementare specifiche capacità o abilità tec-

nico-operative dell'esercizio professionale specialistico».

Per la definizione delle competenze e del percorso formativo, la Federazione ha utilizzato un metodo noto a livello internazionale ed europeo, ossia il modello Tuning nursing educational (2005), contestualizzato al quadro di riferimento normativo italiano in linea con quanto definito dalla Comunità europea e alle politiche di indirizzo formativo stabilite nel processo di Bologna e dello spazio europeo dell'istruzione superiore.

Rosanna Magnano