

RASSEGNA STAMPA Giovedì 14 Novembre 2013

Anteprima Congresso ANAAO. Intervista a Costantino Troise: "Nuovo statuto per le donne e i giovani. E poi supereremo l'intersindacale"

QUOTIDIANO SANITA'

Sanità, per gli aspiranti direttori sfida a colpi di quiz

LA REPUBBLICA

Legge Stabilità. Ecco gli ordini del giorno sulla sanità. Dai Lea ai ticket le proposte che impegnano il Governo

QUOTIDIANO SANITA'

Costi standard. La nuova proposta regionale: "Via le Regioni benchmark. Gli standard si basino su tutte le realtà in regola con i conti"

QUOTIDIANO SANITA'

Anteprima. Rinnovo convenzioni SSN. Fissati criteri rappresentanza per parte pubblica e sindacati

QUOTIDIANO SANITA'

Quei segnali che arrivano dai tempi di attesa nella sanità

CORRIERE DELLA SERA

La sanità italiana tra cambiamento e sostenibilità economica. La ricetta? I fondi integrativi e gli investimenti in ricerca e sviluppo

QUOTIDIANO SANITA'

Fondi e bilanci certificati come creare la sanità 3.0

IL SOLE 24 ORE

Sanità, "calmieri" sui costi scure sulle municipalizzate

IL MATTINO

Arriva la farmacia dove fare analisi e check-up
PANORAMA

Sanità religiosa "preoccupata" a causa dei tagli
AVVENIRE

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

quotidianosanità.it

Giovedì 13 NOVEMBRE 2013

Anteprima Congresso

Anaaao. Intervista a Costantino Troise:
"Nuovo statuto per le donne e i giovani. E
poi supereremo l'intersindacale"

Largo a giovani, donne e anche ai dirigenti non medici delle categorie entrate a far parte del sindacato che non è più di soli medici. Da domani a Caserta il congresso straordinario per la modifica statutaria. Ma per il segretario nazionale anche l'Intersindacale va superata: "Servono forme più semplificate di rappresentanza per superare l'attuale frammentazione che danneggia tutti"

L'Anaaao cambia pelle. E in un congresso straordinario riscrive il proprio statuto per aprire le porte a energie nuove in grado rinnovare l'Associazione trasformandola in un sindacato sempre più rappresentativo delle istanze che arrivano dal mondo del lavoro.

Largo quindi a giovani, donne e dirigenti non medici che acquisiranno, di diritto, posizioni incisive dentro il sindacato. Soprattutto spazio a professionisti con contratti atipici, con rapporti di dipendenza a tempo determinato o di collaborazione coordinata e continuativa, in convenzione o in libera professione, pubblici o privati accreditati.

E non finisce qui, perché le **modifiche statutarie** - che saranno discusse dal 14 al 16 novembre a Caserta – punteranno anche ad accorciare le distanze tra il livello nazionale e quello periferico del sindacato. Il restyling interesserà, infatti, anche il Consiglio nazionale, dove una quota di segretari aziendali, portatori di esigenze locali, potrà far sentire la propria voce.

Insomma, un importante giro di boa, perché - come ha ricordato **Costantino Troise**, segretario nazionale Anaaao Assomed, in questa intervista - a *Quotidiano Sanità*, in una sanità che cambia "mutare non è più una scelta, ma una necessità".

Ma per Troise bisogna anche andare oltre l'Intersindacale, che ha avuto il grande merito di consentire alla categoria di portare avanti iniziative importanti, ma ora inizia a scricchiolare. Meglio "cercare, in maniera concordata, forme più semplificate di rappresentanza del nostro mondo professionale che, proprio a causa della frammentarietà sindacale, paga un prezzo molto alto".

Dottor Troise, sono passati 19 anni dal congresso di Riccione nel quale avete disegnato il profilo della vostra Associazione. Ora avete deciso di cambiare riscrivendo il vostro Statuto. Perché?

Perché si è trasformato il contesto in cui ci muoviamo. E quando mutano gli scenari, cambiare non è più una scelta, ma una necessità. La sanità è cambiata, così come gli interessi e le aspettative dei medici. È cambiato l'accesso al mondo del lavoro con l'entrata in scena dei contratti a tempo determinato, dei contratti atipici, della precarietà del lavoro. È cambiata anche l'Anaaao Assomed: infatti, già dal congresso di Silvi Marina abbiamo deciso di non rappresentare solo il lavoro dei medici, ma anche quello dei dirigenti sanitari grazie all'unione con lo Snabi Sds. Cambi di scenario che abbiamo deciso di governare assumendo le trasformazioni in atto come occasione per rinnovare le energie del sindacato. Questo inevitabilmente ci ha portati a riscrivere le regole, perché l'obiettivo è dare rappresentanza ai nuovi soggetti professionali che stanno emergendo nel mondo della sanità. Figure professionali che possono anche avere posizioni contrattuali differenti, da quelle a tempo

indeterminato a quelle atipiche. Rappresentare, cioè, il lavoro a prescindere dalla sua natura giuridica.

In particolare, a quali soggetti professionali si riferisce?

Prima di tutto, al di là della professione, alle donne e ai giovani in quanto tali. E poi a tutte quelle figure professionali, non mediche, come ad esempio gli ingegneri clinici, che operano nelle strutture dove si svolge attività assistenziale. La rivoluzione di genere in sanità tra qualche anno porterà al sorpasso della componente femminile su quella maschile. Un sorpasso di cui le organizzazioni sindacali non possono non tenere conto. Pensiamo che solo nella nostra Associazione le donne rappresentano circa il 40% degli iscritti. C'è poi la necessità di inserire energie giovanili per evitare di chiuderci al ricambio generazionale, perché la gobba demografica ha colpito anche le organizzazioni sindacali che contano tra le proprie fila dirigenti con un'età media in continua crescita. Insomma, cambi di scenario ai quali dobbiamo dare risposte. Abbiamo quindi deciso di portare avanti delle politiche positive, per far sì che i giovani e le donne entrino dalla porta principale negli organismi statutari.

Come si traduce tutto questo nell'ambito delle norme statutarie?

Nel riconoscere al settore dei giovani e dei dirigenti sanitari un'autonomia organizzativa con la possibilità di scegliere i propri rappresentanti a livello centrale e periferico e di agire con proprie iniziative e proposte sulle tematiche che più interessano le categorie rappresentate.

Qual è l'obiettivo?

Quello che vogliamo è diventare un sindacato più forte, realmente rappresentativo di tutte le istanze che arrivano dal mondo medico e non. Capace di farsi portatore di istanze diverse e di tutelare interessi legittimamente differenti, includere letture differenti perché fatte da occhi diversi del mondo sanitario.

Trasformando poi il Consiglio nazionale in un luogo rappresentativo dei territori con compiti consultivi e propositivi, intendiamo, grazie alla presenza di segretari aziendali, accorciare le distanze tra centro e periferia e dare vita ad un'osmosi costruttiva e più vicina alle esigenze locali della categoria. Oltre a questo rivedremo anche quelle che saranno le competenze specifiche delle cariche ai vertici dell'Associazione.

È convinto che ci sarà una risposta positiva da parte di giovani e donne?

Spero proprio di sì. In ogni caso è doveroso provarci. Dobbiamo seminare sperando che dalla semina arrivi un buon raccolto. L'alternativa è il declino. Dobbiamo "sparigliare" inserendo nelle regole del gioco anche altri soggetti con nuove energie e idee.

In poche parole state costruendo la leadership del futuro?

Sì, stiamo creando le condizioni per far crescere quelli che saranno i nostri dirigenti nei prossimi dieci anni. Abbiamo l'esigenza di guidare la transizione da un passato, glorioso ma senza indulgere in nostalgie, al futuro, gestendo contemporaneamente anche il presente. I dirigenti di oggi si avviano a chiudere un'esperienza che per forza di cose è a termine. Nel congresso di Silvi Marina abbiamo inserito degli elementi d'innovazione, ossia il limite di due mandati consecutivi per le figure apicali e l'impossibilità di candidarsi, a livello aziendale, regionale e nazionale, per chi è in pensione. Con questo non vogliamo rottamare chi ha acquisito tanta esperienza nel corso degli anni, ma far sì che questa esperienza possa essere messa a disposizione delle future generazioni di dirigenti. Vogliamo creare un sindacato che faccia scuola nella prassi quotidiana. Stiamo provando a metter in piedi un sindacato più forte e consapevole del ruolo di leadership che ci assegnano i numeri. Questo comporta necessariamente delle responsabilità e il dovere di cercare soluzioni nuove.

Soluzioni che possono partire da un sindacato più strutturato e rinnovato, capace di aprirsi alle nuove esigenze e capace di coinvolgere in questo rinnovamento gli altri sindacati. Cimentandosi anche con lo sforzo di andare oltre l'Intersindacale.

Superare l'Intersindacale, come?

L'Intersindacale ha avuto il grande merito di consentirci di portare avanti, con slancio e passione, iniziative importanti, culminate con la grande manifestazione unitaria dell'ottobre del 2012. Ma oggi inizia a scricchiolare. Credo sia necessario cercare, in maniera concordata, forme più semplificate di rappresentanza della categoria che proprio a causa della frammentarietà sindacale paga un prezzo

molto alto. Dobbiamo provare a mettere sul tappeto forme più strutturate e continuative.

Ester Marago

Sanità, per gli aspiranti direttori sfida a colpi di quiz

Dei 199 selezionati per guidare Asl e ospedali ne resteranno 50, poi deciderà il governatore. Polemica sulla selezione

TRA lagnanze e critiche, come scolari al primo esame, in 944 si erano candidati a dirigere le 12 Asl laziali (quelle che l'ex governatrice Renata Polverini aveva giurato di ridurre), le 3 aziende ospedaliere (San Camillo, San Giovanni, San Filippo Neri) e i 2 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs), Spallanzani e Ifo (Regina Elena-San Gallicano). Di quella schiera, tra defezioni e depennamenti, ne erano rimasti in lizza 581. La grande rosa degli idonei. Da qui, con un'altra selezione, è uscito un elenco di 199 managers (solo 89 i laziali). Gli stessi che sabato giocheranno la finalissima tra quiz attitudinali e una sorta di esame telematico.

Al match, che si chiuderà con la definizione di una short list di 50 papabili, sovrintendono tre saggi individuati insieme con l'Agenzia nazionale sanità: Marco Frey (Scuola Sant'Anna, Pisa), Francesco Longo (Bocconi) e Franco Riboldi (Istituto zooprofilattico di Lombardia ed Emilia Romagna). Ma al di là delle scelte del triunvirato, sarà il governatore Nicola Zingaretti ad avere l'ultima parola. Potrebbe, anche se lui lo esclude (vedi intervista), ripescare dalla lista degli idonei rimasti al palo, quanti ritiene adatti a organizzare e gestire aziende e istituti sanitari. Criteri e metodo adottati hanno suscitato polemiche dagli scranni dell'opposizione e da quelli della maggioranza. Critici anche i sindacati. Gli stessi candidati esprimono una resistenza sorda sulla procedura. Test, quiz, colloquio, sono considerati «atipici e arbitrari», produttori di «vulnerabilità dell'imparzialità assicurata dalla valutazione dei titoli». E invocano il decreto legislativo 165 del 2001 sul reclutamento nell'amministrazione pubblica. Anche se è il decreto legge 158 del 2012, il cosiddetto «Balduzzi», a regolamentare la nomina dei dirigenti imponendo la selezione attraverso una commissione di tre esperti. Tant'è, ora il Lazio dispone dei curriculum di tutti i candidati: pronti nella piattaforma di Lait, potrebbero essere pubblicizzati da subito.

(carlo picozza)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici e infermieri in corsia



quotidianosanità.it

Giovedì 13 NOVEMBRE 2013

Legge di Stabilità. Ecco gli ordini del giorno sulla sanità. Dai Lea ai ticket le proposte che impegnano il Governo

Lea, percorso pre-post partum, sanità penitenziaria, copertura per il mancato introito dei ticket, cure palliative, remunerazione della filiera del farmaco. Questi alcuni degli ordini del giorno approvati su cui la Commissione Sanità del Senato chiede l'impegno del governo in sede di approvazione della stabilità.

Sono in tutto 10 gli Ordini del giorno accolti dalla Commissione Bilancio del Senato presentati dalla Commissione Igiene e Sanità. Questi, insieme agli altri delle altre Commissioni e agli oltre 3000 emendamenti fanno parte del "pacchetto stabilità" su cui la V Commissione di Palazzo madama sta lavorando per fare in modo che il provvedimento possa arrivare in Aula per lunedì prossimo.

I temi toccati dagli Ordini del giorno della Sanità, su cui si chiede l'impegno del Governo in fase di applicazione della legge di Stabilità, sono, come facilmente immaginabile, i più vari ma allo stesso tempo anche decisamente trasversali.

Si va dalla richiesta fatta dal Movimento 5 Stelle di aggiornamento dei **Lea**, alla richiesta, fatta dai senatori del PD di prevedere l'attivazione di un tavolo tecnico presso la Salute per "definire linee guida sul percorso salute pre-post partum sia della donna che del nascituro".

Altro Odg del giorno, questo di natura bipartisan, presentato da Pdl, Pd e Scpi, chiede al Governo di "sviluppare operazioni di monitoraggio e di vigilanza sulla conformità agli standard di igiene e sicurezza degli ambulatori medici delle **strutture carcerarie** e sulle condizioni sanitarie delle persone detenute nelle carceri italiane".

Sui **ticket** (vedi articolo di lunedì) c'è un ordine del giorno firmato da tutte le forze politiche componenti la commissione in cui si chiede al governo l'impegno a "ripristinare in modo esplicito il livello di "finanziamento cui concorre lo Stato" per il Servizio sanitario nazionale in modo da garantire la copertura del mancato introito derivante dall'applicazione della citata sentenza della Corte costituzionale".

Per i laureati non rientranti nell'area medica, Pdl, Scpi, Gal e M5S chiedono che il governo valuti "la possibilità di promuovere, compatibilmente con i vincoli di bilancio e la normativa comunitaria, l'effettivo riconoscimento ai laureati appartenenti alle categorie dei veterinari, degli odontoiatri, dei farmacisti, dei biologi, dei chimici, dei fisici, degli psicologi e alle ulteriori categorie sanitarie non rientranti nell'area medica, ammessi e iscritti dal primo al quinto anno di corso delle scuole post-laurea di specializzazione dell'area sanitaria del diritto all'erogazione di una borsa di studio e all'applicazione del trattamento contrattuale di formazione specialistica di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e successive modificazioni".

Un Odg anche questo trasversale con Gal, Pdl, Scpi e Pd prevede, qualora venisse approvato, che la promozione di "ogni iniziativa atta prevedere l'idoneità ad operare nelle reti per le **cure palliative** pubbliche o private accreditate per quei medici che, indipendentemente dal possesso di una

specializzazione, siano in grado di documentare un'esperienza almeno quinquennale nel campo delle cure palliative".

I componenti della Commissione Sanità, del Pdl, Gal e M5S, hanno anche previsto che il governo valuti "la possibilità di promuovere ogni iniziativa atta a consentire ai fisioterapisti non vedenti l'esercizio della professione sanitaria di riabilitazione; a valutare la possibilità di prevedere il collocamento obbligatorio dei fisioterapisti non vedenti come già previsto per i terapisti della riabilitazione dalla legge 29/1994".

Attenzione anche per la **filiera del farmaco** lo chiede un Odg firmato Pd e Pdl secondo il quale il governo dovrebbe "avviare in tempi rapidi, al fine di rispettare l'imminente termine del 31 dicembre 2013, ogni opportuna iniziativa finalizzata alla ormai irrinviabile adozione del decreto in parola, previo accordo con i rappresentanti della filiera del farmaco e avendo cura contestualmente di ritirare il precedente schema rimasto inattuato".

Di "valutare, compatibilmente con i vincoli di bilancio, la possibilità di prevedere per i **medici ammessi alle scuole di specializzazione** universitarie in medicina dall'anno accademico 1982-1983 all'anno accademico 1990-1991 che abbiano presentato domanda giudiziale per il riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione o di risarcimento del danno per la mancata o ritardata attuazione della direttiva 75/362/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975 , della direttiva 75/363/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975 , e della direttiva 82/76/CEE del Consiglio del 26 gennaio 1982, la corresponsione, a titolo forfettario, di un importo non inferiore a 13.000 euro per ogni anno di corso, da riconoscere anche attraverso il credito d'imposta in un arco temporale non superiore a tre anni". Lo chiede un Ordine del giorno sottoscritto da tutti i partiti della Commissione Sanità.

Infine un Odg del Pd chiede l'impegno del governo a "valutare l'opportunità di ridefinire in sede di accordo Stato-Regioni linee guida finalizzate a: valutare l'accesso allo **screening mammografico** anche alle fasce di età inferiore ai 50 anni sulla base di dati epidemiologici e di valutazione costi-benefici; prevedere l'estensione alle familiari delle donne portatrici di mutazioni BRCA-1 e/o BRCA-2 delle attività di prevenzione indipendentemente dall'età anagrafica".

quotidianosanità.it

Giovedì 13 NOVEMBRE 2013

Costi standard. La nuova proposta regionale: "Via le Regioni benchmark. Gli standard si basino su tutte le realtà in regola con i conti"

*La proposta, elaborata dalla Toscana e approvata dalla Conferenza delle Regioni, è di calcolare gli standard utilizzando come riferimento tutte le regioni non in piano di rientro. "Altrimenti gli obiettivi saranno troppo alti per essere raggiunti nelle realtà più in difficoltà". E poi occorre introdurre indicatori di qualità per evitare che si raggiungano gli obiettivi tagliando i servizi. **IL DOCUMENTO.***

La discussione sui costi standard sanitari entra nel vivo. E le Regioni, dopo aver dato il loro assenso ad applicarli in via prioritaria sul riparto 2013 seguendo la logica delle 5 regioni benchmark, hanno approvato una nuova proposta per il 2014 da sottoporre al Governo per modificare l'attuale legge sul federalismo fiscale.

La proposta prende lo spunto da una nota della Regione Toscana ([vedi allegato](#) e [intervista all'assessore Marroni](#)) che ribalta sostanzialmente la logica del documento del ministero della Salute del luglio scorso basato su 5 Regioni benchmark dalle quali selezionare le tre di riferimento per l'applicazione dei costi standard al riparto del fondo sanitario.

La proposta, sulla quale si dovrà ora lavorare nel merito per trasformarla in una norma emendativa al Dlg 60 del 2011 (le Regioni spingono perché si possa fare già in sede di legge di stabilità), abbandona di fatto la logica delle Regioni benchmark prevedendo in alternativa "un metodo che definisca a cadenza annuale, ed in connessione con l'attribuzione alle regioni delle risorse destinate ai servizi sanitari, standard di qualità e livelli obiettivi di servizio che tutte le regioni sono chiamate a garantire".

Per la Conferenza dei Presidenti, infatti, la logica delle tre Regioni benchmark per la definizione dei costi standard non va bene perché, si legge nel documento, è "basata in via prioritaria sul criterio economico rispetto a quello della qualità dei servizi erogati". Ma anche perché, "l'utilizzo del risultato medio delle tre migliori regioni quali standard di riferimento comporta l'individuazione di obiettivi troppo sfidanti per le Regioni con maggiori problemi che operano in contesti demotivati e insostenibili".

Piuttosto che rischiare di non raggiungere alcun obiettivo, è quindi meglio – si legge ancora nel documento - abbassarli per renderli "sfidanti, ma raggiungibili". Ma anche spostare l'ago della bilancia oggi fermo sugli obiettivi economici un po' più verso la qualità, prevedendo "più correttamente un bilanciamento della prospettiva economica con quella dei volumi, della qualità e dell'appropriatezza dei servizi erogati, per evitare di promuovere comportamenti tesi al contenimento della spesa ottenuto però mediante tagli dei servizi e non grazie al miglioramento dei livelli di assistenza".

I nuovi criteri, in prima applicazione, potrebbero basarsi sui risultati medi delle regioni "non in piano di rientro", da declinare in termini di qualità, appropriatezza ed efficienza dell'offerta sanitaria per ciascun livello assistenziale "e non solo medico", su cui è invece incentrato il decreto 68/2011 sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard, quasi dimenticando - sottolinea la proposta - "le

altre dimensioni e macrolivelli assistenziali del sistema sanitario”.

In tal modo, quelli proposti alle Regioni saranno obiettivi “sfidanti”, che richiederanno “sforzi significativi”, ma che saranno comunque “raggiungibili” anche nelle Regioni più in difficoltà. Via via che le Regioni rientrano dalle loro crisi di bilancio grazie ad adeguate strategie orientate alla qualità ed alla riorganizzazione dei setting assistenziali, si potrà passare a un nuovo sistema di calcolo dei costi standard che sia ancora più sfidante e che dovrebbe prevedere standard di riferimento calcolati sulla media delle Regioni con risultati superiori alla media nazionale.

“Questo – ribadisce il documento - per garantire un processo continuo di miglioramento della qualità dei servizi e di miglioramento complessivo dei rendimenti del sistema sanitario nazionale, con risultati determinanti sulla crescita del prodotto interno lordo”.

quotidianosanità.it

Giovedì 13 NOVEMBRE 2013

Anteprima. Rinnovo convenzioni Ssn. Fissati criteri rappresentanza per parte pubblica e sindacati

La proposta di accordo è ora all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni. Nel testo si spiega come saranno costituite le delegazioni per il rinnovo degli accordi per medici e farmacie. Per i sindacati varrà il criterio della rappresentatività. Coinvolte anche Fnomceo e Fofi. VEDI LO SCHEMA DI ACCORDO

Lo schema di accordo avente ad oggetto "Disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale" è giunto all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni. Nel testo viene indicato come la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Ssn e con le farmacie pubbliche e private viene costituita dalla struttura tecnica interregionale – Sisac – composta dai rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni. Di questa delegazione di parte pubblica faranno parte anche, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'economia e finanze, del lavoro e politiche sociali, e della salute, designato dai rispettivi ministri.

Le regole per il funzionamento della Sisac sono definite dalla Conferenza delle Regioni e il coordinatore è indicato tra i rappresentanti regionali. È prevista l'istituzione di un Collegio dei revisori composto da tre membri effettivi rispettivamente indicati dalla Conferenza delle Regioni, dal Mef e dal Ministero della salute.

La parte sindacale, invece, è costituita dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria individuate in base al criterio della consistenza associativa rilevata dalla Sisac.

Alle Regioni spetta il potere di indirizzo nei confronti della Sisac attraverso il comitato di settore del comparto sanità. Gli indirizzi per la deliberazione collettiva nazionale sono deliberati da quest'ultimo prima di ogni rinnovo contrattuale. Gli atti di indirizzo sono sottoposti al Governo che ha la facoltà di esprimere le sue valutazioni per quanto attiene agli aspetti riguardanti la compatibilità con le linee di politica economica e finanziaria nazionale.

Nell'ambito della definizione della piattaforma negoziale sono congiuntamente sentite, per gli aspetti riguardanti la collaborazione interprofessionale, la Federazione degli Ordini dei Farmacisti italiani e la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli odontoiatri.

Raggiunta l'ipotesi di accordo, questa verrà trasmessa dalla Sisac, entro 10 giorni, al comitato di settore del comparto sanità per l'acquisizione del parere sul testo e sugli oneri finanziari diretti e indiretti che ne conseguono a carico dei bilanci delle amministrazioni interessate.

Acquisito il parere favorevole, la Sisac trasmette la quantificazione dei costi contrattuali alla Corte dei conti ai fini della certificazione di compatibilità con gli strumenti di programmazione e bilancio. Se la certificazione è positiva, l'ipotesi di accordo collettivo è oggetto d'intesa nella Conferenza Stato-

Regioni. Se la certificazione, invece, non è positiva, la Sisac convoca le organizzazioni sindacali ai fini della riapertura delle trattative.

Quei segnali che arrivano dai tempi di attesa nella sanità

Sono stati recentemente resi pubblici i dati relativi all'andamento delle liste di attesa per interventi o prestazioni sanitarie nel nostro Paese nell'ultimo triennio 2010-2012. Ancora una volta ne esce l'immagine di una Italia spaccata in due: per un intervento per tumore alla prostata, da effettuarsi teoricamente entro 30 giorni, in Calabria l'attesa supera i 71 giorni mentre a Bolzano è solo di 6; stesso divario per una angioplastica, 55 giorni in Basilicata e poco più di 3 in Valle d'Aosta, e l'elenco degli esempi potrebbe continuare a lungo.

Per definire la situazione lombarda si potrebbe usare il vecchio detto latino «*in medio stat virtus*». La nostra regione si posiziona al centro della classifica, non giganteggia ma se la cava decorosamente, dimostrando un certo equilibrio complessivo. Probabilmente, poi, i dati non riflettono completamente la realtà, e i risultati lombardi sono forse migliori di quanto non appaia; difficile infatti immaginare che ad esempio il Molise, con tutto il rispetto, abbia una ~~lista~~ più efficiente di quella della nostra regione. Ci saremmo però aspettati di più dalla ~~lista~~

che viene sbandierata da anni come il fiore all'occhiello del Paese.

Classifica

La nostra regione nella classifica non giganteggia, ma se la cava decorosamente

Un altro dato non sembra incoraggiante: osservando i trend della Lombardia, la maggior parte delle prestazioni monitorate hanno registrato un segno negativo con un lieve

ma diffuso peggioramento. Aumenta sensibilmente l'attesa per chemioterapia, per un intervento per tumore polmonare, per un intervento per un tumore al seno o all'utero: è strano ma proprio per quelle malattie oncologiche per le quali la nostra regione ha sviluppato più competenze e strutture dedicate i dati peggiorano. Nella regione che ha più cardiochirurgie di tutta la Francia, aumenta persino, sebbene di poco, l'attesa per un bypass coronarico. Non è un buon segno, anche se per il momento si tratta solo di un segnale che va monitorato con attenzione, senza suscitare allarmismi. Il dato sembra però emblematico di come il servizio sanitario lombardo risenta delle criticità, dei tagli e delle mancate riorganizzazioni di questi ultimi anni. Ancora una volta si conferma

*l'urgenza di interventi strategici per una nuova riforma
che rilanci il nostro sistema sanitario regionale:*

sharari@hotmail.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidianosanità.it

Giovedì 13 NOVEMBRE 2013

La sanità italiana tra cambiamento e sostenibilità economica. La ricetta? I fondi integrativi e gli investimenti in ricerca e sviluppo

Sembrano queste le due ricette che imprese e studiosi, ma anche sindacati e rappresentanti dei cittadini hanno condiviso ieri a un convegno sulla sostenibilità del nostro Ssn promosso dall'Asis Il primo allarme verrà dall'invecchiamento ma poi resta da fare i conti con un paese "imaballato" che sembra incapace di intraprendere strade nuove per uscire dalla crisi

Invecchiamento della popolazione, rimodellamento di un federalismo sanitario che sembra aver accresciuto le differenze territoriali, l'impatto dell'industria farmaceutica sulle voci di spesa e su possibili risparmi, la riorganizzazione dei profili gestionali e un maggior coinvolgimento dei fondi privati per costruire nuovi percorsi di sanità integrativa. Sono i temi, complessi e decisivi per il futuro del Ssn, su cui si sono confrontati alcuni dei principali attori della sanità italiana durante il convegno svoltosi ieri a Roma su "Sostenibilità del Sistema sanitario: come innovare?", promosso da Asis (Associazione studi sull'industria della salute), dalla Fondazione Carlo Erba e dall'Istituto Luigi Sturzo.

I lavori si sono aperti con l'allarme lanciato da **Antonio Golini**, presidente dell'Istat. "Nel 2050 gli over 65 costituiranno circa un terzo della popolazione italiana a fronte dell'attuale 20%". L'invecchiamento della popolazione rappresenta un trend in progressivo aumento. "Nel 2050 gli ultraottantenni saliranno – ha proseguito – dal 5,8% al 13,6%". Un fenomeno che apre scenari del tutto nuovi per la sanità del nostro Paese e che richiede una forte dose di innovazione per garantire la sostenibilità del sistema. In questo senso, un ruolo decisivo spetta ai flussi migratori. "L'immigrazione determina benefici – ha osservato Golini – sia perché compensa gli squilibri quantitativi sia per il suo contributo decisivo sul tessuto occupazionale. La popolazione nata all'estero abbassa sensibilmente il tasso di dipendenza dagli over 65". Tuttavia sarà comunque indispensabile ripensare l'approccio ad alcune politiche sanitarie, in quanto le rilevazioni dell'Istat evidenziano che, di questo passo, "nel 2050 la spesa sanitaria per la popolazione fino a 64 anni assorbirà soltanto un terzo del totale, mentre ora ammonta a oltre la metà".

Sul problema dell'invecchiamento ha puntato i riflettori anche **Grazia Labate** ([vedi relazione](#)), dell'Università di York. "I dati Eurostat segnalano che nei 27 Paesi dell'Ue la quota della popolazione over 65 rappresenta il 18%, mentre appena nel 1992 era al 14%. Cifre che sono destinate ad aumentare in quanto nel 2060 il 30% degli europei avrà almeno 60 anni". Un andamento che si ripercuterà prima di tutto sul tessuto occupazionale. "In sostanza invece di 4 persone in età lavorativa per ogni pensionato ce ne saranno due. E contestualmente la spesa pubblica direttamente legata all'età salirà dal 25% al 29% circa del Pil, con la sola spesa per le pensioni che dall'11,3% attuale al 13% del 2060". Davanti trasformazioni così rapide e radicali è necessario mutare approccio, "adottando una visione integrata delle politiche e degli impatti di medio e lungo periodo". Le politiche incentrate soltanto sul breve termine e sull'emergenza non sono infatti più sufficienti. E in questo senso un ruolo fondamentale lo svolgerà il **Patto per la Salute** che però, al momento, "sembra pregiudicato dalla mancanza di determinazione dei fabbisogni sanitari e di conseguenza dei nuovi Lea". Esso dovrebbe invece essere in grado di "determinare il fabbisogno sanitario e sociosanitario,

da cui far derivare i costi standard del sistema entro un periodo di riallineamento ragionevole per le Regioni in piano di rientro". E il Patto deve fornire anche l'occasione per "rivedere il titolo V della Costituzione per rimuovere dalla legislazione corrente materie di valenza generale che riguardano la fruibilità omogenea su tutto il territorio nazionale del diritto alla salute, si pensi al diritto alla salute".

Per avviare una nuova stagione è però importante anche modificare le categorie di analisi. "Gli anziani non vanno più considerati soggetti da assistere e basta - ha ragionato **Marco Trabucchi**, geriatra dell'Università di Tor Vergata - ma possono rappresentare anche una risorsa. Servono quindi interventi non solo sul piano clinico, ma anche su quello sociale". E' quindi prioritario costruire un adeguato contesto di riferimento, "senza limitarsi all'aspetto medico, ma puntando effettivamente sull'inclusione". L'invecchiamento e le malattie gravi "pongono però nuovi interrogativi - ha evidenziato **Fabrizio Gianfrate**, docente di Economia Sanitaria presso l'Università di Ferrara - che non riguardano esclusivamente gli aspetti operativi ma che si estendono sino ai temi etici". E in questo senso la farmaceutica ha una funzione centrale. "E' giusto investire in maniera consistente su un farmaco che allugherebbe la vita di tre mesi? Se sì, non si rischia poi di sottrarre risorse vitali in altri contesti? Se no, come lo si spiega ai familiari del malato che sicuramente saranno già venuti a conoscenza della possibilità per il loro congiunto?" Si tratta di quesiti densi di implicazioni che presuppongono una riflessione articolata perché una risposta incisiva è sempre più urgente.

La sostenibilità del Ssn passa anche per una riorganizzazione complessiva e in particolare "dipende in primo luogo dalla riforma del Titolo V della Costituzione", ha sottolineato **Emilia De Biasi**, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato. "I 21 micro stati attuali mal si collegano al concetto di universalismo in quanto presentano troppe difformità". La risposta non può essere però quella di "accentrare tutti i poteri nel Ministero della Salute, poiché il Ssn è un valore di prossimità". Tuttavia alcuni cambiamenti sono indispensabili in quanto "il sistema attuale non è inquadrabile né nella categoria del federalismo né in quella del decentramento". E' quindi urgente e necessaria "una revisione del rapporto tra Stato e Regioni e di conseguenza anche del rapporto tra Stato e mercato". Qualsiasi tipo di scelta non può però "prescindere dal coinvolgimento del Parlamento, perché delegare tutto al governo è assolutamente impensabile". Nel complesso lo Stato ha il dovere di "ridefinire Linee guida e Lea e di compiere un ragionamento serio sull'universalismo selettivo: l'esenzione dei ticket al 70%, per esempio, non significa tutelare l'uguaglianza". Per invertire la rotta bisogna allora "passare da ipotesi di lavoro monetariste a ipotesi di visione, cercando maggiore coesione e collaborazione per interrompere - ha concluso -- l'attuale contrapposizione tra gli attori del sistema".

Conciliare innovazione e sostenibilità è dunque la sfida più impegnativa che il nostro Ssn si trova a dover affrontare. "Grazie ai progressi dell'industria farmaceutica l'aspettativa di vita è in costante aumento – ha osservato **Massimo Scaccabarozzi**, presidente Farmindustria – Si tratta ovviamente di un fenomeno positivo, che però implica anche nuovi sforzi economici per assistere la sempre più numerosa popolazione anziana". E in quest'ottica i farmaci non "possono venire considerati esclusivamente una fonte di spesa – ha ammonito – poiché è consistente il loro apporto in termini di prevenzione e di riduzione della spesa". Un discorso analogo riguarda i vaccini, che ultimamente sono al centro di numerose polemiche circa la loro effettiva utilità. "Le cifre sono eloquenti – ha aggiunto Scaccabarozzi – basti pensare che per ogni euro investito in vaccini si risparmiano 24 euro in farmaci". Il presidente di Farmindustria avverte quindi che "servono proposte relative ai profili gestionali per monitorare in maniera efficiente tutte le voci di spesa. E' invece inaccettabile qualsiasi ipotesi per il nostro comparto che preveda tagli perché le conseguenze sarebbero pesantissime per il tessuto lavorativo". Ma non solo, in quanto gli effetti sarebbero accusati anche dallo stesso Ssn, "considerando che un giorno in ospedale costa mille euro al giorno, mentre un anno di assistenza farmaceutica ne costa circa 270".

Il tema di una gestione efficiente è nodale anche secondo **Antonio Gaudioso**, segretario generale di Cittadinanzattiva. "Esiste un grosso deficit di assunzione delle responsabilità che limita sensibilmente la capacità di comprendere dove intervenire". Tutti gli attori del sistema sono quindi chiamati a una decisa assunzione di responsabilità "sulla base di un principio che deve valere per chiunque: a ogni protesta corrisponda automaticamente una proposta". Si tratterebbe di un approccio efficace per "superare un modello troppo legato al concetto di emergenza che poi è alla base di tagli lineari e

indiscriminati. Si continuano a chiedere sacrifici al Ssn per poi utilizzare le risorse risparmiate in altri settori. Questo meccanismo va arrestato al più presto”.

Altro tema caldo riguarda il Titolo V. “Il governo nazionale ha tentato di rispondere alle esigenze di federalismo e decentramento – ricorda **Pietro Cerrito**, responsabile politiche sanitarie e welfare della Cisl – senza varare e inserire regole ben definite per il funzionamento delle Regioni”. Non si può quindi prescindere da incisivi meccanismi di riorganizzazione che “devono però coinvolgere pienamente la componente umana, quel serbatoio di risorse che spesso, anche a titolo volontario o sobbarcandosi montagne di straordinari, ha mandato avanti l’intero Ssn. Dobbiamo coinvolgere pienamente l’enorme patrimonio umano di cui disponiamo”.

Sulla stessa lunghezza d’onda anche **Giuseppe Roma**, direttore generale del Censis: “La sostenibilità sociale del Ssn è stata garantita soprattutto da forme di volontariato profuse dagli operatori e da una presenza molto forte delle famiglie”. Serve però nuova linfa e per alimentarla “non si può considerare esclusivamente il tema della spesa, perché i tagli senza riorganizzazione non producono alcun risultato. All’abbattimento degli esborsi si accompagnino interventi per rendere più efficienti le strutture. Serve un’inversione di rotta, dato che il federalismo sanitario non ha funzionato: le differenze tra territori non sono diminuite, anzi in molti casi sono addirittura cresciute. Ma il paese sembra imballato e incapace di reagire”.

Una maggiore sostenibilità del sistema passa anche attraverso un maggiore e diverso coinvolgimento dei soggetti privati. Ne è certa **Marcella Panucci**, direttore generale di Confindustria. “Un asse su cui costruire un nuovo corso è costituito dai fondi sanitari, che si devono diffondere tramite incentivi di carattere fiscale per le imprese che li sottoscrivono. Una dinamica di questo genere produrrebbe innumerevoli effetti benefici: in primis la riduzione del sommerso e una più elevata qualità. Il fondo è infatti acquirente qualificato di prestazioni sanitarie e può – ha concluso – imporre standard qualitativi”.

Gennaro Barbieri

Scenari. Il rapporto «Healthcare roadmap 2030» di Action Institute

Fondi e bilanci certificati, come creare la sanità 3.0

LE PROPOSTE

Spezzare il monopolio pubblico, partiti out, rifare di sana pianta il management. Regioni in piano di rientro: ristrutturazione del debito

Roberto Turno

ROMA

■ La scommessa è grande, grandissima, la classica missione impossibile: fare della sanità pubblica italiana un hub dell'innovazione medica riconosciuto a livello internazionale, un motore di crescita per l'economia, addirittura una calamita per i pazienti europei. E farcela, a toccare il sogno del Ssn 3.0, con un roadmap preciso: che rafforzi la governance, rivolti il modello di finanziamento attuale, spazzi via l'inopportuno peso dei partiti, rompa il monopolio pubblico, preveda bilanci di asl e ospedali certificati da organismi indipendenti. E che per le regioni sotto piano di rientro avvii una ristrutturazione del debito e un turnaround gestionale sul modello francese di forte affiancamento delle realtà locali che vanno fuori strada, creando una managerialità nuova adizieca, sotto la tutela dell'Agenas, che escluda per sempre chi ha provocato i disastri dei maxi deficit e di salute.

«Healthcare roadmap 2030»: è con un programma preciso di rifacimento e svecchiamento dalle radici del Ssn che Action Institute lancia da oggi il suo programma di profondo restyling della sanità di italiana. Un organismo, che si

definisce «action tank» piuttosto che «think tank», indipendente, apartitico, senza fini di lucro e interamente autofinanziato, presieduto da Carlotta De Franceschi, e che tra i suoi membri annovera Guido Tabellini, Alberto Alesina e il nobel per l'economia Michael Spence. Ora ecco il paper sulla sanità, dopo quello già presentato sul credito e i prossimi su innovazione e capitale umano.

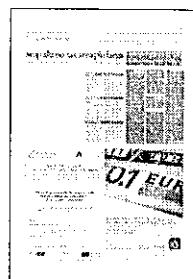
Insomma, tanti nervi scoperti del sistema Italia su cui indagare e lanciare proposte concrete, non semplici denunce. Come vuol fare il rapporto sulla sanità, curato da Paolo De Santis. Che parte da una domanda-obiettivo di fondo: come garantire nel futuro universalità ed equità al Ssn davanti al rebus sempre più evidente della sostenibilità del Ssn. Perché universalità ed equità, dovranno restare le stelle polari anche nel futuro. Ma con l'avvertenza che l'universalità delle cure è già oggi un sogno, un mito. Come dicono i numeri sull'accesso alle prestazioni, perfino all'interno della stessa regione, i tempi d'attesa, l'accesso ai nuovi farmaci, gli stessi costi delle prestazioni. Perfino le spese out of pocket pagate dagli italiani e l'impostamento delle famiglie. Tutto questo mentre il sistema è poco trasparente, le competenze latitano e la selezione dei vertici anche medici è in mano alla politica.

Dì qui le proposte operative che a livello generale vanno da una governance salda e robusta che minimizzi i conflitti d'interesse, separi il ruolo pub-

blico di regolamentazione e controllo da quello di erogazione delle prestazioni, rafforzi la regolamentazione a livello centrale e accentui l'autonomia regionale a seconda dei risultati. Va da sé che i dg di asl e ospedali dovranno essere scelti senza i lacci dei partiti, con una selezione unica nazionale affidata a un'Authority indipendente. Che i pazienti abbiano reali chance di scelta a tutto campo. Che i bilanci delle aziende sanitarie siano affidati a una certificazione esterna, sul modello della Toscana.

Allo stesso tempo un sistema di incentivi e premi dovrà essere previsto per chi centra o meno gli obiettivi, fino alla rimozione dei dirigenti e dei governatori incapaci, come in parte già è previsto. Il finanziamento dovrebbe avvenire sulla base dei risultati, piuttosto che dei costi, considerando fattori di rischio strutturali (età, genere, morbidity) con aggiustamento successivo per i rischi non previsti. I Fondi «complementari e supplementari», e non sostitutivi, sarebbero il secondo pilastro del Ssn, ma con più incentivi fiscali. La fida del Ssn 3.0, appunto. Entro il 2030, ma anche prima. Purché si parla subito.

© RIPRODUZIONE FISSEATA



Sanità, «calmieri» sui costi scure sulle municipalizzate

Nella spending review 2 sforbiciata ai dipendenti pubblici

Il piano

Cottarelli presenta un progetto snello di sole trenta pagine

I tagli

Riflettori ancora una volta puntati sulla

sanità, uno dei settori su cui sono possibili ulteriori interventi

La relazione di Cottarelli sarà presentata lunedì a Palazzo Chigi

Andrea Bassi

ROMA. Il più ottimista di tutti è il sottosegretario all'Economia Pierpaolo Battista. «Il commissario Carlo Cottarelli sta lavorando sodo. Credo che avremo novità positive in tempi brevi». Ed in effetti Cottarelli ha finito la prima parte del suo lavoro e ha messo nero su bianco un programma di tagli alla spesa pubblica che lunedì sarà illustrato a Palazzo Chigi al comitato per la spending review, un organismo del quale fanno parte il premier Enrico Letta, il ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni, il sottosegretario alla presidenza del consiglio, Filippo Patroni Griffi, e il vice premier Angelino Alfano. Cottarelli ha preparato un documento leggero, una trentina di pagine nelle quali sono indicati i capitoli sui quali intende intervenire, dalla sanità agli enti locali, dalle società municipalizzate fino al pubblico impiego, e i metodi che intende utilizzare per tagliare la spesa. Intanto, però, nella legge di Stabilità sta prendendo forma un anticipo del programma di razionalizzazione. «Vorremo inserire l'attivazione definitiva dei costi e dei fabbisogni standard nel provvedimento», spiega Giorgio Santini, relatore della manovra per il Pd.

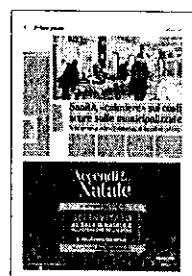
Un ruolo nell'accelerazione della spending review dovrebbe averlo anche la Consip. Innanzitutto potrebbe essere allargata l'area di intervento della società per la razionalizzazione della spesa pubblica, che in pratica centralizza e mette all'asta un gran numero di prodotti e servizi acquistati dalle Pa. I costi standard potrebbero essere utilizzati come benchmark anche per le aste della

Consip. Ma quanti soldi potranno arrivare dalla spending review? La legge di Stabilità prudenzialmente stima in 600 milioni per il prossimo anno e in 1,3 miliardi a partire dal 2015, il risparmio per le casse dello Stato dai tagli di spesa legati al lavoro del commissario straordinario.

Il punto, però, è che la sforbiciata alla macchina statale dovrà essere ben più consistente se si vorranno evitare gli aumenti delle accise e i tagli lineari delle detrazioni fiscali già previsti dalla manovra. Cottarelli dovrà riuscire a ridurre, da qui al 2017, di almeno 10 miliardi la spesa pubblica se vorrà evitare che la tagliola automatica della clausola di salvaguardia scatti. Una sfida difficilissima che presuppone una completa rivisitazione dei meccanismi di funzionamento della macchina statale. Per riuscire ad incidere e risparmiare cifre così elevate, Cottarelli dovrà toccare anche alcuni tasti decisamente delicati. Come quello del pubblico impiego. Dal 2007 ad oggi, i dipendenti pubblici sono diminuiti di 300 mila unità grazie al blocco del turn over. Anche le loro retribuzioni sono scese a causa del congelamento dei contratti e degli aumenti. Nonostante tutto la spesa complessiva per il comparto non è diminuita della stessa intensità. Una spiegazione probabile è che le amministrazioni abbiano fatto maggiore ricorso a personale esterno. Un altro punto sul quale il commissario straordinario punterà è quello delle società municipalizzate.

Qui ci dovrà essere uno sfoltimento, anche perché è proprio in questo ambito che si annida la maggior parte degli sprechi. Anche su questo ci potrebbe essere un'accelerazione da parte del Parlamento nella legge di Stabilità. Le società controllate sono già state inserite all'interno del Patto di Stabilità dei Comuni, ma il relatore Santini ha spiegato che su questo punto ci potrebbe essere una ulteriore stretta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Arriva la farmacia dove fare analisi e check-up

La Wm Capital lancia la Dr Fleming: una catena in franchising che oltre alle medicine offre servizi per la salute. E punta alla borsa.

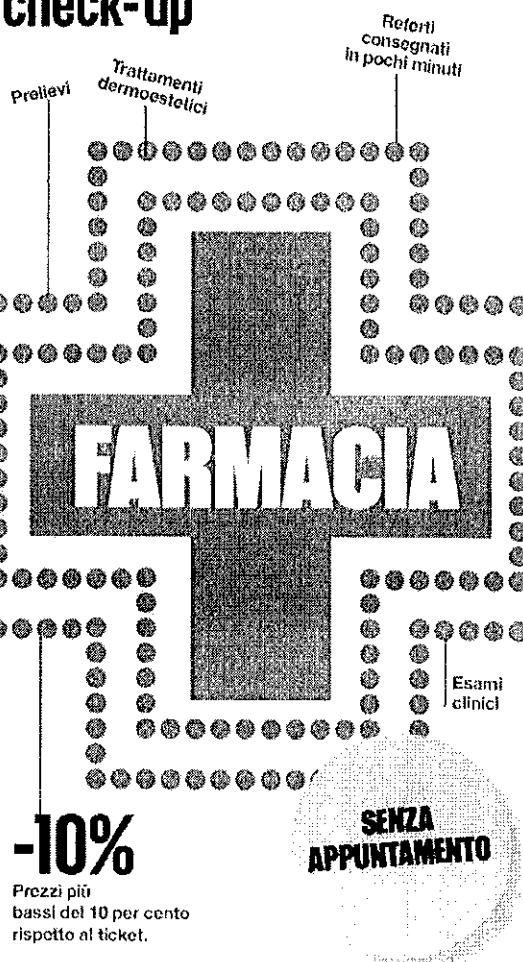
Davanti, oltre la vetrina, è una farmacia tradizionale, anche se il look è del tutto anticonvenzionale, a cominciare dal bancone e dagli scaffali, che non ci sono più. Dietro c'è un presidio sanitario hi-tech in miniatura, con una zona d'attesa accogliente, la musica in sottofondo e le cabine per fare analisi ed esami clinici, check-up, trattamenti dermoestetici senza appuntamento, con i referti consegnati in pochi minuti e a un prezzo più basso del 10 per cento rispetto al ticket.

È la Dr Fleming, prima di una nuova catena italiana di farmacie in franchising, inaugurata nel quartiere Brera di Milano mercoledì 13 novembre. Intitolata al medico e farmacologo premio Nobel nel 1945, intende rivoluzionare lo stesso concetto di farmacia oggi prevalente: da semplice spaccio di medicine a «uno spazio innovativo dal lusso accessibile, un centro di servizi per la salute e il benessere, dove poter fare oltre 40 diagnosi di autoanalisi e nella quale il farmacista torni a essere quello che era, un consulente e un prescrittore, più che un dispensatore di farma-

ci» si entusiasma Fabio Pasquali, mente, motore e proprietario del progetto Dr Fleming insieme ai Bornino, famiglia di farmacisti da tre generazioni.

Azionista all'80 per cento con la sua Wm Capital, società di investimento in procinto di quotarsi in borsa, che ha creato i format per un'infinità di catene in franchising, nei prossimi cinque anni, Pasquali prevede di aprire 300 Dr Fleming in tutta Italia. «Rappresentiamo una risposta per le 5 mila nuove farmacie che stanno per inaugurare nel nostro Paese grazie al decreto Balduzzi, ma anche per le farmacie già avviate che vogliono rinnovarsi o per più piccoli corner adatti a centri commerciali e aeroporti», spiega. Agli affiliati promette «una redditività media del 60 per cento sui servizi e del 40 sul punto vendita», a fronte di un investimento iniziale che va da 120 a 200 mila euro «tutto compreso, arredamento, tecnologia per le analisi e per la gestione, formazione», più royalties pari al 2 per cento del fatturato.

(Alessandra Gertli)



Sanità religiosa «preoccupata» a causa dei tagli

Fratel Bonora: il ministero taglia e non ci risponde
Monsignor Merisi: Cei e Vaticano lavorano al "tavolo"

Aris

DI PAOLO VIANA

Si respira un'aria di preoccupazione». Per garbo diplomatico non ha usato la parola "delusione" malo sguardo di fratel Mario Bonora, presidente dell'Associazione religiosa istituti socio-sanitari, ieri era cupo. Non solo perché il ministro della Salute Beatrice Lorenzin aveva dato forfait alle celebrazioni per il 50° dell'associazione. Più del silenzio del ministro, infatti, poterono le scarse parole del suo inviato, un alto dirigente del ministero che, intervenendo all'appuntamento dell'Aris (260 strutture sanitarie, 10 Irccs, 19 ospedali classificati, 5 presidi ospedalieri, 48 case di cura, 125 centri di riabilitazione, 20 tra Rsa e Hospice, 33 strutture federate, per un totale di 17.500 posti letto ospedalieri e 14200 extraospedalieri, 130.000 assistiti nell'area semiresidenziale, oltre a 45600 posti di lavoro...), si è limitato a lodare la dimensione "caritativa" di queste istituzioni e ad esortarle a «mettere in campo un fronte unitario per una risposta concreta alla crisi». Non esattamente ciò che si aspettava di sentirsi dire chi, come gli ospedali religiosi, vanta crediti milionari nei confronti delle Regioni e rischia il dissesto: «Vengono spesi riconoscimenti formali - ha commentato Bonora - ma nella sostanza nulla cambia e tante nostre strutture hanno

dovuto chiudere i battenti e tante ancora saranno costrette a farlo». E ancora: «Alle richieste delle istituzioni sanitarie religiose non sono venute risposte dal Ministero, nonostante sia stato riconosciuto lo stato di sofferenza delle medesime istituzioni rispetto alle istituzioni pubbliche». Bonora, dopo l'udienza papale, aveva aperto il convegno del 50° (che prosegue oggi all'auditorium divia della Conciliazione a Roma) e aveva sollevato il problema «che alle nostre strutture convenzionate viene richiesto il costante aggiornamento tecnologico senza il corrispettivo che per lo stesso aggiornamento viene riconosciuto agli ospedali pubblici» interrogandosi sulla ragione per cui «visto che un posto letto nelle strutture convenzionate costa circa la metà di un posto letto nella struttura pubblica, i tagli colpiscono le strutture convenzionate».

Questa sofferenza non sfugge ai vescovi, come ha testimoniato il presidente della Commissione Cei per il servizio della carità e la salute monsignor Giuseppe Merisi. Esortando gli ospedali religiosi a «riproporre il magistero di Papa Francesco» ma anche a profondere un «impegno deciso nei campi della trasparenza amministrativa e gestionale», Merisi si è soffermato sulla necessità di «istituire il tavolo ecclesiale delle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana a livello nazionale e regionale», e, citando il motu proprio di Benedetto XVI "Intima ecclesiae natura" che esorta vescovi e diocesi a riflettere sulla promozione della carità verso poveri e sofferenti, ha detto che «Cei e Vaticano stanno studiando alcune proposte di attuazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

