

RASSEGNA STAMPA Martedì 11 Febbraio 2014

La sanità in Italia è anche un sistema da difendere
IL SOLE 24 ORE

Piani di rientro, il bilancio degli ultimi tre anni
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Vizi e virtù di un SSN risparmiato
IL SOLE 24 ORE SANITA'

A carnevale (quasi) ogni Patto vale
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Nuovo assalto alle pensioni d'oro.
La rabbia dei super contribuenti
LIBERO

I giudici e il diritto alla salute
NOI & VOI
LA REPUBBLICA

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

La sanità in Italia è anche un sistema da difendere

In questo periodo si parla tanto di riforme: da quella elettorale a quella del Senato, dal Titolo V sul federalismo al mercato del lavoro. Tutte cose importanti, ma mi sembrerebbe molto più urgente la riforma di un settore, come quello della sanità, in cui di anno in anno cresce la spesa, aumentano scandali e casi di malasana e diminuisce l'efficienza come dimostrano le sempre più lunghe liste d'attesa. Leggevo nei giorni scorsi un comunicato delle Associazioni dei consumatori che si concludeva con queste parole: «le difficoltà di un sistema sanitario ormai al collasso sono sotto gli occhi di tutti. E i tagli subiti negli ultimi anni non hanno fatto altro che peggiorare una situazione già critica, nella quale la carenza di personale e di strutture crea condizioni di lavoro sempre più disagiate».

Si palesa urgentemente una riforma dell'intero sistema sanitario, perché

solo un sistema più efficiente potrà garantire almeno una diminuzione di episodi malasana». Perché se ne parla sempre di meno?

G.P.
Palermo

Gentile lettore, il settore sanitario è uno dei settori più grandi e importanti dell'economia italiana: vale l'11,2% del Pil, occupa complessivamente 2,8 milioni di persone di cui 680 mila nell'ambito del servizio sanitario nazionale. È destinato alla sanità in media l'80% dei bilanci regionali. Ma è un settore importante soprattutto perché la salute è il bene più prezioso che ognuno di noi ha giustamente il diritto e il dovere di difendere con tutti i mezzi.

Detto questo è vero che ci sono stati negli ultimi anni non pochi casi di corruzione, di interessi privati e di inefficienze talvolta colpevoli (purtroppo più al Sud, da dove lei scrive, che al Nord). Ma è altrettanto vero che questi casi sono da considerarsi eccezioni, che devono essere combattute e punite, ma comunque eccezioni all'interno di un sistema in cui la regola è l'efficacia con punte di vera e propria eccellenza. E poi non è vero che il sistema sanitario italiano sia particolarmente costoso.

Si può leggere un recentissimo libro, «La sanità in Italia» (Edizioni Il Mulino, pagine 164, 13 euro), in cui Federico Toth sfata molti luoghi comuni e sottolinea come la spesa corrisponda, dato 2011, al

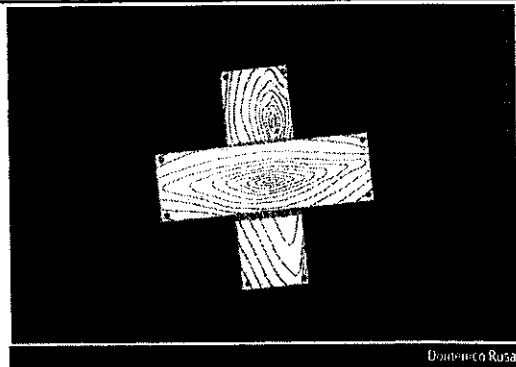
9,2% del Pil, quindi molto più bassa di quella di Canada, Francia, Germania e Paesi Bassi. Ed è interessante notare come l'Italia abbia, dopo il solo Giappone, la più alta aspettativa di vita alla nascita con 81,9 anni. Così come sono positivi altri indicatori sull'incidenza delle malattie. «Nel giudicare il nostro sistema sanitario - conclude Toth - noi italiani tendiamo a essere severi, dando forse più peso alle disfunzioni che ai meriti del Ssn. Il confronto con quanto avviene in altri Paesi sembra tuttavia consigliare maggiore indulgenza: ci sono buone ragioni per essere soddisfatti delle cure sanitarie erogate in Italia. Dovremmo allora essere più orgogliosi del nostro Servizio sanitario nazionale e, nonostante tutti i difetti, faremmo bene a tenercelo stretto». E quindi avanti con aggiustamenti, correzioni, lotté agli sprechi. I miglioramenti sempre possibili, anzi doverosi. Ma spesso, e non vale solo per la sanità, chi invoca riforme radicali vuole cambiare tutto per lasciare tutto come prima.

g.fabi@ilsole24ore.com

La metropolitana di Napoli

Sento il bisogno di segnalare la meravigliosa opera di ingegneria che è il nuovo metro collinare che collegherà in poco tempo ogni zona di smistamento di Napoli. Si dice che sia la più bella in Italia e una delle più belle d'Europa. Non mi può che rallegrare il fatto che per una volta Napoli, dopo tante critiche e tante difficoltà, ritrova un ruolo di primato positivo e non più deleterio. Ogni stazione è un luogo ideale per riflettere, per fare mostre, per ospitare studenti, per insegnare arte e cultura, raccordando nel ventre di Napoli luoghi intellettuali come i caffè letterari. Insomma, nuovi spazi che accomunino i cittadini, e non li dividano.

Bruno Russo
Napoli



Donatello Rusa

Le risposte ai lettori

MARTEDÌ	Gianfranco Fabi
MERCOLEDÌ	Fabrizio Galimberti
GIOVEDÌ	Guido Gentili
VENERDÌ	Adriana Cerretelli
SABATO	Salvatore Carrubba



MINISTERO DELLA SALUTE

Piani di rientro, il bilancio degli ultimi tre anni

Dal 2009 al 2012 l'ospedalizzazione è diminuita in tutte le otto Regioni alle prese con i piani di rientro, ma quattro Regioni su otto - Lazio, Molise, Campania e Puglia - restano sopra il valore di riferimento stabilito dal Dl 95/2012 (legge 135/2012, la spending review). Sempre in quattro Regioni - Lazio, Molise, Abruzzo e Piemonte - il numero di posti letto per acuti è ancora superiore al valore di riferimento (3,7 per mille residenti), con un picco di 4,5 letti nel Lazio, a causa «di un eccesso di posti letto per le acuzie». Ma l'inappropriatezza si riduce ovunque. E anche l'erogazione complessiva dei Lea, oggetto di verifica del Comitato Lea, migliora dappertutto, tranne che in Campania dove «si mantiene sotto la soglia di adeguatezza nell'intero periodo considerato».

Il punto sul triennio arriva dall'Ufficio Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Siveas) della Direzione generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, nell'ambito delle attività di affiancamento alle Regioni con Piano di rientro.

Il Siveas ha pubblicato i risultati del monitoraggio sostanziale (erogazione dei Lea e costi) per il periodo 2007-2012 e, per la prima volta, per ciascuna delle Regioni in Piano di rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia) ha reso disponibile una scheda di sintesi della verifica Lea che fotografa i risultati raggiunti nel triennio e il trend 2009-2012. Oltre alla sintesi, sono inoltre pubblicate le schede di dettaglio del monitoraggio sostanziale dal 2007 al 2011, suddiviso in tre sezioni (analisi farmaceutica, analisi ospedaliera, analisi territoriale).

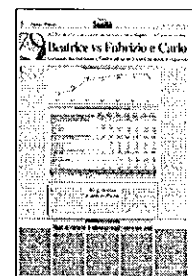
La Regione con più "dischi verdi" (le schede sintetiche mostrano con un "semaforo" i progressi rispetto ai parametri di riferimento) è il Piemonte, le cui uniche criticità sono i posti letto e gli hospice.

Quella con più dischi rossi è invece la Campania, che ha ancora molto da lavorare sul fronte dell'assistenza territoriale e in particolare sull'Adi, sui letti in Rsa, sugli hospice e sulle residenze per i pazienti con problemi di salute mentale. Insufficienti anche gli screening, con una quota bassa di residenti che hanno effettuato gli esami programmati, lacuna ben nota presente in tutte le altre Regioni del Mezzogiorno. Che condividono anche (soprattutto Calabria, Puglia e Sicilia), le stesse difficoltà nell'implementazione dell'assistenza territoriale.

Lazio, Sicilia e Puglia sono stabili nei valori di riferimento per ogni indicatore considerato o tendono al miglioramento, mentre per le altre Regioni ci sono alcune criticità. Per l'Abruzzo a esempio si allontana dal valore di riferimento il numero di posti letto per l'acuzie e in assoluto è minore il "voto" complessivo nell'erogazione dei Lea. Per la Campania peggiora l'incidenza del day hospital sul totale dei ricoveri. In Calabria non tende a migliorare il dato sui posti letto per acuzie, mentre anche in Molise a non andare è l'incidenza del day hospital sui ricoveri. In Piemonte, infine, il problema non è nell'ospedale, ma sul territorio e ad allontanarsi dal valore di riferimento è soprattutto la percentuale di anziani in assistenza domiciliare integrata.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Oasi 2013:
Ssn risparmiato

A PAG. 6-7

OASI 2013/ Il sistema sanitario è tra quelli che spendono meno e con risultati migliori

Vizi e virtù di un Ssn risparmiato

Troppa variabilità regionale ma su alcuni aspetti i risultati sono tra i migliori d'Europa

La spesa sanitaria mostra andamenti differenti nel panorama internazionale. Gran parte di questa variabilità è riconducibile alla tipologia di sistema sanitario adottato dai diversi Paesi (servizio sanitario nazionale, assicurazione obbligatoria o sistema di mercato). Il sistema sanitario italiano si conferma in linea con gli altri Paesi con Ssn (crescita della spesa in rallentamento e peso su Pil inferiore rispetto a quanto avviene nei Paesi con assicurazione obbligatoria o nei sistemi di mercato). È quanto emerge dal Rapporto Oasi 2013 del Cergas Bocconi.

Nel 2012, in Italia, si registra una spesa sanitaria pubblica pro-capite media di \$PPA 2.418 (figura 1), inferiore rispetto ad altri Paesi europei come Francia (\$PPA 3.135), Germania (\$PPA 3.316) o Regno Unito (\$PPA 2.747). La spesa sanitaria pro-capite complessiva ha registrato un tasso di crescita medio annuale tra i più bassi della zona EU-15 e pari, in termini reali, allo 0,3% nell'ultimo biennio (2009-2011) e all'1,7% nel periodo 2000-2011. Il nostro Ssn si conferma, quindi, come un sistema parsimonioso. Tale evidenza è ulteriormente avvalorata dall'elevato grado di appropriatazza, misurato in termini di ospedalizzazioni evitabili. A esempio, prendendo in considerazione alcune patologie tipicamente trattabili al di fuori dei contesti ospedalieri (asma, Bpco, diabete), i ricoveri evitabili per 100.000 abitanti nel 2009 in Italia sono stati 155, contro i 318 del Regno Unito e i 236 della Germania.

Spesa contenuta e consumi appropriati identificano un sistema efficiente non solo in senso tecnico, ma anche in senso allocativo. A tal proposito, va anche notato che il nostro Ssn ha una dotazione di posti letto ospedalieri inferiore a quella dei grandi Paesi EU (3,4 ogni 1.000 abitanti, contro 6,4 della Francia e 8,3 della Germania), dimostrandosi all'avanguardia nella gestione dei servizi di cura in continuità tra ospedale e territorio.

È, tuttavia, da rilevare che in alcuni ambiti l'uso delle risorse sanitarie non è sempre in linea con la

pratica internazionale, a es. per gli elevati consumi di antibiotici e la prevalenza di parti cesarei. Inoltre, un quinto della spesa totale è out-of-pocket (figura 1), valore non elevato in sé, ma mediamente superiore a quello di altri Paesi europei e che potrebbe rappresentare la contropartita dell'efficienza in termini di equità del sistema.

Spesa sanitaria pubblica e privata. Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica e privata) nel 2012 è rimasta costante rispetto al 2011, con un valore poco superiore ai 140 miliardi di euro, pari al 9% del Pil. La componente pubblica, quasi 113,7 miliardi, è cresciuta dell'0,8% rispetto al 2011, un aumento contenuto come avvenuto anche l'anno precedente (+0,9%) a conferma di un deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni. Anche la spesa sanitaria privata ha registrato un tasso di crescita contenuto. Nell'ultimo anno, secondo quanto riportato nell'indagine sui consumi dei cittadini Istat, la spesa sanitaria privata è diminuita del 2,8%, a fronte di un trend opposto registrato tra il 2010 e il 2011, anni in cui essa era cresciuta del 1,9% e 2,2% rispettivamente, ovvero circa il doppio rispetto alla spesa pubblica corrente (dati definitivi Eurostat). Per quanto riguarda la componente pubblica, al fine di evidenziarne il legame con scelte di politica sanitaria e gestionali, è interessante analizzarne la scomposizione per fattori interni ed esterni. I fattori considerati interni all'azienda sanitaria comprendono i costi per il personale dipendente e per gli acquisti di beni e servizi (inclusi gli accantonamenti), mentre sono considerati fattori esterni la farmaceutica convenzionata, la spesa per i medici di medicina generale, la spesa per l'assistenza convenzionata, l'ospedalizzazione accreditata e le voci residuali. Nel 2012, il 62,2% della spesa è rappresentato dai fattori interni (come nel 2011). Il trend di crescita di fattori esterni ed interni risulta particolarmente interessante: negli ultimi anni, infatti, si è assistito a un processo di parziale internalizzazione di alcuni fattori produttivi.

Questo ha permesso di riportare (pur in piccola parte) all'interno del perimetro direttamente controllato dalle aziende sanitarie alcune voci di spesa, precedentemente regolate per convenzione o esternalizzate. Dal 2010, però, il tasso di crescita dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni, a riprova del fatto che alla fase di internalizzazione è seguita la fase di contenimento delle voci di spesa, soprattutto la spesa per acquisti. Nel 2012, infatti, quest'ultima è cresciuta in modo minore rispetto alla media degli ultimi anni (figura 2). A tal proposito è importante notare un'accesa attenzione sulla spesa per dispositivi medici che ha preso avvio con la L. 111/2011 (che ha istituito un tetto del 5,2% per il 2012) ed è proseguita con la "spending review" (L. 135/2012). Quest'ultima ha previsto una riduzione del 5% degli importi e dei volumi di fornitura per il secondo semestre 2012 e l'introduzione di un tetto del 4,9% per il 2013 (successivamente ridotto al 4,8% dalla legge di stabilità) e del 4,8 per il 2014 (successivamente ridotto al 4,4% dalla legge di stabilità). Negli ultimi due anni, inoltre, anche la spesa per il personale ha mostrato tassi di crescita negativi. Le Regioni e le Asl, pertanto, hanno individuato nei fattori interni una leva privilegiata di contenimento della spesa.

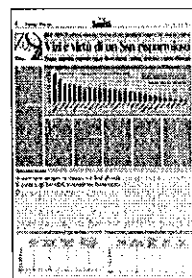
Le componenti di spesa sanitaria pubblica e privata, quindi, crescono sempre meno. Questo anche a fronte delle politiche sanitarie dell'ultimo anno caratterizzate dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. L'analisi della spesa, pertanto, è intimamente legata all'evoluzione del finanziamento.

Finanziamento Ssn. Con l'espressione «finanziamento del Ssn» si fa, in genere, riferimento a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni ex-lege destinate alla copertura della spesa sanitaria (voce di preventivo). Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del Ssn, rilevati

a consuntivo, tra cui rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del Ssn e i trasferimenti da privati. È in rapporto a questo secondo concetto di finanziamento che si calcola il disavanzo. Per l'anno 2012, il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del Ssn, è stato definito in 107,961 miliardi di euro e il rapporto tra ricavi netti e Pil si attesta a 7,2%, valore in linea rispetto ai tre anni precedenti. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del Ssn a livello nazionale, rispetto al 2011, è stato del 2,7%, mentre il finanziamento medio pro capite nazionale è stato pari a 1.852 euro. I ricavi del Ssn per l'anno 2012, invece, ammontano complessivamente a 112,641 miliardi di euro. L'incremento percentuale rispetto al 2011 è del 2,7 per cento.

Disavanzi. Rispetto alle dinamiche dello scorso decennio, il disavanzo del sistema è notevolmente diminuito, attestandosi a 1,04 miliardi nel 2012, in riduzione rispetto al disavanzo del 2011 (-17,3%) e pari allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente. Ciò a conferma della capacità delle Regioni di programmare e fare rispettare i tetti di risorse disponibili, essendo state responsabilizzate in tal senso.

A questo proposito, continua la diminuzione del disavanzo delle Regioni in Piano di rientro (rispetto al 2005, il disavanzo della Campania si è ridotto a un decimo nel 2012, quello del Lazio a un quinto, quello della Sicilia è stato sostanzialmente azzerato), generando un progressivo quadro di equilibrio finanziario tra tutte le Regioni del Ssn. Perman-

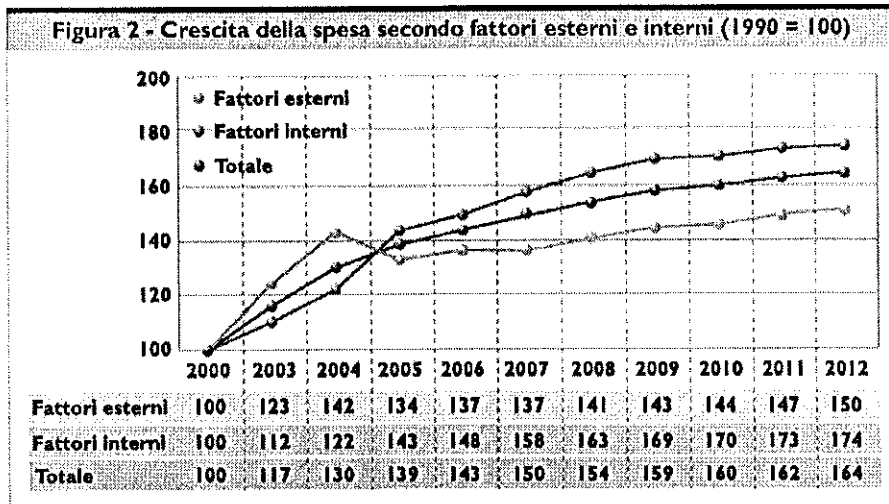
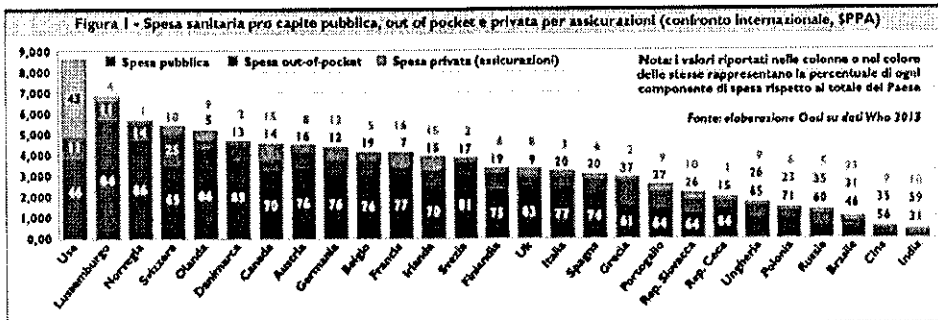


gono, tuttavia, situazioni altamente eterogenee tra le Regioni. Nel 2012, infatti, è aumentata la variabilità della spesa sul territorio e il disavanzo pro-capite cumulato (2001-2012) varia tra i 2.562 euro del Lazio e l'avanzo di 171 euro del Friuli-Venezia Giulia.

Mettendo a sistema quanto osservato rispetto al posizionamento internazionale del nostro Ssn e alle dinamiche interdipendenti di spesa, finanziamento e azioni di contenimento dei disavanzi, è possibile derivare due conclusioni. Primo, siamo un sistema mediamente efficiente, seppure con evidenti eterogeneità territoriali. I servizi sanitari regionali, da un lato hanno l'obiettivo di garantire livelli comparabili di prestazioni, ma dall'altro sono obbligati a fronteggiare situazioni di equilibrio economico e finanziario estremamente differenti. Secondo, proprio l'elevato livello attuale di efficienza rende particolarmente sfidante il miglioramento al margine, tenendo in considerazione che i processi di cambiamento di assetti istituzionali e pratiche gestionali sono necessariamente gradualisti.

Patrizio Armeni
Francesca Ferré
Silvia Sommariva
Cergas Bocconi

© FIDUCIARIA RISERVATA



Composizione del finanziamento nel 2012

	Miliardi di euro	Variazione 2011-2012
Valore iniziale: finanziamento indistinto	105.0634	1,71%
+ Finanziamento finalizzato	269.0000	-59,79%
+ Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e Pp.Aa.	1.7950	-2,91%
+ Finanziamento vincolato per altri enti	574.0000	0,51%
+ Accantonamenti	260.0000	n.d.
= Valore finale	107.9610	1,42%

I ricavi del Ssn nel 2012

	Miliardi di euro	Variazione 2011-2012
Irap e addizionale regionale Irpef	39.902	+4,06%
Fondo x fabbisogno sanit. ex Digs 56/2000 (fed. fiscale: Iva e accise)	52.969	-1,55%
Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e privato	10.367	-3,58%
Ricavi ed entrate proprie varie	3.077	-1,22%
Fondo sanitario nazionale e quote vincolate a carico dello Stato per le Regioni e le Province autonome	4.004	-0,04%
Costi capitalizzati	1.611	+0,05%
Rettifiche e utilizzo fondi	0.064	-
Ulteriori quote vincolate a carico dello Stato per gli altri enti sanitari pubblici	0.647	+1,00%
Totali ricavi Ssn	112.641	+0,98%
Spesa sanitaria 2012	113.686	+0,80%
Disavanzo 2012	-1.043	-0,90%

Fonte della figura 2 e delle tabelle: elaborazione su dati 2012 previsionari. I dati potranno subire variazioni in sede di pubblicazione della Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Mentre il Governo "balla", aspro confronto anche con l'Economia su fondi e risparmi - Mmg, ecco la direttiva

A Carnevale (quasi) ogni Patto vale

Lorenzin-Cottarelli, braccio di ferro sulla spending - Bocconi, investimenti a zero

Lorenzin e i governatori da una parte, Saccomanni e Cottarelli dall'altra: sul finanziamento, sui risparmi e chi li fa e su chi li "usa". Il «Patto per la salute», che sarà triennale, è al bivio. Al centro di uno scontro decisivo, per di più nel pieno della tempesta politica generale. Chi vincerà il «Patto» di Carnevale? Chi farà lo scherzo a chi? Dopo un vivace confronto in Consiglio dei ministri tra la ministra e Saccomanni, Cottarelli è

andato avanti, mentre Lorenzin e i governatori avevano concordato di fare da sé la spending. E di tenere nel Ssn i risparmi. Ma sarà una partita all'ok Corral, tutta da giocare. Tutto questo mentre il Governo "balla". Questa settimana proseguono i tavoli del «Patto», a cominciare dagli ospedali. Mentre la Bocconi dice: gli investimenti sono a zero. Ma non sempre. Intanto va avanti l'atto di indirizzo della medicina generale.

A PAG. 4 E 6-7

PATTO SALUTE/ Ore cruciali per l'accordo con le Regioni - Col Governo in bilico

Beatrice vs Fabrizio e Carlo

Lorenzin, Saccomanni e Cottarelli ai ferri corti su conti e risparmi

L'ultimissima versione dell'atto di indirizzo per il rinnovo delle convenzioni dei medici di base con il Ssn è stata trasmessa dai tecnici regionali al Comitato di settore, pronta per l'invio al Governo che dovrà emanarla. Poche le limitature, ma in arrivo c'è una forzatura in più: la previsione che tutti i fondi extra rispetto alla quota capitolaria saranno gestiti a livello regionale.

Regge l'impianto già anticipato su que-

Mmg, direttiva in dirittura d'arrivo

ste pagine basato sulla riconversione delle attuali indennità erogate a generalisti, specialisti e pediatri per finanziare il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale disegnato dalla legge Balduzzi. Con

una stretta sulla multiprofessionalità e le forme associative complesse e l'abbandono di quelle semplici.

È chiaro che la partita delle convenzioni dipende da quella, molto più ampia, del Patto. Sulla futura trattativa pesa inoltre l'ipoteca di rapporti tesi tra i sindacati dei convenzionati e le Regioni. Anche perché l'atto di indirizzo prevede una revisione delle norme sui diritti sindacali. Furiere di tempeste

Chi farà il meglio scherzo di Carnevale: il team assortito Beatrice Lorenzin-governatori o quello Fabrizio Saccomanni-Carlo Cottarelli? Ovvero: quale delle due squadre incasserà il "suo" Patto? O sarà un pari e Patto? E quei maledetti risparmi (quanto?) della spending, resteranno tutti in casa del Ssn ovvero via XX Settembre chiederà qualcosa, diciamo intanto 2-3 mld lasciando 1-1,5 a Beatrice e ai suoi 21 fratelli regionali?

Non è un gioco di Carnevale, appunto, e neppure per restare in tema un segreto di Pulcinella, il lavoro ai fianchi, chissà se con tanto di colpi sotto la cintura, che i contendenti si stanno educatamente riservando reciprocamente ormai da una decina di

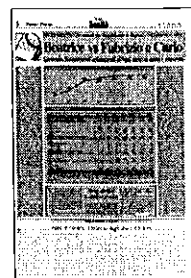
giorni. Lorenzin e le Regioni dicono che la spending la faranno loro col Patto, che i risparmi non usciranno dal Ssn, e naturalmente sostengono che quei 7,6 mld in più nel 2015-2016 (e altri 4,5 mld nel 2017) sono solo un piccolo risarcimento dei tagli feroci che a partire dal duo Berlusconi-Tremonti (quando la ministra era nel Pdl...) in poi, hanno spezzato le reni alla sanità pubblica e agli italiani che oggi rinunciano alle cure. Saccomanni, che, attenzione però, non è proprio un lupo mannaro, pensa invece che di qualcosa e anche di più si deve discutere. E Cottarelli rilancia. Proporrà i suoi tavoli finali entro metà marzo e non la manda a dire: «Occorre fare cose in passato considerate tabù». Tradotto:

chi pensa di farla franca, non si illuda. Qualcuno (i cattivi) sostiene di averlo visto imbracciare i forbicioni, altri la mannaia, altri il machete. Cambierebbe poco, evidente. Se fosse vero.

Ma romanzo o meno - di romanzesco non c'è molto, anzi - intorno al Patto siamo ai passaggi cruciali. Non è un modo di dire. Venerdì 31 gennaio, per esempio, in Consiglio dei ministri c'è stato un confronto («educato» è la versione) tra Saccomanni e Lorenzin. E dopo che la ministra e i suoi 21 alleati governatori hanno scritto nella prima pagina della bozza del Patto, oltre a quei «sacrosanti» aumenti miliardari, che la spending la faranno loro e che i risparmi resteranno a casa, Cottarelli, una volta let-

te le anticipazioni e l'intervista della ministra al Sole-24 Ore, ha fatto spallucce. Anzi, un po' di più: ha fatto sapere a rotta di collo di volere la lista dei risparmi. Segno che non vuole mollare l'osso della spending per la parte che gli compete: quanto grande? quanto in esclusiva?

È in questo assordante e finora silenzioso rullar di tamburi che si stanno consuman-

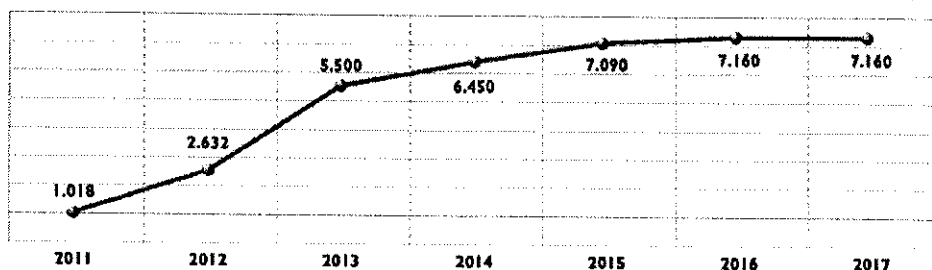


do le ore decisive per il Patto. Che, altra anticipazione, sarà triennale: dal 2014 al 2016. Ma queste sono quisquillie. Frappe di Carnevale, scherzi, appunto. In attesa di capire quale sarà sotto i coriandoli il Patto (e la spending) vincente. Nel bel mezzo di un Governo che sta giocando le carte finali per capire quale sarà la sua sorte, se resterà in vita fino alla primavera 2015, se gli basterà un lifting di poltrone, se cambierà di sana pianta, o se, addio, tutti a casa, si vota a maggio. È il dopo Renzi, il dopo velenoso dell'accordo col Cavaliere sull'italicum. Il dopo di tante cose, di troppi fatti che avvengono nei dintorni dei palazzi della politica.

Un gran rebus d'alto bordo che bypassa le miserie di casa Ssn. Della nostra salute. Dei nostri diritti. Degli sprechi e delle miserie umane da cancellare. Del troppo non fatto e che ora serve come il pane per salvare il soldato Ssn. Proprio ciò che le persone perbene - e chi soffre o non ha più un euro in tasca per curarsi - non può permettersi. (r.tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tagli al finanziamento (milioni di euro)



Dinamica del finanziamento ed effetti delle manovre

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Finanziamento iniziale a carico del Bilancio dello Stato	107.923	110.512	112.393	116.234	120.422	124.604	129.042
Riduzione livello finanziamento per effetti delle manovre di cui al DL 78/2010 e DL 98/2011	1.018	1.732	3.100	3.450	3.450	3.450	3.450
di cui:							
• personale	418	1.132	-	-	-	-	-
• farmaceutica	600	600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600
• beni e servizi	-	-	1.500	1.850	1.850	1.850	1.850
• ticket	-	-	-	0	0	0	0
Riduzione livello di finanziamento da articolo 15 DL 95/2012 (spending review)	0	900	1.800	2.000	2.100	2.100	2.100
di cui:							
• prestazioni da privato	-	70	170	310	310	310	310
• farmaceutica	-	325	747	747	747	747	747
• beni e servizi	-	505	883	943	1.043	1.043	1.043
Riduzione livello di finanziamento Legge di stabilità 2013	0	0	600	1.000	1.000	1.000	1.000
di cui:							
• beni e servizi	-	-	600	1.000	1.000	1.000	1.000
Legge di stabilità 2014	0	0	0	0	540	610	610
di cui:							
• personale	-	-	-	-	540	610	610
• totale manovre	1.018	2.632	5.500	6.450	7.090	7.160	7.160
Totale finanziamento a cui concorre lo Stato dopo le manovre (incluso finanziamento Opg e stranieri irregolari)	106.905	107.961	107.004	109.902	113.452	117.563	122.001

N.B.: Le manovre derivanti dalle disposizioni di legge operano a regime, e comportano una riduzione del finanziamento originario indicato nella prima riga. Il livello del finanziamento riportato nell'ultima riga in basso rappresenta quindi l'ammontare delle risorse che saranno effettivamente destinate al Ssn.

La protesta

Nuovo assalto alle pensioni d'oro

La rabbia dei super contribuenti

Ex medici, magistrati e professionisti si sono riuniti contro il piano contenuto nella legge di stabilità che prevede la decurtazione degli assegni più corposi

■ ■ ■ NINO SUNSERI

■ ■ ■ Parte dal Veneto la rivolta contro il nuovo assalto alle pensioni. Sabato a Mestre c'è stata la prima mobilitazione per quella che si annuncia come la nuova guerra a difesa di un diritto che la Legge di Stabilità prova, ancora una volta, a reprimere. All'appello di Ennio Orsini e di Stefano Biasioli (responsabili di due piccoli sindacati dei pensionati pubblici) si sono presentati in 222.

C'erano medici, ex magistrati, ex segretari di enti locali (Regioni, Comuni, Province), ex questori e qualche generale che aveva lasciato il servizio. Tutti quanti titolari di percorsi contributivi impeccabili all'Inps o all'Inpadp. Talvolta con anzianità superiore ai 40 anni fra anni lavorati e corsi di studio riscattati. Nel mirino della protesta ci sono le disposizioni della Legge di Stabilità per quest'anno. Nel testo figurano nuove penalizzazioni per i titolari degli assegni più corposi. C'è il contributo di solidarietà con scaglioni progressivi (6-12-18%) a partire dai redditi superiori ai 90 mila euro lordi l'anno. Il balzello doveva essere applicato a gennaio. C'è già stato un primo rinvio a marzo: forse comincia a serpeggiare qualche pentimento per un provvedimento palesemente ingiusto. L'altro «regalo» di Saccomanni e Letta riguarda il

blocco delle rivalutazioni per gli assegni superiori a tremila euro lordi al mese: stop assoluto nel 2014, parziale nel biennio 2015-2016.

«Presenteremo ricorso alla Corte dei Conti di Venezia», annuncia Stefano Biasioli. È prevedibile che i magistrati contabili passeranno la palla alla Corte Costituzionale. «Il percorso sarà analogo a quello che ha portato alla vittoria contro la legge del 2010 che aveva previsto un analogo contributo, a carico dei soli dipendenti pubblici per violazione dell'art. 3 della Costituzione».

L'anno dopo Tremonti aveva cercato di aggirare l'ostacolo imponendo il contributo di solidarietà a tutte le pensioni: pubbliche e private. Altra sconfitta. I promotori del ricorso immaginano che anche questa volta la Corte Costituzionale darà loro ragione. Difficilmente i supremi giudici accetteranno una penalizzazione che vada a colpire solo gli assegni per gli anziani. Viceversa per i lavoratori ancora in servizio non c'è alcun tetto alle retribuzioni.

Secondo Stefano Biasioli (e secondo molti giuristi) il problema di fondo è quello di garantire a tutti i cittadini l'uguaglianza della capacità contributiva, nel rispetto della Costituzione. Spetterà alla Corte dei Conti regionale (quella veneta o di un'altra Regione) riportare

nuovamente la materia all'esame del problema alla Corte Costituzionale. «Nel frattempo - aggiunge Biasioli - l'Inps dovrà rimborsare il maltolto». Ossia ciò che è stato trattenuto ai dirigenti pubblici, come effetto della legge Tremonti del 2011. Non è nota la tempistica del rimborso, che potrebbe essere parziale: «Magari solo 5 mesi del 2011 e non anche i 12 mesi del 2012». Tuttavia la ferita resta aperta. Le pensioni restano il serbatoio potenziale cui i governi, a ripetizione, tentano di attingere. Né Renzi sembra voler cambiare canale.

In realtà in questa maniera si alimenta solo l'odio fra le generazioni. I figli senza lavoro (e domani senza pensione) contro i padri titolari di trattamenti generosi. Lo scontro merita un chiarimento. Intanto non c'è niente di illegale perché l'ammontare degli assegni è fissato dalla legge. Ma soprattutto c'è un equivoco di fondo con cui la demagogia gioca per alzare i polveroni. Gli assegni più ricchi sono assistiti da versamenti previdenziali altrettanto ricchi. Casomai sono proprio le pensioni da 500 euro a configurarsi come un regalo: dietro non hanno niente. Solo il welfare dello Stato a vantaggio delle fasce più sfortunate. Giusto aiutarle. Ma perché far pagare il conto a quanti hanno lavorato e accumulato contributi per quarant'anni? Non si capisce.



la Repubblica RSALUTE

NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

I GIUDICI E IL DIRITTO ALLA SALUTE

A Novara il giudice del lavoro ha dato ragione ad un paziente indigente: la Asl dovrà fornire a sue spese, al malato, farmaci cannabinoidi. Il Tribunale ha riaffermato che la Costituzione, tutelando la salute dell'individuo, enuncia anche il diritto all'assistenza sanitaria e farmaceutica, e riconosce che «nei casi in cui sussista pericolo di vita, di aggravamento della patologia o di non adeguata guarigione, gli organi sanitari pubblici sono tenuti, senza possibilità di valutazione discrezionale, a provvedere al riguardo...». Queste sono le stesse motivazioni di alcune sentenze in favore di chi ha fatto ricorso sul metodo Stamina, che hanno ribadito il diritto alla continuità delle cure. Ma chi decide pro cannabis riceve applausi (ad esempio dai radicali). Invece gli altri giudici del lavoro vengono attaccati duramente, anche da una parte della comunità scientifica. Eppure in Commissione Sanità del Senato, Amedeo Bianco, presidente Fnomceo, ha ricordato che i magistrati «non hanno validato alcuna terapia», e solo imposto il proseguimento delle cure già applicate dai medici di Brescia. Al dunque i giudici difendono un diritto non una terapia. Pro cannabis o pro Stamina che sia.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

