

**RASSEGNA STAMPA Martedì 21 Gennaio 2014**

Il "SSn" fa i conti con la riduzione degli investimenti  
**IL SOLE 24 ORE**

Medici, responsabilità "rigida"  
**IL SOLE 24 ORE**

Detrazioni, salve le spese sanitarie  
**CORRIERE DELLA SERA**

Patto per la salute: si chiude entro febbraio  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Lea 2012, Regioni in classifica  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Parte della Rassegna Stampa allegata è estratta dal sito del Ministero della Salute

Sanità. Il rapporto Oasi 2013 del Cergas Bocconi evidenzia la copertura sempre meno universalistica del sistema italiano

## Il «Ssn» fa i conti con la riduzione degli investimenti

**Roberto Turno**

Non è vero che è sprecone, almeno non dappertutto. Anzi, a guardare quanto spendono altrove in Europa, addirittura ha una «natura sobria». Sorpresa, almeno per chi non lo sapesse: il servizio sanitario nazionale non è affatto da buttar via. Ma a forza di tagli e di mancati investimenti, rischia concretamente, soprattutto al Sud e nelle regioni sotto piano di rientro dal maxi debito, di non poter assicurare quella che è la sua missione, ovvero garantire le necessità e i diritti di salute degli italiani. La Bocconi ne è sicura: per la sanità pubblica il pericolo di *undertreatment*, è già adesso un'amara realtà.

Alla prova sempre più difficile della sostenibilità, insomma,

il Ssn è quanto mai sguarnito. E il «Rapporto Oasi 2013» del Cergas Bocconi, curato da Elena Cantù e Francesco Longo, elenca meticolosamente i vizi (molte) e le virtù (non rare) di un sistema che di universalistico ormai conserva sempre meno. Anche se, oltre ai difetti d'origine e alle vere e proprie anomalie (e non solo) gestionali, uno dei punti di partenza del rapporto è il gap vistoso di investimenti in infrastrutture dunque in salute: tagli che colpiscono tutti i fattori produttivi (personale, macchinari, privato accreditati), che mentre fanno calare gli investimenti, rendono al tempo stesso più complicate la performance sanitaria «presente e futura». Di fatto, creando «debito

sommerso» per il futuro.

Un esempio dei debiti a «scoppio ritardato» sono i tempi bibliici di rimborso dei fornitori (236 giorni per i farmaci, 274 per le attrezzature), con le solite escursioni Nord-Sud. Ma anche l'estrema variabilità della spesa per investimenti, che da fronte di una media nazionale di 59 euro pro-capite, registra la punta massima di 111 euro dell'Emilia Romagna e quella minima di 20 euro in Calabria. Tutto questo, riconosce la Bocconi, mentre il Ssn può vantare sobrietà nella spesa pubblica rispetto ai principali partner Ue. E mentre, allo stesso tempo, vari conosciuto che il deficit nelle «regioni canaglia» s'è ridotto notevolmente: in Campania, ad esempio, nel 2012 è sceso a un decimo

di quello del 2005. Ma sono successi solo parziali. La garanzia dei Lea (livelli essenziali di assistenza) è una chimera proprio dove i conti non tornano: col rischio appunto di iniquità nord-sud e, appunto, di *undertreatment*. Per non dire dell'assenteismo per malattia e permessi, più forte da Roma in giù. E perfino nella scelta dei manager che peraltro, secondo un'analisi tra quattro grandi regioni (Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana), di formazione «manageriale» si scopre che ne hanno ben poca. Principalmente sono maschi, medici e a fine carriera, i dg di Asl e ospedali. E in Lombardia spiccano per la loro matrice «politica». Chissà al Sud come va.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I numeri

**30 euro**

**Soglia pagamenti**  
L'obbligo di accettare pagamenti effettuati attraverso bancomat si applica a tutte le transazioni di importo superiore al 30 euro

relativamente all'anno precedente – superiore a 200 mila euro

**31%**

**Imprese con Pos**  
Il 31% delle imprese di servizi risulta dotata di un terminale Pos (a fronte del 44% dei Paesi europei con livelli medio-alti di utilizzo delle carte di pagamento). In alcune categorie (attività professionali, immobiliari, servizi sanitari e assistenziali) si scende sotto il 10%

**200 mila**

**Soglia fatturato**  
Fino al 30 giugno 2014 vale solo per le attività commerciali o professionali che abbiano un fatturato –



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Cassazione. Esclusa la colpa lieve per il chirurgo plastico che sbaglia l'intervento e non si attiene alle linee guida

# Medici, responsabilità «rigida»

Il danno rilevante estetico e le gravi sofferenze sono da considerare malattia



**Patrizia Maciocchi**

■ Non può invocare la colpa lieve il chirurgo che, nel fare un intervento per aumentare il seno, non si attiene alle linee guida, facendo soffrire la paziente e peggiorandone l'aspetto estetico. La Corte di cassazione, con la sentenza 2347 depositata ieri, esclude l'applicabilità del decreto Baldazzi, che ha depenalizzato la colpa lieve del medico (legge 189/2012) al ricorrente. Il chirurgo viene condannato per lesioni gravi, provocate a una paziente in seguito a un'operazione di mastoplastica additiva.

La Corte inquadra nel concetto di malattia i 40 giorni di gravi sofferenze fisiche e psichiche della paziente, che non era riuscita neppure ad apparire bella, avendo riportato un rilevante danno estetico, dovuto anche alle cicatrici rimaste dopo l'incisione. A queste si aggiungeva un «distacco del muscolo mammario» chesi «arricciava durante i movimenti» mentre nell'altro seno «un muscolo completamente staccato rotolava verso l'alto».

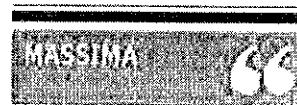
Malgrado il quadro poco lusinghiero, il ricorrente invocava l'applicazione del decreto Baldazzi, ricordando anche che la signora aveva sottoscritto il consenso informato ed era al corrente dei rischi dell'intervento. Ma la firma della paziente è ininfluente e va esclusa anche la norma seriminante. L'acquisizione del consenso informato, rappresenta, infatti, solo la condizione di «dicità» dell'azione del medico, ma non influenza sulla valutazione della sua condotta. Considerazioni che valgono a maggior ragione «nell'ambito della chi-

rurgia estetica, per sua natura non connotata dall'urgenza ma finalizzata a migliorare l'aspetto fisico del paziente in funzione della sua vita di relazione». Né il chirurgo, che aveva altri precedenti penali per "insuccessi", poteva chiedere l'applicazione della legge Baldazzi riservata solo al camice bianco che «si sia attenuto a direttive solidamente fondate e come tali riconosciute».

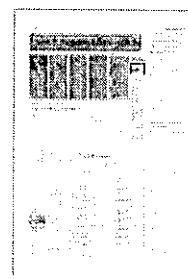
La norma ha fatto emergere la «distinzione tra colpa lieve e colpa grave, per la prima volta normativamente introdotta nell'ambito della disciplina penale dell'imputazione soggettiva e, dall'altro, la valorizzazione delle linee guida e delle virtuose pratiche terapeutiche, purché corroborate dal sapere scientifico». Nel caso esaminato non c'era prova che fossero state seguite pratiche virtuose, risultava invece un notevole grado di imperizia nell'esecuzione della mastoplastica sia l'uso di protesi inadeguate. Per lui scatta dunque la colpa grave che per i medici esiste ancora in caso di errore inescusabile dovuto o alla mancata applicazione delle cognizioni generali della professione o all'assenza di quel minimo di abilità necessaria a usare il bisturi per il chirurgo o all'assenza di prudenza e diligenza per il medico.

Con la sentenza di ieri la Cassazione arriva a conclusioni diverse rispetto a quelle raggiunte con la sentenza 47265 del 2012, con la quale aveva assolto un chirurgo estetico che aveva anche lui "pasticcato" con le protesi, causando alla paziente consistenti danni estetici e sofferenze. In quell'occasione però i giudici avevano escluso che «gli inestetismi procurati con l'avventuroso trattamento chirurgico» potessero essere considerati una malattia, anche a causa dell'età della paziente e alla pregressa condizione estetica.

CONTRACCOPPIA ASSISTITA



«La legge 189/2012 prevede che l'esercente una professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida ed a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente di colpa lieve: il terapeuta dunque potrà invocare il nuovo favorevole parametro di valutazione della sua condotta professionale solo se si sia attenuto a direttive solidamente fondate e come tali riconosciute. Sono emerse dunque la distinzione tra colpa grave e colpa lieve, per la prima volta introdotta nell'ambito della disciplina penale dell'imputazione soggettiva e la valorizzazione delle linee guida e della viruose pratiche terapeutiche. Cassazione - sentenza del 20 gennaio 2014 n. 2347»



**Tasse** L'ipotesi di riduzione legata ai redditi più elevati. L'appello del Fondo Monetario: un Fisco più semplice

# Detrazioni, salve le spese sanitarie

## Verso un taglio degli sconti dal 19 al 18% per mutui e polizze

**ROMA** — Le detrazioni dall'Irpef delle spese sanitarie, o almeno di gran parte di queste, potrebbero scampare al taglio che scatterà a fine gennaio. E' questo l'orientamento che si sta facendo strada nell'esecutivo a pochissimi giorni dalla scadenza imposta dalla legge di Stabilità del 2014, una riduzione degli sconti fiscali che produca un risparmio per le casse dello Stato di almeno 500 milioni di euro l'anno, da attuare entro il prossimo 31 gennaio.

Oggi le ipotesi di intervento messe a punto in questi giorni dai tecnici del ministero dell'Economia saranno discusse informalmente a Palazzo Chigi con i collaboratori del Presidente del Consiglio, Enrico Letta, al quale spetterà l'ultima parola in materia. Le

strade percorribili sono sostanzialmente due. La prima, la più facile, è quella di un taglio lineare di tutte le detrazioni Irpef, che scenderebbe dal 19% al 18% già sulle spese sostenute nel 2013. La seconda è l'ipotesi di una sfornicata selettiva, che risce maggiore consensi, ma che rende più complicato il raggiungimento dell'obiettivo di risparmio.

La maggior parte delle detrazioni Irpef al 19% riguarda proprio le spese sanitarie e quelle per l'assistenza ai portatori di handicap, che da sole assorbono la metà (2,7 miliardi) del costo complessivo (5,4 miliardi di euro l'anno). Il governo vorrebbe salvaguardarle, ma lo spazio per recuperare i 500 milioni necessari

si restringerebbe parecchio.

Un taglio lineare dal 19 al 18% delle altre detrazioni più importanti, quelle sulle spese per le assicurazioni sulla vita e contro gli infortuni, per gli interessi sui mutui prima casa, per le università dei figli, potrebbe non bastare. Per questo, tra le ipotesi che i tecnici hanno preso in considerazione,

zioni su alcune spese sanitarie, quelle considerate non essenziali. Ma anche questo è un terreno molto difficile da praticare.

Nelle intenzioni del governo, comunque, la revisione degli sconti e delle agevolazioni fiscali si farà. Perché serve a risparmiare, ma anche ad avere un quadro più attendibile dell'efficacia della spesa pubblica (come di fatto sono le detrazioni Irpef). Da Washington il Fondo Monetario Internazionale continua a sollecitare la loro razionalizzazione. Mettendo nel mirino non solo le detrazioni Irpef, ma anche i regimi agevolati e le esenzioni dell'Iva, che secondo uno studio dell'istituto, assorbono 40 miliardi di euro l'anno.

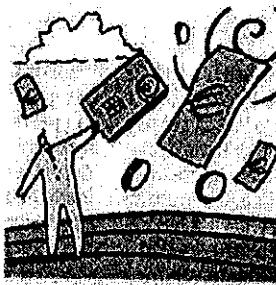
**Mario Sensini**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Incontro

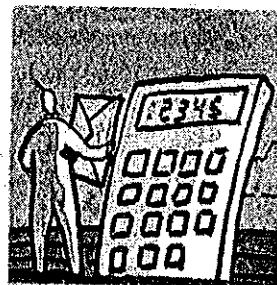
Oggi incontro a Palazzo Chigi per valutare le diverse ipotesi messe a punto dai tecnici dell'Economia

### I punti



#### Come funzionano le agevolazioni

Il taglio delle detrazioni Irpef che potrebbe scattare a fine gennaio non dovrebbe includere gran parte delle spese sanitarie



#### Gli sgravi al 19% e l'ipotesi taglio

Tra le ipotesi allo studio: un taglio lineare delle detrazioni Irpef dal 19% al 18% o una sfornicata selettiva in base al reddito



#### Mini Imu, scadenza il 24 gennaio

Per pagare la «mini-imu», sulle prime case esentate dall'imposta nel corso del 2013, c'è tempo fino a venerdì prossimo

ILLUSTRAZIONI DI ROBERTO PIROLA

**CONFRONTO MINISTERO DELLA SALUTE-REGIONI**

## Patto per la salute: si chiude entro febbraio

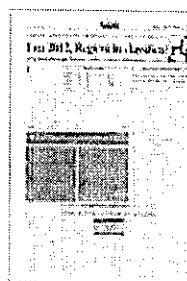
**S**i riaprono con una tabella di marcia serrata i tavoli Governo-Regioni sul nuovo Patto per la salute. Secondo l'agenda annunciata dalla ministra **Beatrice Lorenzin** al termine dell'incontro giovedì scorso con le Regioni al ministero della Salute, il nuovo Patto dovrà chiudersi al massimo entro fine febbraio e sarà declinato in step immediatamente applicabili. Il tavolo agirà coordinandosi con quello sulla spending review guidato dal commissario straordinario **Carlo Cottarelli**. La scaletta sarà decisa dagli assessori regionali, poi si procederà su dieci tavoli in dieci successivi incontri, come previsto già da luglio scorso, ma senza la presenza di 21 Regioni per ogni gruppo di lavoro. E si tenterà di condurre in porto anche la revisione dei costi standard, sulla base delle ipotesi già formulate dalle Regioni alla fine dello scorso anno, ma con un quadro più preciso sugli impatti. I dieci temi: dispositivi medici, assistenza ospedaliera, personale dipendente, cure primarie, piani di rientro, mobilità e tariffe, edilizia sanitaria, integrazione sociosanitaria, rapporti Ssn-Università, ricerca sanitaria.

«La riunione - ha sottolineato **Lorenzin** - è andata molto bene. Ci siamo visti con il comitato ristretto e siamo d'accordo su due punti principali: il nuovo Patto deve contenere visione e pragmatismo». Visione, ha chiarito **Lorenzin**, vuol dire «avere l'ambizione di traghettare un progetto di pianificazione del Servizio sanitario nazionale che regga alle sfide attuali e dei prossimi anni. La prima sfida è quella della sanità transfrontaliera e la seconda è la sostenibilità del Ssn a fronte delle crisi economiche e del problema demografico, con una popolazione sempre più vecchia e che sta cambiando il suo fabbisogno di salute». La seconda parola d'ordine, il pragmatismo, dovrà segnare un deciso cambio di rotta rispetto al passato: «Fino a oggi i Patti per la salute sono stati attuati al 40-50 per cento. Questo deve essere un patto concreto, con impegni stringenti da parte delle Regioni in accordo con il Governo per fare le cose che si sono dette. Quindi anche con un sistema di verifica e di monitoraggio».

Sarà infatti necessario un maggior controllo da parte del ministero. «È emersa da parte di tutte le Regioni - continua **Lorenzin** - l'esigenza di un rafforzamento dei controlli da parte del ministero della Salute sugli aspetti sanitari, i Lea e sul coordinamento scientifico della prevenzione. Sono molto contenta di questa richiesta perché ci dà la possibilità anche di rispondere alle nuove esigenze epidemiologiche che abbiamo nel Paese».

**Rosanna Magnano**

PARLAMENTARE RIVAROLO



## Attenti al benchmark

**B**uoni e cattivi non piacciono ai governatori che fanno di tutto ormai da mesi per cambiare il meccanismo di benchmark che rinchiude la scelta in cinque Regioni. Ma lo selezione c'è. E ad arrivare prima ancora che sia conclusa la partita del riparto federalista 2013 è la classifica sull'erogazione del Lea nel 2012, presupposto per la scelta delle Regioni di riferimento per il 2014. Chi ha fatto cosa, insomma. Ma soprattutto chi l'ha fatto bene e chi no. Il panorama è sempre lo stesso e guarda verso Nord: Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Lombardia e Piemonte.

te sono, nell'ordine, le Regioni migliori. Mentre verso Sud la terra brucia e Campania (ultima in classifica e unica bocciata senza appello nella classifica), Calabria, Puglia, Molise e Abruzzo sono quelle che vanno peggio, con una lista di inadempienze che per numero, ma soprattutto per il peso che hanno i Lea trasgrediti, davvero sono come gettare benzina sul fuoco per chi già ha il suo bel da fare a rispettare gli altri muri economici dei piani di rientro.

A PAG. 13

*Certificata la griglia di valutazione degli adempimenti per l'erogazione delle prestazioni*

# Lea 2012, Regioni in classifica

**Al top Emilia Romagna, Toscana e Veneto - Lorenzin: «Benchmark, si cambia»**

**I**n testa alla classifica c'è l'Emilia Romagna, seguita a pari merito da Toscana e Veneto. Poi Lombardia e Piemonte rispettivamente al quarto e quinto posto. È questa la top five delle Regioni (a statuto ordinario) nella «griglia Lea», il meccanismo per valutare l'efficacia dell'erogazione dei servizi. Un risultato che avrà un peso determinante anche nella scelta delle Regioni benchmark per il 2014, destinato però a cambiare già da quest'anno secondo quanto affermato dal **ministro della Salute Beatrice Lorenzin** che la scorsa settimana in audizione alla commissione bicamerale per il federalismo fiscale ha spiegato che bisognerà «rideterminare i criteri» per l'individuazione di costi e fabbisogni standard e delle Regioni benchmark.

pensando anche, a partire dal 2015 a un «meccanismo di premialità per quelle Regioni, comprese quelle in piano di rientro, che più vanno verso la convergenza rispetto alle Regioni di riferimento».

La classifica dei Lea è calcolata considerando promosse le Regioni che superano il punteggio di 160, sotto osservazione quelle fino a 130 e bocciate da 130 in giù. E come ogni classifica che si rispetti ci sono i fanalini di coda. Agli ultimi posti, con i punteggi minori, c'è come maglia nera la Campania, preceduta da Calabria, Puglia, Molise e Abruzzo.

Una classifica ancora uffiosa, ma che in attesa delle controdeduzioni locali già delinea come ogni anno le criticità di ogni Regione. Unica bocciata è la Campania, in

compagnia lo scorso anno di Calabria e Puglia che nel 2012 sono migliorate e passate sotto osservazione assieme a Lazio, Abruzzo, Sicilia e Molise.

Le Regioni promosse, oltre le prime cinque in classifica, sono Liguria, Umbria, Marche e, unica del Sud, Basilicata.

Quelche inadempienza o, come le definisce il comitato Lea, «adempienza con impegno», ce l'hanno anche le Regioni promosse. Prima tra tutte quella comune a molte (quasi tutte le Regioni, promosse o bocciate) sul percorso nascita. Ma si tratta di situazioni risolvibili secondo la relazione del comitato Lea, che indica alle Regioni i tasselli mancanti per rispettare gli impegni.

P.D.B.

Foto: D. Sestini - Contrasto

I punteggi ottenuti			
Emilia R.	208	Umbria	174
Toscana	192	Basilicata	165
Veneto	192	Marche	165
Lombardia	182	Sicilia	156
Piemonte	180	Lazio	154

Legenda: Adempiente: >160;  
Adempiente con impegno su alcuni indicatori: 130-160; - Inadempiente: <130

