

RASSEGNA STAMPA Venerdì 25 Ottobre 2013

Costi standard, adesso la Lorenzin ci riprova
LA NOTIZIA

Sprechi di stato emorragia inarrestabile
LA NOTIZIA

Stop alle spese folli del sud per la sanità
LIBERO

Legge di stabilità. Iniziato l'esame in Parlamento.
Ecco tutte le norme sulla sanità
QUOTIDIANO SANITA'

Legge di stabilità. Federspecializzandi: "Bene ritorno ai 5 anni, ma servono più soldi per i contratti"
QUOTIDIANO SANITA'

Dove vanno a finire i 100 mila esclusi dai test universitari
CORRIERE DELLA SERA

Conte (Fnomceo): Ecm, coperti con i crediti quasi tutti i medici in esercizio
DOCTORNEWS

Non servono soldi, ma nuove regole per rendere efficiente la Sanità
IL FOGLIO

Lorenzin: entro Natale costi standard della sanità
ITALIA OGGI

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

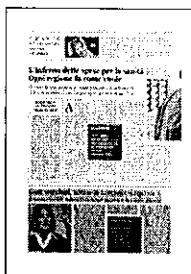
Costi standard, adesso la Lorenzin ci riprova

Si torna a parlare della soluzione già promessa da cinque governi

La Lorenzin ci riprova. "Nessun cambiamento sulla spesa per il Fondo sanitario nazionale". Esplose le polemiche sui tagli previsti con la legge di stabilità, il ministro della salute, è intervenuta cercando di dare rassicurazioni. Nessuna riduzione per i farmaci e i dispositivi medici, ma bloccato soltanto il cosiddetto turnover, il ricambio del personale. In pratica, secondo Beatrice Lorenzin i cittadini possono dormire sonni tranquilli: bussando alle strutture sanitarie troveranno tutto, eccetto forse il personale che dovrebbe prestare loro assistenza impiegando il materiale sanitario fornito dallo Stato. Visione pessimistica? Sarà il tempo, l'immediato futuro a dirlo. Certo è che le parole del ministro, sono suonate più come una difesa d'ufficio del provvedimento varato a fatica dal Governo Letta. I tagli di cui si sta dibattendo, relativi al 2015-2016, per la Lorenzin non sono previsti dalla legge di stabilità. "Si tratta del blocco del turnover che riguarda tutta la pubblica amministrazione", ha voluto sottolineare la titolare del dicastero della salute. Blocco che, viene da aggiungere, crea qualche difficoltà in più quando gli ospedali restano senza "camici bianchi" e si va avanti con contratti a tempo, dove i medici sono costretti ad accollarsi alti rischi per pochi spiccioli. "Ciò - ha proseguito il ministro - non può essere contabilizzato sul fondo sanitario nazionale, che è un'altra partita. Le cifre rimangono quelle previste dalla legge di stabilità, così come in precedenza stabilite". Infine la Lorenzin ha spiegato che entro la fine dell'anno chiuderà il "Patto per la salute" con le Regioni. In quella sede verranno inserite misure di riduzione della spesa mirate. E ancora: "Nel blocco del turnover è stato conteggiato il recupero di alcune risorse per la proroga del blocco, ma non riguarda il fondo sanitario e quindi non riguarda i beni e servizi, la spesa farmaceutica, le malattie o i livelli essenziali di assistenza". Il problema sembra così essersi spostato sull'atto che dispone i tagli piuttosto che su quest'ultimi. Una situazione che appare alquanto confusa, ma da cui almeno una certezza sembra trappolare: le cose non sembrano destinate a migliorare né per i medici né per i pazienti. **M.T.**

Rassicurazioni

Il ministro rivendica l'assenza di tagli nell'ultima legge di stabilità
Saranno i governatori a ridurre la spesa



SPRECHI DI STATO EMORRAGIA INARRESTABILE

Mazzette alle Asl e favori Ecco perchè non se ne esce

Risorse buttate

Soldi pubblici
sacrificati sull'altare
del sistema gelatinoso
di ospedali e fornitori
Ma risparmiare
non conviene a tanti

di STEFANO SANSONETTI

È come riempire di benzina il motore di una macchina con le ruote sgonfie, sperando che la macchina arrivi a destinazione. Se poi alla guida si siede la politica, e non manager capaci, si capisce che nemmeno la destinazione è chiara. Benvenuti nel mondo imperfetto della sanità italiana, almeno secondo l'immagine evocata in una recente ricerca realizzata da Transparency International Italia, Rissc (Centro ricerche e studi su sicurezza e criminalità) e Ispe (Istituto per la promozione dell'etica in sanità). La benzina, naturalmente, è data dai 100 e più miliardi di euro che vanno a finanziare il Servizio sanitario nazionale. Le gomme sgonfie, invece, sono le aziende e gli ospedali che certo non fanno dell'efficienza la loro caratteristica principale. E allora è proprio questo lo scenario all'interno del quale, certo non da ora, si è sviluppato quel sistema "gelatinoso" in cui la corruzione continua a proliferare e il denaro pubblico a essere sprecato. Come è possibile che in Italia l'Asl di una determinata regione paghi un inserto tibiale 199 euro e un'altra 2.479, con una differenza del 1.145%? E come si spiega che una protesi all'anca in ceramica venga pagata in una regione 284 euro e in un'altra 2.575, con una maggiorazione dell'806%? Il nodo è proprio questo. Conta poco il fatto che

il Servizio sanitario nazionale costi 100 o 110 miliardi di euro l'anno.

Un girone dantesco

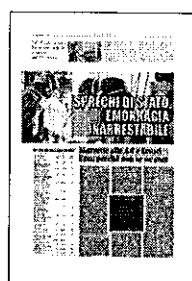
I dati appena citati, messi nero su bianco un anno fa dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici, dimostrano solo una cosa: questi 100-110 miliardi vengono spesi male. E quindi le risorse dei cittadini risultano ancora sistematicamente sacrificate sull'altare delle clientele, delle consorterie e della corruzione dilagante che modellano i rapporti tra aziende sanitarie, medici e aziende fornitrice.

Quanti anni sono che si discute dell'applicazione dei cosiddetti "costi standard"? Circa 20. Sulla carta si tratta di una soluzione semplice e semplice. Si prendono i costi sostenuti dalle regioni più virtuose nell'approvigionamento delle varie forniture sanitarie, poi si obbligano le altre ad adeguarsi. Se la media delle regioni più virtuose ci dice che il giusto prezzo per una protesi all'anca è di 300 o 400 euro, le altre non potranno più permettersi di pagarne 2.575. Facile a dirsi, nella realtà la situazione è un po' diversa. "Le regioni sono vischiose da un punto di vista politico e le aziende fornitrice sono quelle che sono", ha spiegato laconicamente a *La Notizia* Giuseppe Vitaletti, dal 2002 al 2006 presidente dell'Alta commissione sul federalismo fiscale, organo che ha trattato in lungo e in largo la questione dei costi standard. Ma il dato è subito molto chiaro. L'applicazione dei costi standard trova così tanti ostacoli perché andrebbe a incidere proprio su quel sistema di intrecci perversi che esistono in tutto il territorio tra Asl e imprese fornitrice. Per essere più chiari: se un fornitore, magari dietro qualche bel regalo ai dirigenti della Asl di turno, ha sempre venduto la famosa protesi all'anca a 2.500 euro, è evidente che lo stesso fornitore e la medesima Asl vedranno come fumo negli occhi l'applicazione dei costi standard. La realtà, ha aggiunto Vitaletti, "è che correggere questo stato di cose è una vera impresa. Ci sono resistenze immuni, difficili da immaginare".

Il documento

Per capirne la dimensione, può essere utile vedere cosa dice la ricerca di Transparency, Rissc e Ispe. "In alcune realtà l'Asl diventa un serbatoio di lavoro, da raggiungere non sempre attraverso la meritocrazia, e di conseguenza un serbatoio di voti". Poi

c'è la criminalità organizzata, "che soprattutto in alcune aree del paese vende servizi a bassa tecnologia alle Asl". Dal lato dell'offerta sanitaria, prosegue la ricerca, il problema più grave è "l'elevato grado di discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere, che influisce di conseguenza sull'offerta pubblica di servizi e rende difficile la standardizzazione delle prestazioni da erogare". Per non parlare del "ruolo ingerente della politica, soprattutto regionale, nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, nella selezione dei direttori e nell'allocatione delle risorse". Ma l'elenco è interminabile. C'è "la scarsa trasparenza nell'uso delle risorse", il loro spreco "che risponde principalmente a dinamiche clientele e di inefficienza sistemica". Infine "le scelte, ripetute nel tempo, di nominare i presidenti di regioni con deficit sanitari gravissimi quali commissari straordinari per la sanità regionale dimostra, se per caso ve ne fosse bisogno, la sostanziale assenza di qualsiasi forma di responsabilità politica per le inefficienze regionali". Insomma, di fronte a una situazione del genere in Italia si continua a promettere l'imminente applicazione dei "salvifici" costi standard, peraltro già approvati dal governo nelle loro grandi linee. Adesso ci riprova anche l'attuale ministro della sanità, Beatrice Lorenzin. Si spera con esiti più fortunati rispetto al recente passato.



Al via i costi standard

Stop alle spese folli del sud per la sanità

■■■ CHIARA PELLEGRINI

■■■ Via libera da parte del ministro della Salute all'applicazione dei costi standard per la razionalizzazione delle spese del comparto sanità. In pratica una garza, una siringa, una visita specialistica o un esame diagnostico, dovranno costare allo stesso modo, dalla Valle D'Aosta alla Sardegna. «Gli sprechi ci sono», ha ammesso il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, intervenuta a *"Uno mattina"* su Rai 1, «e sono determinati, spesso, da una cattiva governance nei vari territori e nelle varie aziende. E soprattutto da una mancanza di procedure uniformi e controllate», ha aggiunto. Così, per ovviare a potenziali sprechi, la Lorenzin propone di applicare i costi standard che, spiega, «sono già norma nazionale e che verranno presto approvati in Conferenza Stato-Regioni».

Cinque le regioni di riferimento per l'applicazione dei costi standard: Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. Tra queste soltanto tre (selezionate dal ministero della Salute, di concerto con l'Economia e con il parere degli Affari Regionali), faranno da *benchmark* (indice di riferimento) per il resto del Paese, saranno quindi scelte per l'individuazione dei costi e dei fabbisogni sanitari standard in base.

Altra strada per combattere gli sprechi è quella di realizzare «in ogni territorio le centrali uniche di acquisto». Vale a dire piattaforme comuni attraverso cui le aziende ospedaliere possono acquistare in blocco quello che gli occorre, ottimizzando la spesa. «Si potrebbero fare risparmi dal

15 al 30%», spiega il ministro, «Così non ci sarebbe bisogno di tagli ma il sistema sanitario potrebbe attivare un volano virtuoso per il recupero dei risparmi».

Nel comparto della sanità sarà fatta dunque «una *spending review* all'inglese», ha chiarito la Lorenzin. Niente più tagli con il macete dunque, «ma un recupero delle risorse», chiarisce, «che ammontano a svariati miliardi di euro, che poi verranno reinvestite in servizi, assistenza, ricerca scientifica e nel personale». Un altro passo sarà quello di puntare molto sulla medicina del territorio, alleggerendo il Servizio sanitario nazionale (e gli ospedali), investendo quindi sulle Asl e «deospedalizzando il più possibile soprattutto per dare più efficienza e qualità al Servizio sanitario nazionale». Razionalizzazione è la parola d'ordine. «Sprecare le risorse in un momento di crisi è immorale», ha insistito il ministro, «da buona notizia di questi giorni non è solo quella di aver scongiurato i tagli alla Sanità, ma soprattutto quella di aver compreso che il welfare è un elemento di forte tenuta sociale, e la sanità non un bancamat, ma una materia sulla quale investire».

Il ministro ha poi riconosciuto che la carenza di personale è un problema del Ssn, «che sarà affrontato nel Patto per la salute». In questo senso sono Lazio, Campania e Calabria, le regioni maggiormente colpite, perché investite da Piano di rientro. «Dovremo programmare nei prossimi anni il fabbisogno di medici accanto a una valutazione in relazione ai corsi universitari e di specializzazione», ha concluso.



Il ministro Beatrice Lorenzin /Fgi



quotidianosanità.it

Venerdì 24 OTTOBRE 2013

Legge di stabilità. Iniziato l'esame in Parlamento. Ecco tutte le norme sulla sanità

Ridotto il fondo sanitario per 1,150 mld nel 2015/2016. Confermato il blocco della parte economica di contratti e convenzioni fino al 2014. Scuole di specializzazione ridotte a 4 anni e rifinanziati i Fondi per le non autosufficienze e per la violenza sessuale e di genere. Ma anche interventi sull'Iva e sulle tariffe dei certificati. IL TESTO E LA RELAZIONE TECNICA DEL DDL STABILITÀ.

Il ddl di stabilità varato nel Consiglio dei Ministri dello scorso 15 ottobre non contiene tagli al finanziamento della sanità. Ma solo per il 2014. Nel biennio 2015-2016, infatti, come precisato nell'art. 11 al comma 21, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale verrà ridotto rispettivamente, di 540 milioni di euro per l'anno 2015, e 610 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016.

Questo risparmio è dovuto alla riduzione di 1,150 mld sulla spesa per il personale sanitario: in particolare grazie al blocco dell'indennità di vacanza contrattuale fino al 2017 sui valori in godimento al 31 dicembre 2013 (140 mln nel 2015 e 210 mln nel 2016) e ad una serie di interventi sul trattamento accessorio (400 mln per ognuno dei due anni). Confermato poi il blocco del rinnovo della parte economica del contratto e delle convenzioni fino a tutto il 2014. Il rinnovo di contratti e convenzioni potrà invece essere negoziato ma solo per la parte normativa, senza possibilità di recupero per la parte economica. Tra le altre norme spicca la riduzione di un anno (da 5 a 4) della durata dei corsi delle scuole di specializzazione in medicina, sul quale però è probabile un passo indietro del Governo come preannunciato dal ministro Lorenzin al fine di mantenere gli stessi standard formativi europei. Per l'anno 2014 è poi incrementata la spesa di 250 milioni per gli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

Riguardo l'iter del provvedimento, nella seduta di ieri al Senato, il vicepresidente Roberto Carderoli (LN) ha deferito alle Commissioni di merito il provvedimento di Stabilità (ddl n. 1120), dando così inizio alla sessione di bilancio. Le Commissioni trasmetteranno i propri rapporti alla Commissione Bilancio entro martedì 29 ottobre.

Ma vediamo in particolare quali sono i punti che interessano la sanità.

Art. 3 (Risorse per lo sviluppo)

Al comma 2 viene spiegato come al fine di assicurare l'efficacia e la sostenibilità nel tempo della strategia nazionale per lo sviluppo delle Aree interne del Paese, in coerenza con l'Accordo di partenariato per l'utilizzo dei Fondi a finalità strutturale assegnati all'Italia per il ciclo di programmazione 2014-2020, è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro nel 2014, e 43,5 milioni per ciascuno degli anni 2015 e 2016, a carico delle disponibilità del Fondo di rotazione.

Al comma 3 viene poi specificato come queste risorse saranno destinate "prioritariamente", tra l'altro, a finanziare i "servizi socio-sanitari".

Art. 6 (Misure fiscali per il lavoro e le imprese)

Al comma 2 si dice che, con effetto dal 1° gennaio 2014, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, su proposta dell'Inail, "è stabilita la riduzione dei premi e contributi per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, nel limite complessivo di un importo pari a 1.000 milioni di euro per l'anno 2014, 1.100 milioni di euro per l'anno 2015 e 1.200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016". Inoltre, in considerazione dei risultati gestionali dell'ente e dei relativi andamenti prospettici, è riconosciuto allo stesso ente da parte del bilancio dello Stato un trasferimento pari a 500 milioni di euro per l'anno 2014, 600 milioni di euro per l'anno 2015 e 700 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016. A decorrere dall'anno 2016, l'Inail dovrà effettuare una verifica di sostenibilità economica. Al comma 23, la disposizione in esame interviene in ordine alle novità fiscali che prevedono l'applicazione dell'aliquota Iva del 10% in luogo del 4%, per le prestazioni di assistenza e sicurezza sociale rese dalle cooperative e dai loro consorzi. In particolare, la norma in oggetto prevede il ripristino dell'aliquota Iva del 4% per le prestazioni socio sanitarie per le sole cooperative sociali.

Art. 7 (Misure di carattere sociale)

Al comma 3 in materia di **Fondo per le non autosufficienze**, inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, viene autorizzata una spesa di 250 milioni di euro per l'anno 2014.

Al comma 8 viene poi rifinanziato il **Fondo nazionale contro la violenza sessuale e di genere** con 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014, 2015 e 2016.

Al comma 9 vengono incrementati di 121 milioni di euro, per l'anno 2014, gli specifici stanziamenti finalizzati ad adempiere agli obblighi di rimborso nei confronti degli Stati dell'Unione europea in materia di **mobilità sanitaria internazionale**.

Art. 9 (Rifinanziamento di esigenze indifferibili e ulteriori finanziamenti)

Al comma 4 si segnala l'incremento di 150 milioni di euro per il **finanziamento ordinario delle università** per l'anno 2014.

Al comma 12, al fine di garantire la prosecuzione delle attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche svolte, sia a livello nazionale che internazionale, dalla **Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia (IME)**, è autorizzata la spesa di euro 3,5 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2014.

Passando poi al comma 21, al fine di garantire la diffusione della pratica sportiva, il **Fondo per lo sviluppo e la capillare diffusione della pratica sportiva** viene rifinanziato di 10 milioni di euro per l'anno 2014, 15 milioni di euro per l'anno 2015 e 20 milioni di euro per l'anno 2016.

Art. 10 (Razionalizzazione della spesa delle amministrazioni pubbliche)

Al comma 31 viene indicato come, a partire dall'anno accademico 2014/2015, il termine di 5 anni concernente la durata delle **scuole di specializzazione di area sanitaria**, è ridotto a 4 anni. Nei limiti delle risorse disponibili, il Ministero dell'Istruzione di concerto con quello della Salute e dell'Economia, entro il 30 marzo 2014, può stabilire una diversa durata dei corsi di formazione specialistica entro il limite di 5 anni.

Nel comma 33, nelle more della definizione degli interventi correttivi, le dotazioni finanziarie iscritte a legislazione vigente, in termini di competenza e cassa, delle **spese rimodulabili delle missioni di spesa di ciascun Ministero** sono accantonate e rese indisponibili per gli importi di 256 milioni di euro per l'anno 2015 e 622 milioni di euro annui per gli anni 2016 e 2017. Restano escluse dagli accantonamenti le spese iscritte negli statuti di previsione dei Ministeri per i beni e le attività culturali e dell'istruzione, dell'università e della ricerca, nonché le spese iscritte nell'ambito della Missione "Ricerca e innovazione" e gli stanziamenti relativi al Fondo per lo sviluppo e la coesione e quelli relativi alla realizzazione delle opere e delle attività connesse allo svolgimento del grande evento Expo Milano.

Art. 11 (Razionalizzazione della spesa nel pubblico impiego)

Nel comma 1 viene spiegato come per gli anni 2015-2017 l'**indennità di vacanza contrattuale** da computare quale anticipazione dei benefici complessivi che saranno attribuiti all'atto del rinnovo contrattuale è quella in godimento al 31 dicembre 2013.

Al comma 2 viene inoltre sottolineato come "si dà luogo alle **procedure contrattuali e negoziali** ricadenti negli anni 2013-2014, per la sola parte normativa senza possibilità di recupero per la parte economica".

Per effetto di queste disposizioni, nel comma 4 viene segnalato come le Regioni non debbano tener conto dell'**indennità di vacanza contrattuale** riferita al periodo 2015-2017.

Il blocco della parte economica dei contratti viene prorogato al 31 dicembre 2014 e, a decorrere dal 1 gennaio 2015, le risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio sono decurtate di un importo pari alle riduzioni operate per effetto del precedente periodo (comma 5).

Al comma 9 si segnala come nell'anno 2016, le amministrazioni possono procedere ad **assunzioni di personale a tempo indeterminato**, nel limite di un contingente di personale complessivamente corrispondente ad una spesa pari al 60% di quella relativa al personale cessato nell'anno precedente. La predetta facoltà assunzionale è fissata nella misura dell'80% nell'anno 2017 e del 100% a decorrere dall'anno 2018.

Passando al comma 17, si evidenzia come la prestazione lavorativa resa nel giorno destinato al riposo settimanale o nel festivo infrasettimanale non dà diritto a retribuzione a titolo di **lavoro straordinario** se non per le ore eccedenti l'ordinario turno di servizio giornaliero. Sono fatti salvi gli effetti delle sentenze passate in giudicato alla data di entrata in vigore della presente legge.

Infine, al comma 21, si segnala come per effetto delle disposizioni precedenti, il **livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale** è ridotto di 540 milioni di euro per l'anno 2015 e 610 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016. Questa riduzione dovrà essere ripartita tra le Regioni secondo criteri e modalità proposti in sede di autocordinamento dalle regioni stesse, da recepire in sede di Conferenza Stato-Regioni entro il 30 giugno 2014. Qualora non intervenga la proposta entro questo termine, la riduzione verrà attribuita secondo gli ordinari criteri di ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Art. 13 (Patto di stabilità interno delle Regioni)

Al comma 12 si spiega come le Regioni, per l'anno 2014, debbano assicurare un ulteriore **concorso alla finanza pubblica** per un importo complessivo di 560 milioni di euro. Nel caso di mancato versamento entro il 31 marzo 2014, al comma 15 viene spiegato che gli importi dovuti saranno portati in riduzione delle risorse, escluse quelle destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale.

Art. 18 (Altre disposizioni in materia di entrate)

In materia di **imposta di bollo**, al comma 6 si precisa che le istanze per via telematica riguardanti le unità sanitarie locali, tendenti ad ottenere l'emanazione di un provvedimento amministrativo o il rilascio di certificati, estratti, copie e simili sarà soggetto ad un importo di 16 euro.

Lo stesso importo sarà dovuto per atti e provvedimenti delle unità sanitarie locali rilasciati per via telematica anche in estratto o in copia dichiarata conforme all'originale (comma 8).

Giovanni Rodriguez

quotidianosanità.it

Venerdì 24 OTTOBRE 2013

Legge di Stabilità. Federspecializzandi: "Bene ritorno ai 5 anni, ma servono più soldi per i contratti"

La Federazione degli specializzandi accoglie con soddisfazione il passo indietro del Governo sul taglio lineare alla durata delle scuole di specializzazione. "Ma non basta". Allo studio emendamenti per reperire risorse aggiuntive per offrire uno sbocco formativo ai laureati in Medicina.

FederSpecializzandi accoglie con "soddisfazione" il passo indietro del Governo sul taglio lineare, contenuto all'interno della Legge di Stabilità, alla durata delle scuole di specializzazione. "Come era già stato sottolineato nei giorni scorsi, tale manovra, che appariva l'ennesimo taglio indiscriminato utilizzato per fare cassa a scapito degli investimenti dedicati alla formazione, avrebbe reso alcuni diplomi di specializzazione non riconoscibili negli altri Paesi dell'Unione Europea", spiega una nota della Federazione degli Specializzandi che ribadisce, però, "la necessità di rivisitare gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione in termini di aggiornamento delle competenze necessarie per conseguire il diploma di specializzazione, di obiettivi formativi attraverso i quali acquisire queste competenze e, nei casi opportuni, di una riduzione della durata del percorso di specializzazione".

Secondo Federspecializzandi, "una riduzione generalizzata della tempistica ai livelli minimi previsti dalla direttiva europea rischia di essere un gioco al ribasso che, se mal calibrato e in assenza di una rigoroso percorso di rivisitazione degli ordinamenti, avrebbe come risultato quello di inficiare la qualità della preparazione dei futuri specialisti".

Federspecializzandi critica infine il fatto che la legge di Stabilità "non fornisce risposte adeguate alla necessità di reperire le risorse necessarie a finanziare un adeguato numero di contratti di specializzazione rispetto al numero di laureati in medicina e chirurgia che, in assenza di un finanziamento aggiuntivo, rischiano di essere largamente insufficienti rispetto alla necessità di garantire agli aspiranti specializzandi la possibilità di completare il loro percorso di formazione e creare le condizioni perché possano ambire di lavorare all'interno del nostro Servizio Sanitario Nazionale".

La federazione degli specializzandi annuncia quindi che sono allo studio emendamenti "che saranno distribuiti nei prossimi giorni e sono volti a reperire ulteriore risorse per il finanziamento di un numero congruo di nuovi contratti di specializzazione".

Istruzione Le strategie in attesa di ritentare l'ammissione

Dove vanno a finire i 100 mila esclusi dai test universitari

Un anno all'estero o facoltà «gemelle»

di DARIO DI VICO

Che fine fanno i ragazzi che non superano il test delle facoltà a numero chiuso? La domanda riguarda all'incirca 80-100 mila giovani che hanno cercato di entrare nell'università dalla porta ritenuta principale e che sono costretti a rimodulare le loro strategie formative. Sono tre le facoltà che hanno deciso a livello nazionale di adottare le iscrizioni a numero chiuso e sono medicina, architettura e veterinaria. Anche il corso di professioni sanitarie ha un proprio statuto che di fatto equivale a un numero programmato. Ma in realtà ormai in tutti gli atenei la tendenza è quella di monitorare rigidamente i flussi di altre facoltà (in primis economia ma anche ostetricia e marketing) per tenere in equilibrio numero dei docenti e degli studenti.

Il numero chiuso, dunque, è un trend che fa proseliti, di conseguenza non è sbagliato porsi il problema di dove vada a finire chi resta fuori dai portoni. Dalle tre facoltà chiuse per decisione centrale sono rimasti esclusi circa 66 mila aspiranti universitari ai quali vanno aggiunti quelli che incontrano lo stesso destino nelle altre facoltà e nei singoli atenei.

Chi resta fuori da medicina si iscrive per la maggior parte a facoltà affini, in primo luogo biologia o chimica. L'obiettivo è di ritentare il test l'anno successivo e nel frattempo dare qualche esame che possa essere riconosciuto. Perché questa è la prima conclusione a cui giungere: in tanti non si arrendono dopo il

primo flop ma utilizzano l'anno che scorre per preparare la seconda chance. Capita così che in alcune città ad essere ammessi a frequentare medicina nel 2013 siano stati molti ragazzi del '93 che grazie all'anno in più di preparazione sono diventati più «competitivi» di quelli del '94. Qualcuno, invece, pur di diventare medico prende la strada dell'Albania come documentato di recente dal *Corriere*. È chiaro che la strategia di recupero impennata sul ruolo collaterale di biologia o chimica non potrà andare avanti all'infinito perché il numero chiuso sta già arrivando anche lì.

La seconda pratica ricorrente è quella di scegliere una facoltà-parcheggio che quasi sempre è lettere o giurisprudenza. Durante l'anno il ragazzo e la famiglia decideranno se puntare davvero a quel titolo di studio o utilizzare il periodo come un check sulle strategie future. In qualche sede si segnala quest'anno un aumento abnorme delle iscrizioni a lettere, forse proprio in virtù di questa pratica. È evidente che rispetto alla prima strada questa seconda appare meno strutturata e può anche succedere che molte famiglie cambino in corsa la strategia universitaria che inizialmente prevedeva «una facoltà che ti dia lavoro» e che finisce per contemplare come ripiego «da facoltà che veramente ti piace».

Esiste poi un terzo tipo di strategia più creativa e meno convenzionale. Le famiglie che possono permetterselo nell'anno «bianco» mandano il figlio in Inghilterra a perfezionare la lingua. Un modo per impiegare

utilmente il tempo e integrare funzionalmente quello che sarà l'insegnamento universitario specialistico. È chiaro che si tratta di una scelta minoritaria e non alla portata di tutti i budget. Così come un'altra soluzione, anch'essa minoritaria ma che merita di essere sottolineata è quella di mandare il ragazzo a fare un'esperienza di vita. Si può trattare di una permanenza all'estero presso conoscenti o ancora di un anno di volontariato nei Paesi in via di sviluppo in collaborazione con le organizzazioni del non profit. Quest'ultima soluzione ricalca un po' quello che gli americani scelgono per il loro *gap year*, l'anno che intercorre per molti tra la fine dell'high school e l'inizio della vita in college.

Detto delle strategie familiari prevalenti è giusto anche porsi la domanda se questo stock di universitari respinti non possa diventare nel medio periodo un problema di cui occuparsi. Una decisione corretta è stata quella di anticipare dal 2014 il test di ammissione universitaria ad aprile piuttosto che dopo la chiusura delle scuole, in questo modo gli studenti hanno più tempo per calibrare le proprie opzioni e per evitare errori. Eh

sì, perché dietro tutta questo movimento un rischio si corre: che una quota di respinti alla fine vada a ingrossare le fila degli ormai famosi «Neet», l'esercito dei giovani italiani che non studiano e non lavorano. E francamente quell'esercito andrebbe sfoltito, non allargato.

Conte (Fnomceo): Ecm, coperti con i crediti quasi tutti i medici in esercizio

Settanta sanitari su cento si aggiornano con i crediti Ecm. Ma i medici stanno meglio rispetto agli altri. Il dato, alla vigilia della V Conferenza sulla formazione continua (Roma, 4/11) lo offre **Luigi Conte**(foto) componente Fnomceo in Commissione nazionale Ecm. «Stando ai nostri dati, prende i crediti l'82% dei medici. Ma del campione fanno parte anche pensionati e 25 mila specializzandi, esonerati dal sistema. Dunque raggiungiamo il 90% degli obbligati. A differenza di altri sanitari, i medici hanno oggi più opportunità di aggiornarsi».

Dal 2014 peraltro chi non si aggiorna dovrebbe essere punito, a norma di manovra bis 2011 e del decreto Balduzzi che indica come illecito disciplinare la mancata frequenza ai corsi. Ma la legge non dà agli ordini strumenti per punire chi non si aggiorna. «All'articolo 19 e in altri passi del nuovo codice diciamo che aggiornarsi è obbligatorio – anticipa Conte – ma abbiamo fatto valere la regola che quando l'offerta formativa è bassa non si può sanzionare. Si punirà più avanti, quando l'offerta sarà completa e di fronte a chiari rifiuti.

Peraltro nelle aziende si impone la consuetudine, da noi condivisa, di far inserire ai medici nelle selezioni di carriera anche gli attestati di frequenza ai corsi: il non-premio qui pesa di più della sanzione».

L'Ordine rivendica un potere di valutazione o di provider? «Abbiamo sposato il ruolo di certificatori dei crediti degli iscritti a tutela della qualità del servizio del medico al cittadino, ma non rinunciamo a verificare la qualità dei corsi erogati, essendo questo un sistema dove i provider sono pubblici e privati, eterogenei, e dove qualcuno potrebbe vincolare a parametri commerciali la propria offerta. Ci siamo accollati anche di fare da provider sia su temi etici, deontologici, di legislazione, sia per l'inglese scientifico, sia in temi tecnici professionali. Nel terzo caso l'intento è calmierare il mercato: i nostri corsi sono gratuiti e la formazione a distanza erogata con Ministero della Salute e Ipasvi ha attratto 383 mila partecipanti in 5 anni e coperto 6 milioni di crediti. Abbiamo istituito poi

un meccanismo di accreditamento centralizzato per eventi di ordini provinciali ("Omceoinrete") per dare più chance di formazione ai medici in "periferia". Sono tutti obiettivi strategici degli Ordini».

Mauro Miserendino

Non servono soldi, ma nuove regole per rendere efficiente la Sanità

L'assenza di cultura del controllo e della verifica dei risultati ha portato la politica italiana a considerare interventi di governo solo quelli che comportano stanziamenti; la differenza tra destra e sinistra è inesistente se non, a volte, nella tecnica o nei destinatari della distribuzione (ovvero dell'assistenzialismo). In molti settori dell'economia e dei servizi, invece, la vera necessità è introdurre regole nuove che cambino vecchi assetti. Soldi per mantenere e riprodurre l'esistente sono solo dannosi e funzionali a mantenere storture, sprechi, atteggiamenti parassitari. È il caso ad esempio della Sanità in cui molte regole attuali sono orientate ai soli interessi/privilegi di chi vi lavora o di chi ne trae benefici economici, ignorando gli interessi di salute dei cittadini e quelli economici dei contribuenti.

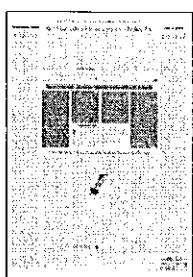
In proposito voglio fare due esempi di riforme a costo zero e a benefici altissimi per gli utenti e la collettività. Il primo riguarda le regioni ad alto deficit sanitario, che hanno accumulato un fortissimo debito e che sono state commissariate. In esse da anni, vista la manifesta incapacità gestionale, l'assessore alla Sanità è stato rimesso ed è stato nominato un commissario. L'assurdità è che per legge viene nominato commissario il presidente di regione, cioè uno dei maggiori imputati del disastro economico e gestionale! Questa follia prosegue da anni, accompagnata dall'accumularsi di deficit e debito. Le regioni commissariate attualmente sono cinque: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio e Molise (altre cinque hanno adottato "piani di rientro" ma non sono ancora commissariate). Lo scandalo dei presidenti-commissari si traduce anche nel fatto che la maggior parte di tutto il deficit nazionale sanitario proviene proprio dalle regioni commissariate. Tutto avviene nell'indifferenza interessata di tutti i partiti (che hanno fatto della Sanità una fonte di consenso elettorale e di controllo clientelare) ad eccezione dei Radicali che, unici, hanno proposto che non sia commissario chi abbia avuto o abbia incarichi istituzionali nella regione. Basterebbe nominare cinque persone esperte senza incarichi istituzionali presenti o passati in quelle regioni, che non siano cioè complici dei disastri avvenuti e possano liberamente attuare gli interventi necessari senza media-

zioni e ricatti. Una norma che non costa ma che anzi porterebbe all'azzeramento di circa 1,5 miliardi di euro di deficit sanitario l'anno, delle regioni ora fintamente commissariate.

Il secondo esempio riguarda il contratto di lavoro della Sanità pubblica. Esso prevede vincoli, procedure, privilegi che rendono difficilissimo ogni piano di ristrutturazione razionale. Questo perché i servizi sanitari sono organizzati a immagine e somiglianza degli operatori e delle numerosissime sigle sindacali, a dispetto delle esigenze e dei diritti degli utenti. Tra i tanti casi pratici ne cito uno: gli operatori, con una semplice visita della Asl (che non ha alcun interesse a essere rigorosa) possono ottenere di essere demansionati, cioè di non fare lavori di assistenza impegnativi e di essere spostati dai reparti di assistenza a più comodi uffici o servizi come le portinerie o l'amministrazione. Ciò può essere in linea di principio accettabile per chi è veramente in condizioni fisiche precarie, ma diventa un sopruso che pagano i malati e le casse pubbliche se il suo ricorso dilaga e diviene una specie di self-service autorizzato.

Qualche numero: al Pio Albergo Trivulzio di Milano (azienda per l'assistenza socio-sanitaria di anziani e non autosufficienti) 223 dipendenti sono demansionati, il 18 per cento di tutti i dipendenti e il 25 per cento della principale categoria di provenienza dei demansionati. In qualsiasi azienda privata del settore tali percentuali sono invece bassissime e lo stesso vale per il fenomeno dell'assenteismo permesso dalle norme attuali. Ora molti lodano Rotelli perché in poco tempo sta portando il San Raffaele di Milano dal disastro gestionale all'equilibrio; è un genio Rotelli o gli strumenti a sua disposizione sono diversi da quelli presenti nelle aziende sanitarie pubbliche? Non c'è emergenza di risorse economiche nella Sanità; anzi in questa situazione maggiori risorse favorirebbero il mantenimento di sprechi, disorganizzazioni e atteggiamenti corporativi. C'è grande bisogno di regole diverse, che siano finalizzate alla tutela della salute dei cittadini e dei soldi dei contribuenti invece che agli interessi interni alla Sanità.

Marcello Crivellini
Docente di Analisi e organizzazione di sistemi sanitari al Politecnico di Milano



Lorenzin: entro Natale costi standard della sanità

Entro Natale i costi standard della sanità potrebbero vedere la luce. Lo ha assicurato, parlando a Firenze all'assemblea dell'Anci, il ministro della salute, Beatrice Lorenzin. Secondo il ministro infatti sono già stati accumulati fin troppi ritardi nell'implementazione dei parametri di virtuosità, previsti dal federalismo fiscale, che dovrebbero a regime arginare gli sprechi nella sanità costringendo le regioni a pagare il «prezzo giusto» per le forniture di beni e servizi. «Non c'è più tempo da perdere», ha detto, «il governo sta facendo moral suasion per spingere le regioni a partire con i costi standard entro Natale. Tra l'altro l'applicazione dei costi standard è già parte integrante del patto per la salute che ci dovrà portare a programmare le spese della sanità per i prossimi tre-cinque anni, sfruttando anche il fatto che la legge di Stabilità ha risparmiato la sanità dai tagli». Lorenzin ha anche auspicato un'immediata

realizzazione delle centrali uniche di acquisto, «di cui si parla sempre troppo poco ma che consentirebbe di realizzare risparmi tra il 15 e il 30%. Risorse, nell'ordine di diversi miliardi di euro, che secondo il ministro potrebbero essere reinvestite nei settori più bisognosi».

Condizione essenziale perché i costi standard possano partire è, tuttavia, l'individuazione delle regioni benchmark. I governatori però continuano a litigare su quali debbano essere le regioni da inserire nel terzetto di riferimento, tanto che quest'estate (si veda *Italia Oggi* del 2/8/2013) la riunione del parlamentino dei governatori che avrebbe dovuto partorire la decisione si concluse con un nulla di fatto per l'opposizione del presidente della regione Lombardia, Roberto Maroni, alla classifica del ministro Lorenzin che relegava la Lombardia al quarto posto davanti al Veneto e dietro Umbria, Marche ed Emilia Romagna. «Qualeuno al governo non sa fare bene i conti», aveva detto polemicamente Maroni, «si vuole escludere dalle tre regioni benchmark l'unica con i conti in regola che non ha mai sforato e non ha mai avuto alcun piano di rientro: la Lombardia». E il presidente del Veneto, Luca Zaia, aveva rincarato la dose accusando espressamente il governo di aver escluso volutamente Lombardia e Veneto per non costringere le altre regioni a confrontarsi con parametri di virtuosità troppo elevati. Insomma, una manovra come un'altra per mantenere elevata la spesa pubblica.

Da quel momento poco o nulla si è mosso e questo complica le cose perché senza un accordo tra i presidenti, i costi standard saranno destinati a rimanere congelati. Il ministro della salute, però, resta ottimista. «Non voglio nemmeno prendere in considerazione questa ipotesi», ha detto.

da Firenze Francesco Cerisano



Beatrice Lorenzin

