

RASSEGNA STAMPA – martedì 31 luglio 2012

ANAAO SULLA STAMPA 31 e 30 luglio 2012

Ticket o franchigia, purché paghi il cittadino (onesto)

Le ipotesi del Ministro Renato Balduzzi per recuperare entro il 2014 altri miliardi di euro.

IL FATTO QUOTIDIANO

Decreto. oggi il governo pone la fiducia al Senato. Poi tocca alla Camera, dove non dovrebbero esserci sorprese: “Abbiamo fatto una mini finanziaria”.

Spending review – I sindacati confermano lo sciopero del 28 settembre.

La pillola non va giù.

IL MANIFESTO

Spending review: ANAAO, curiosa coincidenza casi malasanità smantellamento SSN avrà effetto su sicurezza cure

ANSA

Sanità: ANAAO, tagli in atto mettono a rischio sicurezza cure.

ADNKRONOS SALUTE

Malasanità e spending review: curiosa coincidenza.

HEALTHDESK.IT

Malasanità e spending review. Anaa: “Solo una coincidenza?”.

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Modelli. Ecco le novità introdotte con la ristrutturazione delle cure all'infanzia.

Area pediatrica a “5 stelle”.

I temi accreditamento, territorio, medici in rete, dirigenza e specialità.

IL SOLE 24 ORE SANITA'

Ticket o franchigia, purché paghi il cittadino (onesto)

LE IPOTESI DEL MINISTRO **RENATO BALDUZZI** PER RECUPERARE ENTRO IL 2014 ALTRI 2 MILIARDI DI EURO

Non è facile calcolare con precisione i tagli alla spesa sanitaria stabiliti dal governo Berlusconi e implementati da quello Monti. Oltre ai piani di rientro delle Regioni deficitarie (Piemonte, Toscana, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia), adesso ci sono i 5 miliardi di spending review da organizzare sui 20 che in totale sono stati programmati da qui al 2014. La ricetta è nota: via il 50% dei posti letto, blocco del turnover, riduzione delle convenzioni con laboratori e strutture private, preferenza ai farmaci generici. "E poi ci sono i 2 miliardi dei ticket che scattano nel 2014 - spiega Stefano Cecconi della Cgil - . È un lascito di Tremonti: l'idea era di caricarli sui pazienti con nuovi ticket, adesso il ministro Balduzzi parla di

compensazioni tramite franchigia. Ma lo fa in modo vago e confuso. Mi pare bizzarro mettere sul tappeto il tema così, senza discuterlo con nessuno, creando ulteriore confusione in un comparto già stressatissimo".

L'ultimo incidente di percorso, se così si può dire, è della settimana scorsa: la Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo il decreto 2011 Tremonti in cui si imponeva alle Regioni un nuovo ticket. Essendo la materia di pertinenza regionale, ha spiegato la Consulta, il Parlamento non poteva decidere da solo. E quindi, dove andare a cercare i famosi 2 miliardi? Con il meccanismo

delle prestazioni a pagamento per fasce di reddito con franchigia iniziale, propone Balduzzi: prima si stabilisce quale valore di prestazione sia offerto gratis a tutti i cittadini (per esempio, 100 euro l'anno), e poi, esaurito il bonus, ognuno pagherà in base al proprio reddito. Quindi, se si è ricchi, si paga molto. Se invece si hanno redditi medi o bassi, si paga

meno. "Il problema è però che in Italia l'evasione fiscale rimane enorme - continua Cecconi - . Se professionisti e commercianti dichiarano redditi di 10 o 20mila euro l'anno, saranno favoriti e costeranno moltissimo al sistema". Un

esperimento in vitro di questa possibile innovazione è già applicato nelle Regioni che nel 2011 hanno trasformato il cosiddetto superticket in ticket progressivo. In pratica, quando si decide di applicare un surplus di 10 euro alle prestazioni ospedaliere per cui già si pagava il ticket normale (i classici 36 euro per esami come ecografie e raggi), alcuni governatori pensarono di modulare questa somma attribuendola secondo classi di reddito e prestazioni. Cioè, anziché applicare automaticamente 10 euro a qualsiasi esame e a tutti gli utenti, fu scelto di calibrare il surplus sia per tipologia di prestazione che per fascia di reddito. Risultato: oggi chi vive in Emilia, Umbria o Toscana paga in modo differenziato il superticket, e le Regioni tengono in ordine l'anagrafe dei pazienti attraverso il modulo Isee richiesto ogni anno per assegnare la categoria di appartenenza. A esser ottimisti, si potrebbe pensare che così anche le spese sanitarie diventeranno uno strumento di tracciabilità per gli evasori, ma per il momento la proposta del ministro non risponde alla domanda più urgente: tra i tagli in agenda e i nuovi costi sulle spalle dei contribuenti (onesti), cosa diventerà la sanità italiana? **Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, è preoccupato: "Aumento dei carichi di lavoro con migliaia di ore extra-orario e riposi compensativi disattesi, obsolescenza della tecnologia non utilizzata a salvaguardia della sicurezza, vetustà di ambienti e impianti: errori e malasanità nascono da questo. Con i nuovi tagli ci si rassegni agli effetti collaterali, e basta con le lacrime di cocodrillo".** C. P.

**Il nuovo
meccanismo
basato sulla
dichiarazione
dei redditi:
evasori favoriti
ancora una volta**

Decreto • *Oggi il governo pone la fiducia al Senato. Poi tocca alla Camera, dove non dovrebbero esserci sorprese. «Abbiamo fatto una mini finanziaria»*

SPENDING REVIEW • I sindacati confermano lo sciopero del 28 settembre

La pillola non va giù

Riccardo Chlari

«In cinque giorni siamo riusciti a fare una sorta di mini finanziaria». In aula dal sottosegretario Gianfranco Polillo arriva un briciolo di onestà intellettuale sulla spending review. Non una revisione di spesa, piuttosto una nuova manovra da 26 miliardi nel triennio 2012-14. Con tagli lineari, così come denunciano gli enti locali che subiscono gli effetti del provvedimento del governo Monti. E con misure che convincono Cgil, Uil e Ugl a confermare lo sciopero del pubblico impiego per il 28 settembre, anche dopo un ultimo incontro con il ministro Patroni Griffi che stima 11mila esuberanti solo nell'amministrazione centrale: «Non possiamo fare alcuna modifica - tira le somme il segretario confederale Nicola Nicolosi della Cgil - e la riduzione del personale, unita ai tagli alla sanità, sono un attacco allo stato sociale nel suo insieme». Quanto alla conversione del decreto, in Senato dovrebbe essere una passeggiata, dopo che in commissione bilancio è stato dato il via libera a 90 emendamenti, concordati con l'esecutivo e senza toccare un solo euro dei 26 miliardi previsti. Invece la seduta, già partita in ritardo di un'ora per le troppe assenze in aula, si blocca quasi subito. Si rincorrono le voci che indicano il ritardo per l'opposizione di Farmindustria alla stretta sui farmaci di marca, in favore di quelli generici. Questo in un paese dove la vendita dei generici è al 20%, mentre in Germania è al 64%. Voci confermate, e vin-

ce Farmindustria: sarà il medico a decidere se scrivere nella ricetta il nome o solo il principio attivo del medicinale. Alle 19.30 il governo pone la fiducia, solo oggi il voto finale di Palazzo Madama. Cui seguirà, in teoria a tambur battente, quello di Montecitorio.

Quanto al merito della spending review, il relatore dei democristiani Paolo Giarretta ribadisce: «Il decreto riduce le spese per impedire un aumento dal prossimo ottobre di due punti dell'Iva, e per liberare risorse per l'emergenza terremoto, con un fondo di due miliardi e strumenti creditizi agevolati e garantiti dallo Stato per altri sei miliardi. Parte delle risorse allargano poi di 55mila unità la platea dei lavoratori esodati». Anche per lui però qualcosa non torna: «Resta uno squilibrio tra i tagli nella spesa degli apparati centrali e nella spesa delle autonomie. Per il 2013 si taglia l'1,8% della spesa centrale rispetto al 3% della spesa locale». Del resto la Corte dei Conti aveva già segnalato le ulteriori difficoltà di Regioni, Province e Comuni, dopo che nel biennio 2010-11 è stato tagliato il 20% circa delle risorse a disposizione. Il contentino è un emendamento che assicura ai comuni 800 milioni, dei quali 500 presi dal fondo per i rimborsi fiscali alle aziende, e 300 girati dalle Regioni in quella che i critici definiscono una partita di giro. Le Province saranno invece «riordinate» dalle Regioni, cioè accorpate fra loro, in modo da avere solo quelle con almeno 350mila abitanti e 2.500 chilometri quadrati. Solo per fare alcuni esempi Terni andrà con Perugia, Isernia con Campobasso, Matera con Potenza, e

Pisa andrà - o meglio dovrebbe andare - con Livorno.

Sulla tagli alla sanità pubblica la sintesi del giorno arriva da Costantino Troise, che guida il sindacato dei medici Anaa Assomed: «C'è stato un taglio a monte del finanziamento che, cumulato a quello di Tremonti, arriva a circa 20 miliardi nel prossimo triennio. Un taglio dei posti letti pubblici che si aggiunge a quanto fatto dal 2004, con scomparsa di 50mila posti complessivi; il prolungamento del blocco del turnover del personale, di fatto fino al 2015, che porta gli operatori sanitari italiani alla più alta età media nell'Ue». Inoltre le otto regioni in disavanzo sanitario (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) dovranno anticipare al 2013 la maggiorazione dell'aliquota addizionale regionale Irpef. Si va dallo 0,5% all'1,1%, per circa 18 milioni di italiani.

Ultime spigolature: i residui dei finanziamenti a partiti o movimenti che non esistono più - è l'emendamento «Margherita» - possono essere destinati al 5 per mille per la ricerca e il volontariato. Limati, ma non come nel decreto originale, gli sconti alle farmacie per l'acquisto di farmaci. Tetto di 300mila euro per la retribuzione a manager e dipendenti delle partecipate dallo Stato (vedi Rai), ma solo quelle non quotate. Non saranno chiuse automaticamente le aziende di servizi pubblici «in house». In compenso nuova sforbiciata ai fondi per le intercettazioni telefoniche disposte dalla magistratura, tagliate di ben 25 milioni. Totale della spending review 26 miliardi di tagli in tre anni.

Vince Farmindustria:
sarà il medico a
decidere se indicare
il nome del farmaco
o il principio attivo

SPENDING REVIEW: ANAAO, CURIOSA COINCIDENZA CASI MALASANITA' SMANTELLAMENTO SSN AVRA' EFFETTO SU SICUREZZA CURE

"In questi giorni i mass media sono ridivenuti bollettini di guerra sulla cosiddetta malasanità. Curiosa la coincidenza con i tempi di discussione e approvazione del decreto legge sulla spending review che ha applicato alla sanità un trattamento particolare". E' quanto afferma in una nota il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Costantino Troise, sottolineando che c'è un "corto circuito lampante tra cause ed effetti: gli eventi avversi in sanità, compresi gli errori umani, sono imputabili soprattutto a cause organizzative". E le spiegazioni sono semplici per il segretario dell'Anaa: "l'aumento dei carichi di lavoro con migliaia di ore extraorario e riposi compensativi disattesi, l'obsolescenza della tecnologia non utilizzata a salvaguardia della sicurezza, la vetustà di ambienti ed impianti".

Il "trattamento speciale" riservato alla sanità nel decreto sulla spending review, spiega Troise, "prevede un taglio a monte del finanziamento che, cumulato a quello previsto da Tremonti, arriva a circa 20 miliardi nel prossimo triennio e un un taglio dei posti letto pubblici, che aggiungendosi a quanto è stato fatto dal 2004 in poi, porta alla scomparsa di 50mila posti relegandoci all'ultimo posto in Europa. E anche il prolungamento del blocco del turnover del personale di fatto fino al 2015, che condanna gli operatori sanitari italiani alla più alta età media".

"Altro che tagli a sprechi, disservizi e cattiva gestione - conclude Troise -. Lo smantellamento in atto del Ssn non risparmia nemmeno la sicurezza delle cure ed alimenta lacrime di cocodrillo e la caccia a capri espiatori".

SANITA': ANAAO, TAGLI IN ATTO METTONO A RISCHIO SICUREZZA CURE

"Altro che tagli a sprechi, disservizi e cattiva gestione. Lo smantellamento in atto del Servizio sanitario nazionale non risparmia nemmeno la sicurezza delle cure e alimenta lacrime di cocodrillo e caccia a capri espiatori. In fondo risparmiare in sanita' e' facile: basta non curare piu' e sorvolare sugli effetti collaterali della terapia". E' quanto afferma in una nota **il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Costantino Troise.**

"In questi giorni - sottolinea Troise - i mass media sono ridivenuti bollettini di guerra sulla cosiddetta malasanita'. Errori di medici e infermieri, veri o presunti, hanno conquistato l'onore della cronaca con il solito corollario di avvocati, periti, tuttologi. Curiosa questa volta la coincidenza con i tempi di discussione e approvazione del decreto legge sulla spending review che ha applicato alla sanita' un trattamento particolare: taglio a monte del finanziamento che, cumulato a quello previsto da Tremonti, arriva a circa 20 miliardi nel prossimo triennio; taglio dei posti letti pubblici, che aggiungendosi a quanto e' stato fatto dal 2004 in poi porta alla scomparsa di 50.000 posti relegandoci all'ultimo posto in Europa; prolungamento del blocco del turnover del personale di fatto fino al 2015 condannando gli operatori sanitari italiani alla piu' alta eta' media".

Secondo il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, "il cortocircuito tra cause ed effetti e' lampante e ci aiuta a ribadire che gli eventi avversi in sanita', compresi gli errori umani, sono imputabili soprattutto a cause organizzative ed alla responsabilita' di chi e' chiamato e pagato per organizzare le cure anche nel rispetto della sicurezza per cittadini ed operatori. Aumento dei carichi di lavoro con migliaia di ore extraorario e riposi compensativi disattesi, obsolescenza della tecnologia non utilizzata a salvaguardia della sicurezza, vetusta' di ambienti e impianti: non occorre andare lontano nella ricerca di spiegazioni", conclude Troise.

Malasanità e spending review: curiosa coincidenza

«In questi giorni i mass media sono ri-divenuti bollettini di guerra sulla cosiddetta “malasanità”. Errori di medici ed infermieri, veri o presunti, hanno conquistato l'onore della cronaca con il solito corollario di avvocati, periti, tuttologi. Curiosa questa volta la coincidenza con i tempi di discussione ed approvazione del decreto legge sulla spending review». A dichiararlo è **il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Costantino Troise.**

Per l'esponente del sindacato dei medici del Ssn il decreto «ha applicato alla sanità un trattamento particolare: taglio a monte del finanziamento che, cumulato a quello previsto da Tremonti, arriva a circa 20 miliardi nel prossimo triennio; taglio dei posti letti pubblici, che, aggiungendosi a quanto è stato fatto dal 2004 in poi, porta alla scomparsa di 50.000 posti, relegandoci all'ultimo posto in Europa; prolungamento del blocco del turnover del personale di fatto fino al 2015, condannando gli operatori sanitari italiani alla più alta età media. Invecchiare lavorando ed in minor numero, insomma, alla faccia dei lavori usuranti».

Secondo Troise «il corto circuito tra cause ed effetti è lampante e ci aiuta a ribadire che gli eventi avversi in sanità, compresi gli errori umani, sono imputabili soprattutto a cause organizzative ed alla responsabilità di chi è chiamato e pagato per organizzare le cure anche nel rispetto della sicurezza per cittadini ed operatori. Aumento dei carichi di lavoro con migliaia di ore extraorarie e riposi compensativi disattesi, obsolescenza della tecnologia non utilizzata a salvaguardia della sicurezza, vetustà di ambienti ed impianti: non occorre andare lontano nella ricerca di spiegazioni. Altro che tagli a sprechi, disservizi e cattiva gestione. Lo smantellamento in atto del Ssn – conclude il segretario dell'Anaa Assomed - non risparmia nemmeno la sicurezza delle cure ed alimenta lacrime di cocodrillo e caccia a capri espiatori. In fondo, risparmiare in sanità è facile: basta non curare più e sorvolare sugli effetti collaterali della terapia».

Malasanità e spending review. Anaa: "Solo una coincidenza?"

Rimbalzano sulla stampa numerosi episodi di presunti errori di medici e infermieri. E intanto il Governo decide tagli pesantissimi all'assistenza sanitaria. Troise: "Lo smantellamento in atto del Ssn non risparmia nemmeno la sicurezza delle cure ed alimenta lacrime di cocodrillo e caccia a capri espiatori".

In questi giorni i mass media sono ri-divenuti bollettini di guerra sulla cosiddetta "malasanità", dichiara il Segretario Nazionale dell'Anaa Assomed, **Costantino Troise**. Errori di medici ed infermieri, veri o presunti, hanno conquistato l'onore della cronaca con il solito corollario di avvocati, periti, tuttologi.

Curiosa questa volta - nota Troise - la coincidenza con i tempi di discussione ed approvazione del D.L. sulla spending review che ha applicato alla sanità un trattamento particolare:

- taglio a monte del finanziamento che, cumulato a quello previsto da Tremonti, arriva a circa 20 mld nel prossimo triennio;
- taglio dei posti letti pubblici, che aggiungendosi a quanto è stato fatto dal 2004 in poi porta alla scomparsa di 50.000 posti relegandoci all'ultimo posto in Europa;
- prolungamento del blocco del turnover del personale di fatto fino al 2015 condannando gli operatori sanitari italiani alla più alta età media. Invecchiare lavorando ed in minor numero, insomma, alla faccia dei lavori usuranti.

E allora il corto circuito tra cause ed effetti è lampante e - secondo Troise - ci aiuta a ribadire che gli eventi avversi in sanità, compresi gli errori umani, sono imputabili soprattutto a cause organizzative ed alla responsabilità di chi è chiamato e pagato per organizzare le cure anche nel rispetto della sicurezza per cittadini ed operatori.

Aumento dei carichi di lavoro con migliaia di ore extraorario e riposi compensativi disattesi, obsolescenza della tecnologia non utilizzata a salvaguardia della sicurezza, vetustà di ambienti ed impianti: non occorre andare lontano nella ricerca di spiegazioni, chiosa ancora il segretario dell'Anaa.

Che conclude: "Altro che tagli a sprechi, disservizi e cattiva gestione. Lo smantellamento in atto del Ssn non risparmia nemmeno la sicurezza delle cure ed alimenta lacrime di cocodrillo e caccia a capri espiatori. In fondo risparmiare in sanità è facile: basta non curare più e sorvolare sugli effetti collaterali della terapia".

MODELLI

Ecco le novità introdotte con la ristrutturazione delle cure all'infanzia

Area pediatrica a «5 stelle»

I temi: accreditamento, territorio, medici in rete, dirigenza e specialità

L'attenzione che la Regione Toscana ha dimostrato verso l'area pediatrica rappresenta un valore riconosciuto e caratterizzante per quanto riguarda la tutela della salute e l'accesso equo ai servizi. La capacità, dimostrata nel riuscire a coinvolgere nella fase di discussione tutte le componenti professionali, ha portato alla sintesi di un documento di elevata qualità tecnica, applicabile da subito e con successo, grazie a quella condivisione che è un fattore indispensabile per l'implementazione di tutti i nuovi modelli organizzativi.

Il modello di rete pediatrica toscano ha anche una forte valenza nazionale in relazione alle legittime ambizioni di ruolo guida della nostra politica sanitaria. Molti sono gli aspetti che abbiamo subito condiviso e molte anche le integrazioni proposte e recepite.

Dotazione certa di strutture e organici su cui costruire

la rete, con validazione anche sotto il profilo di accreditamento-rischio clinico. Una Uoc di Neonatologia/Pediatria deve poter contare su una guardia attiva h24 e su una dotazione organica minima garantita, definita anche in base ai volumi di attività, coordinata da un direttore di struttura complessa e inserita nella rete del Dipartimento di assistenza e cura materno-infantile integrato. Non ci sono standard di sicurezza e sviluppo professionale adeguati in assenza di tali presupposti.

Creazione di filtri territoriali, presidi ospedalieri e pediatri di famiglia, per garantire l'appro-

prietezza degli accessi sia per l'emergenza che per la rete specialistica con gestione dei flussi secondo regole concordate, validate e verificate. I pronto soccorsi pediatrici ad accesso diretto incrementano in modo esponenziale il numero dei codici bianchi contribuendo a gonfiare l'inappropriatezza dell'utilizzo delle risorse, favorendo lo shift dalla pediatria di famiglia, sempre più indirizzata verso le attività programmabili a detrimento di quelle per acuti. Anche nella prospettiva di salvaguardare l'Aou Meyer da un afflusso eccessivo di bassa complessità occorrerà pensare a ipotesi di filtro dell'accesso diretto al pronto soccorso restringendo tale possibilità ai pazienti filtrati dai presidi di Area vasta e metropolitana e dalla rete territoriale del 118.

Integrazione professionale/gestionale tra ospedale e rete territoriale. Mentre tutti i sistemi sanitari

del mondo prevedono l'assistenza pediatrica ospedaliera, la pediatria di famiglia è una specificità esclusiva della realtà italiana che va difesa e valorizzata attraverso un'attiva integrazione nel sistema. In una fase di riorganizzazione che richiede il massimo dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse, considerati i contesti economici e di demografia professionale, appare indispensabile attuare una forte integrazione tra la pediatria ospedaliera e quella territoriale di famiglia riconducendo tutti gli specialisti sotto il coordinamento tecnico-scientifico del Dipartimento materno-infantile, territorial-

mente competente, ottimizzando le risorse in termini di gestione del paziente acuto e dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali.

Riconoscimento esplicito del ruolo gestionale-organizzativo della dirigenza medica pubblica nell'ambito della rete. È necessario un coordinamento funzionale di rete regionale (e/o di Area vasta) delle discipline di Pediatria e Neonatologia che preveda (correttamente) la partecipazione del pediatra di famiglia ma, necessariamente, anche la presenza della dirigenza medica ospedaliera nel livello regionale del governo di rete con l'obiettivo della piena integrazione fra ospedale e territorio nell'ambito del Ssr.

Attuazione della rete pediatrica specialistica regionale. È una delle più innovative intuizioni del precedente Psr. Lo scarso sviluppo registrato in questi anni su molti fronti clinici costituisce motivo di rammarico. Tra le discipline più diffuse spicca l'Allergologia. Le patologie relative a questa disciplina sono ampiamente diffuse (30% della popolazione) e correlate alla prima, per incidenza, tra le malattie croniche: l'asma bronchiale. Da questa rete, che conta professionalità di assoluto rilievo, anche nazionale (un medico ospedaliero toscano, è stato appena eletto presidente della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica), può ripartire il progetto di una specialistica di qualità accessibile a tutta la popolazione pediatrica.

**Flavio Civitelli
Maurizio Paparo**

Componenti
della Commissione nazionale
pediatria dell'Anao Assomed