



Grande successo della manifestazione nazionale del 13 ottobre

LA SANITÀ NON SI TOCCA

Troise a pagina 2 e servizi alle pagine 3 e 4

DDL FAZIO

La Camera lo approva. Via l'ipotesi di un ordine autonomo per i dentisti alle pagine 5 e 6

GOVERNO CLINICO

Arriva un nuovo testo senza le norme sulla libera professione a pagina 7

PREMI E SANZIONI

È legge il licenziamento dei manager Asl con i conti in rosso a pagina 8

DOSSIER

Sanità pubblica a rischio? Mingardi, De Vincenti, Spandonaro e Labate alle pagine 9-13



L'editoriale

di Costantino Troise

LA SANITÀ NON SI TOCCA!

La manifestazione del 13 ottobre promossa da tutte le sigle sindacali dei medici pubblici, dipendenti e convenzionati, e della ospedalità privata, dei veterinari, dei dirigenti sanitari, tecnici ed amministrativi del Ssn ha avuto il primo inequivocabile significato di certificare che queste categorie professionali ci sono, che le organizzazioni sindacali che le rappresentano non sono scomparse sotto i colpi delle manovre economiche e con il blocco dei contratti nazionali di lavoro. Il che non era affatto scontato. Con il valore aggiunto di una inedita alleanza tra dipendenza e convenzione che intende rendere visibile il profondo e diffuso malessere che pervade tutto il mondo della sanità con il suo bagaglio di sofferenze professionali.

Un dato è incontestabile: noi rappresentiamo la parte sociale chiamata a pagare il prezzo più alto, a volte da sola, al risanamento dei conti pubblici attraverso modalità plurime, che non si sono limitate a mettere le mani nei nostri camici, ma hanno preteso di modificare le nostre attribuzioni giuridiche. Una duplice entrata a piedi uniti sul tema del conferimento e revoca degli incarichi professionali, di dubbia legittimità costituzionale, ci rende tutti precari dal punto di vista organizzativo ed esposti alle incursioni della politica nella gestione delle carriere.

Guardiamole da vicino queste manovre che impongono sacrifici oggi senza garantire il futuro nostro e del sistema in cui operiamo: tasse sui soliti noti malgrado le letterine estive della Bce chiedessero impegni sui tagli della spesa improduttiva. Provvedimenti chiamati a colmare il vuoto dei tagli alla politica, diventati evasivi come la lotta alla evasione fiscale, rinviati ad un terzo tempo, quello che non viene mai. Tasse che portano la pressione fiscale, per noi che paghiamo le tasse prima ancora di ricevere lo stipendio, vicino al 50% con la beffa di essere chiamati a partecipare al risanamento dei conti pubblici in una duplice veste, di lavoratori e cittadini. Per due euro che produciamo, uno è devoluto all'erario.

Cambiare la manovra come chiedono oggi, un po' tardivamente, ma non fuori tempo massimo, molti soggetti, sindacali e politici, vuol dire chiedere, come noi facciamo, una inversione di tendenza. Recuperare le prerogative sindacali, a partire dal Ccnl 2013-2015, che non è ancora morto e sepolto, e dalla contrattazione decentrata, che non utilizza fondi pubblici, eliminando il blocco della retribuzione individuale che tanti guasti sta determinando, specie a danno dei colleghi più giovani, grazie alla fantasia esegetica delle Aziende sanitarie. Inoltre, a partire dal credito acquisito grazie al fatto di essere gli unici contribuenti italiani a pagare la propria quota di debito pubblico, vogliamo chiedere al governo risposte credibili a problemi sul tappeto che minacciano la tenuta del sistema e la dignità delle nostre professioni.

La spinta al pensionamento, spesso anticipato a 59 anni per volontà delle aziende e disposizione legislativa, insieme con il blocco del turnover che sta mettendo in ginocchio intere regioni compromettendo la erogazione dei lea ed i livelli di sicurezza delle cure, rende il nostro mestiere più pesante, specie nei settori addetti alla emergenza urgenza, e più rischioso per il crescere di aggressioni mediatiche e fisiche e del contenzioso medico legale. Non è accettabile essere lasciati soli

a fronteggiare tali rischi mentre un provvedimento legislativo sul tema, da tutti condiviso, dorme da due anni nei cassetti del senato e le aziende stentano a garantire tutele assicurative adeguate. Né è immaginabile continuare ad operare con una rete ospedaliera pletrica ed inefficiente che evita la definizione di livelli essenziali organizzativi, cioè di quel minimo di personale richiesto per fare di un ospedale un ospedale, e di un servizio sanitario una sede di diagnosi e cura. Non possiamo continuare a fare il nostro mestiere, cioè curare le persone, in strutture sottodimensionate e sprovviste di tecnologia e personale qualificato, non impossibilitato a godere del riposo necessario. La ossessione della riduzione dei costi spinge, oggi, le aziende all'abuso di contratti atipici che alimentano non solo una giungla di tipologia retributiva, ma anche nuove forme di precariato, senza tutele e di lungo corso, che minano la possibilità stessa di assicurare una continuità terapeutica. Mentre avanza un eccesso di incombenze amministrative che sottrae spazio ai compiti assistenziali trasferendo i costi di pezzi di apparato statale al servizio sanitario.

La mitica integrazione ospedale territorio viene affrontata occultando la crisi degli ospedali, che stentano a mantenere qualità e quantità delle prestazioni finora erogate, e del loro personale. E la volontà di modificare un sistema formativo inefficiente si scontra, perdendo, con una serie di interessi consolidati, di strane unioni tra chi usa e chi è usato. Ed anche sullo sfondo di una crisi epocale l'Università continua a rimanere una variabile indipendente, arroccata in logiche estranee alle attuali necessità del sistema sanitario, alimentata da un punto di vista finanziario ed organizzativo da quel sistema formativo che dovrebbe provvedere a dotare il servizio sanitario di medici giovani e competenti. Irrisolto rimane il grande tema dei rapporti dei professionisti con le organizzazioni sanitarie e del loro ruolo dentro le aziende. Condizioni di lavoro più dure si accompagnano ad una irrilevanza sul piano decisionale, ad una riduzione delle competenze professionali a mero fattore di produzione, da controllare e spremere il più possibile, cui impedire anche di contrattare le condizioni del proprio lavoro per evitare di disturbare il manovratore. [Segue a pag. 4](#)





Il giorno della manifestazione l'intersindacale del Ssn ha scritto una lunga lettera ai vertici delle istituzioni (Governo, Senato, Camera e Regioni) per denunciare la crisi del settore e le condizioni inaccettabili di lavoro per gli operatori sanitari



L'INTERSINDACALE SCRIVE A GOVERNO, PARLAMENTO E REGIONI

**LA SANITÀ È ENTRATA
IN FASE RECESSIONARIA.**

**SEMPRE PIÙ POVERA
E SOLO PER I POVERI**

ECCO LA LETTERA che Anaa Assomed - Cimo-Asmd - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Fassid - Cisl Medici - Fesmed - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Federazione Medici - Sds Snabi - Aupi - Fp Cgil Spta - Sinafo - Fedir Sanità - Sidirss - Fimmg - Sumai - Snam - Intesa Sindacale - Smi - Fimp - Cimop - Ugl Medici - Federspecializzandi, hanno indirizzato a: Gianni Letta, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri; Gianfranco Fini, Presidente Camera dei Deputati; Renato Schifani, Presidente Senato della Repubblica; Ferruccio Fazio, Ministro della Salute; Vasco Errani, Presidente Conferenza delle Regioni; Giuseppe Palumbo, Presidente commissione Affari Sociali Camera; Antonio Tomassini, Presidente Commissione Sanità Senato.

medici, dipendenti e convenzionati con il Servizio Sanitario nazionale e della ospedalità privata, i veterinari, i dirigenti sanitari, tecnici, professionali ed amministrativi dipendenti, intendono portare alla attenzione delle Ss.II. la situazione di grave malessere che oggi si trovano a vivere. Di certo, nell'espressione delle nostre valutazioni, non intendiamo prescindere dalla situazione di crisi economica che coinvolge ormai, ed in modo importante, non solamente il nostro Paese. Ma l'insieme delle ultime manovre economiche si accanisce, a nostro parere, in maniera eccessiva e con modalità plurime contro i medici e i dirigenti del Ssn. Colpiti come pubblici dipendenti attraverso il congelamento del contratto e delle conven-

zioni per 5 anni, con una consistente perdita economica, aggravata, per i medici convenzionati, dal mancato riconoscimento delle spese di produzione, e pesanti ripercussioni previdenziali. Colpiti come dirigenti, sottoposti ad una addizionale Irpef che, bollata come folle ed eliminata per il settore autonomo e privato, è stata lasciata in vita solo per loro, in spregio di ogni principio costituzionale di eguaglianza dei cittadini di fronte al fisco. Colpiti come professionisti, con incarichi di lavoro sempre più precarizzati e discrezionali, a pre-

scindere da competenze, meriti e risultati, ed esposti alla invadenza pervasiva della politica.

Solo per loro sono stati previsti anche il congelamento del Tfr, che è salario differito,

largamente autofinanziato, una mobilità senza regole, discrezionale fino all'arbitrio, il pensionamento a 65 anni per le donne, malgrado esse siano sottoposte a stressanti turni notturni e festivi, che si aggiungono ai compiti di cura.

Provvedimenti chiamati a colmare i vuoti lasciati da un rinvio a tempo indefinito dei tagli ai costi della politica ed improntati ad un totale disprezzo del lavoro cui le nostre categorie sono chiamate dal dettato costituzionale. Inique discriminazioni contro il pubblico impiego, che comprende i Dirigenti del



L'editoriale **LA SANITÀ NON SI TOCCA!**

Segue da pagina 2

Compromettendo in questo modo le radici dell'autonomia e della responsabilità che sono alla base della dignità professionale. Dopo la agonia del ddl sul cosiddetto "governo clinico" tocca a noi recuperare le ragioni dei valori di una professione che non accetta di appiattirsi su logiche estranee alla propria deontologia, essere considerata macchina banale in quanto consapevole di essere produttrice di salute, il bene più grande di un individuo, il valore fondamentale in cui una comunità si riconosce. Noi abbiamo del governo clinico una idea di sistema pluriprofessionale e pluridisciplinare di indirizzo e governo delle attività tecnico sanitarie finalizzato alla efficienza, appropriatezza e sicurezza delle cure di cui non c'è traccia nel Ddl Di Virgilio. Che non è per i medici e non risolve i problemi dei medici. Anzi. La spirale recessiva in cui è avviata la sanità mette a rischio non solo la sostenibilità economica, grazie ad un defianziamento che non garantisce nemmeno la tenuta rispetto alla inflazione, ma anche le sue caratteristiche di equità ed accessibilità. Il sistema è vicino al collasso con liste di attesa che crescono in misura esponenziale e prestazioni negate per mancanza di risorse. Ma fino a quando il management, con la copertura dalle regioni, utilizzerà queste sole leve non riuscirà a evitare il default e nemmeno a raggiungere l'obiettivo che gli viene assegnato, come il disastro dei conti dimostra. Il Ssn è al bivio tra rilancio che lo tiri fuori dalla aurea mediocrità in cui è attestato ed una deriva economicistica che trasforma il diritto alla salute da diritto di cittadinanza in diritto di censo. Ma tutto questo non fa notizia, stenta a trovare spazio nelle pagine dei giornali malgrado incida profondamente sul vissuto quotidiano dei cittadini.

Noi intendiamo riprenderci la sanità non per resuscitare vecchie logiche di dominanza professionale ma per affermarci come soggetti di politica sanitaria, interlocutori dei decisori per dimostrare di essere parte della soluzione e non del problema, attori di processi che salvaguardino insieme la esigibilità piena del diritto alla salute dei cittadini, la esistenza di un servizio sanitario nazionale e pubblico e la dignità e le competenze delle professioni che operano al suo interno per garantire il rispetto di un dettato costituzionale.

Abbiamo manifestato, e continueremo a farlo, per questi scopi.

Basta con i tagli ai servizi sociali e sanitari, basta con l'aumento delle tasse sul lavoro dipendente, basta con la sospensione delle prerogative sindacali, basta con la marginalizzazione del lavoro professionale, basta con le caste e le politiche che le sostengono. Se avremo la capacità di svegliare una categoria percossa e attonita potremo ridare un futuro professionale ai nostri associati, rilanciare il Ssn e garantire ai cittadini un'assistenza adeguata ed il giusto diritto alla salute in tutto il territorio nazionale. Chiediamo un cambiamento forte che faccia della sanità una grande questione nazionale ricollocando le categorie professionali che in essa operano all'interno dei percorsi decisionali con il rispetto che merita il loro lavoro.

Il processo è, forse, lungo ma non intendiamo rassegnarci a vedere andare a fondo una conquista civile insieme con i valori fondanti il nostro mestiere. Tocca a noi farci carico della responsabilità di azioni conseguenti.

Ssn, uno status che ormai configura un reato, forse quello di pagare le tasse prima ancora di ricevere lo stipendio, ma che non si disdegna di usare come bancomat per non colpire patrimoni, rendite, evasione fiscale, frutto di inaccettabile e immotivata denegazione.

Chi quotidianamente garantisce milioni di prestazioni negli ospedali e nei presidi sanitari territoriali non può essere il bersaglio privilegiato di multiple penalizzazioni e costretto a lavorare in una sanità pubblica sempre più impoverita da devastanti sottofinanziamenti, sprechi e clientele.

La sanità italiana è entrata in una fase recessiva, defianziata ed impoverita dal punto di vista economico e di risorse professionali, avviata a ricoprire un ruolo povero per i poveri.

Il diritto alla salute non è più esigibile in egual modo in tutte le Regioni e da diritto di cittadinanza diventa condizione legata ai territori ove si ha la ventura di vivere. Si perde il valore di coesione sociale assicurato da un servizio sanitario nazionale e, anche attraverso l'impoverimento delle categorie professionali, si distrugge un valore fondamentale di una comunità, rendendo diseguale la realizzazione dell'unico diritto che la costituzione definisce fondamentale.

La necessità di mantenere, congiuntamente agli altri aspetti che insieme costituiscono e garantiscono lo stato sociale, livelli adeguati di tutela dello stato di salute attraverso un Servizio sanitario nazionale "universale" "equo" e "solidale", ci appare oggi, ancora e più che mai, un obiettivo irrinunciabile per il nostro Paese.

Non è in discussione la necessità di partecipare ai

massacranti e di un contenzioso medico legale che, in attesa di un provvedimento legislativo che dorme nei cassetti da due anni pur largamente condiviso, segna crescite esponenziali mentre l'abuso di contratti atipici espone i medici e tutti i dirigenti del Ssn ad un precariato diffuso che mina la continuità assistenziale.



sacrifici richiesti dalle condizioni economiche del paese. Ma non si può essere i soli a pagare ed in tutti i modi escogitati dalla fantasia del legislatore.

Il lavoro che svolgiamo tutti i giorni e tutte le notti a tutela del bene più prezioso dei cittadini e della comunità merita maggior rispetto e valorizzazione. Non siamo burocrazia da liquidare né meri fattori di produzione ma professionisti che, nei luoghi del loro lavoro, quotidianamente rispondono a domande e bisogni di cittadini in momenti delicati della loro vita.

Eppure per noi aumentano i carichi amministrativi che tolgono spazio alla attività assistenziale e continua un blocco del turn over che, in alcune Regioni, ha ormai raggiunto i 6 anni, con negative ripercussioni sul livello di sicurezza delle cure e sulla stessa possibilità di garantire i Lea.

Le condizioni in cui lavoriamo diventano ogni giorno sempre più gravose e rischiose a causa di ritmi

In modo particolare in un sistema di emergenza urgente che da avamposto delicato di diagnosi e cura è diventato un insieme di barelle, esposto ad un assalto degno dei forni di manzoniana memoria, il luogo dell'ospedale dove gli stessi medici sono oggetto di aggressioni anche fisiche.

La sfida della sostenibilità, non solo economica, di un sistema sanitario equo, accessibile ed efficace esige un sostanziale cambio di paradigma culturale e politico che ri-definisca anche ruolo e responsabilità delle categorie professionali. Per questo le Organizzazioni sindacali dei medici dipendenti e convenzionati, dei veterinari e dei dirigenti del Servizio sanitario nazionale rivolgono un appello alle Ss.II. affinché si ponga rimedio agli eccessi delle manovre economiche, almeno nelle parti che non richiedono compensazione economica, e vengano fornite risposte alle questioni più urgenti che poniamo sul tappeto.

Le novità del Ddl Omnibus

La "riforma" Fazio PUNTO PER PUNTO

Cancellato il segreto professionale e d'ufficio sugli eventi avversi e le relative analisi e indagini che le strutture sanitarie metteranno in atto per affrontarli. Ma non saranno assoggettabili a sanzioni disciplinari i professionisti che avranno applicato le linee guida, i protocolli terapeutici e le disposizioni organizzative regionali. I direttori scientifici degli Irccs potranno avere il doppio lavoro ma solo nella loro struttura. Non ci sarà un Ordine degli Odontoiatri. Via anche l'articolo sui nuovi servizi in farmacia. Si dovrà puntare agli studi clinici di genere e istituire anche Master che includano la farmacologia di genere. Sono queste le principali novità apportate al Ddl Omnibus del ministro della Salute Ferruccio Fazio emendato dall'Aula della Camera e ora all'esame del Senato (atto S. n. 2935). Vediamo punto per punto, cosa prevede il nuovo testo del Ddl Fazio.

SPERIMENTAZIONE CLINICA E INNOVAZIONE IN SANITÀ: PER I FARMACI IN SPERIMENTAZIONE ATTENZIONE AL "GENDER" (ART. 1)

Confermata la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti legislativi per la riforma delle sperimentazioni cliniche dei medicinali ad uso umano. La delega punta al riordino e alla "consistente riduzione" dei comitati etici e allo snellimento delle procedure burocratiche per la sperimentazione con l'innesto di procedure informatizzate e la semplificazione di molti passaggi. Verrà istituito un Comitato nazionale per le attività di sperimentazione, finalizzato all'emanazione di indirizzi generali coerenti e alla promozione del-

Non sono poche le novità inserite nel Disegno di legge Omnibus sbarcato al Senato, all'inizio di ottobre, dopo che il provvedimento emendato ha ricevuto il via libera della Camera. Rispetto al testo originale è stato cancellato il segreto professionale e d'ufficio sugli eventi avversi e le relative analisi e indagini che le strutture sanitarie metteranno in atto per affrontarli. Eliminato l'art. 12 sui nuovi servizi in farmacia. Non c'è più traccia dell'istituzione di un Ordine autonomo per i dentisti. È stato trovato un compromesso sui direttori scientifici degli Irccs che potranno avere il doppio lavoro, ma solo nella loro struttura



lo scambio di informazioni sulle disposizioni italiane e comunitarie, prevedendo, senza maggiori oneri, la realizzazione di una rete di comitati etici. Più attenzione alla medicina di genere, con l'individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione o all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase 0 e fase I su pazienti e volontari sani ed equamente ri-

partito tra i due generi. Anche l'eventuale istituzione di Master in conduzione e gestione di studi clinici controllati dovrà includere la farmacologia di genere.

Verrà inoltre riformulato l'apparato sanzionatorio, amministrativo e penale, per la violazione delle norme e disposizioni contenute nei decreti legislativi emanati in attuazione della legge, tenendo conto della

responsabilità e delle funzioni svolte da ciascun soggetto, con riguardo in particolare alla responsabilità dello sperimentatore e delle strutture coinvolte, nonché della natura della violazione. Gli introiti derivanti dalle sanzioni pecuniarie saranno destinati al bilancio dello Stato e riassegnati ai pertinenti capitoli dello stato di previsione del ministero della Salute.

Prevista la revisione della normativa relativa agli studi no profit e agli studi osservazionali.

NUOVE REGOLE PER L'INSTALLAZIONE DELLE APPARECCHIATURE A RISONANZA MAGNETICA (ART. 2)

L'installazione dovrà essere autorizzata dalla Regione nel caso di un valore di campo statico di induzione magnetica non superiore a 4 Tesla e dal ministero della Salute (sentiti il Consiglio superiore di sanità, l'Istituto superiore di sanità e l'Inail) in caso di valore maggiore. L'autorizzazione ha validità di cinque anni e può essere rinnovata.

RICERCA: IL 10% DEI FONDI AI GIOVANI (ART. 3)

Si riserva una quota del 10% del fondo ricerca per i progetti di ricerca degli under 40.

DIRETTORI SCIENTIFICI E PERSONALE IRCCS: NON CI SARÀ PIÙ L'ESCLUSIVITÀ (ART. 4)

Il rapporto di lavoro esclusivo del direttore scientifico è compatibile con l'incarico di direzione di struttura complessa e con l'esercizio dell'attività libero professionale, purché entrambi siano svolti nell'ambito della medesima struttura sanitaria di appartenenza. In questo caso, il trattamento economico complessivo non può superare di oltre il 20 per cento quello spettante per la direzione scientifica o, se più favorevole, quello spettante per l'incarico di direzione di struttura complessa.

NIENTE PIGNORAMENTO PER GLI ENTI DI RICERCA (ART. 5)

Non si potranno più sequestrare e sottoporre a pignoramento i beni e i fondi degli enti istituzionali autorizzati a svolgere ricerca sanitaria ai sensi degli art. 12 e 12 bis del dlgs 502/92.

POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLO SPALLANZANI (ART. 6)

Confermato lo stanziamento di 45 milioni di euro per le strutture di emergenza biologica dell'ospedale Spallanzani di Roma. La somma sarà detratta dalle somme assegnate in sede di riparto delle disponibilità dalla Regione Lazio.

ORDINI E PROFESSIONI SANITARIE: NO AL NUOVO ORDINE DEI DENTISTI (ARTT. 7-8-9)

Viene prevista la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti delegati per la riforma degli Ordini dei medi-

ci, odontoiatri, veterinari e farmacisti. Si ribadisce per gli Ordini la natura di enti pubblici non economici e sussidiari dello Stato, finalizzati alla tutela dei cittadini e degli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione. Avranno autonomia patrimoniale, finanziaria e regolamentare e saranno sottoposti alla vigilanza del ministero della salute.

Saranno istituite delle Federazioni regionali con compiti di rappresentanza della professione presso le istituzioni regionali.

L'articolo prevede poi l'esclusione dall'assoggettabilità a sanzione disciplinare del professionista che abbia adottato comportamenti in applicazione di linee guida, protocolli terapeutici, disposizioni organizzative emanate dalle regioni nei confronti del personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale.

Novità per l'Ecm, con l'inclusione dei crediti formativi acquisiti all'estero e riconosciuti dai collegi professionali dei Paesi dell'Unione europea, degli Stati Uniti d'America, del Canada e dell'Australia.

Introdotta una norma che prevede l'inserimento di biologi e psicologi tra le professioni sanitarie e le sanzioni in caso di esercizio abusivo della professione.

SICUREZZA DELLE CURE: ARRIVA L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA (ART. 10)

Cancellato il previsto segreto professionale e d'ufficio sugli eventi avversi e le relative analisi e indagini che le strutture

sanitarie metteranno in atto per affrontarli. Si compie poi un passo indietro nei confronti delle Regioni, cancellando l'obbligo delle strutture sanitarie di presentare ogni anno alla Regione una relazione consultiva sugli eventi avversi che si sono verificati e lasciando che siano le Regioni stesse a definire gli obblighi informativi delle strutture riguardo questi eventi.

Ma nel monitoraggio costante degli eventi avversi, anche i cosiddetti "quasi eventi", le strutture dovranno predisporre in modo tempestivo le indispensabili misure di prevenzione anche verificando costantemente orari e giornate di lavoro al fine di assicurare l'adeguatezza del carico di lavoro rispetto al personale in servizio.

Infine, obbligo di contrarre un'assicurazione secondo quanto previsto dal comma 1, art. 132 del D.lgs 209/2005. L'emendamento al Ddl Omnibus prevede infatti che le imprese di assicurazione sono tenute ad accettare, secondo le condizioni di polizza e le tariffe che hanno l'obbligo di stabilire preventivamente per ogni rischio derivante dalla circolazione non solo dei

veicoli a motore e dei natanti, ma ora anche dell'esercizio della professione medica, le proposte per l'assicurazione obbligatoria che sono loro presentate, fatta salva la necessaria verifica della correttezza dei dati risultanti dall'attesta-

to di rischio, nonché dell'identità del contraente e dell'intestatario del veicolo, se persona diversa.

ASSICURAZIONI PER RESPONSABILITÀ PROFESSIONE MEDICA (ART. 11)

Le imprese di assicurazione sono tenute ad accettare, secondo le condizioni di polizza e le tariffe che hanno l'obbligo di stabilire preventivamente per ogni rischio derivante dalla circolazione non solo dei veicoli a motore e dei natanti, ma ora anche dell'esercizio della professione medica, le proposte per l'assicurazione obbligatoria che sono loro presentate, fatta salva la necessaria verifica della correttezza dei dati risultanti dall'attestato di rischio, nonché dell'identità del contraente e dell'intestatario del veicolo, se persona diversa.

Il rapporto di lavoro esclusivo del direttore scientifico è compatibile con l'incarico di direzione di struttura complessa e con l'esercizio dell'attività libero professionale, purché entrambi siano svolti nell'ambito della medesima struttura sanitaria di appartenenza.

TERME: UNA DELEGA PER RIFORMARE IL SETTORE (ART. 12)

Ferme restando le competenze regionali in materia di assistenza termale, il Governo sarà delegato ad emanare un Dpr con un testo unico in materia

di attività idrotermali.

SPECIALIZZANDI: SI CAMBIA (ART. 13)

Saranno definite le modalità, anche negoziali, per l'inserimento dei medici in formazione specialistica ammessi al biennio conclusivo del corso, all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale costituenti la rete formativa. Questo avverrà comunque senza mutamento della natura giuridica del rapporto di formazione specialistica e fermo restando che il relativo contratto non può dar in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Servizio sanitario nazionale né all'instaurazione con lo stesso di alcun rapporto di lavoro. La valutazione finale del medico in formazione specialistica, inoltre, resta di competenza della scuola di specializzazione. L'inserimento dei medici in formazio-

ne specialistica nelle aziende del Servizio sanitario nazionale avviene su base volontaria, non può dar luogo a indennità, compensi o emolumenti comunque denominati, diversi anche sotto il profilo previdenziale da quelli spettanti a legislazione vigente ai medici specializzandi e comporta la graduale assunzione delle responsabilità assistenziali secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione.

co del relativo corso di specializzazione.

ODONTOIATRIA: LA SPECIALIZZAZIONE NON SARÀ PIÙ REQUISITO PER L'ACCESSO AL SSN (ART. 14)

Niente specializzazione per accesso al Ssn per gli odontoiatri.

DIVIETO DI CONVENZIONI TRA FARMACIE E MEDICI E VETERINARI (ART. 15)

Medici e veterinari, in quanto abilitati alla prescrizione di farmaci, non possano operare all'interno della farmacia, né con essa avere convenzioni per la partecipazione agli utili. Le sanzioni per chi trasgredisce vanno da un minimo di 20mila e un massimo di 100mila euro.

SANITÀ ELETTRONICA E ASSISTENZA SANITARIA ONLINE (ARTT. 16-17)

Vengono previste diverse norme per regolamentare l'uso del fascicolo sanitario elettronico definito come "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito". Il ministero della Salute avvia con le regioni un tavolo tecnico per l'implementazione e l'omogeneizzazione sul territorio nazionale delle attività di telemedicina e di teleconsulto.

NASCONO I REGISTRI DI SORVEGLIANZA, MORTALITÀ, PATOLOGIA E IMPIANTI PROTETICI (ART. 18)

Il fine è quello della ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico.

Edilizia sanitaria. Il Cdm taglia 1 mld di euro

TROISE "DOPO I MEDICI IL GOVERNO ROTTAMA GLI OSPEDALI"

Sparisce il finanziamento di un miliardo di euro per l'edilizia sanitaria. A sorpresa, nella legge di stabilità per il triennio 2012-2014, approvata dal Governo il 14 ottobre, non ci sono più i fondi previsti dal Patto per la salute 2009 per il piano di edilizia sanitaria. La cifra prevedeva un incremento da 23 a 24 miliardi degli stanziamenti complessivi dell'ex. art. 20 del piano straordinario di edi-

lizia sanitaria avviato nel 1988. Soldi poi congelati con la manovra economica dello scorso anno. Per questo, dalla legge di stabilità di quest'anno si aspettava lo sblocco dei fondi che avrebbe consentito l'avvio di diversi accordi di programma per ristrutturazioni e costruzioni di nuove strutture sanitarie in molte Regioni italiane. La decisione del Consiglio dei ministri, fino all'ultimo osteggiata dal responsabi-

le della Salute, Ferruccio Fazio, è stata duramente condannata da Costantino Troise: "Incassata la fiducia, il Governo ha prontamente varato gli atesi provvedimenti per la crescita e lo sviluppo. Peccato, però, si tratti della crescita delle poltrone e dei costi della politica, unico prodotto che rimane al di fuori della scure di Tremonti, e dello sviluppo degli incidenti sul lavoro. Evidentemente il Governo ignora che

gli ospedali sono anche luoghi di lavoro per circa 700mila persone, oltre che strutture in cui ogni anno 13 milioni di cittadini italiani trascorrono una settimana della loro vita ed altri 30 milioni accedono per cure urgenti". Azzerare il fondo per l'edilizia sanitaria, ha ricordato il segretario dell'Anao, malgrado le promesse del ministro della Salute che ne aveva definito fondamentale la crescita, vuol dire rinunciare

alla messa sotto controllo ed in sicurezza di strutture che in circa la metà dei casi hanno più di 50 anni e quindi di per sé sono fonti di rischio. Ma anche abbandonare ogni volontà di mettere mano alla prevenzione, un lusso che non possiamo concederci, per poi piangere lacrime di coccodrillo ad ogni incidente. "Ormai non c'è giorno che passi - ha aggiunto Troise - senza che il Governo non produca un danno alla sanità italiana. La fiducia ottenuta dal Parlamento è servita per tagliare i pasti delle forze di sicurezza e dei dipendenti statali ed annullare ogni possibilità di miglioramento strutturale della rete ospedaliera".

Governo clinico

ESCE DI SCENA LA RIFORMA DELLA LIBERA PROFESSIONE

Non c'è più la riforma della libera professione. È questa la novità più interessante che emerge dalla nuova proposta di testo unificato in materia di governo clinico presentata dal relatore Domenico Di Virgilio

“HO DECISO DI ELIMINARE la norma relativa alla libera professione per due motivi: il primo è dovuto al fatto che il ministro Fazio sta studiando un suo provvedimento in materia, il secondo per rispettare il ruolo delle Regioni che su questo rivendicano una loro autonomia”. Con queste parole Domenico Di Virgilio (Pdl), relatore in commissione Affari sociali del provvedimento sul governo clinico, spiega il perché della sua scelta di abbandonare nella nuova proposta, presentata a fine settembre, l'articolato relativo alla libera professione. Questa nuova proposta unificata, qualora la XII Commissione decidesse di farla propria, verrebbe a sostituire totalmente quella che l'Affari sociali aveva adottato come testo base, il 23 marzo scorso e che ha avuto scarsa fortuna parlamentare. A quel testo, infatti, erano stati presentati emendamenti che però non sono mai stati esaminati. Di Virgilio quindi ha preferito, anche sulla scorta delle osservazioni critiche da parte della Conferenza delle Regioni, riscrivere daccapo il provvedimento. Vediamolo in sintesi. (S.S.)

ART. 1. (PRINCIPI FONDAMENTALI IN MATERIA DI GOVERNO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE)

Il governo clinico è disciplinato dalle regioni e attuato con la partecipazione del Collegio di direzione. Le Regioni delimitano l'organizzazione più adeguata per la presa in carico dei bisogni socio-sanitari e per la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale. Obiettivo del governo clinico è garantire il mo-

dello organizzativo più idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze dei cittadini e dei professionisti del Ssn nel rispetto dei principi di equità, di appropriatezza e di universalità nell'accesso ai servizi.

ART. 2. (FUNZIONI DEL COLLEGIO DI DIREZIONE)

Il Collegio di direzione, istituito dalle Regioni nelle aziende e negli Enti locali, concorre al governo clinico, partecipa alla pianifi-

cazione delle attività e allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende.

ART. 3. (REQUISITI E CRITERI DI VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI)

I direttori generali sono nominati dalle regioni attraverso misure di pubblicità e di trasparenza delle nomine nella valutazione degli aspiranti. È compito delle Regioni verificare il possesso dei requisiti e definire i criteri e i si-

stemi di valutazione e verificare l'attività dei Dg con riferimento all'efficienza, all'efficacia e alla funzionalità dei servizi sanitari avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

ART. 4. (INCARICHI DI NATURA PROFESSIONALE E DI DIREZIONE DI STRUTTURA)

Le regioni stabiliscono i criteri e le procedure per gli incarichi di direzione di struttura complessa secondo il principio per cui la selezione è effettuata da una commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa individuati con sostegno dagli elenchi della stessa regione. La commissione, ricevuta dall'azienda il profilo del dirigente da incaricare, seleziona una terna di candidati sulla base di requisiti come il cv e un colloquio. Successivamente il Dg sceglie il candidato dalla terna predisposta dalla commissione.

Il ruolo di responsabile di struttura semplice è attribuito dal Dg a un dirigente con un'anzianità di almeno cinque anni, sentito il direttore della struttura complessa. Negli Irccs di diritto pubblico, il direttore scientifico è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale. Gli incarichi hanno durata non meno di tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale.

ART. 5. (VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI)

I dirigenti medici e sanitari sono valutati secondo modalità decise

dalle Regioni sulla base di linee guida approvate di concerto tra Stato, Regioni e Province autonome su proposta del ministro della Salute. Gli strumenti per la valutazione rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati e gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.

ART. 6. (DIPARTIMENTI)

Tre sono i principi stabiliti dalle regioni che disciplinano i dipartimenti: l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa delle aziende sanitarie e ospedaliere; il direttore di dipartimento è nominato tra i direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di struttura complessa per gli aspetti gestionali attinenti al dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza.

ART. 7. (LIMITI DI ETÀ)

Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Ssn compresi i responsabili di struttura complessa è di 60 anni con proroga a 70 su richiesta dell'interessato e su valutazione del Collegio di direzione.

ART. 8. (PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE)

Le Regioni e le Province autonome provvedono alla programmazione e alla gestione delle tecnologie sanitarie, al fine di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici, delle apparecchiature e degli impianti.

Il commento di Costantino Troise

“Testo asciugato ma ancora insufficiente”

■ “Anche dopo l'ennesima riscrittura, i contenuti del testo del Ddl sul governo clinico, appaiono, quando non peggiorativi, insufficienti rispetto alla gravità e complessità del disagio che i medici vivono all'interno del sistema sanitario”. È questo il commento del Segretario nazionale Anao Costantino Troise al nuovo testo del Ddl in discussione alla Commissione Affari Sociali della Camera.

“Dopo le numerose penalizzazioni inflitte dalle manovre economiche 2010-2011 ai medici ed agli altri Dirigenti del Ssn – spiega Troise – era lecito attendersi il riconoscimento del ruolo centrale ed esclusivo della professione nelle sue funzioni di garanzia del cittadino. Un riconoscimento oltre modo necessario di fronte all'affermarsi di una cultura aziendalista che tende a marginalizzare il ruolo e le funzioni dei professionisti del Ssn, tutto sacrificando sull'altare del pareggio di bilancio”. Per il segretario nazionale “l'obiettivo della sostenibilità, non solo economica, di un sistema sanitario equo, accessibile ed efficace esige un sostanziale cambiamento di rotta per ridefinire ruolo e responsabilità del medico, il cui compito fondamentale è governare le cure e ridisegnare l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie. Questa era la sfida ed il Ddl doveva esser lo strumento del cambiamento”.

“Il testo in esame, invece, si limita a ribadire norme di funzionalità delle aziende sanitarie, sfiorando soltanto il nocciolo dei problemi che ne sono all'origine. Ancora una volta modifica l'età di quiescenza contribuendo, dopo avere rifiutato di anticipare l'età d'ingresso nel sistema, all'invecchiamento della categoria. Ma soprattutto non individua procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali ed autoritarie, valorizzando i titoli e l'esperienza professionale ai fini del conferimento e rinnovo degli incarichi. Infine viene meno l'intento, manifestato nelle precedenti edizioni del Ddl, di un riordino della libera professione dei medici, lasciando in tal modo aperta la strada alla ennesima proroga della libera professione intramoenia allargata”. Ecco perché l'Anao Assomed chiede uno sforzo congiunto di rivisitazione del testo in linea con le attuali esigenze delle categorie professionali.

È legge il D.lgs "Premi e Sanzioni"

CONTI IN ROSSO?

A casa Direttori generali, sanitari e amministrativi che sbagliano

Chi sbaglia paga. E anche duramente. Norme stringenti per Governatori, Direttori generali, sanitari e amministrativi sono entrate in vigore dal 5 ottobre con la pubblicazione in G.U. del D.lgs "Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articoli 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42" conosciuto come "Premi e Sanzioni"

Il provvedimento prevede sul fronte sanzionatorio la rimozione per "responsabilità politica" e l'inibizione per 10 anni da tutte le cariche pubbliche elettive, a danno di quei Governatori-Commissari, Direttori generali, amministrativi e sanitari, rei di aver causato gravi dissesti finanziari. Il medesimo provvedimento sanzionatorio coinvolgerà, inoltre, anche i sindaci e i presidenti di Provincia, già condannati in primo grado dalla Corte dei Conti, nonché quei ministri, sfiduciati dalla Camera di competenza, in caso di mancato rispetto dei fabbisogni e costi standard. Saranno soggetti a licenziamento i Commissari che non redigeranno o non applicheranno il Piano di rientro concordato, quelli che non riusciranno a raggiungere gli obiettivi prefissati, e, infine, quelli che per due anni di seguito non applicheranno le super addizionali Irpef e Irap in caso di insuccesso dell'azione di risanamento. Decadranno au-

tomaticamente, in caso di dissesto dei conti, anche i Direttori generali. Stessa sorte toccherà, previa verifica delle rispettive responsabilità, anche ai Direttori amministrativi e sanitari degli enti del Ssn.

Chi non avrà rispettato il patto di stabilità a partire dal 2010, sarà soggetto a sanzioni per le quali è però previsto uno 'sconto', in quanto il taglio al fondo di riequilibrio sarà sempre misurato sull'entità dello sfioramento degli obiettivi, ma non potrà in nessun caso superare il 5% delle entrate correnti registrate nell'ultimo consuntivo.

Prevista, infine, l'istituzione di un Tavolo tecnico fra Governo ed enti finalizzato a trovare soluzioni per risolvere il nodo dei pagamenti bloccati verso le imprese fornitrici.

Passando poi alla parte relativa ai meccanismi di premiazione, sono stati previsti fondi aggiuntivi per quelle Regioni che avranno registrato un rapporto in linea, o inferiore, "alla media nazionale fra spesa di personale e spesa corrente al netto delle spese per i ripiani dei disavanzi sanitari e del surplus di spesa rispetto agli obiettivi programmati dal patto di stabilità interno e che hanno rispettato il patto di stabilità interno". Verranno premiate, infine, anche quelle Regioni che istituiranno una centrale regionale per gli acquisti di beni e servizi con volumi annui non inferiori a quelli che saranno determinati per decreto.

CdM approva schema di D.lgs per riforma Iss, Agenas, Lilt e Izf

Semplificazione e snellimento delle strutture, ottimizzazione delle spese e dei costi, ridefinizione del rapporto di vigilanza. Questi gli obiettivi dello schema di D.lgs per il riordino di Iss, Agenas, Lilt e Izf presentato dal ministro della Salute e approvato dal Consiglio dei Ministri.

Il riordino avviene in attuazione della specifica delega conferita al Governo e persegue obiettivi di semplificazione e snellimento delle strutture, ottimizzazione delle spese e dei costi, ridefinizione del rapporto di vigilanza. Lo schema di D.lgs dovrà ora raccogliere i pareri della Conferenza Unificata e delle commissioni parlamentari, per tornare poi al Consiglio dei ministri. Ecco, in sintesi, cosa prevede: Lega italiana per la lotta ai tumori (Lilt). Sono organi centrali della Lilt il Consiglio direttivo (composto dal presidente e 4 membri, di cui uno designato dal ministro della Salute e tre soci eletti dall'assemblea dei presidenti sezionali e dai commissari), il presidente nazionale, il direttore generale, il collegio dei revisori. Sono quindi soppressi, tra gli altri, il Comitato scientifico, il Collegio dei probiviri e i Comitati regionali (l'Ente sarà articolato in una sede centrale e sezioni provinciali). Il Ddl prevede che la Lilt possa procedere alla costituzione di una Fondazione non avente scopo di lucro per il perseguimento, il finanziamento, la promozione e il supporto alle attività istituzionali dell'Ente. Da questi interventi dovrebbero derivare risparmi complessivi pari a 301.854 euro. Istituto superiore di Sanità. Riduzione di almeno il 30% degli uffici di livello dirigenziale generale e non generale. Riduzione anche delle dotazioni organiche di personale e organizzazione e fusione delle strutture tecnico scientifiche e amministrative che svolgono compiti similari. Riallocazione del personale in eccesso nelle strutture che offrono servizi a terzi. Riduzione, entro il limite massimo di 6 unità, del numero degli esperti ai quali il presidente può conferire incarichi nelle materie nelle quali non siano disponibili all'interno dell'Istituto adeguate

professionalità. Limite massimo di 16 componenti della Commissione permanente di farmacoepia ufficiale. Numero massimo di 3 esperti della Commissione per la valutazione dell'ammissibilità alla sperimentazione di Fasi I. Il consiglio di amministrazione passerà da 8 a 4 membri (due esperti designati dal ministro della Salute, uno dalla Conferenza Unificata, uno dal Miur), mentre il comitato scientifico da 18 a 7 membri (tre dell'Iss di cui due su proposta del presidente e uno eletto dai ricercatori dello stesso Iss, due designati dal ministro della Salute, uno dalla Conferenza Stato-Regioni, uno dal Miur). La costituzione della Scuola Superiore della Sanità Pubblica che consentirà infine di incrementare le entrate dell'Istituto correlate all'effettuazione - a beneficio di terzi - di attività formative e di aggiornamento. Agenas. Nuova organizzazione in relazione ai nuovi compiti che riguarderanno, in particolare, l'Ecm e il monitoraggio e valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi. Riduzione da 10 a 7 degli esperti previsti dall'art. 5 comma 4 del D.lgs 266/93 (da cui sono stimati risparmi di 280.000 euro) ma possibilità di reclutare, entro un limite di 30 unità, collaboratori a progetto il cui incarico non potrà essere superiore a due anni e rinnovazione una sola volta. Istituti zoo profilattici sperimentali. L'intervento in questo caso è ad invarianza finanziaria e mira, piuttosto, alla razionalizzazione e valorizzazione delle attività delle 10 sedi centrali e 90 sezioni diagnostiche territoriali. Tra le novità è previsto un coordinamento e una razionalizzazione di attività e servizi delle ex facoltà di medicina veterinaria, Izs e delle altre strutture del Ssn. Il personale degli Izs, inoltre, potrà svolgere attività didattica nei corsi di laurea in Veterinaria, nelle scuole di specializzazione e nei dottorati di ricerca per attivare una collaborazione tra le due istituzioni. Prevista inoltre la possibilità per gli Izs di erogare borse di studio (i cui costi dovranno essere coperti con gli stanziamenti ordinari) per gli studenti delle scuole di specializzazione o i master in area veterinaria, nonché la possibilità per gli stessi studenti di partecipare a progetti di ricerca svolti presso gli Istituti.

GLI SCENARI DELLA CRISI

PARLANO MINGARDI, DE VINCENTI, SPANDONARO E LABATE

SE LA SANITÀ PER TUTTI DIVENTA UN LUSO

La crisi non si placa. Anzi, sempre più ci si rende conto che, con manovre tanto pesanti quanto parziali come quelle fin qui varate, i conti potrebbero non tornare mai. E allora si fa strada la via dello "Stato leggero" con dismissione di beni e funzioni pubbliche. È tra questi

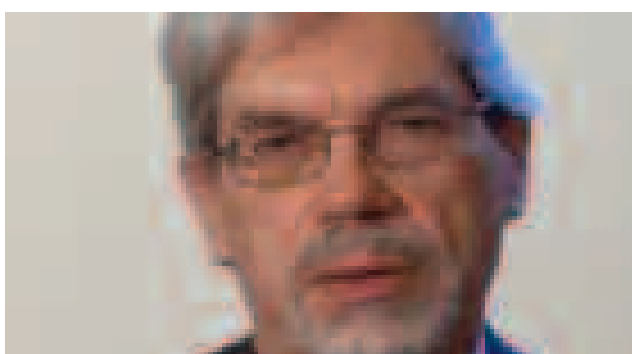
potrebbe entrarci anche il Ssn. Dirigenza Medica ha raccolto le riflessioni di esperti per capire quali potrebbero essere le sorti del Ssn in questo quadro di crisi economico finanziaria nazionale e internazionale senza precedenti.



**“Il Ssn non è un lusso
però c’è molto
da migliorare”**

CLAUDIO DE VINCENTI

Professore di economia politica
alla Sapienza di Roma e consigliere economico
dell'ex ministro della Salute Livia Turco



Professor De Vincenti, stiamo ragionando su un'ipotesi di "stato leggero" ovvero per far fronte ad una crisi economica finanziaria grave, in cui le manovre di aggiustamento si dimostrano insufficienti, il Governo pare stia pensando alla dismissione di beni e funzioni pubbliche, tra queste anche la sanità. Qual è la sua opinione?

In generale credo che lo Stato possa migliorare e di molto il modo in cui utilizza le risorse. Su questo non ci sono dubbi e sarebbe molto importante per le politiche di crescita avere uno Stato che sappia spendere nel modo migliore nell'allocazione delle risorse, in modo efficiente ed efficace rispetto agli obiettivi, che sappia prelevare in maniera equa anche riducendo il più possibile la pressione fiscale sui cittadini. Detto questo ritengo che ci siano spazi per ipotizzare delle riduzioni di spesa insieme con un potenziamento delle funzioni pubbliche che lo Stato svolge. Poi per quanto riguarda il Ssn va detto che è sicuramente uno dei sistemi che è in grado di fornire una ampia copertura pubblica alla popolazione con una spesa abbastanza limitata. Sappiamo che in Italia l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil è più bassa che in Paesi comparabili con il nostro come Francia e Germania o anche rispetto a Paesi che hanno adottato un sistema di assicurazioni private, penso agli Stati Uniti, che spendono praticamente il doppio di noi come spesa complessiva. Quindi difendo il sistema italiano, tra i più efficienti secondo le statistiche internazionali, anche da un punto di vista macroeconomico poiché impegna meno risorse di quanto non succeda in Paesi che adottano una copertura pubblica limitata alle fasce povere della popolazione lasciando il resto al mercato delle assicurazioni private. Detto questo penso però che abbiamo dei margini per potenziare i nostri servizi sanitari a parità di spesa o anche

Segue a pagina 10

Segue da pagina 9

“Il Ssn non è un lusso però c'è molto da migliorare”

CLAUDIO DE VINCENTI

Professore di economia politica alla Sapienza di Roma e consigliere economico dell'ex ministro della Salute Livia Turco

per risparmiare a parità di servizi.

In che modo potrebbe essere attuato il potenziamento del nostro Ssn a parità di spesa?

Attraverso l'organizzazione del sistema sanitario, in particolare agendo sulla capacità delle regioni di organizzare il sistema e di basarlo su rapporti contrattuali con erogatori sia pubblici che privati che incentivino l'efficienza di costo, riducano i costi e che spingano verso una competizione nei risultati. Credo che di spazi di manovra ce ne siano e che noi saremmo in grado di contenere la spesa sanitaria rispetto alle dinamiche spontanee senza peggiorare i servizi anzi forse migliorando i servizi. Abbiamo un problema di ridisegno del sistema da una parte e un problema di efficienza degli erogatori dall'altra. Per quanto riguarda il ridisegno del sistema noi dovremmo, lo si è detto varie volte, potenziare la medicina territoriale e contenere il ricorso ai ricoveri ospedalieri. Questo è un tema di lungo periodo su cui da tempo si ragiona ma di fatto non siamo riusciti a farlo. Soprattutto in alcune regioni italiane, quelle che hanno i conti in rosso, strutture ospedaliere piccole inadeguate sia dal punto di vista della qualità delle prestazioni che forniscono sia dai costi elevati. Qui bisognerebbe pensare, come hanno fatto Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto, ad aggregare le strutture in dimensioni più ampie, a riconvertire una parte delle strutture piccole in strutture di lungo degenza-riabilitazione e a disegnare la rete ospedaliera in modo da avere alcuni ospedali di eccellenza (dove fare ricerca e ad alto livello tecnologico) e alcuni intermedi che gestiscono le prestazioni più di routine. Questo è un problema di disegno del sistema. Poi c'è un problema che riguarda gli erogatori: il rapporto tra le regioni e le strutture di erogazione di servizi. Credo che qui noi dobbiamo cominciare ad abbandonare la logica del ripiano a piè di lista nelle strutture anche di fronte a deficit di bilancio significativo. Quindi riorganizzare le relazioni contrattuali tra governo regionale e strutture ospedaliere e puntare alla competizione per la qualità tra le strutture ospedaliere. Per fare questo abbiamo bisogno anche di un soggetto nazionale di valutazione che orienti questa valutazione delle performance delle strutture sanitarie in base all'Hta. La competizione tra strutture non significa che un ospedale che non riesce a far quadrare i conti viene chiusa. No, il problema è un altro: bisogna che ci sia la possibilità di cambiare il management, di mettere a confronto le performance delle gestioni delle varie strutture. Questo vale per i privati e per i pubblici. Uno strumento importante sarebbe la diffusione e re-attuazione rigorosa del pagamento a Drg nei confronti degli ospedali sia pubblici sia privati.

Insomma pagare le strutture in funzione delle performance che realmente realizzano comporterebbe il contenimento dei costi e il miglioramento delle prestazioni?

Sia l'Emilia Romagna che la Lombardia hanno cominciato ad attuarla. Sono esperienze diverse ma c'è un interessante convergenza tra le due realtà. La Lombardia ha imparato a governare meglio e a limitare il semplice pagamento ex post di qualsiasi conto le venisse presentato dagli ospedali accreditati. L'Emilia ha imparato a sottoporre a contrattazione il rapporto tra regione e struttura ospedaliera. Restano due modelli diversi ma tutti e due cercano di fare leva su quella che chiamiamo “concorrenza amministrata” che non significa libero mercato ma concorrenza tra le strutture fortemente guidata e controllata dall'autorità pubblica.

Secondo lei, dopo 35 anni il Ssn pagato con la fiscalità generale è diventato un lusso?

No assolutamente no. Credo che sia una delle cose che qualificano un Paese avanzato. Una sanità efficiente e di qualità è una sorta di cartina di tornasole del livello di civiltà e ripeto è molto più efficiente un Ssn che possa basarsi sulla copertura universale pubblica che non un sistema affidato alle assicurazioni private. Non è un lusso però c'è molto da migliorare anche perché abbiamo un debito pubblico elevato grazie a risorse usate male. La sostenibilità riguardando tutti riguarda anche il Ssn. La sanità non può stare fuori da un discorso di rigore nell'assegnazione delle risorse. La sanità è un punto qualificante ma c'è anche la scuola, i servizi alle famiglie, le infrastrutture, una serie di cose per cui la spesa pubblica deve dare un contributo alla crescita. Purtroppo siamo un Paese molto in ritardo da un punto di vista infrastrutturale e l'intervento pubblico deve migliorare in modo radicale rispetto al passato. (S.S.)

SE LA SANITÀ
PER TUTTI
DIVENTA
UN LUSO

“È il momento della sanità integrativa”

GRAZIA LABATE

Economista all'Università di York ed ex sottosegretario alla Salute



Ogni ragionamento non può prescindere dalla crisi economico finanziaria internazionale senza precedenti. Ma quello che è certo è che la manovra di luglio ci consegna 7 miliardi e 950 milioni in meno di finanziamenti al Ssn concentrati nel 2013-2014. Ma sappiamo che, se dovesse essere necessaria una probabile manovra ter, il Ssn potrebbe vedersi anticipare al 2012 la diagnosi di anoressia, eziologicamente fissata nella manovra di luglio, con tagli ulteriori al finanziamento (non è irrealistico pensare ormai ad oltre 10 miliardi di minor gettito per il Ssn).

CRESCERE LA SPESA PRIVATA, MA È SEMPRE PIÙ OUT OF POCKET

Già ora la situazione convoglia il cittadino a recarsi laddove paga meno e riceve senza liste d'attesa analisi e prestazioni specialistiche.

I dati di scenario e la realtà sanitaria del paese, sia pur con luci ed ombre in alcune regioni, faticosamente impegnate nei necessari piani di rientro, non mi convincono tuttavia ad abiurare il Ssn per diversi motivi:

a) mediamente la nostra sanità è di buon livello, con punte di eccellenza, nonostante la bassa crescita, l'evasione e le distorsioni sull'uso della spesa pubblica;

b) la validità di sistema ci è riconosciuta a livello internazionale per i risultati raggiunti sul piano statistico epidemiologico e per il rapporto spesa pubblica/costo-qualità delle prestazioni per abitante, in ambito preventivo, curativo e riabilitativo in termini di salute globalmente intesa. Si pensi a cosa vuol dire per il nostro paese avere un Ssn che ci tutela per quanto riguarda la prevenzione e la tutela della salute animale e nel campo degli alimenti, della sicurezza nei luoghi di lavoro, nel campo della salute materno infantile, nel campo delle malattie ad alto rischio, nei trapianti. Basti pensare quanto costò all'Inghilterra la mancanza di veterinari pubblici capaci di fronteggiare “Mucca pazza” o a quanto recentemente è costata in Germania la vicenda dell'escherichia coli che ha costretto ad un repentino adeguamento del sistema tedesco di monitoraggio e sorveglianza delle produzioni e degli alimenti.

L'ERBA DEL VICINO “NON” È SEMPRE PIÙ VERDE

Ma non mi convincono nemmeno le comparazioni con i sistemi europei in maniera meccanica. L'erba del vicino non è sempre più verde.

Tutti, indipendentemente dalle loro caratteristiche, devono fare i conti con la scarsità di risorse e con il contenimento della spesa pubblica e con l'aumento della domanda e dei costi dei fattori di produzione del sistema salute. Diversi i correttivi, gli strumenti, le basi di finanziamento, le storie sociali e politiche, tuttavia tutti coinvolti dentro una crisi senza precedenti, con un Pil europeo sceso al di sotto del 4%, con la produzione industriale che è tornata a livello degli anni '90 e con 23 milioni di persone, pari al 10% della popolazione attiva, attualmente disoccupate.

E in più con le finanze pubbliche in forte deterioramento e con la popolazione attiva dell'Ue che inizierà diminuire dal 2013/14 per effetto del pensionamento dei babyboomers, che provocherà anche la crescita di ultra sessantacinquenni a una velocità doppia rispetto a prima del 2007 (circa 2 milioni in più ogni anno, rispetto al milione in precedenza).

Del resto mi sembra inutile quanto inefficace continuare a recitare la stanca litania sul fatto che spendiamo meno degli altri paesi europei con i nostri fondamentali dell'economia che sono peggiori degli altri paesi europei. La no-

stra vera condanna è la bassa crescita che anche quest'ultima manovra non affronta, anzi deprime. E per la sanità la vera differenza è che, a fronte di un 9,5% di incidenza sul Pil tra componente pubblica e privata, siamo il paese europeo che ha la più alta componente di spesa privata out of pocket, direttamente sostenuta dalle famiglie in sanità. Su circa 30 miliardi di spesa sanitaria privata, circa il 3,7% è coperto dal mercato assicurativo, che da noi è ancora molto embrionale, il 13,3% da fondi sanitari integrativi, casse e mutue, tutto il resto è spesa che esce direttamente dalle tasche dei cittadini, quasi tutta rivolta a coprire malattie croniche degenerative, non autosufficienza, cure del cavo orale, specialistica e ticket.

LA SANITÀ INTEGRATIVA: UNA RIFORMA MANCATA CHE NON PUÒ PIÙ ESSERE RINVIATA

Qui dovremmo sul serio interrogarci: come mai nel nostro paese non siamo mai riusciti a riorientare questa ingente mole di danaro privato con forme di intermediazione finanziaria che potessero fargli giocare un ruolo davvero integrativo rispetto al servizio sanitario nazionale? Non mancavano e non mancano i presupposti giuridici. La riforma ter del 1999 è rimasta lettera morta per 10 anni. Poi c'è stato anche il D.lgs n. 56 del 2000 che aveva previsto le possibili agevolazioni fiscali per lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi negoziali e per la mutualità integrativa, dentro una cornice che avrebbe dovuto presupporre la revisione del sistema delle detrazioni e deduzioni fiscali in materia, e verso una riforma fiscale più equa e più giusta. E ancora la revisione del Titolo V della Costituzione che ha dato ampi poteri alle regioni ed al sistema delle autonomie sul terreno sanitario così, come quel federalismo istituzionale e fiscale tanto voluto ed enfatizzato, avrebbe potuto, dentro una cornice regolatoria comune, costruire efficaci esperienze di welfare socio-sanitario locale per rispondere meglio alla domanda di salute dei territori, chiamando tutti gli attori sociali e tutte le risorse disponibili a socializzare in modo integrato la copertura dei rischi da non autosufficienza o per l'odontoiatria.

Ma un insieme di visioni politiche ideologiche, statalismo palese ed occulto, paure, a volte motivate da posizioni e dibattiti sul rischio di privatizzazione della sanità in chiave mercantile, hanno portato alla staticità delle volontà politiche e del sistema. E così fondi negoziali, società di mutuo soccorso e sistema assicurativo hanno iniziato a fornire coperture spesso duplicative o sostitutive, di quelle del Ssn, venendo meno all'auspicata funzione integrativa.

Solo sotto il ministero Turco si è deciso di affrontare un vuoto legislativo ormai non più sostenibile con il decreto del marzo 2008 che ha iniziato a regolare la materia. Il ministero Sacconi nel 2009 ha predisposto il decreto per l'operatività dei fondi secondo le linee del decreto Turco e sancito l'istituzione dell'Anagrafe dei fondi anch'essa delineata nel dicastero Turco. Il resto dei successivi strumenti sono tutt'ora lettera morta, nonostante che nel paese siano andati avanti oltre 50 rinnovi contrattuali in cui si costituiscono fondi sanitari integrativi e che la mutualità di territorio si espanda e copra bisogni sociosanitari inevasi dal sistema di protezione sociale pubblico.

IL FALLIMENTO DEL LIBRO BIANCO/VERDE DI SACCONI

Il libro bianco/verde del ministro Sacconi voleva essere uno strumento che doveva acquisire idee, proposte, suggerimenti, aprire un dibattito pubblico nel paese, per costruire linee condivise di un nuovo Welfare. Ma a parte qualche articolo su riviste e siti internet specializzati, di quel dibattito si sono perse le tracce. Il Governo esprime più voci sulla materia o in occasioni pubbliche ne parla ma non dice a che punto siamo con la costruzione del secondo pilastro. Ognuno fa individualmente

attività di lobby ed il risultato sono tagli, tickets, una delega in materia assistenziale e fiscale che è una vera trappola per recuperare 20 miliardi, non solo razionalizzando e mettendo ordine, ma approdando a una visione residuale, ancorché inefficace, di un nuovo Welfare che aumenta le ineguaglianze e nel contempo vanifica i diritti di cittadinanza.

Altro che scelte condivise, dibattito pubblico: di necessità (la crisi) non virtù ma miopia e assenza di una visione riformatrice di un moderno sistema di protezione sociale capace, proprio nella crisi, di gettare le basi per il superamento delle disuguaglianze. Innanzi tutto ampliando le basi di finanziamento del sistema con una imposta sui patrimoni come esiste in tutti i paesi europei, destinando una quota dell'azione di recupero dell'evasione al rilancio dell'economia e del sistema di protezione sociale, definire una volta per tutte i Leas e i Liveas che possiamo permetterci e chiamare gli altri sog-

Segue a pagina 13

“La sanità per tutti non regge più. Ora ticket, fondi integrativi e assicurazioni”

FEDERICO SPANDONARO

Coordinatore del Ceis Sanità di Tor Vergata



Professor Spandonaro, una manovra a luglio, una ad agosto ma la sensazione è che non saranno sufficienti a superare la crisi. Cosa sta succedendo in Italia?

La situazione dell'Italia è molto critica perché questo Paese non cresce in modo significativo da tantissimi anni. La non crescita e la non riduzione del debito pubblico (questioni peraltro legate fra loro) hanno reso ormai insostenibile la situazione finanziaria. La conseguenza è che oggi non esiste più alcun settore, tanto meno la sanità, che possa pensare di restare fuori dalle problematiche generali di tenuta del Paese e quindi da tagli e manovre.

Tagliando anche i servizi?

Penso piuttosto a una modalità di "accesso" diverso. Per molto tempo ci siamo illusi che la sanità, essendo un bene primario, potesse restare sia universale che gratuita, al riparo da ogni provvedimento strutturale. Ora siamo arrivati al momento della verità: la sanità pubblica, così come è oggi, rischia di non essere più sostenibile. Questo forse era vero anche prima, ma oggi stiamo scoprendo che siamo in prospettiva più "poveri" di quanto immaginavamo.

Ciò significa che bisognerà dire addio al Ssn così come istituito dalla legge 833/1978?

Di quella legge, in realtà, sono rimasti solo i principi. Le norme di dettaglio sono state infatti profondamente riviste dalle riforme degli anni '90 (il 502 del '92 e il 229 del '99). Credo tuttavia che quei principi siano ancora validi. L'universalità è parte del Dna del Paese. Però non ci si può continuare a illudere che possa essere un'universalità assoluta e non selettiva, che tutto sia gratuito e ricompreso nei Leas.

Quindi pensare a un modello come quello descritto nel libro Bianco di Sacconi che citava, appunto, un universalismo selettivo?

Parole tuttavia rimaste scritte nel Libro Bianco perché nessun Governo, compreso quello del ministro Sacconi, hanno mai provato a chiarire "quale selezione" si voleva/poteva fare.

Sarebbe comunque quello il modello migliore? O è forse l'unico modello possibile allo stato attuale?

Questo è molto difficile da stabilire, perché oggi ci troviamo di fronte all'emergenza. Occorre però tenere conto che quasi tutta l'Europa ha una sanità su più pilastri. E che l'idea di avere più pilastri ha molto a che fare con il principio di sussidiarietà, di cui peraltro negli ultimi anni si parla con fervore. Del resto un unico pilastro, cioè servizi uguali per tutti, per quanto appealing sul piano della equità, può anche rivelarsi il sistema che meno soddisfa i bisogni della popolazione. L'idea di avere più pilastri è che ce ne sia un primo, pubblico, che garantisce i bisogni di base per i quali si ritiene debba prevalere l'equità orizzontale (il termine essenziale non mi è mai piaciuto); un secondo, integrativo, che contiene degli elementi di personalizzazione (e quindi privilegia l'equità verticale) e un terzo, individuale, dove ciascuno, se vuole, completa la propria assistenza secondo le proprie specificità demografiche, economiche e così via. Mi rendo conto che in sanità è difficile realizzare (per esempio molto più che per la previdenza dove è già stato fatto) un sistema del genere, perché significa sezionare i bisogni di salute. Però credo che si dovrà fare.

Segue a pagina 12

SE LA SANITÀ
PER TUTTI
DIVENTA
UN LUSO

Segue da pagina 11

“La sanità per tutti non regge più. Ora ticket, fondi integrativi e assicurazioni”

FEDERICO SPANDONARO
Coordinatore del Ceis Sanità di Tor Vergata

E riformare il sistema di finanziamento della sanità attraverso una tassa dedicata che tutti i cittadini devono versare?

Oggi la sanità è in buona parte legata alla fiscalità e di conseguenza al reddito. La ragione per non legare il finanziamento della sanità all'Irpef è contigua all'annoso problema dell'evasione. Se si dovesse finanziare la sanità con l'Irpef, pagherebbero alla fine sempre i soliti noti. Anche perché non credo che l'evasione si sconfiggerà in breve tempo e dunque che possa essere questa la soluzione. Ritengo, piuttosto, che dovremo arrenderci al fatto che non tutto potrà essere gratuito e dovranno essere introdotti ticket più significativi, per i quali diventano però fondamentali le modalità di applicazione. Scegliere una via o l'altra farà la differenza tra equità e iniquità della compartecipazione. Non si può neppure escludere, inoltre, che possa diventare necessario ridurre l'offerta di prestazioni contenute nei Lea. L'equilibrio dei conti va raggiunto, in ogni modo. Se il Pil crescerà, questo sarà un anno di sofferenza, ma le cose si risolveranno. Ma se il Pil continuerà a non crescere, nel giro di pochi anni non sarà più facile coprire la spesa pubblica con i ticket... sarà necessario ridefinire tutto l'assetto.

SE LA SANITÀ
PER TUTTI
DIVENTA
UN LUSO

Le compartecipazioni dovrebbero essere modulate per fasce di reddito?

Assolutamente sì. Non si può pagare il ticket in base al consumo, perché si colpirebbero paradossalmente i cittadini che hanno più bisogno.

Crede che i cittadini accetteranno l'idea di doversi pagare la sanità?

I cittadini già oggi se la pagano fra tasse e spesa out of pocket. Dovranno solo rendersi conto che se questo Paese non cresce o si aumentano (ancora) le tasse o è difficile avere prestazioni pubbliche gratuite. E non è più un problema di sprechi e di efficienza. L'idea dell'efficienza è servita solo a illuderci che si potevano risparmiare tanti soldi avendo le stesse prestazioni allo stesso costo. Ritengo che non sia più così: sicuramente la gestione della sanità annovera ancora aree di inefficienza, ma sostanzialmente allocativa (risorse messe in attività non prioritarie o di scarsa qualità). Il recupero di efficienza tecnica sostanziale ormai c'è stato e sprechi che liberino risorse non già "prenotate" da carenze di erogazione dei Lea ce ne sono sempre meno. Il vero problema è che se il Pil non cresce, la sanità (e in particolare l'innovazione) è sempre più difficile pagarsela. I cittadini dovranno capirlo. Del resto, forse, la verità è che nessuno ha mai sentito il "dovere" di spiegarglielo.

E allora proviamo a spiegarlo.

Se il Paese andasse in default, non esisterebbe più un problema di efficienza o di equità, a quel punto non ci sarà più alcuna assistenza per nessuno. Se è vero, come è vero, che l'Italia ha tanto debito pubblico ma anche tanta ricchezza accumulata dalle famiglie, è necessario che questa ricchezza entri in gioco: o ci ricompriamo il nostro debito, o investiamo la ricchezza per pro-

“Riforme liberali? Magari, ma questa classe politica non le farà mai”

ALBERTO MINGARDI
Direttore generale dell'Istituto Bruno Leoni



Dottor Mingardi, a fronte di una crisi economica finanziaria pesante e duratura, in cui le manovre di aggiustamento sembrano non bastare, pare si stia facendo strada, nel Governo ma non solo, l'ipotesi di uno "Stato leggero" che preveda la dismissione di beni e funzioni pubbliche, tra cui anche la sanità.

Lei è ottimista se crede questo.

Lei non ci crede?

La classe politica italiana ha un tale livello di sbandamento e una totale assenza di elaborazione intellettuale che pensare una cosa complicata come la riforma del sistema sanitario secondo me è ben oltre le loro possibilità. Il debito pubblico è un problema con cui l'Italia convive da anni cagionato da una spesa pubblica che non si riesce a comprimere. In un Paese diverso nel quale la classe politica avesse un po' più di capacità di elaborazione probabilmente si sarebbe già cominciato a pensare da tempo a quali strategie porre in essere per alleggerire da una parte il peso dello Stato e dall'altra trovare il modo per sopperire alle stesse domande sociali attraverso meccanismi di mercato o attraverso un ricorso più ampio alla capacità di autorganizzazione della società. In Italia invece di queste cose si è deciso di non parlare, da alcuni anni si è deciso di smetterla di chiederci quanto Stato vogliamo, si è detto che questi erano temi da lasciare a pochi teorici della politi-

ca per la discussione in convegni o in Aule universitarie e mi sembra improbabile che adesso in un momento come questo si possa riaprire la grande discussione che servirebbe per riformare in profondità il sistema sanitario.

Eppure il ministro Sacconi non ha mai fatto mistero del suo disegno di welfare che prevede una sanità ad universalismo selettivo con un doppio sistema assistenziale basato su due pilastri, uno pubblico pagato dalla fiscalità generale e uno privato pagato da contributi integrativi.

Lei ha visto il Governo fare qualsiasi cosa per passare dal libro bianco ad una serie di proposte concrete? Quel tentativo di aprire una discussione pubblica su quei temi è finita con lo spacchettamento del welfare nel ministero della Salute e del Lavoro e noi abbiamo un ministro della Salute che è assolutamente impermeabile a qualsiasi discussione sui sistemi sanitari.

Insomma lei chiude a qualunque ipotesi di ragionamento su uno "Stato leggero"?

Ripeto secondo me non se ne parla. Noi usciamo da tre manovre in cui non c'è stata una dismissione, niente tagli ma aumenti a tassi inferiori rispetto a quelli preventivati. La logica a cui lei vorrebbe guardare credo che sia molto migliore in teoria rispetto a qualunque cosa fatta finora ma presupporrebbe un ragionamento diverso cioè che ci si fermasse un secondo e ci si chiedesse come è possibile perseguire determinati scopi da una parte e dall'altra ci si chiedesse quanto Stato vogliamo. Questa cosa qua purtroppo i nostri governanti non l'hanno fatta. E più si scivola verso l'emergenza e più è improbabile che la facciano. Se lei mi chiede è auspicabile? È giusto? Bisognerebbe che questa classe politica cominciasse a pensare a queste riforme? Io le rispondo "sì". Se mi chiede ci stanno pensando? La mia impressione è assolutamente "no".

E secondo lei a cosa stanno pensando?

Credo che stiano pensando a come sopravvivere i prossimi due mesi e anzi come sopravvivere i prossimi due mesi con il minore impatto possibile. C'è una tale sfiducia delle classi dirigenti italiane sulla possibilità di riformare questo Paese che alla fine le stessi classi dirigenti propongono una patrimoniale, ovvero semplificando, rubare altri quattrini ai cittadini italiani per comprare altro tempo per dare quindi una bottarella al debito ed evitare di affrontare quei problemi che lei giustamente solleva.

Qualora la classe politica ponesse in agenda questo tipo di riforma i cittadini la capirebbero? In fondo l'italiano è abituato da 35 anni ad avere un Ssn e ad uno Stato che elargisce servizi e soprattutto l'Italia è un paese che non ha cultura liberale.

Io non credo che ci sia un problema di carattere culturale. Ci sarebbero delle contestazioni però se ci si ponesse in un orizzonte per cui l'idea è di garantire l'universalità dell'accesso cercando di veicolare il finanziamento pubblico attraverso strumenti più efficienti la riforma verrebbe accettata. Credo anche che l'Italia sia un Paese che dal punto di vista della sanità ha delle grandi eccellenze ma nonostante tutto una certa attitudine alla spesa privata e diretta è rimasta e siamo consapevoli che se mi faccio anche un'assicu-

durre crescita o ... paghiamo più tasse e riduciamo il debito (elenco un po' semplicistico ma in sostanza non vedo altre strade logiche). I cittadini, in base alle loro capacità, dovranno per forza fare la loro parte. Il problema oggi è l'equità delle scelte che si faranno: le tasse, ad esempio, con l'evasione che si registra in Italia, mi sembrerebbero una scelta piuttosto iniqua a meno di percorrere strade nuove (e personalmente non mi scandalizzo all'idea della patrimoniale); pure i ticket soffrono di analogo problema (l'evasione crea esenti impropri), e oltre tutto, sebbene personalmente li ho sempre propugnati come strumento di contenimento dell'inappropriatezza, mi rendo conto che sono ormai diventati una vera e propria forma di finanziamento della sanità.

E se invece si optasse per una vera dismissione della funzione sanitaria da parte dello Stato dando tutto ai privati?

Non penso sia questa la prospettiva. Non credo che a breve crescerà la "produzione" privata, piuttosto la quota di spesa privata, perché sicuramente ci sarà un aumento di spesa out of pocket. Ciò giustificerebbe un maggiore ricorso al privato attraverso l'assistenza integrativa, ma questo può avvenire con logiche mutualistiche, non necessariamente con polizze individuali. Ed è molto diverso.

Compartecipazione alla spesa. È quindi questa la ricetta.

A breve mi sembra sia un dato di fatto. Sono sempre stato convinto che un sistema sanitario senza ticket, che cioè non rende visibile ai cittadini il valore delle prestazioni che riceve, sia un sistema sbagliato. E ne ho sempre fatto una questione di efficienza da una parte e di responsabilità dei cittadini dall'altra. Oggi, al di là di qualsiasi riflessione, si deve inserire la compartecipazione perché c'è la crisi, perché siamo di fronte a un evidente problema di

razione privata a margine male non mi fa. Sicuramente una riforma ben pensata prenderebbe tempo e dovrebbe essere preparata sul piano della comunicazione, spiegata, essere oggetto di un dibattito pubblico. Questo è il classico genere di riforma che ha bisogno di leadership, di intelligenza, di capacità di comunicare, di visione e di tempo. Tutto quello che a noi manca.

Che tipo di modello vedrebbe per l'Italia?

In Europa c'è l'esempio del sistema sanitario olandese ad accesso universale nel quale lo Stato garantisce un minimo di accesso alle cure a tutti ma il pagamento delle prestazioni è intermediato da assicurazioni private in concorrenza tra loro che a loro volta vanno a comprare le prestazioni o da ospedali privati o da ospedali a carattere scientifico in massima parte pubblici. Quello è un sistema che garantisce l'obiettivo sociale che il Ssn dice di porsi cioè l'universalità dell'accesso e che nello stesso tempo usa le assicurazioni private, cioè attori di mercato auto-interessati che hanno la possibilità di beneficiare di quello straordinario fattore di disciplina che è la ricerca del profitto per fare la cosa che al nostro sistema sanitario evidentemente non riesce ovvero: ridurre gli sprechi, tenere in ordine i costi, forzare le strutture alla massima trasparenza. Tutto questo all'interno di un sistema universalistico che non adotta ipotesi di una sanità "Cadillac" per alcuni e una sanità "Fiat" per altri. Il passaggio da un sistema più pubblicistico a uno che ha un ruolo del privato importante necessita di tante strategie per la transizione. Una cosa che gli olandesi hanno fatto è stata quella di sviluppare un'autorità semi-indipendente che per quanto sia tassata e finanziata dal ministero della sanità ha ampia autonomia decisionale e il compito di questa autorità è quello di portare la transizione da tariffe a prezzi e lo stanno facendo con grande intelligenza andando di tipologia di prestazione in tipologia di prestazione. A me sembra un modello di grande intelligenza. Ma probabilmente ce ne sono anche altri.

Questa sarebbe, se interpretata correttamente, la classica riforma in grado di mobilitare risorse private, creare mercati laddove non ce ne sono, attirare investitori esteri, contribuire nel lungo periodo al miglioramento della qualità della vita perché sarebbe un sistema più portato all'innovazione e quindi a farci vivere meglio.

Ma per fare queste riforme servirebbe una leadership con una visione

Questa è la classica riforma che si potrebbe intestare un leader che volesse avere un grande futuro davanti a se e che volesse mobilitare il Paese su di un progetto. Il problema è che leader politici che vogliono fare questo non ne abbiamo. La sanità è il classico tema in cui uno non può pensare di giocare sempre all'interno di una cornice data. A volte quella cornice è necessario romperla per fare qualcosa di nuovo e questa sarebbe una straordinaria occasione. (S.S.)

sostenibilità. Il punto è, come ho già detto, che occorrerà modellare i nuovi ticket con equità e attenzione ai veri disagi sociali e sanitari. Altrimenti il rischio è che le fasce deboli della popolazione ne saranno fortemente danneggiate. La vera prova delle prossime manovre sarà sull'equità che saranno in grado di garantire.

I ticket potranno portare anche dei risparmi indotti dalla loro funzione di calmiera della domanda?

Un certo risparmio ci potrebbe essere, perché c'è sicuramente qualcuno che si serve più del necessario del Ssn approfittando della gratuità. Ma stiamo parlando di numeri minimi, perché chi ricorre alla sanità lo fa perché sta male. Oggi la compartecipazione serve a cofinanziare il sistema, non a comprimere la domanda.

E poi, basta con questa leggenda degli sprechi quale male assoluto della nostra sanità. Leggenda alla quale si lega un altro mito, quello dell'efficienza quale cura di ogni male. Come ho detto sprechi e inefficienze esistono. Ma già oggi in sanità spendiamo meno che nei Paesi a noi confrontabili e quindi anche se eliminassimo del tutto sprechi e inefficienze non avremmo risolto il problema reale del sistema sanitario, che oggi è lo stesso del Paese nel suo complesso: quello di crescere sistematicamente meno rispetto al resto di Europa e del mondo.

La manovra di luglio prevede l'introduzione di nuovi ticket. Crede che saranno sufficienti o ne serviranno altri. E sarà possibile coprire la differenza tra spesa e finanziamento?

È difficile da prevedere. D'altra parte, se fossero sufficienti, le Regioni non si sarebbero opposte così duramente... (L.C.)



Segue da pagina 11

“È il momento della sanità integrativa”

GRAZIA LABATE

Economista all'Università di York ed ex sottosegretario alla Salute

getti, dal terzo settore ai fondi e alla mutualità, a costruire con le autonomie locali un più efficace ed efficiente sistema integrato di protezione della salute perché solo così la funzione pubblica regolatoria si esalta, fa sistema, include, non lascia soli e diventa motore di sviluppo sociale, economico e solidale di una società, che non si voglia condannata alla sopravvivenza.

L'EFFICIENZA DA SOLA NON BASTA

Non mancano esperienze regionali di buon governo efficienza ed efficacia possono essere raggiunte. La Toscana, da economista sanitaria la considero il miglior esempio. Tuttavia attenzione. Sono convinta che si possono trovare ancora risparmi di gestione, da efficientamento, da buone pratiche. a non facciamoci illusioni. Le sfide che sono di fronte a noi sono tali, che non basta raggiungere una platea un po' più vasta di fragilità da assistere domiciliariamente, piuttosto che nelle Rsa, non basta rimodulare il ticket in base al reddito, che è già tanto, perché meno iniquo, ci vuole una inversione di rotta che parli il linguaggio della verità ed affronti il tema complesso dell'invecchiamento come qualcosa che cambia il paradigma delle nostre scelte. Tutto ciò implica la capacità di mettere a sistema tutti gli strumenti e le esperienze che abbiamo a disposizione per coniare una nuova modalità della socializzazione di questo rischio. Perché, per quanto danaro si possa avere in termini individuali e per quanti badanti in regola possiamo formare, non riusciremo mai ad onorare gli impegni di rientro dal debito pubblico e soprattutto quelli con le generazioni future, senza un sistema integrato sociale e sanitario, pubblico e privato, di risorse pubbliche, collettive ed individuali. Senza questo sforzo comune il nostro Welfare non potrà reggere l'impatto. E non sto parlando di un futuro lontano, ma molto prossimo. Ma sono fiduciosa: ci sono tante energie intellettuali, nel corpo sociale, nei territori che agiscono al di là delle diatribe delle attuali classi dirigenti. Le Pa di Trento e Bolzano hanno approvato la costituzione di un Fondo regionale integrativo, per i servizi sociosanitari e la non autosufficienza, in accordo con le organizzazioni sociali, le confederazioni sindacali, i fondi negoziali esistenti, la mutualità di territorio e la cooperazione sociale. Un equilibrio tra domanda ed offerta all'altezza dei bisogni della popolazione di quel territorio, in cui l'istituzione si fa garante di regole qualità e standard delle prestazioni. Qualcosa si muove. Un serio e propositivo dibattito pubblico qui e adesso ci può far uscire dalla logica del cerino e dalla mancanza di assunzione di responsabilità e coraggio per l'oggi e per il futuro. Se non ora quando?

**SE LA SANITÀ
PER TUTTI
DIVENTA
UN LUSSO**

Sapere quanto tempo devi aspettare per effettuare una visita specialistica o diagnostica è sempre più a portata di mano. Anzi di clic. Basta infatti collegarsi ai siti web di regioni e Asl. Una possibilità di cui usufruisce oggi, mediamente, il 63,33% della popolazione italiana. Ma talvolta, alla conoscenza del tempo di attesa (prima disponibilità) si affianca la possibilità per i cittadini di prenotare on line, in tempo reale, le prestazioni sanitarie come avviene in Lombardia e di Trento.

Sono questi i risultati della ricognizione effettuata dall'Agenas sui siti web di Regioni e Aziende sanitarie con l'obiettivo di delineare un primo quadro conoscitivo delle informazioni offerte ai cittadini sui tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Una ricognizione dalla quale, sottolinea l'Agenas, emerge "uno scenario confortante in considerazione dei passi avanti compiuti per ampliare le informazioni disponibili per i cittadini e per offrire nuove opportunità sul versante delle prenotazioni". Anche se, avverte l'Agenas: "Appare urgente colmare l'evidente ritardo presente in alcune aree del Paese".

I dati sono stati raccolti nel periodo giugno-settembre 2010, in due fasi: nella prima fase sono stati individuati 11 siti web di 9 regioni e 2 province autonome. Nella seconda sono stati analizzati i siti web delle Aziende Sanitarie (Asl e Ao), di 10 regioni rimaste escluse a causa dell'assenza di siti web regionali con dati sui tempi di attesa, per un totale di 31 Asl e 9 Ao con dati sui tempi di attesa pubblicati sul sito web. Prima fase. Dalla ricognizione effettuata nella prima fase, in nove regioni e due province autonome – Basilicata, Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Trento Valle e d'Aosta – emerge che quasi la metà (47,92%) dei cittadini assistiti dal Ssn ha la possibilità di ricevere on line informazioni. E la metodologia maggiormente utilizzata è quella ex ante (il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di richiesta della prestazione - prenotazione al Cup, al telefono ecc. e la data assegnata per l'esecuzione della stessa).

LA RICOGNIZIONE DELL'AGENAS.

LISTE D'ATTESA VISIBILI CON UN CLIC PER IL 63% DEGLI ITALIANI

Tempi di attesa minimi per un numero selezionato di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche erogate dalle strutture pubbliche. Sono queste, nella maggioranza delle Regioni, le informazioni alle quali i cittadini possono accedere attraverso i siti web regionali e delle Aziende sanitarie secondo la ricognizione effettuata dall'Agenas. Ma in Lombardia e Trentino è anche possibile prenotare on line e in tempo reale le prestazioni sanitarie

In sette regioni - Bolzano, Liguria e Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Molise, Trento e Valle d'Aosta - il dato fornito ai cittadini è il tempo di attesa minimo, vale a dire la data di prima disponibilità. Nei siti web della Lombardia e di Trento, il tempo di attesa minimo è fornito dal sistema di prenotazione on-line in tempo reale di alcune prestazioni. E permette di verificare, in qualsiasi momento, dove ci si può prenotare e per quale data.

Altri dati raccolti tramite la rilevazione ex ante delle prenotazioni, sono: tempo medio, tempo massimo, mediana, deviazione standard, percentuale delle prenotazioni effettuate suddivise in classi di attesa, percentuale dei cittadini che prenotano le prestazioni sanitarie entro gli standard regionali (Emilia Romagna); la percentuale cumulata dei cittadini che usufruiscono delle prestazioni sanitarie entro gli standard regionali (Lombardia).

Ci sono, poi, alcuni dati che fanno riferimento alle prestazioni effettivamente erogate (rilevazione ex post). In Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Molise è possibile avere il tempo medio di attesa; in Friuli Venezia Giulia quello massimo di attesa, e quello minimo. Sempre in Friuli Venezia Giulia e Piemonte anche la

distribuzione percentuale delle prestazioni erogate, suddivise in classi di giorni di attesa. Per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni sanitarie considerate, l'attenzione si concentra, salvo alcune eccezioni, sulle quelle diagnostiche e le visite specialistiche, considerate da tutte le 9 regioni e le 2 province autonome.

Nei siti web delle Regioni Friuli Venezia Giulia e Piemonte è possibile conoscere i tempi di attesa degli interventi chirurgici e delle

"facilitante per i cittadini", rileva l'Agenas, in quanto offre una possibilità in più di individuare il soggetto erogatore ritenuto più vicino ai propri parametri di scelta (vicinanza al proprio domicilio, tempo di attesa, fiducia nella struttura, facilità di collegamento con i mezzi pubblici, ecc.).

Così come la conoscenza dei tempi delle prestazioni erogate in intramoenia rappresenta un elemento facilitante per i cittadini, in particolare sul versante della "libera scelta" del medico di propria fiducia. Un'informazione possibile solo nella P.A. di Trento.

Seconda fase. Dalla ricognizione nelle dieci Regioni – Abruzzo, Calabria, Campania, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria, Toscana e Veneto – che non hanno tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nei propri siti web, sono state identificate: 31 Asl con sito web con dati sui tempi di attesa su 88 Asl con sito web e nove Aziende ospedaliere con sito web con dati sui

siti con tempi di attesa è meno elevata. Considerando anche la popolazione di queste Asl (Ministero della Salute, 2006), la percentuale di cittadini che, attualmente in Italia, ha la possibilità di avere informazioni sui tempi di attesa tramite i siti web sale dal 49,53% al 62,06%.

E le previsioni per il futuro sono ottimistiche. Per l'Agenas: "Ci sono soggetti impegnati ad ampliare il 'pacchetto' di offerte in direzioni di particolare interesse dal punto di vista dei cittadini, quali: rendere disponibili anche dati relativi alle prestazioni effettivamente erogate e, quindi, in grado di fornire indicazioni più precise circa l'effettiva possibilità di accesso alle prestazioni in tempi congrui con i bisogni di salute; rendere fruibili informazioni su un ventaglio sempre più ampio di prestazioni (interventi chirurgici/procedure invasive, radioterapia, ecc.); rendere fruibili informazioni su tutti gli erogatori (pubblici e privati accreditati) e su tutti gli ambiti di erogazione (istituzionale e intramoenia)". (E.M.)



procedure invasive in regime di ricovero ordinario/day hospital. E sempre in Fvg sono disponibili anche i tempi di attesa delle prestazioni di radioterapia e di refertazione degli esami istologici e citologici. Mentre nei siti web di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Liguria, Piemonte e Trento è possibile conoscere i tempi di attesa anche delle strutture private-accreditate. Un elemento questo

| Regioni che pubblicano i tempi di attesa sul sito web | |
|---|---|
| Regioni che non pubblicano i tempi di attesa sul sito web | |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |
| Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web | Asl che pubblica i tempi di attesa sul proprio sito web |

Ricerca Federsanità sulla spesa ospedaliera



IL DRG

copre solo il 62% dei costi. Il ministero: "li riformeremo"

Il sistema Drg mostra le sue crepe: per i ricoveri ordinari la copertura si ferma al 59% dei costi sopportati dagli ospedali. Meglio i ricoveri in day hospital che segnano un saldo addirittura vantaggioso del + 9%. A scattare la fotografia dei Drg una ricerca Federsanità-Consorzio Nisan. E il ministero ammette: "Così non va, riformeremo i Drg"

I dati sembrano confermare quanto negli ambienti tecnici si dice da tempo: i Drg, ovvero quel sistema ormai operativo da anni che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei per assorbimento di risorse, così da remunerare in modo congruo ciascun episodio di ricovero, fa acqua da tutte le parti. La prova? Se un ricovero mi costa 100, l'attuale Drg mi rimborsa mediamente 59. Un gap di 41 punti che metterebbe in ginocchio qualsiasi struttura sanitaria. Fa eccezione il day hospital, non si sa perché, dove, se spendo 100, mi danno addirittura 109. Questi i dati dell'indagine di Federsanità, svolta in collaborazione con

il consorzio Nisan che raggruppa 16 aziende sanitarie pubbliche e private, presentati venerdì scorso a Roma nel corso di un convegno sul federalismo e i costi standard sanitari. Numeri che si riferiscono a 11 aziende, le prime ad aderire al consorzio, che hanno fornito i propri dati di costo per singola prestazione, scorporati secondo una metodologia comune, relativi al 2007, 2008 e 2009. In generale i risultati mostrano una forte riduzione della spesa per attività di ricovero (era il 69% del totale nel 2007 ma solo il 59% nel 2008/2009) a favore delle altre attività delle strutture ospedaliere (diagnostica, specialistica e day hospital) con

conseguente riduzione dei costi direttamente legati alla "produzione" dei servizi e cioè personale, farmaci e presidi che, nello stesso intervallo di tempo, sono passati dal 75% al 71% delle spese totali, mentre crescono invece i costi comuni. Ma il dato più sconcertante è appunto quello dei Drg e del loro rapporto con la realtà dei costi di produzione: per i ricoveri ordinari si registra infatti un - 41% nel rapporto tra risultato economico e tariffa, mentre per i ricoveri in day hospital il saldo è addirittura vantaggioso, + 9%. In media le tariffe fanno registrare rispetto ai costi pieni un - 38%. Nella tavola rotonda seguita all'illustrazione dei dati sono

interventuti Andrea Tramarin, in rappresentanza dell'assessore veneto Luca Coletto coordinatore della Commissione Salute delle Regioni, Francesco Massicci, capo dell'ispettorato per la spesa sociale della Ragioneria generale dello Stato e coordinatore del celebre "tavolo Massicci" dedicato agli aspetti economici della sanità, Filippo Palumbo, capo dipartimento Qualità del ministero della Salute e Lino del Favero, presidente di Federsanità Anci. Tramarin ha ricordato come le Regioni siano ancora in attesa di molte risposte in materia di costi e prestazioni, in particolare riguardo alla "manutenzione" dei Lea, agli ammortamenti degli investimenti per le nuove tecnologie e alla definizione delle Regioni "benchmark" previste dal decreto 68. Massicci ha sottolineato come i Piani di Rientro abbiano rappresentato un salto di paradigma, attraverso il quale "favorire, suggerire e imporre comportamenti virtuosi al-

le Regioni", mentre i costi standard sono un ulteriore passo avanti nella governance del sistema, utile per "portare avanti tutto il gregge", ovvero per indurre tutti a mettere sotto controllo i costi delle prestazioni. Palumbo ha annunciato l'avvio del lavoro di revisione dei Drg, avviato da Ministero e Regioni, suggerendo di impiegare il termine "stuartship", utilizzato dall'Oms, per indicare l'atteggiamento di accompagnamento che lega Stato centrale e Regioni in un sistema sempre più federale. In conclusione Del Favero ha rimarcato la necessità di potenziare il livello di governance aziendale, utilizzando criteri sempre più meritocratici nella selezione del management, lasciando che il direttore generale possa costruire una propria "squadra", essenziale per ottenere buoni risultati, senza vincoli troppo rigidi al compenso dei manager, che impediscono altrimenti il reclutamento dei migliori.

TRATTENIMENTO FINO AI 40 ANNI DI SERVIZIO EFFETTIVO. MEDICO REINTEGRATO

Il diritto di trattenimento, a domanda, del dirigente medico fino ai quaranta anni di servizio effettivo, previsto dall'art. 22 della legge n. 183/2010 (c.d. Collegato Lavoro) ha efficacia retroattiva, trovando applicazione anche nei confronti dei medici del SSN in servizio al 31 gennaio 2010.

Pertanto, il dirigente licenziato successivamente a tale data dall'azienda sanitaria per raggiungimento del limite dei 65 anni di età senza aver ancora maturato i 40 anni di anzianità effettiva, e che ha presentato istanza di trattenimento a seguito dell'entrata in vigore della legge

n. 183/2010 - e quindi a partire dal 24 novembre 2010 - ha diritto ad essere riammesso in servizio nella posizione e nell'incarico ricoperto precedentemente alla risoluzione del rapporto. In tali termini, si è pronunciato il Tribunale di Roma, con ordinanza del 12 settembre 2011, accogliendo il ricorso cautelare presentato da un dirigente medico, assistito dai legali dall'Anaa Assomed, nei confronti dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini. Il Giudice, nell'affermare il

diritto del dipendente alla riammissione in servizio e alla piena ricostituzione del rapporto, in ragione della chiara efficacia retroattiva della norma (art. 22, comma 3, l. n. 183/2010), ha altresì precisato che tale diritto non si configura come una nuova assunzione e, pertanto, trova applicazione anche nei confronti di quelle amministrazioni pubbliche sottoposte a particolari vincoli di spesa per il personale dipendente, quale il blocco del turn over. Servizi Anaa Assomed

