



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

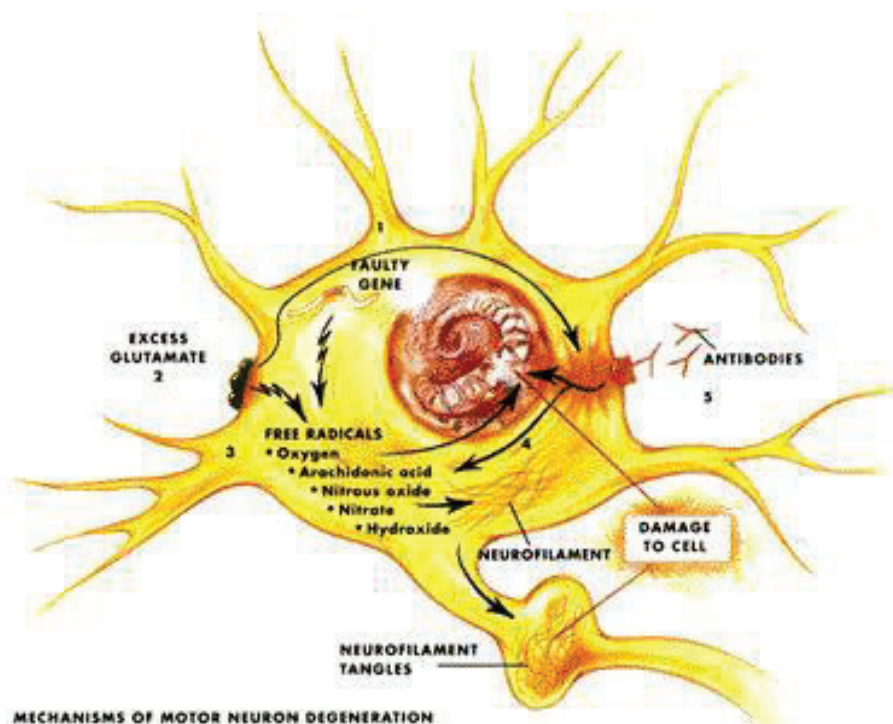
Notizie dalle Province





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Primo piano / Sanità, conflitto sulle nomine



NELLA FOTO: IL GOVERNATORE DELLA CAMPANIA, VINCENZO DE LUCA. ACCANTO: LA SEDE DELL'ASL DI AVELLINO IN VIA DEGLI IMBIMBO



Nomine all'Asl, sfida a Lorenzin

Il ministro preannuncia una legge per individuare i manager con le terne. Ma il Consiglio delega De Luca: per Asl e Moscati direttori a luglio

In Campania la governance vera della Sanità, quella che dirige le aziende ospedaliere e sanitarie sul territorio, è sospesa da due anni. A dodici mesi esatti dalla sua elezione, undici dall'insediamento, il governatore Vincenzo De Luca ha deciso di porre fine alla transizione, avocando a sé poteri e responsabilità di nomina dei manager. E la sua maggioranza, corroborata dagli emendamenti (accolti) dell'opposizione di Forza Italia al governo della Campania fino al maggio 2015, lo ha sostenuto politicamente e numericamente al di là della questione di fiducia. Come ha spiegato il

Presidente della Commissione, Lello Topo, primofirmatario della proposta di legge, che ha rimarcato come l'intento del testo non sia accumulare prerogative in capo al presidente De Luca, quanto semplificare l'iter procedurale, "reso più complicato dal predecessore Stefano Caldoro". A nulla è valsa la trasferta napoletana del Ministro Beatrice Lorenzin, che più o meno nelle stesse ore in cui la Commissione dava il via libera alla norma, ha chiesto di soprassedere, nell'imminenza di una nuova legge che sta per ridisegnare a livello nazionale le procedure. Un tentativo caduto nel vuoto

Primo piano / Sanità, conflitto sulle nomine

Le aziende potranno assumere a partire dal secondo semestre dell'anno, coprendo il 70% dei posti liberi. Nessuna deroga per Irpinia e Sannio

quello del Ministro, che in Campania appare in affanno, come dimostra la fitta agenda di incontri concordati con la struttura commissariale in vista del via libera definitivo al Piano Ospedaliero 2016. A differenza del premier che osserva l'evoluzione della vicenda con apparente distacco istituzionale, Lorenzin (all'opposizione nel Consiglio regionale) ha paventato la possibilità di un conflitto procedurale tra Roma e Napoli, una volta approvate le nuove regole. Ma per il governatore, che ha dalla sua il malessere e le difficoltà di operatori pubblici e privati, amministratori locali, rappresentanze sindacali e di categoria, lavoratori, medici e dirigenti, non si può continuare ad aspettare. De Luca rompe gli indugi con lo scopo dichiarato di ripristinare i poteri ordinari almeno sui territori, in attesa di recuperarli a livello regionale alla fine dell'anno. Con «la nuova legge di riforma della nomina dei direttori generali», ha spiegato in una nota, «personalmente non ho alcuna intenzione di accumulare potere di nomina, bensì è l'esatto contrario: non voglio più nominare o prorogare commissari, ma vogliamo rientrare nell'ordinario e garantire il livello di assistenza sanitaria che i cittadini campani chiedono da troppi anni», si legge. «I commissari da noi nominati fino ad oggi sono tutti dirigenti regionali, quindi totale indipendenza». Ma «una cosa è la trasparenza, altra cosa è l'ipocrisia sulla trasparenza. La nomina dei direttori avverrà nel massimo rispetto della competenza, della professionalità, del merito, e nell'assoluto interesse dei



CONTROLLI, ACCOLTI EMENDAMENTI DI FORZA ITALIA

La maggioranza ha accolto gli emendamenti al Reg. Gen. 297 in materia di 'Disposizioni urgenti in materia di semplificazione per la procedura dei direttori delle aziende sanitarie e ulteriori misure di razionalizzazione', presentati da Forza Italia. Le due proposte sono state avanzate da Armando Cesaro. Con il primo si introduce un articolo 35 bis per il quale i Direttori agiscono nel quadro stabilito dalla giunta regionale, che esercita su di loro poteri di controllo attraverso i bilanci preventivi e consuntivi, ma anche esaminando le relazioni trimestrali dei collegi dei revisori dei conti delle singole aziende sanitarie e ospedaliere. La norma stabilisce sanzioni in caso di omesso invio degli atti stabiliti o trasmissione ritardata degli stessi. La giunta è autorizzata a disporre la non corresponsione dell'incentivo (di cui all'art.3 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992), con segnalazione alla Corte dei Conti. In caso di due inadempienze consecutive scatta la revoca del manager. Con il secondo emendamento si definisce il potere di controllo da parte della giunta regionale che "relaziona al Consiglio, con cadenza annuale, sullo stato di attuazione dei programmi, sul conseguimento degli obiettivi di salute, assistenziali ed economici delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, con particolare riferimento agli indicatori relativi all'andamento del deficit, dei contenziosi, della migrazione sanitaria e dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e ospedaliere", si legge testualmente.

Primo piano / Sanità, conflitto sulle nomine

NELLA PAGINA PRECEDENTE:
IL MINISTRO DELLA SALUTE,
BEATRICE LORENZIN. SOTTO:
UN CORRIDOIO INTERNO
ALL'OSPEDALE 'SAN GIUSEPPE
MOSCATI' DI AVELLINO

**Il briefing tra ministro e commissari
NUOVO PIANO OSPEDALIERO,
ESECUTIVITÀ DAL 30 GIUGNO**

cittadini della Campania per una sanità di qualità». De Luca ha chiarito la propria posizione anche sulla questione della procedura d'urgenza scelta per il provvedimento, collegandola alla prossima entrata in vigore del Piano ospedaliero. Occorre «attuare le norme del nuovo piano ospedaliero, scelte strategiche fondamentali per segnare la svolta nella sanità campana e per le quali è necessario avere direttori generali nella pienezza dei poteri e delle responsabilità». In questo senso il riferimento va agli atti aziendali, frettolosamente approvati dalla struttura commissariale, che entro trenta giorni intende chiudere senza indugi la fase delle osservazioni. Per De Luca l'organizzazione delle aziende locali non può ridursi a mero adempimento burocratico, ma va programmata con criteri manageriali nella piena condivisione con le parti interessate e con i cittadini, in questi anni rimasti completamente esclusi da ogni aspetto decisionale sul riassetto del servizio Sanitario Regionale. Anche nel merito delle prerogative attribuite al presidente della giunta regionale De Luca è stato chiaro. «Il Presidente della Giunta regionale nomina i direttori generali come lo faceva anche in precedenza: l'unica differenza è che adesso, se c'è una nomina diretta, ora si sa chi è il responsabile. Se viene indicata una cinquina di nomi da una commissione nominata dalla Regione siamo trasparenti? È sempre il Presidente a scegliere, e non si può aspettare altro tempo». Se il Movimento Cinque Stelle invoca l'intervento della Corte Costituzionale, c'è attesa per la contromessa del governo, al momento formalmente non in grado di contrastare una norma approvata dal Consiglio regionale con una nazionale solo annunciata.

LE NUOVE PROCEDURE. La legge modifica l'impianto della legge regionale n. 32

Entrerà in vigore dal prossimo mese di luglio il nuovo piano ospedaliero regionale, approvato nei giorni scorsi dalla struttura commissariale con il decreto 33.

È quanto è emerso dal confronto a Napoli tra il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e il vertice di governo in Campania, Joseph Polimeni e Claudio D'Amario. Prima del definitivo via libera ci sarà un ultimo incontro tra il ministro e i commissari fissato per il prossimo 23 giugno. Il briefing servirà soprattutto a calibrare le iniziative successive all'entrata in vigore della nuova programmazione, a cominciare dagli investimenti nell'edilizia sanitaria e nelle assunzioni di personale medico e infermieristico con cui colmare i vuoti in organico delle aziende sanitarie e ospedaliere per effetto dei pensionamenti. Per quest'anno era annunciata l'immissione di 1.200 unità complessive, pari al 70% dei posti persi nel 2015. La quota di riserva, il 30% sul piano regionale, per ora servirà a coprire la deroga alla regola per l'ospedale Cardarelli, dove sarà permesso rimpiazzare il 100% del personale finito in quiescenza e a garantire l'efficienza dell'Ospedale del Mare (dove si sta reclutando personale con gli avvisi pubblici in vista della programmata attivazione entro degli ambulatori e della direzione sanitaria. Per l'Ospedale di Avellino, il 'San Giuseppe Moscati', occorrerà quindi procedere con una carenza che si è ormai cronicizzata in duecento unità tra medici e infermieri, per effetto del blocco imposto al turn over dal 2007. Quanto ai programmi di edilizia ospedaliera, i colloqui tra Lorenzin e Polimeni avrebbero confermato la possibilità di rifinanziare un accordo di programma da aggiornare alla luce del nuovo piano ospedaliero. Sarebbero disponibili circa 400 milioni di euro, garantiti sui finanziamenti più cospicui (un miliardo) grazie all'articolo 20 della legge 67/1988.

**Il governatore sceglierà
da solo tutti i nuovi manager
Può pescare tra gli idonei
(Addio cinquine). M5s contro:
"Ora il ricorso alla Consulta"**

del 1994 (che recepiva il decreto legislativo 502/1992) e supera la 124/2015 varata proprio da De Luca. Non c'è più il gruppo di tre saggi per ogni Asl, che avrebbero dovuto individuare cinque papabili con i migliori titoli, tra cui il presidente della Regione avrebbe dovuto sceglierne uno con i migliori titoli. Ora il governatore su deliberazione della giunta nomina il direttore generale scegliendo direttamente tra i soggetti inseriti nell'elenco degli idonei della Regione Campania o di altre. A questo punto, De Luca

punta a nominare i nuovi direttori generali entro luglio, in concomitanza con l'entrata in vigore del Piano ospedaliero e prima del confronto di merito con la struttura commissariale e il governo sugli investimenti (in edilizia sanitaria e, soprattutto, sulla riqualificazione degli organici, vedi servizio in alto). «Con questa legge si applicano le stesse regole valide per altre regioni, come Toscana e Veneto, con l'applicazione dei criteri della legge 502/92», ha concluso Topo, restringendo i margini di impugnabilità.

Fibrillazione, “ascoltare” sempre i polsi

LE REGOLE

Curare le apnee ostruttive del sonno, tenere sotto controllo la pressione, frenare la glicemia, svolgere attività fisica, evitare obesità e sovrappeso, no all'abuso di alcol, no al fumo. Dopo i 55 anni prestare attenzione al rilievo del polso, eseguire un elettrocardiogramma in caso di riscontro di irregolarità. In caso di familiarità per fibrillazione atriale, sottoporsi a visita cardiologica.

Ecco le regole per prevenire (e conoscere) la fibrillazione atriale con un approccio neuro-cardiologico, presentate ad un congresso internazionale, organizzato dal servizio di Cardiologia dell'Ospedale Maggiore di Bologna. Fin qui, il comportamento corretto, del paziente.

Sul fronte della ricerca è stata messa a disposizione un'arma in più, per prevenire il rischio di ictus cerebrale nei pazienti affetti proprio da fibrillazione atriale. Si chiama idarucizumab e in pochi minuti è in grado di inattivare in maniera specifica l'effetto dell'anticoagulante orale. E' una sostanza capace di controllare l'effetto del farmaco utilizzato per fluidificare il sangue (ed evitare l'ictus), scongiurando il rischio opposto, che cioè il sangue diventi troppo fluido e causi sanguinamento cerebrale. Gli esperti lo hanno definito "air-bag", perché vi si ricorre solo in caso di emergenza, come una sorta di antidoto contro il funzionamento dell'altro farmaco.

An.Cap.

quotidiano **sanità**.it

Martedì 07 GIUGNO 2016

“Ssn è alla deriva e rischia di sparire. Nel 2025 serviranno 200 mld”. Certezza risorse, Lea, fondi integrativi e indicatori. Gimbe lancia il Piano di salvataggio

Presentato oggi il Rapporto sulla sostenibilità del Ssn 2016-2015 della Fondazione. Cartabellotta: "Manca un preciso disegno per salvaguardare la sanità pubblica, già sofferente prima della crisi economica, oggi agonizzante per la continua riduzione del finanziamento". [SINTESI - RAPPORTO INTEGRALE](#)

Offrire certezze delle risorse; rimodulare i Lea, ripensare la sanità integrativa, definire indicatori per monitorare le regioni e mettere sempre la salute al centro di tutte le politiche. Sono questi 5 i capisaldi del Piano di salvataggio del Ssn presentato oggi dalla Fondazione Gimbe in un convegno a Roma.

Lo studio della Fondazione, che ha presentato un vero rapporto ad hoc sul tema dal Titolo: "Rapporto sulla sostenibilità del Ssn 2016-2025" parte dall'analisi della spesa sanitaria degli ultimi anni e arriva a stimare il fabbisogno al 2025. Per farlo è stato ipotizzato il potenziale contributo dei cunei di stabilizzazione identificati per la sostenibilità della sanità pubblica nei prossimi 10 anni. E tutte le stime riportate sono al netto dell'inflazione (tra le stime, da prendere con le molle, è anche stato definito l'impatto degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica: 24,73 miliardi euro erosi da sovra-utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto-utilizzo, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza).

Ebbene, **il fabbisogno totale (finanziamento pubblico + spesa privata) è stato stimato in 200 miliardi di euro**, tenendo in considerazione i seguenti fattori: attuale sotto-finanziamento; benchmark con altri paesi europei; rilancio delle politiche per il personale sanitario; inadempimenti LEA da limitata offerta di servizi (ADI, hospice, lungodegenze, etc.); invecchiamento della popolazione; innovazioni farmacologiche; necessità di ammodernamento tecnologico.

Ma secondo Gimbe con gli attuali tassi di crescita della spesa (pubblica e privata) per il Ssn nei prossimi 10 anni le risorse a disposizione saranno di 170 miliardi.

Insomma **si rischia un vero e proprio cortocircuito**. Ma come fare per evitare la débâcle del Ssn? La ricetta Gimbe per salvare la sanità pubblica parte fondamentalmente dalla necessità di una esplicita "volontà politica documentabile da tre inequivocabili segnali, oggi purtroppo molto evanescenti: la sanità pubblica e, più in generale, il sistema di welfare devono essere rimessi al centro dell'agenda politica; Governo, Regioni e Parlamento devono confermare all'unisono che l'obiettivo del SSN è ancora quello definito dalla 833/78 che lo ha istituito; programmazione finanziaria e programmazione sanitaria devono sintonizzarsi perfettamente sull'obiettivo prioritario di salvaguardare la sanità pubblica".

Questi segnali politici per Gimbe "dovranno al più presto concretizzarsi in un '**piano di salvataggio**' del SSN che preveda misure mirate e fondamentali".

ribasso rispetto alle previsioni del DEF, e soprattutto con un graduale rilancio delle politiche di finanziamento pubblico;

- rimodulare i LEA sotto il segno del value, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato value, escludendo quelle dal basso value anche al fine di espandere il campo d'azione dei fondi integrativi;

- ripensare completamente la sanità integrativa attraverso: o definizione di un Testo Unico per tutte le forme di sanità integrativa;

1) estensione dell'anagrafe nazionale dei fondi integrativi alle assicurazioni private, identificando requisiti di accreditamento unici su tutto il territorio nazionale e rendendone pubblica la consultazione;

2) ridefinizione delle tipologie di prestazioni, essenziali e non essenziali, che possono essere coperte dalle varie forme di sanità integrativa;

3) coinvolgimento di forme di imprenditoria sociale, cogliendo tutte le opportunità offerte dalla recente riforma del terzo settore⁷³;

- definire indicatori per monitorare le Regioni nel processo di disinvestimento e riallocazione, integrandoli nella griglia LEA e, in caso di inadempimento ripetuto, nei criteri per il riparto del fondo sanitario;

- mettere sempre la salute al centro di tutte le decisioni (health in all policies), in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo economico del Paese.

Ma se tutto ciò non si verificherà a cosa andiamo incontro? "In assenza di un piano di tale portata - sottolinea il Rapporto Gimbe - , lo scenario prevedibile nell'arco temporale 2016- 2025 è una graduale e inesorabile trasformazione verso un sistema sanitario misto che, in ogni caso, dovrà essere governata da decisioni politiche, consegnando definitivamente alla storia il nostro tanto decantato sistema di welfare".

"L'attuale deriva del Ssn – ha detto **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – non consegue a un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione, ma alla mancanza di un preciso disegno per salvaguardare una sanità pubblica, già sofferente prima della crisi economica, oggi agonizzante per la continua riduzione del finanziamento".

"Il nostro Rapporto – ha evidenziato – affronta in maniera indipendente e con un prospettiva decennale il tema della sostenibilità del SSN, ripartendo dal suo obiettivo primario, ovvero "promuovere, mantenere e recuperare la salute delle persone", tenendo ben presente che la sanità rappresenta sia un considerevole capitolo di spesa pubblica da ottimizzare, sia una leva di sviluppo economico da sostenere".

"Se vogliamo realmente salvare il SSN – ha concluso – abbiamo poco tempo: dopo aver raccolto per anni inequivocabili evidenze sulle diseguaglianze regionali, sulla scarsa qualità dell'assistenza, sulle iniquità di accesso alle prestazioni e sulla rinuncia dei cittadini alle cure, oggi iniziamo a vedere i primi disastrosi effetti anche sulla mortalità, un dato che dovrebbe muovere senza indugi coscienza sociale e volontà politica".

Durante la presentazione è intervenuta anche la presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato, **Emilia Grazia De Biasi** che ha ricordato come c'è "grande preoccupazione sul fondo sanitario, sul calo personale e sulle capacità organizzative". Ma per De Biasi "siamo ad un momento di svolta con il ddl Lorenzin su ordini e sperimentazioni e riconoscimento professioni sanitarie, molto atteso al di là delle polemiche. E poi c'è il ddl Responsabilità professionale".

Ma a parte tutto il punto per De Biasi per ripartire è: "Governo-Parlamento-Regioni devono lavorare insieme".

abbiamo trascurate. Ma per esempio dobbiamo stare attenti alle cifre anche perché secondo me quei 25 mld di sprechi che cita il rapporto sono cifre buttate lì".

Più convinto dei numeri del Report il presidente dell'Iss **Walter Ricciardi**: "Le stime a livello internazionale sono simili a quelle del rapporto di oggi". Il punto per Ricciardi è che non tutti abbiamo la preoccupazione sull'insostenibilità: "C'è consapevolezza politica? Sì. Ma non c'è consapevolezza nelle professioni (vedi dm appropriatezza) e non c'è consapevolezza nei cittadini".

Ma per il futuro le previsioni non sono rosee: "Gli inglesi scommettono sulla scomparsa del servizio sanitario nazionale entro il 2020. Ma serve ottimismo anche se i bookmakers ci danno per persi".

A prendere parte al convegno anche il Dg della Programmazione del Ministero della Salute, **Renato Botti**: "Condivido molto i 5 punti della conclusione. Sicuramente credo che la certezza di risorse andrebbe garantita, così come condivido che il problema della sanità entri nell'agenda politica perché c'è anche un tema sistemico".

Botti ha fatto il punto anche sui nuovi Lea: "Sono pronti. C'è una discussione con il Mef e Regioni su compatibilità. Ci sono interpretazioni diverse ma speriamo in una via libera il primo possibile".

Per quanto riguarda invece la sanità integrativa Botti ha detto che "occorre accelerare perché ciò che abbiamo non funziona".

Il Dg ha parlato anche della partita della governance del farmaco che "è molto delicata. O troviamo un accordo istituzionale o ci sono grossi problemi".

A portare la parola delle Regioni c'era il coordinatore della commissione Salute delle Regioni **Antonino Saitta**: "C'è la necessità ma c'è anche lo spazio per contenere la spesa". Ma per riuscire a trovare una rotta per Saitta serve una "forte intesa Governo-Regioni per avere obiettivi e posizioni comuni. Mi rendo conto che mettere le mani in un sistema complesso vuol dire toccare degli interessi. Ma serve condivisione, perché se chiudiamo strutture in Piemonte non è possibile che da altri non le chiudano: le regole devono essere uguali per tutti."

Saitta ha anche parlato della riforma costituzionale. "Non credo nel centralismo ma credo che un forte intervento nazionale occorra per stabilire regole e fare verifiche".

L.F.

Sanità24

DAL GOVERNO

**Professioni
sanitarie, per il
2016-17 fabbisogni
formativi in calo del
4,6% dalle Regioni.
Infermieri in discesa
record (-7,9%)**

di Angelo Mastrillo



Approda il 14 giugno prossimo alla Conferenza Stato-Regioni il documento con i “numeri” dei fabbisogni formativi concordati dal Ministero della Salute con le Regioni per l’anno accademico 2016/17. Rispetto ai dati che il ministero della Salute aveva presentato il 23 marzo scorso (vedi Il Sole Sanità n. 13 del 5 aprile) all'annuale riunione con le Regioni e con le Categorie sui fabbisogni formativi delle 22 Professioni sanitarie non ci sono sostanziali differenze. Confermato il calo dei fabbisogni formativi del 4,6% da parte delle Regioni. Infermieri in discesa record (-7,9%).

Regioni

La richiesta è di 25.995 rispetto a 27.244 dello scorso anno, con una differenza di -1.249 (-4,6%). L'anno precedente erano 27.244 rispetto a 28.761, con una differenza di -1.517 (-5%).

Categorie

La richiesta è di 30.694 rispetto a 30.360 dello scorso anno, con differenza di 334 (+1,1%), quasi uguale. L'anno precedente erano 30.360 rispetto a 32.552 con uno scarto di -2.192 (-6,7%).

Per le Regioni la riduzione maggiore in valori assoluti riguarda Infermiere, con 1.317 unità in meno (-7,9%), da 16.725 dello scorso anno agli attuali 15.408. Mentre, al contrario, la Categoria Ipasvi con 19.285 aumenta anche se di poco, con appena 695 in più (+3,7%).

Invece, l'esubero maggiore si conferma su Tecnico di Radiologia da parte delle Regioni con +183, pari al +27%, con 853, solo 6 in meno degli 859 dello scorso anno. Mentre la Categoria riduce ulteriormente da 737 dello scorso anno agli attuali 670, con differenza di -67, pari al -9%. Analogamente allo scorso anno il ministero della Salute ha introdotto una riduzione di -53, per arrivare al totale di 800, recependo quindi solo in parte la pressante richiesta della Federazione Tsrsm che aveva proposto una riduzione di -150, in modo da arrivare a circa 700, che sarebbe comunque superiore ai 670 proposti dalla Ftstrm.

Analoga riduzione, ma solo di -30 rispetto agli 803 delle Regioni, il ministero della Salute l'ha proposta per i Tecnici di Laboratorio fissando come tetto massimo 770; abbastanza in linea con la categoria dei Tecnici di Laboratorio che aveva chiesto una riduzione del -55, pari a 42.

Il caso Campania

In entrambi i casi la differenza in esubero riguarda la Regione Campania che continua inopinatamente a definire un fabbisogno incoerente e sproporzionato rispetto a Regioni simili per quantità di popolazione. Come aggravante, non si tiene in alcuna considerazione il basso tasso occupazionale rilevato da AlmaLaurea, in continua discesa: dal 34% del 2013 al 17% del 2014 per Tecnico di Laboratorio e dal 31% al 24% per Tecnico di Radiologia; tanto da collocare la Regione Campania agli ultimi posti della classifica per occupazione a un anno di laurea.

Potenziali formativi delle Università in possibile riduzione

Contemporaneamente alla definizione dei fabbisogni anche le Università dovrebbero aver comunicato al Ministero dell'Università i rispettivi Potenziali formativi per ognuna delle

22 professioni. Rispetto ai 27.039 dello scorso anno, di cui a bando furono 25.522, ci potrebbe essere una riduzione di circa -500 (-1,8%).

Quasi invariato il potenziale-offerta delle Università per infermieristica su circa 15.000 rispetto ai 15.144 posti a bando dello scorso anno.

Seguiranno quindi i lavori del Miur per definire la ripartizione per ogni Ateneo e per ogni Professione, con scadenza entro i prossimi 30 giorni, in tempo per il rispetto della scadenza dei due mesi necessari alle Università per la pubblicazione dei bandi prima dell'esame di ammissione previsto per il 13 settembre prossimo.

Un modello per il calcolo dei fabbisogni

Per la prima volta e limitatamente a Infermiere e Ostetrica, la determinazione è stata concordata direttamente con Regioni e Categorie nell'ambito del progetto "Joint Action" che il ministero della Salute ha avviato come capofila livello europeo. Alla base dei calcoli c'è il censimento preciso sugli iscritti alle rispettive Federazioni Ipasvi e Fnco. La medesima procedura dovrebbe essere applicata per il prossimo anno anche alle restanti 20

professioni, in primis per il Tecnico Radiologia che è regolamentato come Federazione.

L'estensione a tutte le altre 17 professioni apparirebbe meno semplice se si considera l'assenza di analoghi organismi, che sono per ora coperti da varie Associazioni ad iscrizione volontaria. Su questo sarebbe risolutiva l'approvazione in Parlamento del Ddl 1342, ora la vaglio della Camera dei Deputati dopo la prima approvazione del 24 maggio in Senato.

Crac Sanità, tra dieci anni costerà almeno 200 miliardi

Un rapporto al Senato: per sostenere l'invecchiamento della popolazione e l'innovazione servirà il doppio di oggi

I ticket
Oltre la metà degli italiani non li paga
I costi vanno dai 60 euro di media in Veneto ai poco più di 30 in Sardegna

il caso
PAOLO RUSSO
ROMA

Con un fardello da oltre 24 miliardi di sprechi il nostro servizio sanitario nazionale rischia di collassare da qui a dieci anni, quando, per sostenere il costo dell'innovazione e l'invecchiamento della popolazione di miliardi ne occorreranno 200. Quasi il doppio di quelli stanziati oggi, comunque 30 in meno di quello che potrà essere il finanziamento se i tassi di crescita programmati dal governo resteranno questi.

Più stanziamenti pubblici non freneranno comunque il boom della spesa privata, destinata a lambire quota 45 miliardi, dieci in più di quelli che spendiamo oggi per curarci.

Le stime

A far scattare l'allarme con una valanga di stime e proiezioni è il rapporto presentato ieri al Senato dalla Fondazione Gimbe, che promuove l'appropriatezza delle cure basate sulle evidenze scientifiche. Quello che servirebbe più di ogni altra cosa per evitare che il nostro sistema sanitario faccia crac. Al capitolo sprechi infatti la voce più sostanziosa, quasi 7 miliardi e mezzo, è quella del "sovra-utilizzo" delle prestazioni. Troppe tac e risonanze, visite specialistiche, farmaci e parti cesarei, ai quali si ricorre anche quando non serve. Frodi e

abusi equivalgono invece a una tangente da quasi 5 miliardi, mentre 2,7 è il costo delle lungaggini burocratiche, 3 il mancato coordinamento dell'assistenza, 3,2 l'onere degli eccessivi prezzi d'acquisto, mentre altri 3,5 miliardi se ne vanno via per lo scarso utilizzo di forme di assistenza che farebbero risparmiare, come day hospital, vaccinazioni, screening preventivi e utilizzo dei più economici farmaci generici. E a proposito di medicinali, «i costi fino a un milione delle nuove terapie anticancro - secondo il presidente di Gimbe, Nino Cartabellotta - impongono di fissare i prezzi in base a quello che gli economisti chiamano con termine anglosassone "value", ossia il rapporto tra costi e risultati in termini di salute». Che, come i dati rilevati sul campo mostrano, non sempre corrispondono ai prezzi delle pillole d'oro.

Lotta agli sprechi quindi in testa al ricettario Gimbe anticrisi. Ma anche più e meglio qualificata sanità integrativa. Perché un conto è pagare una polizza o la quota a un Fondo. Altra cosa trovarsi da soli ad affrontare costi sanitari che possono diventare esorbitanti. I fondi integrativi oggi coprono oltre 7,4 milioni di italiani, ma servono più che altro a garantire le cure odontoiatriche.

I vantaggi fiscali

Questo perché per ottenere il vantaggio fiscale della detraibilità dal reddito non possono coprire le spese per prestazio-

ni nominalmente garantite dal servizio pubblico. Ossia per aggirare le liste d'attesa su visite, accertamenti e ricoveri i fondi non servono ma si deve pagare di tasca propria. E infatti secondo il Censis la maggioranza di quei 30 miliardi di spesa privata se ne va così. Potrebbero venire in soccorso le polizze assicurative, abilitate a coprire anche prestazioni garantite dall'Ssn. Ma per chi le sottoscrive niente vantaggi fiscali e imposta del 2,5% rendono tutto più oneroso, anche se un milione e mezzo di famiglie ha una polizza. Tirate le somme la sanità integrativa da noi copre solo il 13% della spesa sanitaria privata, quota inferiore di oltre il 40% al resto d'Europa.

Anche i ticket potrebbero fare la loro parte per sostenere il servizio pubblico. Oggi valgono meno di 3 miliardi su 111 di spesa pubblica, ma sono distribuiti male, visto che oltre la metà degli italiani non li paga e sembrano sempre più una giungla. Con costi che vanno dai 60 euro di media in Veneto ai poco più di 30 in Sardegna. Frutto di un federalismo sanitario sul quale il Governo ha già deciso di mettere mano.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

I numeri

24

miliardi
È la stima degli sprechi che pesano sul servizio sanitario nazionale

7,5

miliardi
Il costo del sovra-utilizzo delle prestazioni: in Italia si effettuano troppe Tac e risonanze, visite specialistiche, farmaci e parti cesarei

7,4

milioni
Gli italiani che hanno un fondo integrativo. Pochi, perché per il vantaggio fiscale della detraibilità dal reddito non possono coprire le spese normalmente garantite dal servizio pubblico