



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



quotidianosanita.it

Lunedì 13 GIUGNO 2016

Dopo di noi. Al via discussione in Aula alla Camera. Carnevali (Pd): "Provvedimento che ridà un futuro alle famiglia con disabili gravi"

Ha preso il via questa mattina l'esame in terza lettura del provvedimento favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità prive di sostegno familiare. Prevista la determinazione di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio e l'istituzione un Fondo ad hoc con una dotazione di 90 mln per il 2016. [IL TESTO](#)

Rush finale in Aula alla Camera per il disegno di legge sul Dopo di noi volto a favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità prive di sostegno familiare. L'Assemblea di Montecitorio è chiamata a votare, in terza lettura, le modifiche apportate dal Senato dopo l'approvazione dello scorso 26 maggio.

"Dopo una attesa di quasi 20 anni approviamo la legge per l'assistenza dei disabili gravi privi del sostegno familiare che pone fine alla grande disattenzione che c'è stata fino ad ora su questo tema. Questa legge è un tassello molto importante in materia di politiche per i disabili che il governo Renzi ha rimesso al centro della agenda di governo prevedendo anche specifici capitoli di bilancio. Con questa legge, che dopo i pesanti tagli della destra stanziava più di 150 milioni di euro in tre anni, molte famiglie tornano ad avere un futuro. Mi piace anche ricordare la legge 328 voluta fortemente da Livia Turco e che rappresenta il punto di riferimento per questo intervento legislativo. È una pagina di buona politica ed è aderente alle indicazioni dell'art. 19 della Convenzione dell'Onu per le persone con disabilità e amplia gli spazi di partecipazione e democrazia. La legge va nella direzione auspicata dal presidente Mattarella lo scorso 30 marzo in occasione della giornata della disabilità intellettiva quando affermò 'un paese più ricco è più ricco se percepisce le diversità come fattore di ricchezza; è più povero se comprime la libertà di alcuni limitando le loro possibilità'". Queste le parole di **Elena Carnevali**, deputata del Pd componente della commissione Affari sociali e relatrice alla proposta di legge sul 'Dopo di noi'.

Le fa eco **Ileana Argentin (Pd)**, che durante il suo intervento in Aula ha dichiarato: "La legge per l'assistenza delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare dimostra la grande attenzione del Pd nei confronti delle persone più fragili. È una legge di supporto alle famiglie che punta a dare serenità a quei genitori che hanno fatto molti sacrifici nel corso della loro vita. Questa bella pagina di politica la possiamo scrivere grazie all'impegno del governo e in particolare del presidente Renzi che ha deciso di aprire un capitolo di bilancio con 180 milioni di euro per il dopo di noi. È un segno concreto di attenzione e di cambiamento che niente ha a che fare con la politica becera che fanno in tanti per il solo gusto di dire no. Per questo ho scelto di stare nel Pd", ha detto Ileana Argentin (Pd) durante il suo intervento in Aula.

Ma vediamo cosa prevede il disegno di legge sul 'Dopo di noi'.

L'**articolo 1** esplicita le **finalità del disegno di legge**, inteso a favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità, in attuazione dei principi di cui agli articoli 2, 3, 30, 32 e 38 della Costituzione, agli articoli 24 e 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e agli articoli 3 e 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia ai sensi della L. n. 18 del 2009.

mancanti dei genitori o perché gli stessi non sono in grado di "fornire l'adeguato sostegno genitoriale" - quest'ultima locuzione è stata inserita dalla 11a Commissione del Senato, in luogo del riferimento all'impossibilità di "sostenere le responsabilità" dell'assistenza - (articolo 1, comma 2). Le predette misure sono integrate nel progetto individuale per le persone disabili di cui all'articolo 14 della L. 8 novembre 2000, n. 328, e sono assicurate attraverso la progressiva presa in carico della persona già durante l'esistenza in vita dei genitori; come specificato dalla 11a Commissione del Senato, tali misure sono definite con il coinvolgimento dei soggetti interessati e nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi;

- **misure di agevolazione per i seguenti negozi o atti giuridici**, se destinati in favore di disabili gravi(2) : erogazioni da parte di soggetti privati; stipulazione di polizze assicurative; costituzione di trusts; costituzione di vincoli di destinazione di beni immobili o di beni mobili iscritti in pubblici registri; costituzione di fondi speciali, composti di beni sottoposti a vincolo di destinazione e disciplinati con contratto di affidamento fiduciario anche in favore di alcune organizzazioni non lucrative di utilità sociale (articolo 1, comma 3).

Il comma 1 dell'**articolo 2** prevede che le **prestazioni assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale ai disabili gravi privi del sostegno familiare**, di cui al precedente articolo 1, comma 2, siano definite nell'ambito del procedimento di determinazione dei **livelli essenziali delle prestazioni (LEP)** e degli obiettivi di servizio relativi ai settori assistenziali diversi da quello sanitario. Tale procedimento (ai sensi del richiamato art. 13 del D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68) consta, tra l'altro, di una legge statale e, nelle more di adozione di quest'ultima, di un'intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali.

Il comma 2 dell'articolo 2 stabilisce che, nelle more del completamento del suddetto procedimento di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, definisca gli obiettivi di servizio per le prestazioni da erogare ai disabili in oggetto, con decreto da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, nei limiti delle risorse disponibili a valere sul Fondo istituito dal successivo articolo 3.

Inoltre, una norma inserita dalla 11a Commissione del Senato nel comma 1 dell'articolo 2 prevede che le regioni e le province autonome (nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente) assicurino **l'assistenza sanitaria e sociale ai disabili gravi privi del sostegno familiare** (di cui all'articolo 1, comma 2) anche mediante l'integrazione tra le relative prestazioni e la collaborazione con i comuni e garantiscano i macrolivelli di assistenza ospedaliera, di assistenza territoriale e di prevenzione.

L'**articolo 3** istituisce il **Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare** nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con una dotazione di 90 milioni di euro per il 2016, di 38,3 milioni per il 2017 e di 56,1 milioni annui a decorrere dal 2018.

L'**accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo è subordinato alla sussistenza di requisiti** da individuare con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, previa intesa nella suddetta sede di Conferenza unificata. Con la medesima procedura si provvede annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo. Si prevede, inoltre, che le regioni adottino indirizzi di programmazione e definiscano: i criteri e le modalità per l'erogazione dei finanziamenti; le modalità per la pubblicità dei finanziamenti erogati e per la verifica dell'attuazione delle attività svolte; le ipotesi di revoca dei finanziamenti concessi.

L'**articolo 4** specifica che il Fondo è destinato, in particolare, alle seguenti tipologie di intervento, in favore dei disabili gravi privi del sostegno familiare:

- attivazione e potenziamento di programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e che tengano conto delle migliori opportunità offerte dalle nuove tecnologie, al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità;
- realizzazione di interventi per la permanenza temporanea in soluzioni abitative extrafamiliari, per fronteggiare eventuali situazioni di emergenza;
- realizzazione di interventi innovativi di residenzialità, volti alla creazione di soluzioni alloggiative di tipo

Il comma 4 - inserito dalla 11a Commissione del Senato - prevede (sempre per il periodo decorrente dal 1° gennaio 2017, ai sensi del comma 10) che, in caso di premorienza del beneficiario rispetto ai soggetti che abbiano stipulato il negozio giuridico, i trasferimenti dei beni e di diritti reali in favore dei suddetti soggetti godano dell'esenzione dall'imposta sulle successioni e donazioni e le imposte di registro, ipotecarie e catastali si applichino in misura fissa. Resta ferma l'imposta sulle successioni e donazioni per i trasferimenti - alla morte del beneficiario - dei beni e di diritti reali in favore di altri soggetti, diversi da quelli che abbiano stipulato il negozio giuridico (comma 5, anch'esso inserito dalla 11a Commissione del Senato); in tal caso, l'imposta è applicata facendo riferimento all'eventuale rapporto di parentela o di coniugio intercorrente tra disponente, fiduciante e destinatari del patrimonio residuo.

Il comma 8 prevede che, in caso di conferimento di immobili, o di diritti reali sugli stessi immobili, nei trusts o nei fondi speciali in esame, i comuni possano stabilire per i soggetti passivi aliquote ridotte, franchigie o esenzioni ai fini dell'imposta municipale propria, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Il comma 9 riconosce, a decorrere dal periodo di imposta 2016 (comma 10), la deducibilità dal reddito complessivo del soggetto privato (anche diverso dalle persone fisiche) delle erogazioni liberali, delle donazioni e degli altri atti a titolo gratuito effettuati nei confronti dei trusts o dei fondi speciali in esame, entro il duplice limite del 20% del reddito complessivo dichiarato e di 100.000 euro annui.

Il comma 11 demanda le modalità di attuazione del presente articolo 6 ad un decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame.

L'**articolo 7** demanda alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, l'avvio di **campagne informative** intese alla diffusione della conoscenza delle disposizioni recate dal provvedimento in esame e delle altre forme di sostegno per i disabili gravi privi del sostegno familiare, nonché alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla finalità di favorire l'inclusione sociale dei disabili.

L'**articolo 8** prevede che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali trasmetta alle Camere, entro il 30 giugno di ciascun anno, una **relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni in esame e sull'impiego delle risorse finanziarie** di cui all'articolo 9. La relazione deve altresì illustrare l'effettivo andamento delle minori entrate - rispetto alla normativa previgente - derivanti dalle medesime disposizioni, anche al fine di evidenziare gli eventuali scostamenti rispetto alle previsioni.

Il comma 1 dell'**articolo 9** provvede alla **copertura finanziaria degli oneri derivanti dal presente disegno di legge**. La copertura è costituita, in via principale, dall'integrale impiego delle risorse - pari a 90 milioni di euro annui - del Fondo destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi recanti misure per il sostegno di persone con disabilità grave, prive di sostegno familiare (Fondo istituito dall'art. 1, comma 400, della L. 28 dicembre 2015, n. 208).

Il successivo comma 2 - inserito dalla 11a Commissione del Senato - dispone che le eventuali risorse derivanti da una differenza strutturale tra la misura della suddetta copertura e le effettive minori entrate (determinate dalla presente legge) confluiscono, a decorrere dall'anno di quantificazione, nel Fondo di cui al precedente articolo 3.

L'**articolo 10** prevede che la legge in esame entri in vigore il giorno successivo a quello della sua **pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale**.

- sviluppo di programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile. Viene, infine, **sancita la possibilità di compartecipazione delle regioni, degli enti locali, degli enti del terzo settore**, nonché di altri soggetti di diritto privato con comprovata esperienza nell'assistenza ai disabili e delle famiglie che si associano per le medesime finalità, al finanziamento dei programmi e all'attuazione dei predetti interventi, nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle rispettive competenze.

L'articolo 5 eleva il limite di detrazione dall'imposta IRPEF da 530 a 750 euro per le polizze assicurative aventi per oggetto il rischio di morte, qualora queste ultime siano destinate alla tutela delle persone con disabilità grave.

L'**articolo 6** disciplina le **esenzioni ed agevolazioni tributarie** per i seguenti negozi giuridici, se destinati in favore di disabili gravi:

- costituzione di trusts;

- costituzione di vincoli di destinazione di beni immobili o di beni mobili iscritti in pubblici registri, mediante atto in forma pubblica, ai sensi dell'art. 2645-ter del codice civile (con conseguente limitazione dell'impiego dei beni conferiti e dei loro frutti per il solo scopo sottostante il vincolo);

- costituzione di fondi speciali, composti di beni sottoposti a vincolo di destinazione e disciplinati con contratto di affidamento fiduciario. L'affidatario può essere costituito anche da un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS), che operi prevalentemente nel settore della beneficenza.

Le fattispecie relative ai vincoli di destinazione ed ai fondi speciali sono state inserite dalla 11a Commissione del Senato.

Il comma 2 specifica che le esenzioni ed agevolazioni di cui all'articolo 6 sono ammesse a condizione che il negozio giuridico persegua come finalità esclusiva (espressamente indicata nell'atto) l'inclusione sociale, la cura e l'assistenza di uno o più disabili gravi beneficiari. Il comma 3 stabilisce le ulteriori condizioni che devono sussistere, congiuntamente, per fruire delle medesime esenzioni ed agevolazioni. In particolare, si richiede che il negozio giuridico:

- sia fatto per atto pubblico;

- identifichi in modo univoco i soggetti coinvolti ed i rispettivi ruoli, descriva funzionalità e bisogni dei disabili beneficiari, indichi le attività assistenziali necessarie a garantire la cura e la soddisfazione dei bisogni degli stessi soggetti, comprese le attività volte a ridurre il rischio di istituzionalizzazione;

- individui gli obblighi del trustee, del gestore o del fiduciario, rispetto al progetto di vita e agli obiettivi di benessere che deve promuovere in favore del disabile grave, nonché gli obblighi e le modalità di rendicontazione;

- contempli come beneficiari esclusivamente persone con disabilità grave;

- destini i beni esclusivamente alla realizzazione delle finalità assistenziali oggetto del medesimo negozio giuridico;

- identifichi il soggetto preposto al controllo delle obbligazioni imposte a carico del trustee, del gestore o del fiduciario;

- stabilisca il termine finale di durata del trust o del vincolo di destinazione o del fondo speciale nella data della morte del disabile e definisca la destinazione del patrimonio residuo.

Il comma 1 dispone che i beni ed i diritti oggetto dei negozi giuridici in esame siano esenti dall'imposta sulle successioni e donazioni, mentre il successivo comma 6 prevede che per i trasferimenti di beni e diritti in favore dei trusts o dei fondi speciali in esame e per gli atti di costituzione dei suddetti vincoli di destinazione le imposte di registro, ipotecarie e catastali si applichino in misura fissa; tali esenzioni ed agevolazioni sono concesse a decorrere dal 1° gennaio 2017 (comma 10).

Il comma 7 dispone che gli atti, i documenti, le istanze, i contratti, nonché le copie dichiarate conformi, gli

quotidianos**sanità**.it

12 GIUGNO 2016

Riforma degli Ordini. Vera riforma o solo restyling?

Se ci sono voluti settanta anni per mettere mano al sistema ordinistico, lo sguardo corto operato dal legislatore rischia di fare passare altrettanto tempo prima di una nuova modifica e di non permettere al sistema di avere ordini professionali all'altezza delle sfide che attendono le professioni stesse e la sanità italiana

Dopo molti anni di dibattito sugli ordini professionali e sul loro ruolo il Senato ha approvato, all'interno del ddl Lorenzin – “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute” -, una riforma degli ordini delle professioni sanitarie (ora Atto Camera n. 3868).

La scelta è stata quella di intervenire con la forma della novella legislativa e quindi modificando parzialmente il sistema sostanzialmente definito dalla normativa del 1946 (D.Lgs cps 233).

In realtà il ddl Lorenzin abroga tre dei quattro capi legislativi lasciando immutata solo la parte sull'organo giurisdizionale speciale della Commissione centrale delle professioni sanitarie.

La nuova costruzione normativa appare, a una prima analisi, sostanzialmente ripetitiva dello schema legislativo del 1946. All'articolo 1, del capo I, rubricato “Degli Ordini delle professioni sanitarie”, si legge testualmente che “sono costituiti gli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti e dei biologi” (questi ultimi “promossi” professione sanitaria da altra norma del ddl Lorenzin.)

Già il primo comma del primo articolo si presenta come la mera riproposizione della normativa vigente dove al posto dei biologi – non esistevano - troviamo i “Collegi delle ostetriche”. Le altre professioni sanitarie - quelle che la normativa previgente definiva “sanitarie ausiliarie” - vengono aggiunte successivamente. Scelta che è difficile da capire dato che la novità più rilevante di tutto l'impianto è proprio la trasformazione in Ordini dei vecchi Collegi professionali e, soprattutto, il riconoscimento di albi e ordini delle professioni che ne erano prive. Il riconoscimento, dovuto e tardivo, arriva dopo la completa inapplicabilità delle previsioni della inapplicatissima legge 43/2006 che disciplinava proprio l'istituzione degli ordini professionali per le professioni sanitarie.

La nuova normativa vedrà quindi la conferma degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti e dei biologi. Cambia nome il Collegio Ispasvi in “Ordine delle professioni infermieristiche” che terrà due soli albi quello degli infermieri e degli infermieri pediatrici e vedrà invece la migrazione definitiva degli assistenti sanitari; il Collegio delle ostetriche diventa “Ordine della professione ostetrica”, mentre il Collegio dei tecnici sanitari di radiologia medica, oltre a cambiare nome, diventa un megacontenitore di figure professionali, e assumerà la denominazione di “Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione” con il compito istituzionale di tenere ben venti albi professionali.

Gli Ordini professionali saranno suddivisi, curiosamente, ancora in province. Si legge, infatti, nell'articolato, che gli ordini saranno costituiti nelle “circoscrizioni geografiche corrispondenti alle province vigenti al 31 dicembre 2012” con la possibilità di accorpamenti attraverso un procedimento concertato. La reviviscenza delle defunte province stupisce. Dopo provvedimenti legislativi e, forse, costituzionali che ne cambiano pelle e nome, un provvedimento normativo successivo ne resuscita l'ambito.

province preesistenti, oggi, “di fatto” ne contiamo 25. Il ddl Lorenzin sugli Ordini professionali non tiene conto di questa evoluzione e retrodata l’ambito territoriale alle vecchie province. La scelta stupisce, in effetti, a maggior ragione in virtù di una maggioranza politica che ha fatto dell’accorpamento delle decisioni verso il centro e il depotenziamento delle autonomie locali e delle regioni stesse un tratto caratterizzante della propria politica.

Gli ambiti provinciali in sanità sono residuali, gli interlocutori sono regionali e nazionali. Anche gli accorpamenti delle aziende sanitarie, in molte regioni, non corrispondono più all’ambito provinciale. Si pensi alle Marche e al Molise (aziende uniche regionali), alla Toscana (aziende interprovinciali), al Friuli Venezia Giulia, all’azienda sanitaria della Romagna (quattro province) e al dibattito sull’azienda unica in Sardegna. La suddivisione negli ambiti territoriali ex province appare decisamente anacronistica e mantenuta con gli occhi rivolti al passato.

Gli organi degli Ordini

Gli Ordini professionali avranno gli stessi organi – assemblea, consiglio direttivo con relative cariche, revisori dei conti – a livello provinciale e gli stessi organi – consiglio nazionale, comitato centrale e relative cariche – a livello nazionale. L’unica novità si registra per gli Ordini professionali che devono tenere più albi professionali: la commissione di albo. In realtà l’istituto è già operante per gli ordini dei medici (con la commissione di albo degli odontoiatri). Novità dunque per gli altri due ordini professionali multialbo: il futuro Ordine delle professioni infermieristiche il nuovo ordine delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Per il resto i compiti attribuiti agli organi storici rimangono sostanzialmente invariati.

Le commissioni di albo

Gli ordini professionali delle professioni sanitarie avranno quindi, oltre al Consiglio direttivo, la commissione di albo sullo schema di quanto era già previsto dagli attuali ordini dei medici. Le commissioni di albo sono quindi, negli ordini multialbi, un organo degli ordini professionali a cui vengono attribuiti importanti tra i quali i procedimenti disciplinari, la rappresentanza esponenziale della professione, contribuire presso le autorità locali ai provvedimenti che possono interessare la professione.

Le commissioni di albo – a livello ex provinciale e nazionale – per la professione medica corrispondono agli eletti medici nel consiglio direttivo mentre vengono costituite (sono una conferma, come abbiamo visto) per la professione odontoiatrica. Solo con successivo decreto ministeriale verranno istituite le commissioni di albo – ex provinciali e nazionali – delle professioni infermieristiche e delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Per l’ordine degli infermieri si suppone che la soluzione possa essere identica a quella medica e quindi trovare la sola istituzione della commissione di albo degli infermieri pediatrici. Per il nuovo ordine *omnibus* dai venti albi, come vedremo, le commissioni di albo potranno rappresentare una vera criticità del sistema.

Il nuovo Ordine omnibus delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

La scelta del legislatore sembra dunque orientata a creare un Ordine dalle caratteristiche mai viste in precedenza. Sulle ceneri del Collegio dei tecnici sanitari di radiologia medica nascerà dunque, per incorporazione, il nuovo Ordine dei “tecnici sanitari di radiologia medica, e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione”. Ai tecnici di radiologia va, quindi, l’onore delle armi e mantengono – unica professione – il riferimento preciso alla figura professionale nel nome dell’Ordine, mentre le altre diciotto figure professionali sono chiamate come il riferimento della legge 251/2000 nella generale denominazione di “professioni sanitarie tecniche” (tra cui rientrerebbero però anche i tecnici di radiologia...), “professioni sanitarie della riabilitazione” e delle “professioni della prevenzione”.

Alle diciannove “storiche” professioni dovremo aggiungere, per esplicita previsione proprio dello stesso ddl Lorenzin, la figura dell’osteopata promossa come professione sanitaria “profilata” con un [riconoscimento decisamente anomalo e che abbiamo già criticato](#).

Un ordine, un consiglio direttivo, venti albi professionali e venti commissioni di albo. Scelta a dire poco ardita che pone immediati interrogativi sul suo funzionamento.

Non sappiamo come saranno costituite le commissioni di albo in questo ordine omnibus in quanto il ddl Lorenzin rinvia a un successivo decreto ministeriale. Una cosa è certa: questo Ordine rischia di essere un organismo elefantico e pletorico se consideriamo che le commissioni di albo avranno almeno tre/cinque elementi e potremo quindi avere – un consiglio direttivo ex provinciale di quindici elementi, di venti commissioni di albo con ben cento elementi complessivi, e tre (più uno) revisori dei conti. Il tutto sia per il livello

previsione sarà confermata il rischio di paralisi istituzionale sarà, per questo ordine, incardinato nella stessa legge di istituzione. Se consideriamo il numero di circa cento ex province il numero dei rappresentanti ordinistici che a vario titolo gestiranno l'Ordine rischiamo che a livello nazionale complessivamente ci potranno essere diecimila persone! E' realmente questa l'intenzione del legislatore?

Le funzioni degli Ordini professionali

Le attribuzioni agli ordini appaiono sostanzialmente immutate rispetto alla normativa di settanta anni orsono. I cambiamenti sono quasi impercettibili. Il legislatore ha ripercorso pigramente lo schema dell'attuale normativa introducendo dei puri correttivi che solo a una lettura attenta possono palesarsi: una certa terzietà nei procedimenti disciplinari, l'espressa previsione della redazione di un codice deontologico, la previsione delle Federazioni regionali e poco altro di diverso rispetto alla normativa vigente.

Il codice deontologico

Una delle novità da registrare è la previsione dell'attribuzione alle Federazioni nazionali di emanazione del "codice deontologico" che deve essere approvato dai Consigli nazionali. Quindi anche in caso di Ordini che tengono più albi (medici, infermieri, tecnici-prevenzione-riabilitazione) il codice deontologico sarà unico. L'attribuzione alla Federazione nazionale, implicito ma non dichiarato nell'attuale normativa (che in realtà di codice deontologico non parla affatto) serve da un lato a dare omogeneità all'esercizio professionale e anche a evitare – dichiaratamente – il pluralismo dei codici stessi.

Come è noto vi sono Ordini dei medici che al livello ex provinciale (Bologna e Ferrara per esempio) che non applicano l'ultimo codice Fnomceo (2014) ma il penultimo (2006). Recentemente il Collegio Ispasvi di Pisa ha scelto di disapplicare un articolo del codice della Federazione Ispasvi (2009). La previsione normativa dell'attribuzione alla Federazione nazionale di emanazione del codice deontologico riferito a "tutti gli iscritti agli Ordini territoriali" (ex province) intende evidentemente combattere il fenomeno di quello che può essere definito pluralismo deontologico.

Per gli ordini multialbo possono sussistere problematiche dalla previsione di un unico codice per tutti gli appartenenti agli albi. In realtà non si evincono particolari problemi gli ordini dei medici e neanche per gli ordini delle professioni infermieristiche mentre maggiori criticità sussistono per l'Ordine dai venti albi e dalle venti professioni. La norma specifica che il codice, in questi casi, deve definire "le aree condivise tra le diverse professioni, con particolare riferimento alle attività svolte da équipe multiprofessionali in cui le relative responsabilità siano chiaramente identificate ed eticamente fondate".

La previsione normativa rischia una sostanziale inapplicazione nel momento in cui le venti professioni sono non omogenee tra di loro e in cui, più che il rischio di sovrapposizioni e distinzioni, vi è una sostanziale estraneità nell'esercizio professionale. Si pensi all'inesistente rapporto che può intercorrere tra il podologo e il tecnico della perfusione cardiovascolare giusto per esemplificare.

A ben vedere il legislatore tenta di attribuire ai codici deontologici – nel caso degli ordini multialbo – un compito che il codice di per se non avrebbe laddove prevede di fare "definire aree condivise tra le diverse professioni" con il dichiarato scopo di identificare le "attività svolte da équipe multiprofessionali" e le relative responsabilità che devono essere "chiaramente identificate ed eticamente fondate".

Un conto è cristallizzare i principi etici che devono essere riferiti all'esercizio professionale altro è conferire una sorta di valenza regolamentare agli strumenti deontologici con il dichiarato scopo di dirimere eventuali sovrapposizioni e aree grigie. Ricordiamo che per queste professioni il codice deontologico è uno dei criteri previsti dalla legge per determinare il "campo proprio di attività e responsabilità" dell'esercizio professionale.

Il sistema elettorale

Se per le funzioni si può forse comprendere il *low profile* del legislatore, che si trova a istituire nuovi Ordini al termine di un dibattito ventennale dove spesso si è invocata la soppressione degli ordini stessi, non si comprende invece lo sguardo corto sulla mancata ridefinizione dei sistemi elettorali degli Ordini.

Il dibattito sui meccanismi elettorali non è secondario e attiene direttamente all'esercizio della democrazia e lo vediamo nel dibattito sulle elezioni politiche e sulle considerazioni della Corte costituzionale sulla legge c.d. *Porcellum* e nel pronunciamento che ci sarà sulla legge c.d. *Italicum*. Il principio generale è relativo alla vicinanza del corpo elettorale agli eletti: quanto più gli eletti sono espressione del corpo elettorale e quanto più

dalla normativa del 1946 e che il DDL Lorenzin lascia inalterato visto che il sistema resterà elettivo per il livello ex provinciale e solo per il consiglio direttivo e per i revisori dei conti. Le fondamentali scelte sulle cariche erano e rimarranno sottratte al corpo elettorale.

Sarà poi il consiglio direttivo a distribuire le cariche di presidente, vicepresidente, segretario e tesoriere. Solo i presidenti di Ordine voteranno il livello centrale – chiamato ancora comitato centrale a riprova dell'assoluto *restyling* e non di una vera riforma – di quindici persone e solo le quindici persone voteranno i vertici. Sarebbe come se i cittadini italiani votassero solo per il consiglio comunale e non anche per il livello nazionale che, sia pure con le leggi modeste degli ultimi anni (e anche incostituzionali) sono chiamati a eleggere. Il livello nazionale, il più influente e politicamente il più visibile, rimane lontanissimo dal corpo elettorale dei professionisti di cui non era e non sarà diretta espressione.

Il legislatore deve porre rimedio - esiste ancora il bicameralismo perfetto...- a un sistema elettorale che non ha ragione di esistere che da l'impressione di avere dei vertici "nominati" e non eletti. Gli Ordini professionali si rivitalizzano in primo luogo facendoli diventare la vera "casa" dei professionisti che se ne sentono direttamente rappresentati.

E' necessario inoltre che il nuovo sistema elettorale prevede al terzietà del seggio elettorale – non può essere presieduto dal presidente uscente (spesso ancora candidato) – e alla tutela della minoranza.

Altro non possiamo dire in questa fase in quanto lo stesso disegno di legge rimanda a un atto normativo della Conferenza Stato Regioni il sistema elettorale, il regime delle incompatibilità, il limite dei mandati. Anche questa scelta non è condivisibile. Queste non sono decisioni che devono essere prese per via amministrativa: è il legislatore che deve stabilire queste norme che sono fondamentali per un ente di rappresentanza. Sottrarsi alla scelta significa sottrarsi alla decisione. Un sistema elettorale e il regime delle incompatibilità qualificano positivamente o negativamente un ente di tale natura e non può essere rimesso altro che alla volontà del legislatore.

Conclusioni

Il ddl Lorenzin più che una riforma si prefigge un mero ammodernamento dell'istituzione ordinistica che non si vede attribuire nuove reali funzioni e che non supera alcune criticità come quelle elettorali che abbiamo evidenziato.

Anche la mancata previsione del superamento dell'anacronistico organo giurisdizionale speciale della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie doveva essere superato a favore della giurisdizione amministrativa del complesso Tar-Consiglio di Stato.

Non ci sono motivi per il mantenimento di uno pseudo organo giudicante.

Per la professione medica e la professione odontoiatrica non cambierà sostanzialmente niente.

Per la professione infermieristica e per la professione ostetrica ci sarà l'agognato riconoscimento della trasformazione dei vecchi enti "Collegi" in "Ordini". Da un punto di vista simbolico è un deciso passo in avanti nella valorizzazione del ruolo.

Per le professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione vi è il riconoscimento importante della costituzione degli albi temperato però dalla previsione di un unico Ordine, che abbiamo chiamato *omnibus*, che presenta delle evidenti criticità. La costituzione di albi può permettere di combattere meglio, per alcune figure, pensiamo ai fisioterapisti, quell'abusivismo professionale che alligna in molti settori.

Per tutte le figure prive di albo è comunque un passo in avanti nell'uscita dal limbo a cui l'inerzia legislativa li aveva lasciati.

Discorso a parte deve essere fatto per i tecnici sanitari di radiologia medica che si vedono da un lato riconosciuti come "Ordine" dall'altro inseriti nell'ordine *omnibus* perdendo la loro autonomia di ordine unico.

I biologi si vedono "promossi" come professione sanitaria e vedono inserito il loro Ordine nel novero delle professioni sanitarie similmente agli psicologi che sono per volontà dell'articolo 7 dello stesso articolato.

Il *restyling* operato dal ddl Lorenzin non convince proprio nel suo riproporre gli stessi difetti dell'attuale vetusta normativa dell'immediato dopoguerra.

Sanità24

IN PARLAMENTO

Malattie rare, alla Camera via all'esame della legge sugli screening neonatali

di *L.Va.*



È iniziato oggi nell'Aula di Montecitorio l'esame della proposta di legge sugli screening metabolici neonatali che prevede l'estensione a tutte le regioni di accertamenti diagnostici per 40 malattie rare ereditarie. A illustrare il testo

che si compone di sei articoli, **Giulia Grillo (M5S)** che parla di «conquista di civiltà» e «di un appianamento della diversità discriminatoria che fino ad ora esiste tra regione e regione e che viene pagata dai bambini e dalle famiglie». La proposta di legge è stata approvata in sede deliberante dalla 12^a Commissione Igiene e sanità del Senato il 20 novembre 2015, ed esaminata, in sede referente, dalla XII commissione affari sociali della Camera.

Ad oggi sono previsti a livello nazionale accertamenti diagnostici neonatali per sole tre patologie rare genetiche - ovvero la fenilchetonuria, l'ipotiroidismo congenito e la fibrosi cistica - mentre l'estensione ad altre viene lasciata alla scelta delle regioni. La pdl prevede che screening per 40 malattie per le quali esiste cura efficace siano effettuati in tutte le regioni e vengano inseriti nei Livelli essenziali di assistenza.

«La prevenzione della comparsa di handicap è legata alla tempestività della diagnosi e alla rapidità di inizio della terapia - osserva **Paola Binetti (Ap)** - il mancato riconoscimento della patologia o il suo trattamento in centri

medici non qualificati e si traduce in un peggioramento della prognosi e della qualità di vita dei pazienti oltre che in un alto costo sociale per i gravi danni neurologici che ne derivano».

Ma per il Servizio sanitario nazionale è anche un investimento perché le terapie, a base di farmaci orfani, presentano spesso costi altissimi. Lo screening invece, che si fa attraverso un prelievo poco invasivo del sangue dal tallone, ha costi irrisori e soprattutto già finanziati. Non si tratta di «una legge manifesto», conclude Grillo, «ma presenta una copertura finanziaria di 25 milioni di euro, già indicata in legge da stabilità».

Sanità24

IN PARLAMENTO

Dopo di noi verso il traguardo a Montecitorio

di *L.Va.*

- i noi” approvata dal Senato



Si è svolta per tutta la mattinata in Aula alla Camera la discussione sul testo unificato del cosiddetto “dopo di noi”, approvato dal Senato in prima lettura il 26 maggio scorso, con le proposte di legge sulle Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con

disabilità grave prive del sostegno familiare. Si tratta del secondo esame di Montecitorio per il provvedimento che colma una grave lacuna normativa, ma innanzitutto sociale e assistenziale, per il futuro delle persone con disabilità. Con gli emendamenti passati in Senato, è stato introdotto il rispetto della volontà del disabile o dei genitori, minimizzando l'ipotesi di ricovero in strutture specializzate ai casi estremi. Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta, ma si conta di chiudere in settimana, se non saranno apportati cambiamenti.

Per questa legge è stato istituito un Fondo presso il ministero del Lavoro e delle politiche sociali con una dotazione di 90 milioni di euro per il 2016, di 38,3 milioni di euro per il 2017 e di 56,1 milioni di euro per il 2018.

Argentin (Pd), dimostra la nostra attenzione per le famiglie dei disabili gravi

«La legge per l'assistenza delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare dimostra la grande attenzione del Pd nei confronti delle persone più fragili. È una legge di supporto alle famiglie che punta a dare

serenità a quei genitori che hanno fatto molti sacrifici nel corso della loro vita. Questa bella pagine di politica la possiamo scrivere grazie all'impegno del governo e in particolare del presidente Renzi che ha deciso di aprire un capitolo di bilancio con 180milioni di euro per il dopo di noi. È un segno concreto di attenzione e di cambiamento che niente ha a che fare con la politica becera che fanno in tanti per il solo gusto di dire no. Per questo ho scelto di stare nel Pd».

Lo ha dichiarato oggi **in Aula Ileana Argentin (Pd), tra le prime firmatarie durante la discussione della legge sul “Dopo di noi”**.

Nei diversi passaggi istituzionali del testo, in cui sono state inserite correzioni sostanziali all'impianto iniziale, è rimasta inalterata l'opposizione del Movimento 5 Stelle che accusa l'impianto generale della norma, soprattutto per la parte che riguarda la destinazione delle risorse per sostenere le detrazioni delle spese per le polizze assicurative o per costituire i trust finalizzati alla tutela dei disabili. Per i Cinquestelle, la legge sarebbe un regalo alle assicurazioni, ai privati e un'occasione mancata per quella

popolazione disabile che non può permettersi di costituire trust o polizze.

Ma la parte più controversa appunto sui trust è già stata limata al Senato e il contestato articolo 6, che nel vecchio testo prevedeva esclusivamente l' «istituzione di trust», nella nuova scrittura comprende anche «vincoli di destinazione e fondi speciali composti di beni sottoposti a vincolo di destinazione», con i chiarimenti sulle modalità attuative, le relative esenzioni e le agevolazioni previste, con i dettagli per l'atto istitutivo e i trasferimenti di beni e diritti.

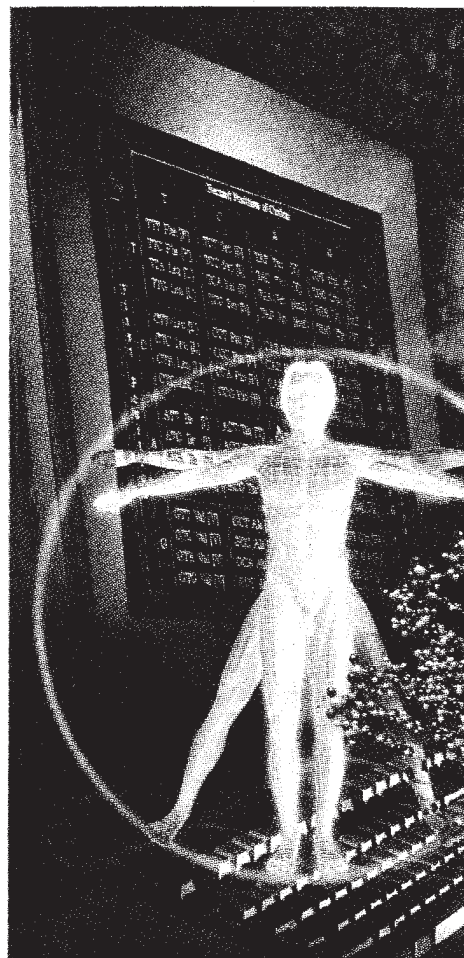
Nuove speranze contro i linfomi da Policlinico e Cardarelli

GIUSEPPE DEL BELLO

È NAPOLI a guidare il maxistudio europeo per il miglior farmaco contro la leucemia mieloide cronica. Coordinato da Fabrizio Pane, ordinario al Nuovo Policlinico della Federico II e presidente della Società italiana di Ematologia, la ricerca coinvolge 80 centri e 600 pazienti. Oltre a quello dell'università federiciana, sta contribuendo l'Ematologia del Cardarelli diretta da Felicetto Ferrara, reparto, anche questo, di eccellenza per l'oncoematologia. La ricerca prevede il confronto tra due farmaci biologici per individuare la migliore strategia terapeutica da prescrivere in prima linea. Obiettivo principale: ottenere la guarigione senza ricorrere al trapianto di midollo. «Valuteremo nelle prime settimane di terapia, e se il paziente dovesse avere una risposta non ottimale al farmaco tra i due considerati, sarà curato con il secondo - spiega Pane che ha anche illustrato lo studio al congresso europeo di Ematologia ap-

pena terminato a Copenaghen - e questo per arrivare alla soppressione della patologia già dalle primissime fasi di trattamento».

Le più recenti ricerche in oncoematologia si stanno indirizzando sempre più sul sistema immunitario che, manipolato in laboratorio, si trasforma in uno strumento terapeutico. Per farlo, gli scienziati si affidano a tecniche di ingegneria genetica per addestrare i linfociti T del paziente ad attaccare ed eliminare le cellule tumorali presenti nel suo sangue. Precisa ancora il docente: «L'immunoterapia con cellule Car-T è un approccio complesso e ancora sperimentale, già utilizzato con successo contro la leucemia linfoblastica acuta, ma anche in alcuni tipi di mielomi e linfomi. Le cellule T prelevate dal paziente vengono modificate geneticamente per produrre un recettore di un antigene tumorale (CAR), in grado di riconoscere e distruggere selettivamente le cellule neoplastiche che esprimono quel particolare antigene, una proteina».



Anche in questo caso i primi studi su questa strategia "ad personam" sono stati condotti alla Federico II, insieme al Baylor College di Houston. «Oggi il trattamento - rivela Pane - si esegue in 6-7 centri nel mondo, a breve anche in due italiani. Il numero di pazienti coinvolti è ancora piccolo, ma i risultati sono straordinari. Si arriva a far scomparire la malattia anche in stadio avanzato, resistente ai diversi tipi di terapie utilizzate in precedenza». Secondo i risultati dei diversi studi, la percentuale di remissioni è del 60 per cento. «Ci sono altre forme di immunoterapia - conclude Pane - più vicine alla routine clinica. Si interrompe l'interazione per cui la cellula neoplastica non viene riconosciuta dai linfociti, che così tornano ad attaccare il "nemico", ma senza la tossicità della chemioterapia»

Sanità. Sempre più italiani stipulano una polizza. Anche nelle regioni con buoni servizi. È il modo per saltare liste d'attesa, fare esami avere farmaci. E potersi curare. Viaggio nel paese obbligato a cambiare

L'assicurazione ti allunga la vita

LORENZO DI PIETRO E FRANCESCA SIRONI

MASSIMILIANO HA 40 ANNI. Un lavoro, una moglie, una bimba piccola. E da poco, un'assicurazione personale per la salute. «Rinunci a Sky, a vacanze più lunghe. Ma non posso rischiare. Abbiamo solo il mio reddito, a casa, con il mutuo. Se dovesse succedere qualcosa, spendere 20mila euro di cure farebbe saltare tutto». Ventimila euro, una previsione realistica perché, racconta, «in provincia di Roma la mia famiglia ha avuto esperienze molto negative negli ospedali pubblici. Per ben due volte, due parenti. Quindi ho deciso: o pregavo, o sottoscrivevo una polizza. E a me hanno trovato una piccola massa. Dicono: "Deve fare un'ecografia"; chiedo di prenotarla. Risposta? "Sei mesi". Potevo aspettare tanto solo per sapere di che si trattava? Sono andato al privato. E così altre volte. Fino a che ho pensato mi convenisse un'assicurazione. Non sono felice, ma almeno proteggo la mia famiglia».

Massimiliano è l'esempio di un cambiamento sempre più veloce. In tutto il paese. La crisi del Servizio sanitario nazionale ha creato infatti una nuova classe di pazienti: quelli che pagano, per la propria salute. E, come conseguenza, soprattutto la classe media inizia a prendere in considerazione una polizza sanitaria. Che possa arginare spese e conseguenze dell'aumento del ticket (per alcune prestazioni è stato tale da rendere concorrenziale l'offerta a pagamento), dei livelli d'assistenza razionalizzati, dei tempi di attesa scivolati in media oltre i 70 giorni. Il Censis certifica che 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure nell'ultimo anno perché non possono permettersi di andare nel privato o di pagare ticket astronomici (erano 9 milioni già nel 2012). Così, di fronte alla catena di difficoltà del Ssn, afferma il Censis, il 57,1% è convinto che, potendosela permettere, la polizza assicurativa sia la soluzione più adeguata.

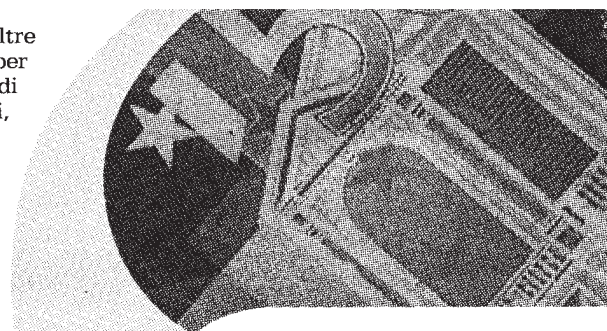
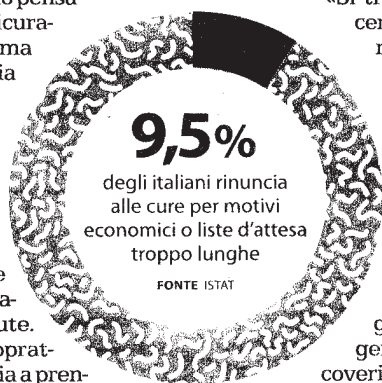
Il fatto è che i contributi privati alla sanità, in Italia, sono passati dai 28 miliardi e

mezzo di euro del 2004 agli oltre 33,6 di oggi. Le polizze private per malattia superano i 2 miliardi di euro, raddoppiate in vent'anni, nonostante la crisi. Dei 4 milioni e 600mila nuclei che hanno un familiare non autosufficiente, il 40,4 per cento ha detto di aver speso più di 400 euro di tasca propria, l'anno scorso. Mentre secondo i dati di Facile.it, nel 2015 sono stati erogati più di 28mila prestiti per coprire cure mediche, quasi il 4 per cento del totale. Era il 2,5 nel 2013. Si sono cioè spostate le necessità di chi chiede un finanziamento: dalla tv alla sanità, in particolare per odontoiatria, lungodegenza, fertilità.

Le case assicuratrici si sono accorte presto di questo nuovo bisogno.

«Si tratta di italiani che non cercano una "corsia preferenziale", un'accoglienza "di lusso", ma una vera e propria accessibilità di base al servizio sanitario», dice Marco Vecchietti, consigliere delegato di Rbm salute. Per questo, aggiunge: «Abbiamo lanciato soluzioni che costano meno. Che non siano di prestigio, ma rispondano a esigenze specifiche: nel Lazio i ricoveri, ad esempio, in Veneto invece i denti o la diagnostica». Gli esborsi vanno dai 400 ai 2.500 euro all'anno.

Sopra la stazione Garibaldi, a Milano, un gigantesco pannello al neon pubblicizza il loro ultimo prodotto: "Servizio sanitario personale". «È una richiesta recente, ma in crescita - conferma Fiammetta Fabris, direttore generale di Unisalute, il ramo specializzato di Unipol che copre da solo i 33 fondi che assicurano sei milioni di lavoratori dipendenti - gli italiani si trovano a ricorrere per forza al privato, per alcune prestazioni. E a loro che offriamo percorsi modulari». Mentre sta cambiando anche la mentalità degli ospedali pubblici che con l'intramoenia offrono prestazioni a pagamento. Dice: «Prima non ci vedevano di buon occhio, ora sono loro a chiamarci. Solo 15 gior-



INVALIDITÀ IN FAMIGLIA

Spesa delle famiglie con almeno un membro non autosufficiente



FAMIGLIE
4,6 milioni

+40%

Con limitazioni funzionali

ni fa abbiamo chiuso un accordo con l'Asl di Bologna».

Il mercato di queste polizze pop è online, composto da giovani, fra 35 e 45 anni. Principalmente donne. E famiglie. Preoccupate. «A spendere di più in assoluto sono ancora i benestanti, ovviamente. Ma a investire per la salute in modo sempre maggiore rispetto al proprio reddito, oggi, sono le persone di ceti medio ed istruzione elevata», commenta Daniela D'Angela del Consorzio per la ricerca economica applicata in sanità (Crea): «Sono quelli che "possono ancora permetterselo". Perché oltre si arriva alla del 7,2 per cento di italiani che hanno rinunciato alle cure».

Oltre quattro milioni di persone, secondo l'ultimo rapporto Crea. In Campania, Puglia e Calabria, chi lo fa per motivi economici è il doppio rispetto alla quota nazionale. In Toscana, in Sardegna, nel Lazio, pesano invece i tempi d'attesa. «E si che con la mia busta paga, da dipendente, io un'assicurazione già la pago», conclude Massimiliano: «Quella del servizio sanitario nazionale».

L'opinione. Hitech e invecchiamento: i costi lievitano. Per garantire l'equità servono nuove regole

La Asl arranca qui ci vuole una riforma

DANIELA MINERVA

È STATO l'esperimento di universalismo sanitario meglio riuscito al mondo. Ma non ce la fa più. Colpa delle strette di bilancio, dell'invecchiamento della popolazione, dei costi delle nuove tecnologie, persino dei cambiamenti in seno alla struttura delle famiglie. Il fatto è che il Ssn non è più sostenibile. Metà delle regioni non garantisce i livelli essenziali d'assistenza. E persino nelle regioni virtuose, il Ssn resta il posto migliore dove andare ma le liste sono così lunghe che, chi ne ha i mezzi, si assicura per poterle bypassare con l'intramoenia.

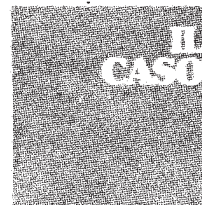
Questa non è una

materia nella quale si può indulgere nella demagogia perché ne va della vita della gente. Di dichiarazione in dichiarazione, tutti a giurare che nessuno metterà mai in discussione l'universalità del Ssn, siamo finiti con milioni di italiani senza cure perché troppo poveri e/o perché vivono in regioni dissolute. Il rischio è, come sta accadendo, di scivolare in un sistema molto iniquo, con i benestanti che si pagano le assicurazioni e i "non" che affollano le liste d'attesa con ritardi anche fatali, quando non rinunciano. Meglio iniziare un percorso di riforme. Che tenga il timone sull'equità.

Chi non si rassegna sostiene che basta eliminare gli sprechi. Non è così. Siamo il Paese che spende meno in Europa per la salute dei suoi cittadini (in percentuale rispetto al Pil) e il fatto che

l'assicurazione sembri ormai l'unica strada sicura anche nelle regioni virtuose, dal Veneto all'Emilia-Romagna, indica chiaramente che è proprio la natura profonda del Ssn a non reggere più. Per salvarlo si sono indicate a più riprese le stesse parole d'ordine da oltre 20 anni: appropriatezza delle prescrizioni, più forza ai presidi sanitari vicini al cittadino (i medici di base H24, l'assistenza domiciliare) e i costi standard. Nel primo caso, siamo ancora lontani dai minimi e lo stesso ministro Lorenzin che ha varato un decreto per limitare gli accertamenti diagnostici solo a quelli utili, sta facendo marcia indietro per palese inapplicabilità dello stesso; il fatto è che piuttosto che rinunciare i cittadini se li pagano da soli mentre i meno abbienti affogano nelle liste d'attesa. Per il resto, due Italie: quella in cui non funzionano né l'assistenza territoriale né i costi standard e quella che funziona, dove comunque crescono assicurazioni e spesa cosiddetta out of the pocket. Dunque?

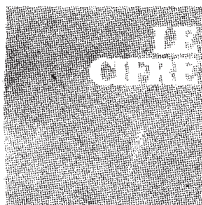
Gli addetti ai lavori discutono da anni, la bibliografia è molto ricca. 37 paesi hanno avviato riforme sanitarie per contrastare i trend economici e demografici. E alcuni paesi europei hanno adottato forme di integrazione. Ma proprio in questa scelta si combatte la battaglia dell'equità. Due esempi possono dare il senso del dilemma da sciogliere al quale la politica volta decisamente le spalle mentre solo una riflessione collettiva potrebbe indicare la strada da seguire. In Olanda, l'assicurazione è obbligatoria e in massima parte coperta dallo Stato o dal datore di lavoro. In Francia c'è un sistema misto di mutue, che copre circa il 94% dei lavoratori, e assicurazioni obbligatorie; un prelievo del 6,9% delle mutue contribuisce a chi non ha reddito. Le vie sono tante, ma in Italia la necessità è quella di tenere le strutture del Ssn al centro della scena medica ed evitare che si creino due sistemi paralleli: la qualità delle cure è molto alta grazie alla forza (medici, numero di pazienti, tecnologie) degli ospedali pubblici e sarebbe dissenso perderla mandando i ricchi nel privato; ne perderemmo tutti.



Niente soldi niente cure

Quattro milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi. Hanno smesso di fare prevenzione, test, controlli, terapie. Di prenotare visite. Sta succedendo principalmente nelle regioni meridionali, dove i cittadini che hanno rinunciato a curarsi sono aumentati, nel 2013 (anno dell'ultimo dato disponibile) del 16,8 per cento rispetto all'anno precedente. Con punte del 130 per cento in più in un solo anno in Campania. Diversa la possibilità di accesso alle cure al Nord, dove quelli che non si curano sono diminuiti del 21,7 per cento, e al Centro, -2,8. Ma, differenze regionali a parte, resta che oltre 2,7 milioni di cittadini, circa il 70 per cento del totale, ha rinunciato a curarsi perché semplicemente non è in grado di sostenerne i costi. I motivi economici sono infatti la causa principale dell'allontanamento da medici e terapie nel meridione; ma l'amara classifica vede dopo Napoli e Bari arrivare le Marche, dove la crisi ha spazzato interi distretti industriali. E con quelli, la qualità della vita degli abitanti.

Fra quei quattro milioni di cittadini però c'è anche chi è scivolato fuori dal servizio sanitario a causa delle liste d'attesa: l'11 per cento del totale. I tempi sembrano essere un problema soprattutto in Calabria. Ma la questione delle liste pesa ovunque, anche in regioni con sistemi sanitari d'eccellenza: a sorpresa infatti in Toscana l'1,3 per cento dei residenti non si è curato per via dei tempi troppo lunghi richiesti. Proprio la stessa percentuale della Campania, del Lazio e della Sardegna.



Di tasca propria

Ogni famiglia, in Italia, spende mediamente 1.922 euro all'anno per la propria salute. Una media fra i 1.092 della Campania e i 3.119 del Trentino Alto Adige, secondo i dati del ministero della Salute elaborati dall'osservatorio Crea Sanità. Ma le priorità e le possibilità cambiano, anche qui, con il reddito. Se i farmaci di fascia C sono in generale la voce più ingombrante (con 836 in media in ogni casa, il 43,5 per cento dell'out of the pocket, cioè le spese pagate di tasca propria dai cittadini), seguiti dai 400 euro delle prestazioni specialistiche, i pesi si distribuiscono in modo molto diseguale tra i ceti. Farmaci e visite, insieme, prendono solo la metà del portafoglio per la salute degli italiani più ricchi, mentre occupano la quasi totalità della spesa (l'88 per cento) di quelli più poveri. I primi, cioè, possono permettersi di pagare in pillole e specialisti quanto fanno in odontoiatria, protesi e ausili, assistenza a disabili e anziani. Mentre gli ultimi questa seconda parte non la vedono. I soldi che hanno per la propria salute li investono quasi tutti in farmaci. Le cure dentistiche si

comportano così come un lusso: le persone con redditi più bassi spendono solo 32,5 euro all'anno, contro i 761,4 di chi sta in alto. Un lusso che cova, però, un rischio maggiore: sono proprio i costi troppo alti per i denti, infatti, insieme a quelli per l'assistenza agli anziani, a esporre maggiormente alla "catastrofe" un bilancio familiare, se diventano inevitabili. Gli esborsi, allora, salgono in media a 5.686 euro all'anno. E i farmaci non sono più una priorità.

STUDIO CENSIS-RBM SALUTE/ A quota 1 mln i cittadini che rinunciano alle cure

Corsa al privato per chi può

Lorenzin: «Nozze con fichi secchi» - I sindacati: «Colpa del governo»

DI LUCIO BONDI

Un sistema in bilico su due colonne malferme. Lo studio Censis-Rbm Salute presentato l'8 giugno a Roma in occasione del VI Welfare Day descrive così la sanità italiana. Con il primo pilastro, quello pubblico, scricchiolante per via di liste di attesa e ticket e il secondo, privato, che non riesce a darsi una forma compiuta e rimane, in gran parte, a carico dei singoli cittadini.

Difficoltà di accesso alle cure. La sanità universale, secondo il rapporto, non è proprio per tutti. Sono infatti ben 11 milioni i cittadini che, nel corso del 2016, hanno dovuto rinunciare alle cure. Due milioni in più di quattro anni fa.

Un trend a quanto pare ben noto alla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, che ha tirato in ballo il nodo risorse: «Il fenomeno della rinuncia alle cure - ha detto - è un problema che abbiamo presente e trovare una soluzione per noi rappresenta una priorità. Fermo restando che deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi». Ma il commento non è passato inosservato e la risposta dei sindacati è stata dura. «Ha ragione la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, quando afferma che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Ma questa affermazione - hanno dichiarato la segretaria nazionale della Fp Cgil, **Cecilia Taranto**, e il segretario nazionale della Fp Cgil Medici, **Massimo Cozza** - dovrebbe essere rivolta al suo

governo che, attraverso precise scelte politiche, continua a destinare più risorse ad altri settori: dagli imprenditori alle banche». Sulla stessa linea anche l'Anaa: «La rinuncia alle cure è tra i guasti delle scelte del governo».

Per il Report Censis-Rbm Salute, il motivo che spiega la fuga dei pazienti è presto detto: le liste di attesa obbligano chi ha urgenza di sottoporsi a una visita o a un esame a rivolgersi al privato, che, però è solo per chi se lo può permettere.

Anche i ticket fanno la loro parte, visto che ormai il 45,5% dei pazienti che si rivolge alle cliniche o agli ambulatori paga più o meno quanto dovrebbe sborsare nel pubblico. Un panorama in cui sono soprattutto le analisi di laboratorio a fare la parte del leone, con costi ormai competitivi e tempi di attesa ridotti.

A fare le spese di questa situazione sono soprattutto le fasce più deboli della popolazione: 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i giovani nati tra la fine del secolo scorso e l'inizio del 21esimo, non hanno avuto accesso nell'ultimo anno a prestazioni sanitarie di cui avrebbero avuto bisogno.

La percezione della sanità pubblica. Se questo è lo stato delle cose, non può stupire che il giudizio dei cittadini sul Ssn non sia dei più lusinghieri. La qualità della sanità pubblica, negli ultimi due anni, è scesa per il 45,1% degli intervistati, mentre solo il 13,5% sostiene di aver visto un miglioramento.

Giudizio che si fa tanto più negativo quanto più si scende verso il Mezzogiorno: solo un cittadino del Nord-Est su tre, infatti, giudica inadeguata l'assistenza offerta nella propria regione. Nel Nord-Ovest la pensano allo stesso modo quattro pazienti su dieci, per arrivare al 55% del Centro e al 68% di insoddisfatti al Sud.

Il problema non è solo nelle cure necessarie che non vengono offerte, ma anche, in modo del tutto speculare, nelle cure inutili per cui vengono sprecate risorse. Ben 5,4 milioni di persone si sono viste prescrivere, infatti, una visita, un esame o un farmaco inappropriato. Ma la strada per affrontare il problema, per i pazienti, non passa attraverso nuove norme: poco più della metà delle persone intervistate si dice contrario a sanzionare i medici che prescrivono interventi o rimedi inutili, mentre il 64% non vuole che una norma dica cosa è appropriato e cosa no in medicina.

L'idea, per un paziente su due, è che il medico debba essere del tutto libero nella propria scelta.

La spesa per la sanità privata. In molti non possono permettersi di pagare per curarsi, ma gli altri si rivolgono sempre più al settore privato. La spesa totale delle famiglie per acquistare prestazioni è salita del 3,2% in due anni, arrivando a toccare i 34,5 miliardi di euro. Un dato tanto più rilevante se pensiamo che la spesa com-

plexiva delle famiglie, nello stesso periodo, è aumentata solo della metà e che in sanità si assiste da tempo a una discesa dei prezzi delle prestazioni.

Accanto al tema delle liste d'attesa - il 72,6% degli intervistati si è infatti rivolto al privato o all'intramoenia per evitare di aspettare mesi, o magari anni, per ottenere una prestazione - quasi un terzo dei cittadini indica anche gli orari di apertura come un elemento importante nella scelta di rivolgersi al settore privato: per chi lavora poter fare una visita o un esame al pomeriggio o di sabato rappresenta una comodità e spesso anche un risparmio di ore di permesso o giorni di ferie.

Tirando le somme, ben 10,2 milioni di italiani fanno più uso della sanità privata oggi che nel passato, mentre in 7 milioni si sono rivolti all'intramoenia. Di conseguenza, la spesa privata totale continua a crescere, superando nel 2015 i 34,4 miliardi di euro, ben 7 milioni in più di cinque anni prima. Una somma che, divisa per ogni cittadino, raggiunge i 570 euro l'anno, toccando i 2mila se consideriamo i singoli nuclei familiari.

Il ruolo della sanità integrativa. Di fronte alla crescita della spesa privata, però, la quota intermediata dalle assicurazioni rimane esigua. La crescita del settore è evidente: +6,5% in due anni, con gli assistiti quasi raddoppiati dal 2010 ad oggi (+88%). Ma questa tendenza non basta a tenere

il passo, cosicché, nell'ultimo biennio, la quota di spesa per la sanità passata per i sistemi assicurativi è passata dal 14 al 13% del totale. Il tema sembra interessare i cittadini più che in passato, visto che 26 milioni pensano, un giorno, di poter aderire a una qualche forma di assistenza integrativa. Ciononostante, solo un quarto degli italiani si è visto proporre, almeno una volta, una forma di assicurazione, e due terzi di essi hanno rifiutato per l'alto costo o perché non è convinto dell'utilità e dell'affidabilità delle assicurazioni.

Eppure, sostengono le imprese assicuratrici, una polizza sanitaria integrativa costa, in media, circa il 70% di quanto ogni italiano spende in un anno per visite ed esami, anche perché i grandi fondi sono in grado di spuntare prezzi molto più convenienti di quelli praticati al singolo paziente.

Una adesione massiccia a questi sistemi, dice la ricerca, permetterebbe di liberare circa 15 miliardi di risorse aggiuntive nella sanità. Senza contare la protezione offerta di fronte a eventi catastrofici per i quali, spesso, i pazienti si trovano oggi a sborsare cifre da capogiro.

Le proposte delle imprese. Quello che manca, nel panorama italiano, è una scelta politica a livello centrale su quale ruolo la sanità privata debba avere all'interno del sistema. A fianco delle innegabili *défaillances* del pubblico, infatti, appare un sistema frammentato e

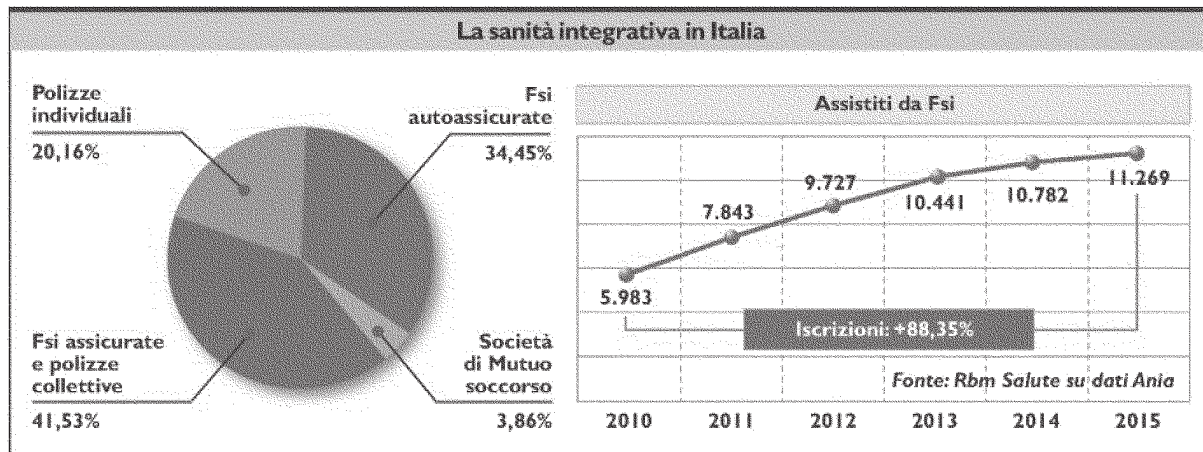
poco regolamentato.

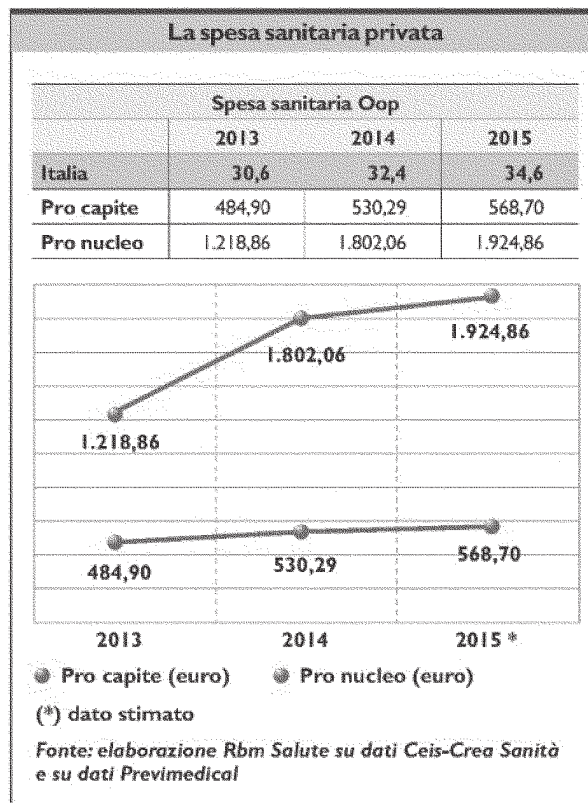
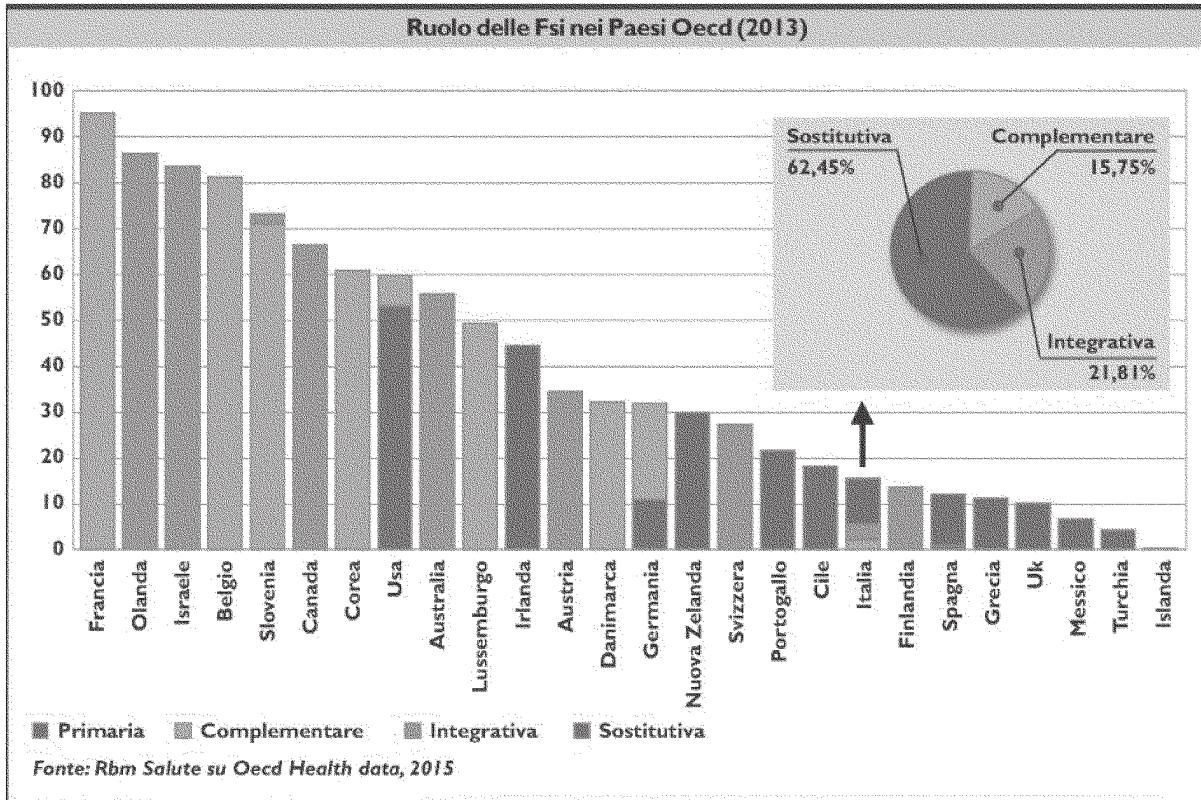
Basti pensare che l'Italia è l'unico Paese dell'Ocse in cui convivono sanità integrativa (che offre, ad esempio, odontoiatria o prestazioni socio-assistenziali), complementare (come per gli esami radiologici di difficile accesso) e sostitutiva (che copre principalmente ricoveri e interventi). Il dato rappresenta una particolarità tutta nostrana, che si ripete quando si osserva chi acquista le polizze: si va dalla Pubblica amministrazione agli enti previdenziali dei professionisti, dalle singole aziende ai contratti nazionali delle categorie, passando anche per i fondi sottoscritti su base territoriale in alcune regioni e per singoli cittadini.

Di fronte a questo panorama la richiesta proveniente dalle imprese del settore è quella di una progressiva razionalizzazione del panorama, che dovrebbe essere rivolta, in primo luogo, al recupero di efficienza per una spesa, come quella privata per le prestazioni sanitarie, di cui non si può far finta di non vedere l'esistenza.

In primo luogo tramite un nuovo sistema di deduzioni e detrazioni, che oggi penalizza le polizze sottoscritte dai singoli, e che miri a premiare la capacità di intermediare la spesa dei cittadini. Anche perché, dice il rapporto, la polizza sanitaria integrativa non è più vista come un bene di lusso ma, in molti casi, come una necessità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





*Professioni,
cala il fabbisogno*

Alla Stato Regioni il documento con i "numeri" dei fabbisogni formativi concordati da Salute e Regioni per l'anno accademico 2016-17. Per le 22 professioni sanitarie confermato il calo del 4,6%. Infermieri: record a -7,9 per cento.

MASTRILLO A PAG. 8

PROFESSIONI SANITARIE/ All'esame della Stato-Regioni i numeri sulla formazione

I fabbisogni in calo del 4,6%

La mappa delle lauree triennali - Infermieri in discesa record (-7,9%)

Approda il 14 giugno 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-24 Ore 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%). Dalle 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%).

Dalle 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 Cate-

goria 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 Tsmr che aveva proposto una riduzione di -150, in modo da arrivare a circa 700, che sarebbe comunque superiore ai 670 proposti dalla Ftsm. 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 si-

mili 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, oltre che a Medici, Odontoiatri e Farmacisti, 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 a 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 professioni apparirebbe meno semplice se si considerasse l'assenza di analoghi organismi, che sono per ora coperti da varie Associazioni a iscrizione volontaria. Su questo sarebbe risolutiva l'approvazione in Parlamento del Ddl 1342, per Albi e Ordini, ora al vaglio della Camera dei Deputati dopo la prima approvazione del 24 maggio in Senato.

Angelo Mastrillo



Lauree triennali delle professioni sanitarie - Programmazione posti Anno accademico 2016-2017

	Operatori		Richiesta Aa 2016-2017						A bando Aa 2015-16			Differenza Regioni vs Categorie		
			Regioni	Pmp *	Categorie		Pmp *	Min. Sal.	Università	Pmp *				
Assistente sanitario	5.597	0,8%	398	1,5%	6,6	503	1,6%	8,3	398	304	1,2%	5,0	-105	-21%
Dietista	4.050	0,6%	341	1,3%	5,6	423	1,4%	7,0	341	302	1,5%	6,3	-82	-19%
Educatore professionale	31.150	4,7%	794	3,0%	13,1	1.251	4,1%	20,6	794	707	2,8%	11,6	-457	-37%
Fisioterapista	55.000	8,3%	2.164	8,3%	35,6	2.000	6,5%	32,9	2.164	2.169	8,5%	35,7	164	8%
Igienista dentale	7.350	1,1%	575	2,2%	9,5	654	2,1%	10,8	575	655	2,6%	10,8	-79	-12%
Infermiere	417.153	62,9%	15.408	59,3%	254,2	19.285	62,8%	317,4	15.408	15.144	59,3%	249,2	-8.837	-20%
Infermiere pediatrico	10.576	1,6%	282	1,1%	4,6	172	0,6%	2,8	282	288	1,1%	4,7	110	64%
Logopedista	9.700	1,5%	721	2,8%	11,9	743	2,4%	12,2	721	688	2,7%	11,3	-22	-3%
Ortottista	4.430	0,7%	218	0,8%	3,6	234	0,8%	3,9	218	214	0,8%	3,5	-16	-7%
Ostetrica	18.708	2,8%	743	2,9%	12,2	784	2,6%	12,9	743	839	3,3%	13,8	-41	-5%
Podologo	1.600	0,2%	152	0,6%	2,5	275	0,9%	4,5	152	111	0,4%	1,8	-123	-45%
Tecnico audiometrista	2.000	0,3%	129	0,5%	2,1	215	0,7%	3,5	129	60	0,2%	1,0	-86	-40%
Tecnico audioprotesista	3.789	0,6%	421	1,6%	6,9	509	1,7%	8,4	421	315	1,2%	5,2	-88	-17%
Tecnico fisiopatologia cardiocirc.	3.000	0,5%	195	0,7%	3,2	186	0,6%	3,1	195	180	0,7%	3,0	9	5%
Tecnico laboratorio	28.000	4,2%	803	3,1%	13,2	682	2,2%	11,2	770	859	3,4%	14,1	121	18%
Tecnico neurofisiopatologia	1.500	0,2%	136	0,5%	2,2	110	0,4%	1,8	136	110	0,4%	1,8	26	24%
Tecnico ortopedico	2.400	0,4%	120	0,5%	2,0	170	0,6%	2,8	120	126	0,5%	2,1	-50	-29%
Tecnico prevenzione lavoro	19.000	2,9%	600	2,3%	9,9	554	1,8%	9,1	600	678	2,7%	11,2	46	8%
Tecnico radiologia	27.758	4,2%	853	3,3%	14,0	670	2,2%	11,0	800	819	3,2%	13,5	183	27%
Tecnico riabilitazione psichiatrica	3.450	0,5%	323	1,2%	5,3	356	1,2%	5,9	323	299	1,2%	4,9	-33	-9%
Terapista neuro età evolutiva	4.500	0,7%	310	1,2%	5,1	455	1,5%	7,5	340	342	1,3%	5,6	-145	-32%
Terapista occupazionale	1.998	0,3%	309	1,2%	5,1	464	1,5%	7,6	309	233	0,9%	3,8	-155	-33%
Totale	662.709		25.995		428,0	30.694		505,0	25.939	25.522		420,0	-4.659	-15%
Anno accademico 2015-2016			27.244			30.360				25.522				
Differenza 2016 vs 2015			-1.249		-4,8%	334		1,1%		0		0,0%		

(*) Pmp = per 1 milione di popolazione

Fonte: elaborazione A. Mastrillo