



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Il caso

La Consulta boccia la legge sui manager asl

La Corte Costituzionale ha dichiarato illegittima un'altra legge della Regione Campania, questa volta emanata per disciplinare nuove modalità per la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali. In particolare, la Regione Campania aveva stabilito che la giunta regionale con propria deliberazione avrebbe dovuto indicare i criteri in virtù dei quali si sarebbe successivamente effettuata la selezione dei direttori generali. La disposizione legislativa precisava, inoltre, che i direttori generali iscritti nell'elenco vigente dovevano considerarsi decaduti dopo 60 giorni dalla pubblicazione del nuovo bando di selezione.

La Consulta: illegittima la legge sui manager asl

La Corte costituzionale torna a bocciare la Regione: no ai criteri di selezione dei nuovi direttori generali

NAPOLI — Ci risiamo: la Corte Costituzionale è tornata a dichiarare illegittima un'altra legge della Regione Campania, questa volta emanata per disciplinare nuove modalità per la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e degli istituti del Servizio sanitario nazionale. In particolare, la Regione Campania, con la legge n. 18 del 6 luglio 2012 (art. 18-bis, comma 5) aveva stabilito che la giunta regionale con propria deliberazione avrebbe dovuto indicare i criteri in virtù dei quali si sarebbe successivamente effettuata la selezione dei direttori generali. La disposizione legislativa precisava, inoltre, che i direttori generali iscritti nell'elenco vigente (dunque anche quei direttori in carica) dovevano considerarsi decaduti dopo

La decadenza

No alla decadenza dei dg entro 60 giorni dalla pubblicazione del nuovo bando di selezione

60 giorni dalla pubblicazione del nuovo bando di selezione. La Corte, partendo dal presupposto che il direttore generale di un'azienda sanitaria esercita funzione di carattere gestionale non legato

all'organo politico da un rapporto diretto, ha ritenuto che la previsione normativa di cui si discute viola il principio di buon andamento, incidendo il meccanismo di decadenza automatica sulla continuità dell'azione amministrativa e i principi di efficienza ed efficacia in quanto in tali ipotesi viene esclusa una valutazione oggettiva dell'operato del manager.

La Corte sottolinea ancora che viene frustrato, nel caso in esame, anche il principio di imparzialità in quanto viene introdotta una ipotesi di cessazione anticipata e automatica dall'incarico del direttore generale dipendente da un atto dell'organo politico senza considerare che per il destinatario del provvedimento di decadenza non è prevista la partecipazione nel procedimento che conduce alla sua rimozione.

Anche in questo caso, si legge nella sentenza, la Regione Campania non si è costituita in giudizio.

In particolare, oltre che sanzionare l'automatismo introdotto per la scadenza dei direttori generali in carica, sono state contestate anche altre disposizioni: la previsione che «l'elenco sia aggiornato tramite un avviso pubblico periodico, volto all'inserimento nell'elenco stesso dei candidati in possesso dei requisiti professionali (...)» e che tale iscrizione avvenga all'esito della valutazione della idoneità alla nomina di direttore generale effettuata da parte di un'apposita commissione. La commissione tecnica incaricata di valutare i titoli

e i requisiti posseduti dagli idonei che hanno presentato manifestazione di interesse è composta da: a) un dirigente dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas); b) un dirigente appartenente all'avvocatura regionale; tre componenti scelti con sorteggio pubblico tra i docenti ordinari di diritto ed economia (diritto pubblico, diritto amministrativo, economia politica, politica economica ed economia aziendale) delle università della Campania. Infine, la giunta regionale nomina i direttori generali tra gli aspiranti indicati dalla commissione tecnica».

Non è la prima volta, in pochi mesi, che la Corte costituzionale interviene per sanzionare e dichiarare l'illegittimità di leggi regionali della Campania. È già avvenuto, il mese scorso, quando la Corte ha bocciato il registro dei tumori per ragioni riferite alla copertura finanziaria. E prima ancora dichiarando illegittimo l'articolo 45 della legge

che prevedeva uno specifico piano di riorganizzazione per l'assetto e gli accorpamenti delle aziende ospedaliere universitarie, nonché la definizione di finanziamenti da appostare per garantire l'attuazione del piano di riorganizzazione. Infatti, la Corte aveva ritenuto che sia da rilevarsi come interferenza, da parte del legislatore regionale, a danno delle funzioni del commissario ad acta, nominato dal Consiglio dei ministri con delibera del 23 aprile 2010, con il compito di attuare, nell'ambito della Regione Campania, il piano di rientro dal disavanzo sanitario.

Angelo Agrippa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra l'organo politico e i direttori generali non vi è un rapporto istituzionale diretto e immediato (...). I direttori esercitano funzioni di carattere gestionale



INTERSINDACALE DIRIGENZA SSN/ L'avvertimento dei sindacati in una lettera a Governo, Parlamento, Regioni

Blocco contratti, sciopero a luglio

I medici: nessun rischio per la massa salariale - Lorenzin: niente eccezioni per l'area sanitaria

Dirigenza del Ssn: sarà sciopero nazionale entro il mese di luglio se la dirigenza del Ssn non verrà esclusa dal blocco della contrattazione per il 2014.

L'intersindacale dei medici, veterinari, dirigenti sanitari e amministrativi, tecnici e professionali dipendenti, ha espresso la scorsa settimana, in una lettera inviata a Governo, Parlamento e Regioni, «netta contrarietà nei confronti del Dpr che blocca la contrattazione per tutto il 2014 ed estende allo stesso periodo gli effetti perversi della legge 122 del 2010 che non consentono l'applicazione di istituti consolidati nei precedenti contratti di lavoro».

E visto che finora la «contrarietà» non aveva ottenuto risultati, le organizzazioni sindacali hanno deciso di attivare a

partire dai prossimi giorni una serie di iniziative di protesta che potranno culminare in uno sciopero nazionale entro il mese di luglio 2013.

«Il decreto - spiega la lettera - proroga di un ulteriore anno non solo il blocco del contratto, che perdura dal 2009, ma anche la mancata applicazione di istituti contrattuali consolidati in precedenti contratti di lavoro. Si determina, di fatto, una sospensione per legge di diritti sanciti dalla contrattazione, lo svuotamento del Ccnl 2013-2015, dopo la cancellazione della tornata 2010-2012, il rinvio a tempo indeterminato della contrattazione nel pubblico impiego. Senza contare il blocco delle dinamiche di carriera, delle retribuzioni individuali e dei fondi contrattuali, e quindi della contrattazione integrativa periferica, lungo 5 anni, due tornate contrattuali,

che aggrava in modo perverso le conseguenze della crescente riduzione dei dirigenti sanitari dipendenti, per quiescenza e per blocco del turnover, minando ulteriormente la reale funzionalità della Sanità pubblica».

Gli effetti sono rilevanti secondo i sindacati e le misure sono «già costate un prezzo medio pro capite di circa 30.000 euro (quasi il debito medio individuale di un cittadino italiano)».

E i sindacati chiedono di consentire lo svolgimento delle procedure contrattuali e negoziali, con risorse per il 2014 predeterminate dal Governo e di eliminare la dirigenza del Ssn dalle previsioni della legge 122/2010 di bloccare il trattamento economico ai livelli 2010 e di fissare l'ammontare delle risorse al trattamento accessorio al corrispondente importo sempre del 2010, riducendolo automaticamente

in proporzione alla riduzione del personale in servizio. Una scelta che, secondo i sindacati, «diversamente dalle altre aree e comparti, non determina aumento della massa salariale media pro capite».

Il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** tuttavia frena (si veda l'intervista a pagina 2-3) perché, sostiene, non si possono fare eccezioni per l'area sanitaria, ma al massimo studiare il modo per affiancarsi con i contratti alla revisione in pista per le convenzioni con la legge 189/2012. E al massimo «portarsi» avanti col lavoro affrontando anche a trattative chiuse i problemi che altrimenti avrebbero tempi troppo stretti per essere risolti.

Le prossime settimane saranno, quindi, decisive.

P.D.B.

MODELLI

Così la gestione locale delle strutture accreditate controlla anche la spesa

Negli ultimi anni si è da più parti auspicato lo spostamento verso il territorio di alcune forme di assistenza sanitaria. Una gestione territoriale sembra infatti garantire al tempo stesso fruibilità ed efficacia, migliorando l'efficacia dell'intervento sanitario grazie al passaggio da un costoso regime ospedaliero ad un più economico regime ambulatoriale. Paradossalmente si è assistito alla riduzione del numero di laboratori d'analisi cliniche, uno dei principali protagonisti dell'assistenza ambulatoriale. Il teorema, più volte enunciato, è che l'attività del laboratorio può facilmente essere "industrializzata", producendo così risparmi di scala sull'attività analitica propriamente detta, mentre la fruibilità può essere comunque preservata attraverso l'utilizzo di centri prelievo sul territorio. Come è noto i processi di industrializzazione richiedono però investimenti spesso ingenti, ed il break-even point può risultare difficile da raggiungere. In ogni caso una corretta analisi dei vantaggi economici richiederebbe una puntuale documentazione dei capitoli di spesa prima e dopo l'operazione, cosa che raramente è disponibile. Ad esempio quando questi modelli organizzativi sono applicati ai laboratori pubblici i bisogni logistici derivanti dal trasporto sui territori regionali di milioni di campioni biologici annui sono spesso scaricati su attività concomitanti, quali ad esempio i servizi trasfusionali (il Laboratorio d'Area Vasta sperimentato in Emilia Romagna ne è un chiaro esempio). Similmente i costi relativi alla gestione del paziente sono spesso mescolati a quelli di altre branche ambulatoriali. Gli stessi (ingenti) costi di implementazione e mantenimento della struttura e delle finiture sono capitolati in sedi separate. Allo stato non esistono quindi valutazioni chiare sui vantaggi di simili operazioni, proprio a causa della difficoltà di reperire le voci di spesa fra i molti capitoli di bilancio coinvolti. L'adozione del nuovo tariffario di riferimento del Ssn è sotto giudizio presso il

Tar del Lazio proprio a causa della mancanza di chiari studi sui costi sottostanti le prestazioni.

D'altra parte l'amministrazione pubblica italiana, si sa, non brilla l'efficienza. Si consideri che l'ultima edizione dell'Anuario statistico del Ssn, pubblicata a febbraio del 2013 è riferita all'anno 2010. I dati pubblicati sono comunque interessanti. La serie storica degli annuari consente infatti di ricostruire la dinamica di alcune forme di assistenza, come ad esempio i laboratori d'analisi. Tabulando i dati riportati dal 2003 al 2010 è possibile ad esempio ricostruire il fenomeno espansivo che ha subito l'erogazione delle prestazioni di laboratorio negli ultimi anni, passando da 13,0 test annui/abitante a 17,7 test annui per abitante nel periodo 2003-2010. Il dato è meno sconcertante di quanto sembri, se si considera che la maggior parte delle decisioni in medicina è oggi presa con il supporto di un dato oggettivo di laboratorio o di diagnostica per immagine. Al contempo il numero dei laboratori pubblici è rimasto pressoché costante (2,4 laboratori per 100.000 abitanti) mentre quello dei laboratori privati ha subito una certa flessione (da 4,2 a 3,8 laboratori per 100.000 abitanti).

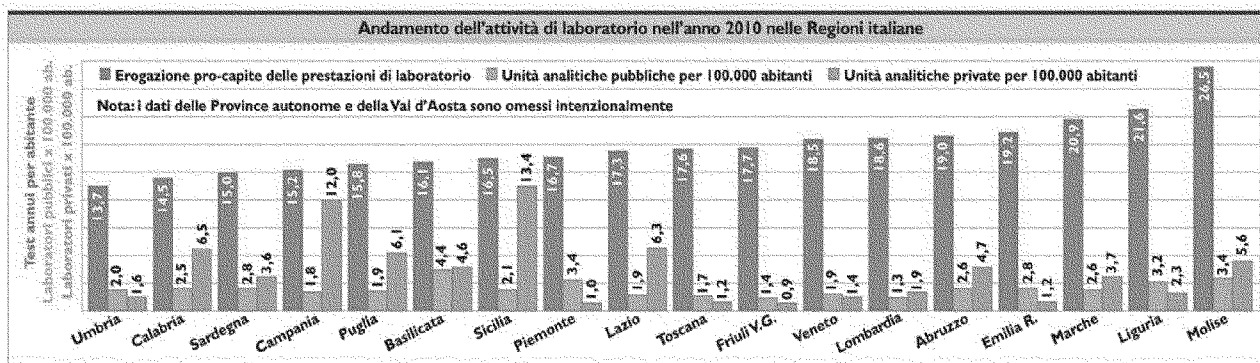
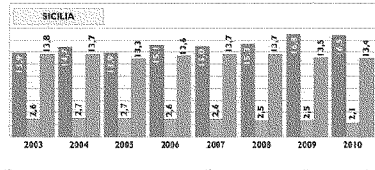
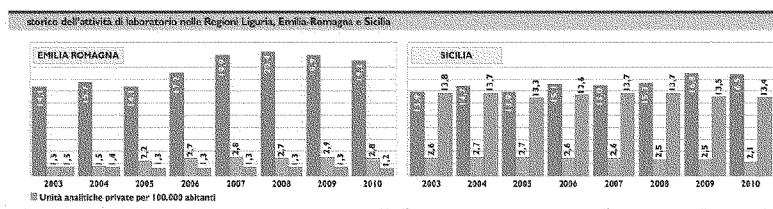
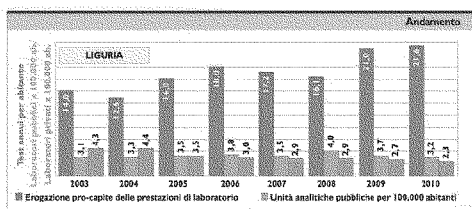
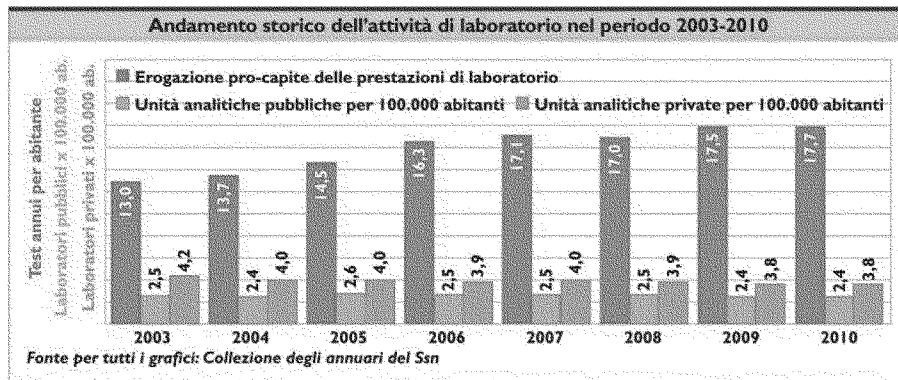
I dati nazionali nascondono però una estrema variabilità regionale. Alcune regioni infatti sono caratterizzate da una notevole presenza sul territorio delle unità analitiche, principalmente grazie ai laboratori privati, mentre altre hanno organizzato i propri servizi laboratorio in un numero minore di unità analitiche, affidando il territorio ai centri prelievo (il dato non è censito dal ministero). Si consideri ad esempio la Toscana (1,7 laboratori pubblici e 1,2 laboratori privati per 100.000 abitanti) e all'estremo opposto la Sicilia (2,1 laboratori pubblici e 13,4 laboratori privati per 100.000 abitanti). Simili differenze sono in parte dovute a ragioni storico-politiche, in parte alla variabilità dell'assetto geo-demografico del territorio italiano, come già discus-

so precedentemente (v. *Il Sole-24 Ore Sanità*, 31 marzo 2009).

La maggiore presenza sul territorio non sembra però influire sull'aumento dell'erogazione pro-capite a carico del Ssn, ed anzi, apparentemente le Regioni con maggiore presenza dei laboratori privati eseguono mediamente meno prestazioni (Sicilia, Campania, Calabria, Lazio). Negli anni inoltre hanno subito una minore espansione della erogazione di prestazioni. Emblematico in tal senso è il caso della regione Liguria che, avendo dimezzato un già esiguo numero di laboratori privati dal 2003 al 2010 è diventata uno dei maggiori erogatori di prestazioni d'Italia. Analogamente l'Emilia Romagna, che ha da anni orientato le sue politiche su laboratori pubblici di grandi dimensioni, ha sempre erogato molte più prestazioni della media nazionale, con una parziale stabilizzazione del fenomeno del biennio 2009-2010. Al contrario la Sicilia, in assoluto la Regione con la maggior presenza territoriale dei laboratori privati, ha moderato la crescita di prestazioni, confinandola ben al di sotto della media nazionale.

Il fenomeno è forse in parte riconducibile al teorema stesso dell'accentramento analitico, che auspica una maggiore erogazione per un più facile raggiungimento del break-even point. Inoltre la maggior parte delle Regioni ha messo in atto efficaci strumenti di contenimento della erogazione per i laboratori privati (Es. budget annuali oltre i quali l'ulteriore erogazione non è finanziata), strumenti che sono di difficile attuazione sulle strutture pubbliche. In conclusione è evidente che l'offerta sul territorio di servizi di analisi di laboratorio privati non aumenta l'erogazione di prestazioni, oltre a mantenere certa la spesa per l'erogazione della stessa, grazie al finanziamento legato al tariffario in atto.

Gianluca Monti
Anisap Lazio



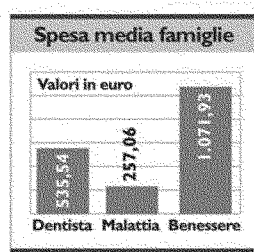
STUDIO BOCCONI

Dove va la spesa privata

Si spende di più out of pocket nelle Regioni d'eccellenza

Nelle Regioni eccellenti si spende di più nel privato. Il dato dell'Osservatorio sui consumi privati in Sanità della Sda Bocconi, infatti, assegna i primi posti in classifica della spesa privata a Trentino, Friuli ed Emilia Romagna mentre in coda ci sono Basilicata, Campania e Sicilia.

A PAG. 2-3



SDA BOCCONI

Si spende nel privato dove è eccellente il servizio pubblico

La spesa sanitaria privata delle famiglie è stata nel 2011 di quasi 28 miliardi, il 20% del totale della spesa sanitaria in Italia (140 miliardi) e ha inciso per il 4% sulla spesa totale delle famiglie.

E analizzando i dati regionali nella spesa privata pro capite, l'Osservatorio sui consumi privati in Sanità della Sda Bocconi (Ocps) ha messo in evidenza che la qualità della spesa privata sanitaria è legata più con il reddito pro capite che con la bassa qualità dei sistemi sanitari pubblici. La classifica della spesa privata pro capite mostra nelle primissime posizioni Trentino Alto Adige, con 707 euro pro capite nel 2011, il Veneto con 666 euro, il Friuli con 588 e l'Emilia-Romagna con 564. In fondo alla classifica la Sardegna, con 350 euro pro capite di spesa privata, la Basilicata (325), la Sicilia (289) e la Campania (239).

«L'idea che i differenziali tra Regioni nella spesa privata siano essenzialmente il risultato dei differenziali nel funzionamento dei sistemi pubblici trova scarso riscontro nelle evidenze - spiega Mario Del Vecchio, direttore dell'Osservatorio -. I dati mostrano come le Regioni del Sud, che difficilmente potrebbero essere considerate come le migliori nel contesto nazionale, siano anche quelle in cui si spende meno in Sanità privata».

L'analisi dell'Ocps si è poi concentrata sullo studio dei comportamenti delle famiglie italiane nei consumi sanitari privati, che ha permesso di identificare quattro diversi ambiti.

Il primo sono le famiglie che spendono poco, con una media di 68,8 euro mensili per famiglia e 15,5 euro pro capite. Sono il 79% del campione, ma solo il 27% della spesa sanitaria privata.

Il secondo è chi spende molto solo per le spese dentali: circa 535 euro mensili a famiglia in media, 171 pro capite. Sono il 4% del campione e valgono il 17% della spesa.

Il terzo rappresenta le famiglie che spendono per malattia, il 15% del campione e il 36% della spesa complessiva, con 257 euro di spesa a famiglia e 96 pro capite. Infine, il cluster di chi spende di più, ovvero le famiglie alla ricerca del benessere, che sono il 2% ma rappresentano il 20% della spesa. La loro spesa ammonta in media a 1.071 euro mensili a famiglia, 396 pro capite.

La Regione di appartenenza influisce su chi spende dal dentista e tra coloro che spendono per il benessere. Le famiglie appartenenti al cluster che spende dal dentista, infatti, risiedono per quasi il 50% in sole 4 Regioni (Piemonte, Veneto, Lombardia, Trentino), mentre il 30% delle famiglie del cluster alla ricerca del benessere vive in Lombardia,

Veneto e Piemonte.

Attenzione però, sottolinea l'Osservatorio, se è vero che a livello macro le spese private appaiono correlate al reddito, nel dettaglio delle famiglie chi spende molto per il dentista o per il proprio benessere non è per forza ricco: il 40% del cluster 2 è formato da coppie con 1 o 2 figli, mentre il 36% del cluster 4 è rappresentato da persone sopra i 65 anni e il 34% da famiglie con bambini.

«In genere si pensa che le spese private legate al benessere siano solo voluttuarie - aggiunge Del Vecchio -. In questo cluster, invece, rientrano molte persone con patologie importanti che spendono, affiancando la spesa pubblica, per migliorare la propria qualità di vita».

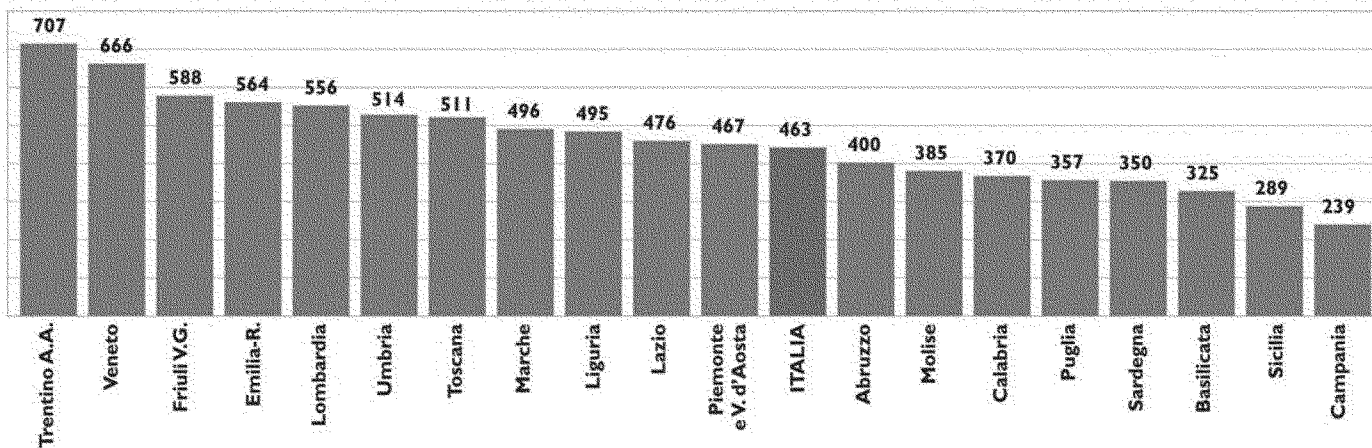
Altro aspetto sul quale ha fatto luce l'indagine è la diversificazione dei parametri di scelta delle strutture in base alla tipologia di prestazioni. I temi di

attesa, a esempio, sono ritenuti importanti per le visite dermatologiche o pediatriche, ma non per la visita oculistica. La prossimità, poi, è rilevante per le analisi di laboratorio o per la fisioterapia, ma non per la diagnostica per immagini. La convenienza del prezzo, invece, conta solo per alcune categorie di servizi, come la parafarmacia, l'ottica o per i servizi socio-sanitari, mentre appare in genere più rilevante (sia come media, sia come numero di prestazioni per cui è considerata rilevante) la trasparenza nel prezzo.

Spesa media mensile per prestazioni e beni sanitari suddivisa per tipologia di famiglie

| | Spesa sanitaria complessiva per famiglia | Spesa sanitaria complessiva pro capite | Visite mediche | Analisi cliniche | Medicinali | Servizi ausiliari | Occhiali da vista |
|--------------------------------------|--|--|----------------|------------------|------------|-------------------|-------------------|
| 1. Quelle che spendono poco | 68,8 | 15 | 61 | 29 | 53 | 57 | 75 |
| 2. Quelle che spendono dal dentista | 535,54 | 171 | 93 | 44 | 78 | 176 | 263 |
| 3. Quelle che spendono per malattia | 257,06 | 96 | 151 | 66 | 161 | 98 | 127 |
| 4. Quelle alla ricerca del benessere | 1.071,93 | 396 | 223 | 155 | 135 | 431 | 408 |

Valore pro capite annuo della spesa sanitaria privata



IN ARRIVO UNA NUOVA DIRETTIVA UE SULLE QUALIFICHE PROFESSIONALI

Mobilità più semplice per gli operatori sanitari

Accordo raggiunto in trilogia (una riunione informale tra Parlamento, Consiglio e Commissione) sulla modernizzazione della direttiva sulle qualifiche professionali. Obiettivo del nuovo provvedimento - che dovrà sostituire la Direttiva 36/2005/Ce - è facilitare la mobilità dei professionisti, compresi gli operatori della Sanità e agevolare l'occupazione giovanile, soprattutto quella altamente qualificata. Ora il testo dovrebbe avere un rapido via libera da Parlamento e Consiglio.

Una delle novità più importanti è la Carta professionale europea, un certificato elettronico che dovrebbe migliorare le procedure per il riconoscimento delle qualifiche. Per la mobilità temporanea, la scheda andrà a sostituire le procedure di dichiarazione esistenti e consentirà ai professionisti di fornire i propri servizi senza altre formalità. La scheda sarà introdotta per le professioni che desiderano utilizzarla (infermieri e ingegneri hanno già manifestato la volontà di adottare questo strumento). La nuova card farà riferimento all'Imi, il sistema elettronico di informazione per il mercato interno.

La seconda novità principale riguarda l'introduzione di nuove possibilità per il riconoscimento automatico, attraverso prove di formazione comuni. Allo stesso tempo, la direttiva prevede un aggiornamento delle condizioni di formazione, tra cui una maggiore traspa-

renza in materia di sviluppo professionale continuo, per le sette professioni per cui esiste già da tempo un sistema di riconoscimento automatico (medici, dentisti, farmacisti, infermieri, ostetriche, veterinari e architetti).

Oltre alla mobilità, che diventerà più facile e veloce, la direttiva rafforzerà le garanzie in materia di salute e sicurezza dei consumatori e dei pazienti. Il testo prevede infatti la creazione di un meccanismo di allerta. A esempio, nella eventualità della revoca del diritto di esercitare la professione in uno Stato membro (o in caso di condanna o decisione disciplinare), tutti gli altri Stati membri saranno informati di questa revoca attraverso il meccanismo di allerta (Imi).

Prevista anche la revisione dei requisiti minimi di formazione armonizzati: la direttiva modificata introduce alcuni cambiamenti nella definizione dei requisiti minimi di formazione per le professioni che beneficiano del riconoscimento automatico (medici, infermieri, ostetriche, dentisti, farmacisti, veterinari e architetti). Le modifiche riguardano il livello di entrata (per infermieri e ostetriche), la durata minima della formazione (per medici, dentisti, ostetriche, architetti) e/o l'elenco delle conoscenze e competenze (per gli infermieri, ostetriche, veterinari, architetti) o l'elenco delle attività (per i farmacisti). È inoltre inclusa nella direttiva la possibilità di accesso parziale a una professione rego-

lamentata, che concede cioè l'accesso solo ad alcune attività di una certa professione. Il principio di accesso parziale deriva da una sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea (Causa C-330/03).

La direttiva è poi estesa anche ai professionisti che non hanno completato il proprio percorso formativo (per esempio con la possibilità di svolgere un tirocinio professionale all'estero).

Infine le competenze linguistiche (modifica fortemente sostenuta dal Regno Unito): la revisione della direttiva chiarisce che la verifica della conoscenza della lingua di un professionista dovrebbe avvenire solo dopo che lo Stato membro ospitante ha riconosciuto la qualifica.

Nel caso di professioni con implicazioni per la sicurezza dei pazienti, le autorità competenti possono effettuare verifiche dopo il riconoscimento di una qualifica.

Rosanna Magnano

SENATO

Inchiesta anche alla Igiene e Sanità: occhio ai principi più che ai denari

La ricerca di una sostenibilità soltanto economica, che non tenga conto dei possibili effetti sui bilanci delle famiglie, sulle persone a rischio di povertà, sulle condizioni di salute della popolazione sarebbe limitata e fuorviante.

Per la delicata macchina del Ssn l'operazione va curata invece in un'ottica «multidimensionale, rigorosa, globale». Tenendo con-

to del fatto che le restrizioni imposte in questi anni alla spesa sanitaria hanno finito col ribaltare il problema della sostenibilità: a essere centrale ora è la «sopravvivenza del sistema di tutela della salute e non la sostenibilità della spesa». È con queste premesse che ha preso il via, mercoledì scorso, in commissione Igiene e Sanità al Senato, una seconda Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn destinata a correlare la staffetta con quella appena avviata dalla Camera e destinata a differenziarsi da quest'ultima per il focus centrato non sugli aspetti economici bensì sulla «garanzia

dei principi di universalità, solidarietà ed equità», fondamenta del servizio sanitario pubblico.

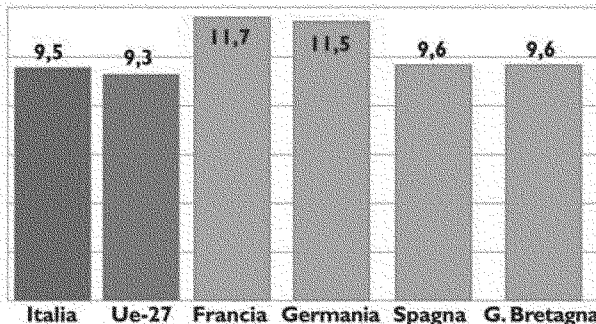
Relatori dell'indagine **Nerina Dirindin (Pd)** e **Luigi d'Ambrosio Lettieri (Pdl)**, che hanno individuato 13 aree di indagine da affrontare alla luce di evidenze scientifiche, documentazione statistica, comparazioni internazionali. E una sfilza di audizioni che mettono assieme ministeri, istituzioni, associazioni, organismi nazionali e internazionali, comparto produttivo e assicurativo.

Spesa sanitaria in % Pil (1990-2010)

| | 1990 | 2000 | 2005 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|
| Uk | 5,9 | 7,0 | 8,2 | 8,8 | 9,8 | 9,6 |
| Italia | 7,7 | 8,0 | 8,9 | 8,9 | 9,3 | 9,3 |
| Germania | 8,3 | 10,4 | 10,8 | 10,7 | 11,7 | 11,6 |
| Francia | 8,4 | 10,1 | 11,2 | 11,0 | 11,7 | 11,6 |

Fonte: Oecd, 2012.

Incidenza percentuale della spesa sanitaria sul Pil



Valutazione per categorie di servizi sanitari

| Tipologia di servizi sanitari | Impatto della variabilità dei risultati |
|---|---|
| Servizi di provata efficacia clinica (es. volumi per determinate prestazioni chirurgiche) | La variabilità è nociva : riflette il fallimento nella risposta al bisogno di salute . |
| Servizi che a parità di esito possono essere erogati in setting assistenziali differenti | Variabilità determinata dell'organizzazione (ricorso a modalità meno efficaci ed efficienti). |
| Servizi "elettivi" , da erogare in base a bisogni, scelte e propensione al rischio dei pazienti (es. interventi di sostituzione dell'anca) | Positiva quando riflette i diversi bisogni e preferenze dei pazienti; nociva quando riflette le scelte discrezionali dei medici . |
| Servizi influenzati dall'offerta (l'erogazione aumenta all'aumentare della disponibilità, es. di p.l., tecnologie diagnostiche ecc.) | La variabilità è nociva , riflette problemi di equità e appropriatezza (es. abuso o sottoutilizzo di determinate prestazioni). |

Previsioni sull'evoluzione della spesa sanitaria

| | Previsione spesa sanitaria (mld €) | Finanziamento statale (mld €) | | Calcolo deficit differenza con stime Rgs (mld €) | | |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------|---------|--|---------|---------------|
| | | Rgs | Vigente | Prog. '08-'11 | Vigente | Prog. '08-'11 |
| | | A | B | C | B | C |
| 2010 | 113,80 | 105,49 | 105,49 | -8,31 | -8,31 | |
| 2011 | 117,11 | 109,27 | 209,29 | -7,84 | 92,18 | |
| 2012 | 121,14 | 108,78 | 108,78 | -12,36 | -12,36 | |
| 2013 | 125,17 | 111,79 | 109,29 | -13,38 | -15,88 | |
| 2014 | 129,19 | 116,26 | 110,79 | -12,93 | -18,40 | |

I rebus nel mirino della Igiene e sanità

- In quale misura la programmazione sanitaria ha tenuto conto degli effettivi bisogni di salute della popolazione individuati da una corretta attività epidemiologica, compito prioritario del Ssn
- Quanto impattano sui costi Ssn i diversi modelli organizzativi delle Regioni e delle diverse aziende sanitarie della stessa Regione
- Quanto incide il diverso finanziamento tra Regioni a fronte dell'obbligo di garantire gli stessi livelli essenziali di assistenza
- Quanta e quale parte della popolazione, specie in questo periodo di recessione, rischia di non poter accedere a servizi tempestivi ed efficaci nelle Regioni e per quali ragioni (carenze organizzativo-programmatiche o per effettivo sotto-finanziamento)
- Quali tipologie di servizi sono più ridimensionate nelle diverse Regioni, soprattutto in quelle sotto Piano di rientro, e sulla base di quali criteri (riduzione delle inefficienze o delle uscite?)
- Quali sono i costi sopportati dai cittadini per accedere al sistema pubblico (in presenza di ticket sempre più elevati e distorsivi) e per acquistare le prestazioni sanitarie nel mercato privato; e come tale spesa incide sui ceti meno abbienti della popolazione
- Quali sono gli interventi sul lato della riduzione delle inapproprietezze (del rapporto costo-efficacia) in grado di liberare risorse a vantaggio di chi ne ha più bisogno, a partire dal socio-sanitario e dalla non autosufficienza, valorizzando la professionalità di operatori e decisori ed evitando comportamenti condizionati unicamente dai tagli
- Quali esperienze di riconversione/riqualificazione dei servizi si sono dimostrate in grado di produrre al contempo più tutela e più efficienza (è noto che spendere di più non necessariamente significa spendere meglio o dare più servizi)
- Quali strumenti sono adottati dal sistema di monitoraggio della garanzia del Lea e quali sono i possibili interventi di miglioramento
- Quali azioni le aziende sanitarie stanno sviluppando sul fronte di legalità, integrità, prevenzione e contrasto della corruzione
- Quali sono le possibili ricadute dello sviluppo di forme assicurative, alternative o integrative, di finanziamento, in termini di oneri a carico dei cittadini (sul bilancio delle famiglie), di risparmi per le finanze pubbliche (sul lato di spesa ed entrate fiscali), di spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata), di uniformità del sistema di tutela (ricchi e poveri, malati e sani), di appropriatezza e tempestività delle cure ed effetti sulla salute di individui e collettività
- Qual è il livello di soddisfazione (percepito e sperimentato) della popolazione, il livello di motivazione degli operatori e il sistema di valori della collettività su cui si fonda il sistema di tutela della salute e dai quali dipende la capacità del Paese di lasciare in eredità alle future generazioni un sistema universale, solidale e globale

Trend della spesa sanitaria pubblica e privata - Paesi a confronto (anni 2000 e 2011)

| | Spesa sanitaria totale come % del Pil | | Pubblica | | Privata | | | | Spesa pro capite in \$ a Ppp | |
|---------------|---------------------------------------|-------------|--|--------------|---|--------------|--|-------------|------------------------------|--------------|
| | | | Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale | | Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale | | Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale | | | |
| | 2000 | 2011 | 2000 | 2011 | 2000 | 2011 | 2000 | 2011 | 2000 | 2011 |
| Australia | 8,1% | 9,0% | 66,8% | 68,5% | 19,8% | 19,8% | 13,4% | 11,7% | 2.253 | 3.692 |
| Brasile | 7,2% | 8,9% | 40,3% | 45,7% | 38,0% | 31,3% | 21,7% | 22,9% | 503 | 1.043 |
| Russia | 5,4% | 6,2% | 59,9% | 59,7% | 30,9% | 35,4% | 10,5% | 4,9% | 369 | 1.316 |
| India | 4,3% | 3,9% | 26,0% | 31,0% | 66,1% | 59,4% | 6,1% | 9,6% | 65 | 141 |
| Cina | 4,6% | 5,2% | 38,3% | 55,9% | 59,0% | 34,8% | 2,7% | 9,3% | 108 | 242 |
| Sudafrica | 8,3% | 8,5% | 41,3% | 47,7% | 13,0% | 7,2% | 46,4% | 45,1% | 552 | 942 |
| Canada | 8,8% | 11,2% | 70,4% | 70,4% | 15,9% | 14,4% | 13,7% | 15,2% | 2.519 | 4.520 |
| Giappone | 7,6% | 9,3% | 80,8% | 80,0% | 15,4% | 16,4% | 3,8% | 3,6% | 1.974 | 3.174 |
| Usa | 13,4% | 17,9% | 43,2% | 45,9% | 14,5% | 11,3% | 42,3% | 42,8% | 4.703 | 8.608 |
| Italia | 8,0% | 9,5% | 72,5% | 77,2% | 22,6% | 19,9% | 3,0% | 2,8% | 2.064 | 3.130 |
| Francia | 10,1% | 11,6% | 79,4% | 76,7% | 7,1% | 7,5% | 13,5% | 15,8% | 2.546 | 4.085 |
| Germania | 10,4% | 11,1% | 79,5% | 75,9% | 10,4% | 12,4% | 10,0% | 11,7% | 2.679 | 4.371 |
| Spagna | 7,2% | 9,4% | 71,6% | 73,6% | 23,6% | 20,1% | 4,9% | 6,3% | 1.538 | 3.041 |
| Uk | 7,0% | 9,3% | 78,8% | 82,7% | 11,4% | 9,2% | 9,4% | 8,1% | 1.835 | 3.322 |
| Svezia | 8,2% | 9,4% | 84,9% | 80,9% | 13,8% | 16,9% | 1,3% | 2,1% | 2.287 | 3.870 |
| Svizzera | 9,9% | 10,9% | 55,4% | 65,4% | 33,0% | 25,0% | 11,6% | 9,6% | 3.210 | 5.564 |

Welfare. L'Health care summit «Serve un patto per la sanità»

ROMA

■ Cambiare la spending review, abbandonare la strada fallimentare dei tagli lineari, rivedere i modelli di gestione e di organizzazione del sistema, dare spazio ai fondi integrativi. E trovare un nuovo rapporto tra pubblico e privato, riconoscendo e valorizzando in pieno il ruolo delle industrie della filiera della salute. Tra welfare che cambia e risorse che sempre più vanno riducendosi, la sfida della sostenibilità è per la sanità pubblica ormai ineludibile. Tanto più ai tempi della grande crisi che sempre più induce le famiglie a ritardare o addirittura a rinunciare del tutto alle cure. Su questi temi, e sulle mille ricette possibili per salvare il salvabile della sanità pubblica, si è svolto ieri a Roma il secondo «Health care summit» del gruppo Sole 24 Ore.

Un nutrito panel di esperti e di operatori al massimo livello della sanità italiana, ha contribuito ad affrontare tutti i problemi sul tappeto per il Servizio sanitario nazionale e per un sistema che, considerando l'intera filiera della salute, vale l'11,2% del pil. Come dire, la quarta, se non addirittura la terza industria italiana, tra qualità ed eccellenze sanitarie non sempre riconosciute e valorizzate come meritano, ma anche la presenza di isole non esattamente felici, a partire dal Sud.

«È tempo di pensare ad altre forme di coinvolgimento del privato», ha rilanciato Alberto De Negri di Kpmg. Anche perché, ha ricordato Antonio Irione di Ernst&Young Italia, «il privato è una risorsa per sistema pubblico». Un apporto da calibrare con attenzione, ha detto Carla Collicelli, vice direttore del Censis, anche per-

ché se 9 milioni di italiani rinviavano le cure, almeno in 12 milioni ricorrono alle cure private sia per ridurre le liste d'attesa sia perché ormai spesso costa di più rivolgersi al sistema pubblico.

La questione della sostenibilità del welfare sanitario, insomma, non è solo, o tanto, di carattere finanziario, ma anche di carattere sociale, ha riconosciuto il presidente dell'Agenas, Giovanni Bissoni. Non senza mettere in guardia: «Dove il pubblico funziona, anche il privato è più efficiente». E viceversa. E in ogni caso va abbandonata del tutto la strada dei tagli lineari, ha aggiunto Gui-

NODI E PROPOSTE

Necessario cambiare la spending review e abolire i tagli lineari per non penalizzare i servizi eccellenti

do Riva, presidente del «Comitato Sanità» di Confindustria, battendo tutte le strade possibili per sconfiggere «sprechi e illegalità». Ma senza fare delle imprese «un bancomat» per finanziare con le varie manovre i tagli alla spesa, ha messo in guardia Daniel Lapeyre, vice presidente di Farindustria. Tante tessere da sistemare in un puzzle sempre più complicato, insomma. Che forse troverà una cornice entro luglio col nuovo «Patto per la salute» tra Governo e regioni, ha promesso il direttore generale della programmazione del ministero della Salute, Francesco Bevere. Un «Patto» per la sostenibilità ora tutto da riempire di contenuti.

R. Tu.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Il convegno

Malattie del fegato, esperti al Moscati

«Malattie del fegato: prevenire l'evoluzione in cirrosi e cancro». Salvatore D'Angelo, Direttore dell'Unità Operativa Unità Fegato dell'Azienda Ospedaliera «San Giuseppe Moscati»

illustra il convegno «Be link – Percorso intraospedaliero sull'epatite B» che si svolgerà domani presso l'aula multimediale del complesso di Contrada Amoretta (settore B, primo

piano), con inizio alle ore 14,00 e che vedrà come relatori tutti i primari dell'Azienda Ospedaliera oltre che personalità accademiche provenienti da diverse regioni italiane.

L'evento

Congresso nazionale anestesisti, Sorrento sceglie il nuovo patron: Alessandro Vergallo presidente



Sorrento. Alessandro Vergallo è il nuovo presidente dell'associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica che si è svolto a Sorrento. Vergallo, 49 anni, prende il posto di Vincenzo Carpino, alla guida dell'Associazione per 17 anni. Il neo presidente, laureato e specializzato all'Università degli studi di Parma, è dirigente medico nell'unità operativa Anestesia e Rianimazione 1 degli Spedali Civili di Brescia. Tra i punti programmatici presentati nel corso del Congresso c'è il progetto di promuovere la formazione sindacale, in funzione di una migliore applicazione del contratto di lavoro, in particolare al livello delle relazioni sindacali aziendali. «Allo stato attuale - afferma Vergallo - la progressiva deregulation della contrattazione dal CCNL ai Contratti Integrativi Aziendali causa estrema difficoltà nella gestione decentrata delle condizioni di lavoro. Il nostro obiettivo è invece di favorire il più possibile l'applicazione corretta e uniforme delle norme contrattuali, affrontando con decisione i problemi dovuti ai carichi di lavoro eccessivi a cui sono sottoposti i colleghi a causa delle dotazioni organiche ridotte al minimo dai tagli lineari al personale». Vicepresidente vicario e vicepresidente del centro Italia è stato eletto Fabio Cricelli (presidente regionale della Toscana), vicepresidente del nord è stata confermata Teresa Matarazzo (presidente regionale dell'Emilia Romagna), vicepresidente del sud è stato eletto Emanuele Scarpuzza (presidente regionale della Sicilia).

Il caso

Primari sul piede di guerra: nel mirino l'atto aziendale del direttore generale

Sono sul piede di guerra. Non solo i sindacati, ma anche - e soprattutto - i primari del San Leonardo. Pronti a dare battaglia, perchè l'atto aziendale firmato dal manager D'Amora ha il sapore di un ridimensionamento dell'ospedale stabiese. Hanno voluto incontrare il sindaco Nicola Cuomo, che sembra aver recepito il messaggio: "Il San Leonardo è l'ospedale più grande dell'intera Asl, non possiamo accettare penalizzazioni. Questo atto aziendale va sicu-



ramente rivisto". Questo l'ha detto ai primari, durante l'incontro di lunedì mattina. È probabilmente lo riferirà anche al direttore generale Maurizio D'Amora, a cui il sindaco Nicola Cuomo ha chiesto un incontro per discutere della vicenda.

A giudizio di molti, primari e organizzazioni sindacali, l'atto aziendale rischia di far perdere alcune strutture del San Leonardo. Quella più sentita è soprattutto la Terapia Intensiva Neonatale, che serve un territorio molto vasto (area stabiese, Monti Lattari, Penisola sorrentina, area vesuviana) con più di 5000 nati all'anno. È l'unica struttura presente sul territorio, l'ospedale non può perderla. Così come l'Emodinamica e il laboratorio di analisi. Si annuncia una lunga battaglia.