

Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



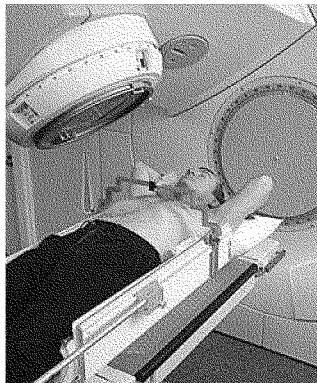
IL CASO

Radioterapia oncologica, mancano i fondi

BIANCA DE FAZIO

OLTRE mille pazienti oncologici sotto la tagliola dello sfioramento dei tetti di spesa. Il budget regionale per la radioterapia è in via di esaurimento, ed è già esaurito dal 16 giugno nella Asl Napoli 2. Un budget che supera i 20 milioni di euro, ma che non basta. E se Napoli 2 ha raschiato il fondo, a settembre toccherà a Salerno e alla Asl Napoli 1. Ad ottobre invece sarà il turno di Caserta. Cinque giorni fa il sub commissario per l'attuazione del piano di rientro sanitario, Mario Morlacco, ha scritto ai direttori di tutte le Asl parlando di "un'ingiustificata esplosione della fatturazione di prestazioni ambulatoriali

di radioterapia da parte di alcuni centri accreditati", con conseguente "precoce esaurimento del tetto di spesa". E la Asl Na 2, dal suo canto, ha scritto ai centri accreditati precisando che "non potrà garantire il pagamento delle prestazioni rese" e per questo "assolve le singole strutture dall'obbligo di erogare le prestazioni". Come dire che, tanto per fare un esempio, i 740 pazienti oncologici del Centro Actis, uno dei maggiori nel settore, resterebbero senza cure se l'amministrazione della struttura non avesse deciso di continuare comunque le radioterapie, "costi quel che costi, fino a quando avremo soldi in casa". E se Morlacco parla di una "ingiustificata esplosione" dei



TERAPIA

Un paziente durante una seduta radioterapica

costi, è lo stesso sub commissario a ricostruirne, nel documento, la causa: "Alcuni centri accreditati hanno provveduto a sostituire gli impianti esistenti con più moderne apparecchiature". Si tratta di acceleratori che riescono a colpire il tumore con le radiazioni preservando i tessuti sani limitrofi. Un trattamento che permette anche l'80% di guarigioni. E che è quasi impossibile fare in strutture pubbliche. Il Pascale ha le apparecchiature, ma per accedervi le liste d'attesa sono lunghe. Le radioterapie di ultima generazione non sono comprese nel tariffario regionale. Una falla nelle tabelle (altre Regioni le hanno già adeguate) provoca un disavanzo economico, perché quelle terapie, calcolate con vecchi criteri, costano 20 mila euro a paziente (in altre Regioni non si superano i 13 mila). «La radioterapia non te la scegli, non è una opzione rinunciabile, né un lusso, bensì una terapia salvavita» afferma Pier Paolo Polizzi, presidente dell'Aspat Campania, l'associazione Sanità privata accreditata. E se si tratta di cure salvavita, il vincolo dei tetti di spesa non deve prevalere. Nel 2014 lo sfioramento di quel limite fu, in tutta la Regione, di 15 milioni, una cifra non irraggiungibile, che basterebbe aggiungere ai budget attuali per garantire ai pazienti oncologici di proseguire le cure senza intraprendere i viaggi della speranza.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

La sospensiva Riabilitazione, l'ok del Tar a 4 strutture

Asl di Avellino, tetti di spesa per la Fisiokinesiterapia: quattro strutture sanitarie accreditate con l'Asl irpina incassano la sospensiva del Tar Salerno nei confronti delle disposizioni del commissario straordinario Vittorio Ferrante. Una delibera della direzione generale, risalente all'ottobre 2014, consentiva, infatti, di utilizzare economie di spesa e avanzi gestionali del precedente anno per remunerare prestazioni che appunto superassero il tetto di spesa fissato per il 2014.

«In presenza di un affidamento così chiaro - avverte Pierpaolo Polizzi, presidente di Aspat Campania, associazione di categoria alla quale aderiscono tre delle quattro strutture ricorrenti, "Ce.Me.Sil", "Centro Minerva Srl" e "Studio medico diagnostico Guidi Sas" - abbiamo assistito ad un improvviso dietrofront aziendale. Ora l'Aspat chiede a Ferrante, anche al fine di evitare contenziosi lunghi e dispendiosi per le casse dell'azienda pubblica, di riconsiderare il tenore delle decisioni assunte e ha reiterato la richiesta, al commissario Ferrante, di verificare la sussistenza di condizioni transattive risolutive».

Ventotto voti favorevoli

Per i disabili 14 milioni, 5 alla cultura

Stanziati 19 milioni

NAPOLI (lo. le.) - Approvato dal consiglio regionale, ieri, con 28 voti favorevoli e 16 astenuti il fondo per la disabilità che prevede l'incremento delle risorse destinate alle politiche socio-assistenziali, per assicurare azioni che vadano a sostegno dei diversamente abili e delle fasce più deboli. Non si tratta di un intervento di tipo strutturale ma di un fondo una tantum con a disposizione un budget di 14 milioni e 650mila euro. Tale cifra è costituita da risorse recuperate dai programmi di bilancio, gestione economica e finanziaria, programmazione e provveditorato,



Le due manovre serviranno a finanziare ad attività strategiche a cominciare da quelle culturali

per un ammontare di 12 milioni e 150 mila euro, e da tagli ad organismi istituzionali per 2,5 milioni. Compatta la maggioranza e stessa linea per le opposizioni che si sono astenute. Sempre durante la seduta consiliare di ieri l'aula ha approvato la terza variazione di bilancio. I voti favorevoli sono stati 29. Sedici quelli contrari. Il documento destina nuove entrate, per complessivi 19 milioni di euro, ad attività strategiche tra cui maggiori risorse per le attività culturali. La seduta si è conclusa dopo l'approvazione delle commissioni speciali.

Spending review. A metà ottobre saranno pronte le stime sui fabbisogni di spesa delle amministrazioni e a fine novembre sarà definito il piano compless

Acquisti Pa, con le nuove centrali almeno 2-2,5 miliardi di risparmi

Marco Rogari
ROMA

Poco più di cinque mesi. È il tempo che hanno a disposizione le 34 nuove centrali di acquisto, capeggiate da Consip, e il Governo per definire il piano di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi della Pa per il 2016. Un piano che sarà uno dei cardini della spending review 2.0 in via di preparazione a palazzo Chigi sotto la regia del commissario Yoram Gutgeld. Che conta con il nuovo sistema semplificato non solo di ridurre i costi ma di giungere anche a una standardizzazione dei beni acquistati. Dopo la prima riunione delle 34 centrali svoltasi giovedì non sono ancora circolate cifre, almeno in via ufficiale. Ma i tecnici fanno capire che dal nuovo sistema semplificato per la gestione delle forniture potranno arrivare il prossimo anno non meno di 2-2,5 miliardi di risparmi. Con la possibilità di salire anche a quota 3 miliardi. Molto dipenderà da quanta spesa riuscirà ad essere effettivamente presidiata con il nuovo meccanismo. L'obiettivo è di toccare quota 87 miliardi sui circa 135 miliardi di spesa complessiva per acquisti di beni e

servizi della Pa, più del doppio dei circa 40 miliardi attualmente presidiati da Consip, dove da alcune settimane è al lavoro il nuovo ad Luigi Marroni (v. Il Sole 24 Ore di ieri).

Il piano scatterà operativamente il 1° gennaio 2016 quando le 34 centrali cominceranno ad effettuare acquisti per ministeri, Regioni, enti regionali, Ssn e in parte i Comuni. Proprio con i Comuni Gutgeld punta a sviluppare un confronto per giungere a un loro coinvolgimento quasi a tappeto. Anche perché una fetta superiore al 40% degli 87 miliardi di spesa potenzialmente presidiabile è da attribuire agli enti territoriali (regioni e enti locali). Una delle grandi novità del nuovo sistema è rappresentata dalla decisione di dotare la gran parte delle 34 nuove centrali di funzioni specialistiche di varie categorie. E questo dovrebbe favorire anche il recupero di maggiori risparmi. Che si realizzeranno in prima battuta ricorrendo a un minor numero di gare per le stesse tipologie di acquisto, ma anche con una maggiore standardizzazione delle procedure e con una riduzione della forbice di prezzo per l'acquisto delle

stesse forniture. Il tutto, si garantisce da palazzo Chigi e dal ministero dell'Economia, senza intaccare la qualità dei servizi.

Prima della fine del 2015 il tavolo delle 34 centrali di acquisto dovrà individuare le categorie merceologiche e le soglie di valore sopra le quali le pubbliche amministrazioni dovranno tassativamente ricorrere alla gare delle 34 centrali. E a fine novembre dopo la stesura del piano operativo la palla passerà a Palazzo Chigi che dovrà varare il Dpcm con le soglie definitive con cui si stabilirà quali acquisti passeranno per le nuove centrali.

Quanto al resto del mosaico della spending, prima della pausa estiva dovrebbero essere abbozzate le linee guida del piano al quale sta lavorando Gutgeld anche sulla base delle indicazioni che arrivano da Roberto Perotti e complessivamente dai 15 "cantieri" attivati. Un contributo non trascurabile in termini di riduzione di spesa dovrà arrivare dai ministeri. Nelle scorse settimane sono state setacciate tutte le voci ("missione" e "funzionamento"). I risparmi dovrebbero aggirarsi tra i 2 e i 3,5 miliardi. C'è

poitutto il capitolo della riorganizzazione della macchina della Pa prevista dalla riforma Madia che dovrebbe ottenere l'ok definitivo del Senato prima della pausa di ferragosto. Anche se solo una parte della riforma potrà garantire risparmi già il prossimo anno.

Risparmi che arriveranno sicuramente dalla sanità attraverso due leve: la centralizzazione degli acquisti Pa e il nuovo meccanismo dei fabbisogni standard che il Governo conta di adottare a vasto raggio. Anche se su questo versante si continuano a registrare ritardi nella trasmissione da parte dei Comuni al ministero dell'Economia dei dati sulla tipologia di spesa sostenuta negli anni scorsi. Un percorso impervio è anche quello che dovrebbe portare alla riorganizzazione delle partecipate, sempre per effetto della delega Madia. Altre risorse saranno poi recuperate con il piano di razionalizzazione degli immobili pubblici, a cominciare dalle spese sostenute per gli uffici.

IL NUOVO MECCANISMO

Riduzione dei costi senza intaccare la qualità dei servizi attraverso meno gare per gli stessi acquisti e procedure standardizzate

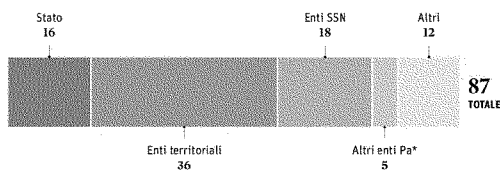


Spesa presidiabile

● La spesa presidiabile è quella quota di spesa sostenuta dalle pubbliche amministrazioni per l'acquisto di beni e servizi che può essere razionalizzata attraverso la centralizzazione degli approvvigionamenti attraverso le centrali uniche. Non tutta la spesa della Pa può passare attraverso questa procedura: resta infatti esclusa quella parte collegata strettamente alle prestazioni di welfare e che non può dunque essere aggredita

Beni e servizi, la spesa aggredibile

L'obiettivo della spesa della Pa presidiabile dalle 34 centrali acquisti specializzate per tipologia di amministrazione. Dati in miliardi



(*) Include Enti di previdenza, alcune Società a partecipazione pubblica, Enti a struttura associativa
Fonti: ContoPA2014 (criteri SEC2010) ed elaborazioni interne su consumativi 2014.

“Tagli sulla sanità così risparmiamo dieci miliardi”

- > Intervista a Yoram Gutgeld, capo della spending review
- > “Un tetto alle analisi, puniremo gli ospedali in rosso”
- > Renzi: uno scandalo gli scioperi dei voli e a Pompei

ROBERTO PETRINI

L'OBBIETTIVO resta 10 miliardi, ma nel menù della spending review entra la sanità: «Ci sono ospedali che hanno squilibri nella gestione economica di decine di milioni, dovremo intervenire». Yoram Gutgeld, commissario alla revisione della spesa e parlamentare Pd, spiega a *Repubblica* i contenuti delle misure che il governo prenderà nella legge di Stabilità.

ALLE PAGINE 2 E 3 CON UN ARTICOLO
DI ANNALISA CUZZOCREA

“Un piano per la sanità basta ospedali in rosso stretta sugli acquisti e un limite alle analisi”

Yoram Gutgeld. Il commissario alla “spending review” apre un nuovo fronte per rastrellare 10 miliardi. Sanzioni per le strutture con i bilanci non a posto

ROBERTO PETRINI

ROMA. L'obiettivo resta 10 miliardi, ma nel menù della spending review entra a pieno titolo la sanità: «Ci sono ospedali che hanno squilibri nella gestione economica di decine di milioni, dovremo intervenire». Yoram Gutgeld, commissario alla revisione della spesa e parlamentare del Pd, spiega a *Repubblica* i contenuti delle misure che il governo prenderà nella prossima legge di Stabilità, provvedimento cruciale dopo l'annuncio di Renzi sulla riduzione delle tasse. «Non faremo scelte da ragionieri, ma ci preoccupa migliorare l'operatività e i servizi dello Stato», assicura.

Dieci miliardi una bella cifra, ce la farete?

«Sì, anche perché non partiamo da zero, partiamo sia dal lavoro fatto da Cottarelli sia da iniziative in corso».

Quali ad esempio?

«Per esempio il “patto della salute”. L'anno scorso il ministro Lorenzin ha firmato un patto con le Regioni che prevede uno sforzo di efficientamento

del sistema che produrrà risorse destinate ad essere reinvestite nella sanità oltre che essere utilizzate per raggiungere gli obiettivi di finanza pubblica».

Il punto è questo, ci si aspetta di sapere quanto verrà dalla sanità e con quali misure.

«È prematuro dare numeri specifici in questo momento».

E le misure?

«Mi lasci dire che noi abbiamo complessivamente un ottimo sistema sanitario. Ma esistono spazi di miglioramento. Abbiamo ospedali gestiti bene ed altri meno bene con squilibri nella gestione economica di decine di milioni. Noi crediamo che sia giusto prevedere che questi ospedali facciano uno sforzo per equilibrare la gestione economica nell'arco di un determinato numero di anni».

Come riuscirete a convincere gli ospedali e le Asl ad intervenire?

«Intanto criteri, modalità e tempistiche dovranno essere concordati con la Conferenza Stato-Regioni. Renderemo prima di tutto trasparenti e pubblici questi dati e prevederemo un meccanismo di aggiustamento degli squilibri. Per chi ne ha bisogno, metteremo a disposizione le risorse e le competenze necessarie per arrivarci».

Se l'ospedale non ce la fa, o non collabora, sono previste sanzioni?

«I meccanismi dovranno essere concordati con la conferenza Stato-Regioni. Sarà un processo progressivo».

È il solito problema degli ospedali del Sud inefficienti?

«No, guardi, ci sono ospedali efficienti al Sud e al Nord e ospedali inefficienti al Sud come al Nord».

Solo gli ospedali sono sotto la vostra lente?

«No, abbiamo rilevato differenze importanti tra Regioni e all'interno di singole regioni nelle prescrizioni di esami clinici. Uno dei motivi è la cosiddetta

“medicina difensiva”, esami prescritti per non incorrere nel rischio di cause legali dei pazienti. È un fenomeno che già si è verificato negli Stati Uniti, portando un notevole aumento dei costi oltre che riluttanza dei medici ad operare in situazioni rischiose e complicate. Su questo fronte c'è già un lavoro del ministero per risolvere questo problema che vorremmo accelerare».

Quindi come avete intenzione di intervenire sulla diagnostica?

«Ragioneremo insieme alla Conferenza Stato-Regioni su obiettivi specifici utilizzando soglie di riferimento. Questo meccanismo è già previsto dall'intesa con le Regioni di quest'anno: si tratta di proseguire su questa strada».

C'è un'altra obiezione: lei è anche un parlamentare del Pd, non teme il disagio sociale di queste misure sulla sanità?

«No, anzi questo nuovo approccio per rendere le strutture più efficienti porterà nel tempo non solo un risparmio ma un miglior livello di servizio».

Il pacchetto sanità si chiude qui, o c'è da aspettarsi dell'altro?

«C'è la questione degli acquisti».

È una vecchia storia, la siringa che costa di più nella Asl del Sud che in quella del Nord.

«E' una vecchia storia, ma ora la risolviamo. Le stazioni appaltate da giovedì scorso sono una trentina, una per Regione più quelle delle città metropoli-

tane. Da settembre lavoreremo sul calendario delle gare nazionali e regionali a partire dal gennaio 2016».

Per arrivare a 10 miliardi mancano altri addendi: quali sono gli altri pilastri della spending review?

«L'idea, voglio rassicurare tutti, è quella di dare servizi di maggiore qualità non di fare macelleria sociale. Come già previsto dalla delega Madia sulla pubblica amministrazione stiamo lavorando per esempio sulle forze di polizia. Ci vuole maggiore coordinamento tra i principali corpi "generalisti", carabinieri, polizia e Guardia di Finanza. L'obiettivo è quello di evitare sovrapposizioni: per esempio la sorveglianza sui mari sarà coordinata dalla Guardia di Finanza che è il corpo più adatto e maggiormente presente. Il coordinamento libererà più risorse per consentire un maggior presidio sul territorio, cioè maggior sicurezza».

Misure che porteranno sicuramente recuperi di efficienza ma saranno in grado di finanziare il mega taglio delle tasse che costa 35 miliardi nei prossimi tre anni?

«Abbiamo in totale 15 "cantieri di lavoro" che riguardano tutta l'attività della pubblica amministrazione, dai ministeri agli enti locali. Questi cantieri porteranno risparmi crescenti nel tempo. Stiamo lavorando con un orizzonte di tre anni esattamente come la rivoluzione delle tasse annunciata dal presidente del Consiglio».

ORIPRODUZIONE RISERVATA

LA DIAGNOSTICA

Soglie di riferimento per limitare il gran numero di prescrizioni: molte sono fatte solo per evitare le cause

NIENTE MACELLERIA

Vogliamo dare servizi di maggiore qualità, non vogliamo fare macelleria sociale

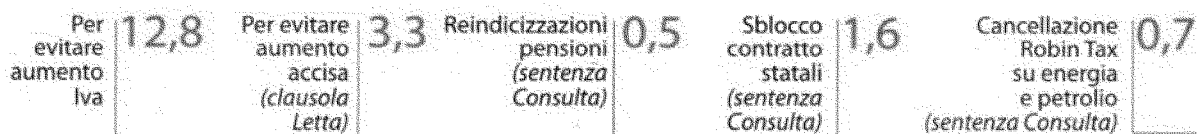
ACQUISTI

Addio al caos dei prezzi delle siringhe diversi da regione a regione: ci sarà un'unica stazione appaltante

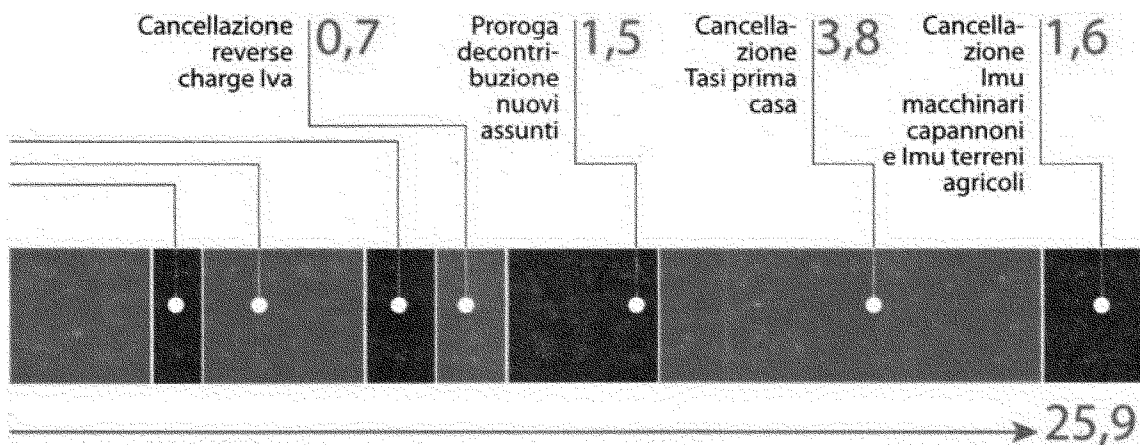
FORZE DI POLIZIA

Ci vuole più coordinamento per evitare sovrapposizioni. Sorveglianza mari affidata alla Finanza

Le risorse da trovare nel 2016 in miliardi di euro



TOTALE senza considerare nuove spese inedrogabili



IL PATTO
Il governo ha in programma di rafforzare il "patto della salute" firmato dal ministero con le Regioni per migliorare l'efficienza

Antonio Galdo

Il costo della Sanità pubblica. La spesa sanitaria in Italia è pari a 120 miliardi di euro, cioè il 7 per cento del Pil. Siamo in media con gli altri paesi europei, grazie a una serie di interventi che però finora sono stati di tipo orizzontale, imponendo alle regioni tagli generalizzati. Di questa somma, 43 miliardi sono destinati agli stipendi, 24 agli acquisti di prestazioni specialistiche e ospedaliere di cliniche e medici privati, 19 a beni e servizi, 17 ai farmaci e 5 miliardi di euro si riferiscono infine a spese varie, compresi gli oneri finanziari. In generale possiamo dire che la spesa non è esagerata, ma gli sprechi sono ancora enormi e innanzitutto sono troppo grandi le distanze nella qualità dei servizi tra le diverse regioni e tra un ospedale e un altro.

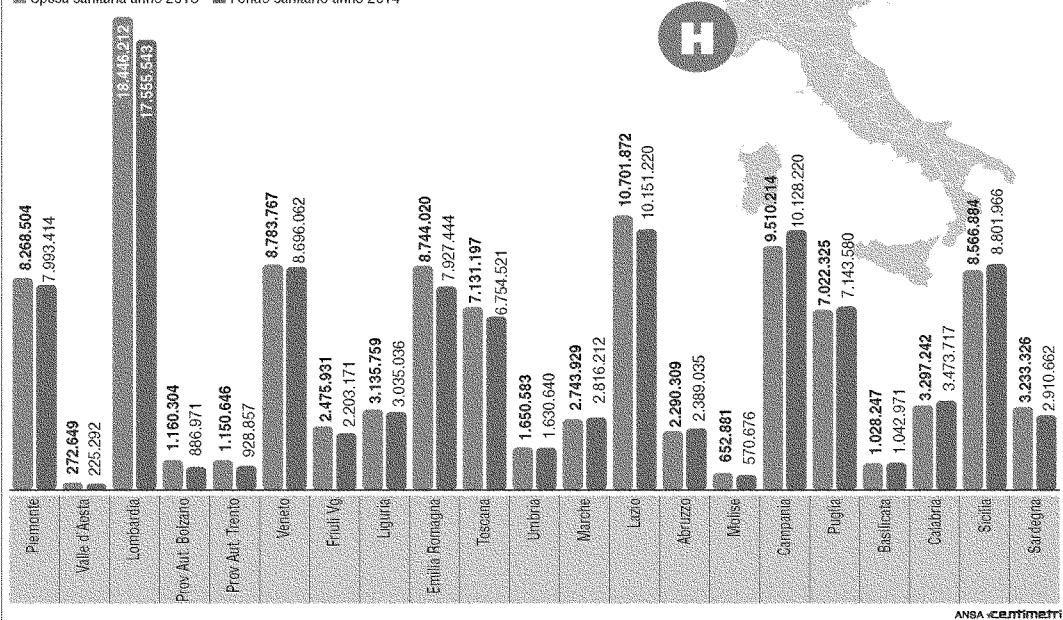
Troppo spesso in ospedale. La prima anomalia, fonte di sprechi, è la corsa degli italiani, specie al Sud, verso gli ospedali e gli alti tassi di degenza. Solo un dato: il tasso di ospedalizzazione in Campania è più alto del 56 per cento rispetto al Friuli Venezia Giulia. Siamo in presenza di cittadini in condizioni di salute più precarie? No, semplicemente ci si ricovera anche quando non serve, come l'abitudine estiva di parcheggiare qualche nonno in corsia per andare in vacanza. Se si riuscisse a portare per i soli interventi di tonsillectomia il tempo di degenza al livello medio delle migliori regioni, si risparmierebbero 34.000 giornate di ricoveri, pari a 20 milioni di euro. Ancora più paradossale la situazione del Pronto soccorso, alle cui porte nel 2014 hanno bussato 24 milioni di cittadini, uno ogni cinque minuti nei grandi ospedali. Un calvario, specie per i medici di frontiera, che potrebbe essere alleggerito, con enormi risparmi, se fosse applicata la riforma dell'ex ministro Renato Balduzzi: ovvero gli ambulatori dei medici di famiglia, primo filtro del sistema sanitario, aperti 24 ore su 24.

I limiti
Il 40%
dei farmaci
che si
conservano
in casa
è in genere
scaduto

Ospedali da chiudere. Stiamo pagando ancora il conto, in termini di spesa sanitaria, di un antico vizio dell'Italia sprecona: quello di aprire ospedali dappertutto. A Vico del Gargano, in provincia di Foggia, la struttura è stata inaugurata 11 volte. A Gerace, in Calabria, l'ospedale costato 10 miliardi delle vecchie lire è diventato un rifugio per le pecore. A San Bartolomeo in Galdo, in provincia di Benevento, da mezzo secolo si pagano medici e infermieri in organico, ma

Spesa per la sanità

■ Spesa sanitaria anno 2013 ■ Fondo sanitario anno 2014



Il paradosso

Sanità, ecco tutti gli sprechi che nessuno vuole colpire

Troppi centri di spesa, ospedali mai chiusi, ricoveri inutili

”

I costi

Sono il 7% del Pil pari a 120 miliardi. Un terzo è destinato al pagamento degli stipendi

”

Le emergenze

Inattuato l'ambulatorio dei medici di famiglia: così 24 milioni di utenti hanno bussato nel 2014 al Pronto soccorso

”

Gli standard

Una tac con 24 slide in Campania costa più di 1.500 euro. In Emilia si arriva al massimo a 1.027



l'ospedale altro non è che un ambulatorio e un centro di pronto soccorso. Anche qui la medicina per tagliare esiste: è un elenco di 132 ospedali, stilato sempre da Balduzzi, da chiudere perché non hanno i requisiti standard di sicurezza, dunque sono pericolosi, e non rispettano i parametri internazionali di posti letto per numeri di abitanti. Il ministro Beatrice Lorenzin avrà mai il coraggio e la forza di tirare fuori dai cassetti questa lista? Chiudere un ospedale inutile e pericoloso non significa solo risparmiare, ma anche miglio-

rare l'assistenza sul territorio, perché, senza licenziare nessuno, si tratta di trasformarlo in un ambulatorio di prima istanza. Utile anche per diminuire i ricoveri.

Centri di spesa e costi standard. La proliferazione dei Centri di spesa per appalti e fornire nei vari settori, 34.000 in Italia, è fonte di corruzione, sprechi e scarsa efficienza. Bisognerebbe avere il coraggio di ridurre, nel caso della Sanità a 20 postazioni, una per ogni regione. Punto. Stesso discorso per i co-

L'assistenza

I numeri confermano che gli sprechi nella sanità pubblica sono ancora altissimi: ma nessuna spending review finora è riuscita ad abatterli

sti standard: non esiste un motivo che giustifichi il costo di una stessa tac, con 24 slide, di 1.554 euro in Campania, 1.397 euro nel Lazio e 1.027 euro in Emilia Romagna. E così per le siringhe, per il materiale per le medicazioni e per qualsiasi fornitura ospedaliera. In Gran Bretagna è stato preparato un elenco di 10.000 beni e servizi che possono essere acquistati entro una forchetta di prezzo da tutti gli ospedali. E pratiche virtuose esistono anche in Italia: di fronte a una siringa, che nello stesso territorio poteva costare da 0,50 centesimi a 2 euro, il governatore del Lazio, Nicola Zingaretti, ha introdotto il meccanismo dei costi standard per 100 prodotti ospedalieri. Sapete quanto conta di risparmiare entro al fine del 2015? Un miliardo di euro.

Livelli di assistenza e farmaci. L'alto tasso di ospedalizzazione e lo spreco di risorse ha come effetto collaterale anche una Sanità che in alcuni casi diventa da terzo mondo. Due anni di attesa per un intervento di ernia del disco, 14 mesi per una mammografia, nove mesi per una risonanza magnetica, sei mesi per un controllo oncologico: sono numeri che negano a milioni di italiani il diritto alla salute. Allo stesso tempo, non si capisce perché i parti cesari sono, nella media nazionale, pari al 20 per cento dei casi, mentre in alcune regioni, come la Campania, si arriva al 50 per cento. Qui per fare ordine bisogna allineare i livelli di assistenza, specie tra Nord e Sud, e penalizzare chi non li rispetta. Resta altissimo anche lo spreco di farmaci (il 40 per cento di quelli che abbiamo in casa sono scaduti), di esami inutili (13 miliardi di euro, secondo il ministero), di pasti ai degenti che finiscono nella spazzatura (il 40 per cento). Tutti tagli possibili e opportuni.

Effetto ticket. I ticket sui farmaci, attualmente, valgono il 5 per cento del costo medio dei prodotti, mentre la media europea è al 20 per cento. Quindi il nostro welfare sanitario è molto generoso. Inoltre abbiamo un 60 per cento di cittadini considerati completamente esenti, rispetto a un 40 per cento che invece paga per tutti: è una proporzione che non quadra. Il ticket serve a ridurre gli eccessi, anche negli ospedali.

In Piemonte è bastato introdurre un ticket di 25 euro per le richieste di Pronto soccorso classificate come codice bianco (ovvero senza alcuna urgenza) per tagliare le richieste del 20 per cento. E' veramente impossibile fare qualcosa del genere nelle altre regioni italiane?

—
L'incuria
Il 40%
dei pasti
destinati
ai degenti
finisce
nella
spazzatura
—

Sanità, tagli per decreto tetto a esami e visite chi sfora dovrà pagare

Oggi in aula misure da 2,3 miliardi quest'anno e altrettanti nei prossimi due. I medici inadempienti avranno decurtazioni del loro stipendio

ROBERTO PETRINI

ROMA. Un pacchetto di emendamenti al decreto "omnibus" enti locali, presentato nei giorni scorsi, darà la prima spinta alla spending review sulla Sanità. Dopo il via libera tecnico-politico giunto con le parole del Commissario alla revisione della spesa pubblica, Yoram Gutgeld, nell'intervista a *Repubblica*, si accelera la ratifica del piano concordato dalla Conferenza Stato-Regioni del 2 luglio scorso. Il provvedimento arriva oggi in aula al Senato e non è escluso il ricorso alla fiducia per poi passare alla Camera. «No agli allarmismi - ha rassicurato ieri il premier Renzi - sulla sanità si lavora soprattutto alla razionalizzazione e alla riduzione delle centrali di spesa». Mentre le Regioni si mettono in posizione di guardia: «Abbiamo già dato», dicono in coro gli assessori alla Sanità.

In ballo c'è un pacchetto di misure per 2,3 miliardi nel 2015, al-

Governatori in allarme. Renzi: "E' solo una giusta razionalizzazione"

trecenti nel 2016 e nel 2017. Importanti, e in qualche caso dolorosi, i provvedimenti che riguarderanno direttamente i cittadini. In primo luogo c'è il taglio delle prestazioni specialistiche (visite, esami strumentali ed esami di laboratorio) non necessarie (nel linguaggio tecnico: non appropriate). Il ministero della Salute con un imminente decreto stilerà la lista delle situazioni e patologie dove analisi e appro-

fondimenti sono necessari, se si è fuori della lista si pagherà di tasca propria. La norma prevede anche una stretta sui medici perché il principio che ispira la razionalizzazione è che bisogna frenare il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva": medici che per mettersi a riparo da eventuali vertenze giudiziarie, "elargiscono" con facilità analisi e controlli. Da oggi chi sbaglia subirà un taglio allo stipendio.

Lo stesso schema varrà per i ricoveri per riabilitazione: revisione delle tipologie in base alla appropriatezza e pagamento percentuale oltre i giorni di degenza previsti dalle nuove soglie; controlli e penalizzazioni.

Tanto per farsi un'idea: le prestazioni erogate ogni anno dal settore pubblico o privato sono circa 200 milioni: l'obiettivo sarebbe quello di ridurle del 15 per cento con il taglio di circa 28 milioni di prestazioni l'anno. Da questa operazione verrebbero risparmiati per 198 milioni di euro l'anno.

C'è poi la questione degli ospedali. E' previsto, oltre al controllo delle strutture in rosso, l'azzeramento dei ricoveri nelle case di cura convenzionate con meno di 40 posti letto, la riduzione della spesa del personale a seguito del taglio della rete ospedaliera, la riduzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione. Complessivamente: circa 210 milioni di tagli all'anno.

La gran parte dei risparmi verrà tuttavia dalla rinegoziazione dei contratti di acquisto di beni e servizi (con la centrale uni-

ca di acquisti) e in particolare dei dispositivi medici. Inoltre sarà costituito presso il ministero della Salute un osservatorio sui prezzi dei dispositivi medici (apparecchi, impianti, sostanze) il cui costo non potrà comunque superare il tetto del 4,4 per cento.

Le Regioni stanno sulla difensiva dopo l'uscita di Palazzo Chigi. «Esistono spazi di miglioramento nella sanità, ma li cerchiamo dove sono: noi abbiamo già tagliato nel 2012», ha detto Luca Colletto, assessore alla Sanità nel Veneto e coordinatore del settore nella Conferenza delle Regioni. Polemica Sonia Viale (Sanità, Liguria): «Questa è la logica del governo: tirano le righe sopra. Sulle Province, sugli ospedali in rosso. Li cancellano. La Liguria e la Lombardia, invece, propongono un modello costruttivo, non distruttivo: mettiamo in condivisione le eccellenze sanitarie delle due regioni». Più cauto Antonio Saitta (Sanità, Piemonte): «D'accordo ci sono margini, ma ricordo che noi siamo stati la prima Regione ad applicare la riorganizzazione della rete ospedaliera». Rincarà la dose Fabio Rizzo (Commissione sanità Lombardia): «Il governo si sveglia tardi, segua l'esempio Lombardo». Vantano passi avanti anche in Toscana: «La centrale unica d'acquisto noi ce l'abbiamo già per tutte le aziende sanitarie», aggiunge Stefania Sacchari (Sanità). Persino la Sicilia si chiama fuori: «Per noi il percorso è più facile: abbiamo un avanzo di 30 milioni», dice l'assessore alla Sanità Baldo Guicciardi.

LE TAPPE

19 AGOSTO

Entro il 19 agosto il decreto enti locali con le misure sanitarie dovrà essere convertito in legge. Oggi è in aula al Senato. Poi dovrà passare alla Camera per il varo definitivo

30 GIORNI

Dopo il varo del decreto, il ministero della Salute ha 30 giorni per approvare un decreto che definisca i limiti di appropriatezza delle prescrizioni di esami e visite specialistiche

Beatrice Lorenzin. Il ministro conferma la strategia del governo: «Non saranno tagli lineari, stiamo lavorando su organizzazione, efficienza ed acquisti. Potenzieremo la medicina territoriale, gli ospedali troppo piccoli li riconvertiremo»

“Risparmi possibili ma le risorse restino al Servizio sanitario per contratti e ricerca”

GOFFREDO DE MARCHIS

ROMA. Recuperare 10 miliardi dalla sanità è un obiettivo realistico. «Sono perfettamente d'accordo con la road map indicata dal commissario alla spending Gutgeld», dice il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Un risparmio che non si tradurrà in tagli ai servizi, semmai va inquadrato in una maggiore efficienza del sistema e in una diversa programmazione. «Niente tagli lineari», spiega ancora il ministro. «Anche perché non c'è più niente da tagliare», aggiunge. Al momento di trasformare il progetto in legge, all'interno della Stabilità, andrà però discusso l'uso di quelle risorse. Lorenzin sembra non avere dubbi: devono rimanere tutti o quasi tutti dentro il servizio sanitario, soprattutto per nuovo personale e investimenti in ricerca e solo in parte potranno essere destinati al taglio delle tasse annunciato da Matteo Renzi.

Ministro, quando si discute dei 10 miliardi dalla sanità si pensa subito al taglio dei servizi. Non è così?

«I 10 miliardi non vengono tolti dal fondo sanitario nazionale che ha già dato in questi ultimi anni. Negli ultimi anni abbiamo dovuto fare fronte a una spesa fuori controllo che peraltro non si è trasformata in migliori servizi ai cittadini. Anzi, con la riforma del titolo V è nata un'Italia a due o tre velocità e gli sforzi necessari per sanare le casse del SSN dissanguate delle Regioni hanno sacrificato molto la qualità dell'assistenza. Quindi, dopo 25 miliardi di tagli, non c'è proprio più niente da tagliare. C'è invece la possibilità di recuperare risorse grazie a una maggiore efficienza e a una nuova organizzazione. Si calcola una cifra intorno ai 30 miliardi ma se riusciamo a trovarne 10 mi accontento».

Come li recuperate?

«Rafforzando la medicina territoriale. Portando i pazienti in ospedale solo quando necessario, ovvero per i momenti acuti della malattia. Razionalizzando la spesa per la medicina difensiva che costa 13 miliardi l'anno. Sono quei casi in cui il medico per evitare contenziosi legali con i pazienti, ricorre a un eccesso di prescrizioni. Poi c'è il patto della sanità digitale: incrociando i dati voglio capire non solo quanto spendo ma come spendo i nostri soldi».

Parliamo di 10 miliardi in quanti anni?

«In 5 anni come dice lo stesso Gutgeld. Non è possibile un risultato immediato per quest'ordine di cifre, sono risorse che si recuperano con un processo più lungo. Per questo, anzi, molte delle norme contenute nel patto della salute vanno attuate dalle regioni e altre portate nella prossima legge di stabilità. Le centrali uniche d'acquisto, le misure sulla produttività, le forme di disincentivo per la medicina difensiva sono solo alcune di queste. Per farlo è necessaria la collaborazione della conferenza Stato-regioni».

Come andranno utilizzate le risorse ricavate dal piano di risparmi?

«A me va benissimo la spending. E va benissimo utilizzare le risorse per coprire i buchi che abbiamo nella ricerca, per rendere disponibili a tutti i nuovi farmaci salvavita, e per sbloccare il turn over. Nella sanità italiana abbia-



mo bloccato il ricambio generazionale e stiamo disperdendo un capitale umano sul quale abbiamo investito miliardi in formazione. I nostri medici sono richiestissimi all'estero ma se vanno via poi mancano alle nostre strutture e ai nostri pazienti. Il recupero di risorse e l'equilibrio di bilancio dato dalla maggiore produttività avrebbe anche delle ricadute sulle imposte. Penso al possibile abbassamento delle super aliquote Irpef delle regioni che pesano sulle buste paga di tanti cittadini. Il mio compito è rendere sostenibile il nostro welfare e in particolare quello sanitario. Sapendo che si possono recuperare tantissimi soldi».

Qual è l'esempio di una maggiore efficienza che consente di usare il denaro in un altro modo?

«Il classico esempio sono le centrali uniche d'acquisto. Non è il famoso costo standard della siringa ma è il benchmark fra i prezzi che consente di non disperdere risorse tra una moltitudine di centrali d'acquisto. Così avremo beni e servizi che costano di meno ma anche la benzina o il gasolio per il riscaldamento che insieme alla lavanderia costano circa 5 miliardi».

Gutgeld parla di ospedali che non funzionano. Significa che vanno chiusi? Non è un problema per i malati?

«Alcuni ospedali li stiamo già chiudendo o riconvertendo e questo migliora i servizi. Ci sono nosocomi che non hanno casistiche su determinate patologie, come il caso dei punti nascita sotto i 500 parti l'anno. Non servono e sono pericolosi. Che si fa con le strutture che chiudiamo? Le riconvertiamo, magari in istituti di riabilitazione, in centri per gli anziani, in case della salute, in strutture intermedie. Sul territorio, in ospedale devi andare solo se stai male davvero, per il resto sono più utili strutture diffuse».

Gutgeld ha parlato anche di un taglio alle analisi.

«Nessuno ti impedirà di fare le analisi se hai bisogno. Bisogna evitare di farne dodici quando non servono. Sono rimasta incinta nello stesso periodo di due mie amiche. Bene, ho scoperto che io ho fatto un terzo delle analisi che hanno fatto loro. Le analisi devono essere né troppo poche né troppe».

Dei 10 miliardi di risparmi, è in grado di dire quanto potrà utilizzato per il taglio delle tasse?

«Io giro il discorso. Di quanto abbiamo bisogno per affrontare in modo programmatico le carenze di personale e di servizi? Non parliamo mica di un problemino secondario. Parliamo di medici del pronto soccorso, di rianimatori sulle ambulanze, di infermieri nei reparti. Non sono assunzioni allegre, sono assunzioni necessarie».

Difendo il mio settore ma dico che possiamo verificare di anno in anno le necessità del sistema. Sempre con l'aiuto delle regioni perché senza di loro non si fanno le riforme, dobbiamo ancora vedere approvata la riforma dell'accesso alla professione e i nuovi lea, ovvero i livelli essenziali di assistenza».

“

IL TAGLIO DELLE TASSE

Non so quanto resterà per tagliare le tasse, ma prima vanno sbloccati il turnover, rafforzato il pronto soccorso e resi disponibili farmaci salvavita”

MEDICINA DIFENSIVA

L'eccesso di prescrizioni per evitare contenziosi legali ci costa ogni anno 13 miliardi. La digitalizzazione ci aiuterà a scoprire non solo quanto, ma anche come si spende

BEATRICE LORENZIN
MINISTRO DELLA SALUTE

”

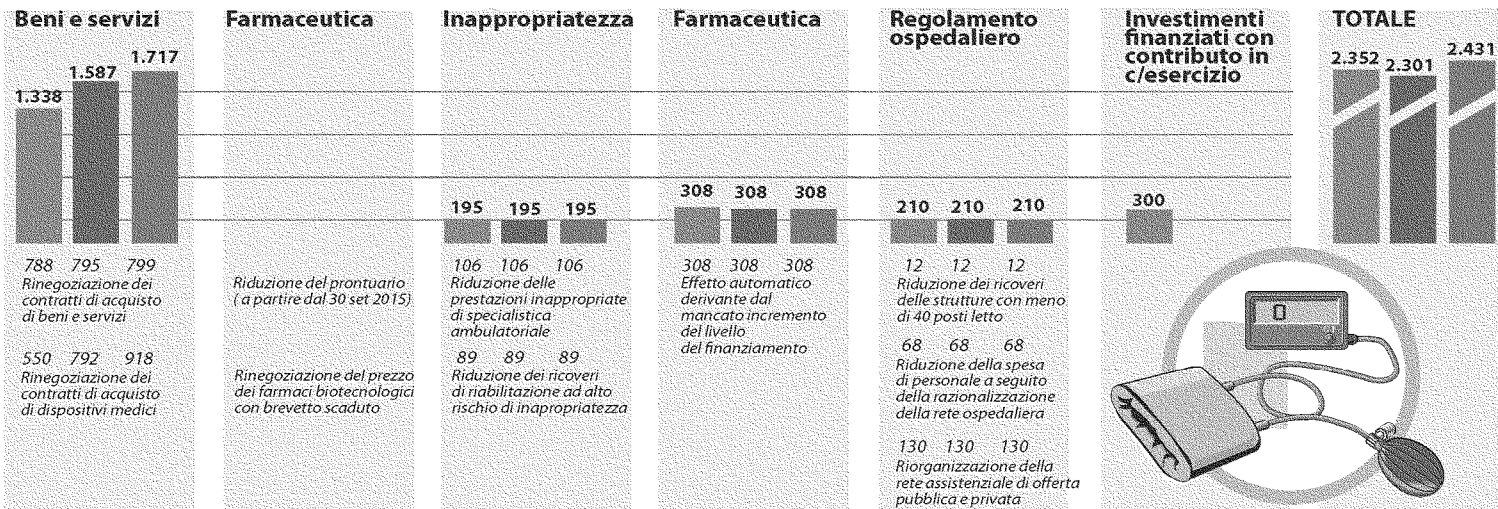


I conti pubblici

La manovra sulla sanità concordata con le Regioni dati in milioni di euro

■ 2015 ■ 2016 ■ 2017

FONTE: Conferenza Stato-Regioni



ENTI LOCALI

- «I soldi che venivano sprecati saranno riutilizzati per gli ospedali»
- «Stop a diagnostica e visite inutili. Uno sperpero da 13 miliardi di euro»



LA RIVOLUZIONE DELLA SANITA'
Il Governo nega i tagli di 10 milioni di euro e promette di investire

Caos Sanità, Lorenzin: «Nessun taglio. Un patto sulla salute per migliorare»

Nessun taglio alla Sanità, bensì risparmi che si otterranno dall'applicazione del Patto per la Salute e che porteranno, secondo le stime, 10 miliardi in 5 anni: soldi che verranno reinvestiti nella Sanità stessa, per dare ai cittadini un servizio migliore. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin sgombra il campo da quella che definisce una "grande confusione", alla vigilia del voto di fiducia al Senato sul Dl Enti locali che prevede varie misure per la Sanità.

Non di tagli si tratta dunque, afferma con forza il ministro, ma di risparmi che deriveranno da misure per la razionalizzazione e la maggiore efficienza del sistema sanitario. Con una priorità: porre uno stop alla cosiddetta 'medicina difensiva', che costa ogni anno 13 miliardi di euro. «Ribadisco - ha spiegato Lorenzin all'agenzia Ansa - che sono contraria a tagli, difenderò il fondo sanitario così com'è per il 2016 e difendo l'applicazione del Patto per la salute, che prevede che i risparmi non sono tagli: i risparmi che vengono effettuati grazie a misure di maggiore efficienza, infatti, vengono reinvestiti nel Servizio sanitario, e noi abbiamo già quantificato questi risparmi in 10 miliardi in 5 anni». Al momento, precisa, «non ci sono ipotesi di taglio, non mi risulta e ciò non mi è stato ventilato». Va chiarito, puntualizza dunque il ministro, «che il governo non ha deciso di tagliare la Sanità; il governo ha posto dei tagli agli enti locali e le Regioni hanno deciso che avrebbero rinunciato all'incremento del fondo sanitario. Nella legge di stabilità non c'era un taglio alla sanità e il governo non ha chiesto alle Regioni di tagliare la sanità». Il punto, rileva, «è che le Regioni avevano un taglio di oltre 4 mld e hanno

deciso, non riuscendo a sostenerlo, di intervenire sul mancato incremento del fondo sanitario, e su questo punto io ho sempre detto di essere in disaccordo. Per me non era quella la strada».

Dunque, dice il ministro, «i 10 miliardi di cui si parla in queste ore in relazione alla sanità non sono un 'taglio', bensì è il risparmio che possiamo ottenere in 5 anni applicando il Patto per la salute, con una riorganizzazione del sistema in termini di efficienza, controlli e verifiche, e si tratta di una somma da reinvestire nella salute in settori come l'innovazione e la ricerca, il personale e l'accesso ai nuovi farmaci. Chi pensa che verranno tagliati 10 mld - avverte - non ha capito».

Lorenzin chiarisce quindi il senso dello stesso Patto per la salute: «Bisogna individuare dei punti in cui si può rendere più efficiente il servizio e recuperare risorse, ma non è un taglio perché non si può contabilizzare». Si tratta dunque, insiste, «di misure di efficientamento che non toccano i servizi ma che vogliono migliorarli». Il vero 'taglio' al quale si punta è, invece, quello alle visite inutili prescritte spesso dai medici a scopo 'difensivo', per prevenire cioè i contenziosi con i pazienti: «Abbiamo calcolato - spiega Lorenzin - che la medicina difensiva costa appunto una cifra pari a 13 mld di euro l'anno, il che significa 200 euro a testa di tasse pagate in più annualmente da ogni cittadino. Una cifra che invece potrebbe essere reinvestita, ad esempio, in prevenzione». Rispetto quindi alle proteste dei sindacati medici per la misura nel Dl enti locali che prevede appunto un taglio del salario accessorio a fronte di prescrizioni non necessarie, il ministro puntualizza: «E' una sanzione che riguarda il salario accessorio. Si tratta di una

forma di responsabilizzazione e va a disincentivare l'abuso prescrittivo, che costa queste cifre enormi. Alle polemiche replico che ognuno deve rispondere alle proprie responsabilità e non c'è alcuna volontà persecutoria nei confronti dei medici».

Meno esami più prevenzione I risparmi della nuova sanità

Lorenzin: da adesso tutto sarà reinvestito nel settore

L'intervento

**Il sottosegretario
De Filippo: tanti
sprechi nel sistema
ma la qualità
non sarà intaccata
Il vero cambiamento?
Arriverà dalla
medicina del territorio**

VITO SALINARO

Nessuno, al ministero della Salute, vuol sentire parlare di tagli. Perché i 2,35 miliardi in meno per il 2015 sono «un mancato aumento rispetto al 2014». E «non esistono tagli per 10 miliardi in 5 anni». Ma soldi, dice il ministro **Beatrice Lorenzin**, «che vanno risparmiati nella sanità» ma che «nella sanità andranno reinvestiti». Di fronte «all'invecchiamento della popolazione» e «all'arrivo di nuovi costosissimi farmaci», il ministro vuole un massiccio programma di prevenzione e «riforme, anche sul fronte della trasparenza, della lotta alla corruzione e del controllo della spesa». Le cifre al ribasso non sono comunque una sorpresa per le Regioni visto che il "risparmio" è stato concordato tra esecutivo e governatori il 2 luglio scorso. Ma se proprio di tagli si vuol parlare, **Lorenzin** ammette che saranno gli ultimi "lineari" perché il Sistema sanitario nazionale (Ssn) «non potrà più tollerarli».

Cosa cambierà tra un mese

Il Patto per la salute è appena stato recepito nel decreto Enti locali. E tra un mese arriveranno i protocolli attuativi che disegneranno una nuova sanità. Con più vincoli per medici e, dunque, per i malati. I camici bianchi potranno trovarsi a limitare ecografie, tac, risonanze, ma anche analisi del sangue. Tutto dovrà rispondere ad esigenze di «appropriatezza». E cioè di (estrema) utilità. Salvo casi urgenti, potremo misurare trigliceridi e colesterolo ogni 5 anni; oppure procedere privatamente. Una patologia cardiaca o epatica che veniva monitorata con 4 o 5 ecografie all'anno, potrà essere valutata con la metà degli esami. Non sarà così automatico il ricorso alla risonanza magnetica quando si presenta un mal di schiena; conterranno la patologa e anche l'età: l'esame effettuato per un'ernia si pagherà, quello per un sospetto tumore sarà rimborsato. Potranno essere più lunghi, inoltre, i periodi di degenza da trascorrere a casa e meno spazi per le terapie riabilitative.

Le scelte delicate dei medici di famiglia

«Se devo ordinare più esami ad un paziente, dovrò distinguere tra quelli rimborsabili, che indicherò nella ricetta rossa, e quelli non rimborsabili per i quali userò la ricetta bianca; questi ultimi dovranno essere pagati», spiega **Giacomo Milillo**, segretario generale della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg). I camici bianchi potrebbero trovarsi di fronte a un quesito difficile: ordinare esami pur in presenza di sintomi non particolarmente evidenti – evitando conseguenze giudiziarie in caso di negligenze –, oppure rimandare lo screening, dal momento che, se fosse superfluo, potrebbe pesare sulla sua stessa remunerazione? Una situazione, incalza **Milillo**, «che finirà per creare disaffezione del cittadino nei confronti del Ssn e che indurrà chi potrà permetterselo a rivolgersi ad assicurazioni e a fondi privati. Non sempre però questi ultimi sono in grado di garantire prestazioni qualitativamente e quantitativamente adeguate».

Del resto, sottolinea **Filippo Maria Boscia**, presidente dell'Associazione medici cattolici italiani, il sistema del "tutto gratuito a tutti", «non è più sostenibile e oculate razionalizzazioni sono opportune». **Boccia** invoca «una scelta etica della spending review, commisurando ogni decisione alla dignità della persona umana», salvaguardando la più debole, e pur in presenza di tagli, salvando «la qualità».

Guerra dichiarata agli sprechi

Una visione «pienamente condivisa» dal sottosegretario al ministero della Salute, **Vito De Filippo**. «Nessuno, nell'ambito dell'accordo tra Stato e Regioni, ha mai pensato di ridurre servizi essenziali o farmaci per patologie gravi – dichiara **De Filippo** ad *Avvenire* –. L'intesa nasce anche dalla consapevolezza dei numerosi sprechi ancora presenti nel nostro sistema sanitario. Combattendoli salvaguarderemo la qualità delle prestazioni». In questo senso gli ambiti di intervento sono numerosi: «Penso al sistema delle gare centralizzate per beni e servizi che ci farà risparmiare fino al 20% – evidenzia il sottosegretario –; ma anche a ricoveri impropri in strutture ospedaliere pubbliche e in quelle private al di sotto dei 40 posti letto, ai processi di innovazione della spesa farmaceutica e alla "rivoluzione" della medicina del territorio che stiamo organizzando». **De Filippo** non ha dubbi: «Quanto più funzionerà la medicina del territorio (che, integrando i servizi tra medici di base, équipe di cure primarie e ospedali, evita ricoveri impropri, ndr), tanto più vi saranno elevate attività di "spending" dalle mancate ospedalizzazioni e dalla riduzione di prestazioni in emergenza-urgenza e di prescrizioni specialistiche improprie». Un esempio: «L'Italia – afferma **De Filippo** – è tra i primi Paesi al mondo per prestazioni radiologiche; molte volte però si tratta di esami inutili, spesso conseguenza di quella medicina difensiva che vogliamo superare con una normativa adeguata».

La Regione, il caso

Sanità, stop agli appalti «Tutti gli atti a Cantone»

Porcelli, nuovo presidente Soresa: verifiche anche sulle assunzioni Il suo predecessore D'Ercole: personale qualificato, sono sereno

Il primo atto di Giovanni Porcelli da nuovo presidente della Soresa lascia subito capire che aria tira. «Sulla base del mandato ricevuto dal presidente De Luca ho chiesto agli uffici competenti di sospendere in via cautelativa, fatte salve ragioni di assoluta urgenza ed indifferibilità, tutte le gare in corso, compresa la gara da mezzo milione di euro indetta in piena campagna elettorale per la fornitura di servizi». È una netta presa di distanza rispetto alla passata amministrazione, come del resto aveva annunciato il presidente della Regione in campagna elettorale. «È mia intenzione - aggiunge Porcelli - sottoporre tutte le procedure all'Anac e sottoscrivere al più presto un protocollo d'intesa formale con l'Autorità pre-

sieduta dal dottor Cantone». Ma non finisce qui. Porcelli ha anche chiesto l'elenco, che sarà reso pubblico, «di tutti gli assunti dell'ultimo anno e in particolare degli ultimi due mesi, per verificare la legittimità e la correttezza degli atti posti in essere. Anche per Soresa l'obiettivo è quello dell'efficienza e dell'assoluta trasparenza».

Mentre l'opposizione annuncia battaglia contro la nomina di Porcelli, ritenuta illegittima perché in contrasto con la legge regionale, l'iniziativa del nuovo presidente della Soresa lascia del tutto sereno il suo predecessore Franco D'Ercole. «Facessero



quello che vogliono, non c'è nulla da nascondere. Tutte le gare - spiega - sono sempre state fatte in collaborazione con l'Autorità per l'anticorruzione. Anche la gara a cui si fa riferimento è stata fatta perché c'era una programmazione approvata in base alla quale le Asl non potevano più fare gare proprie. È la stessa Anac ci aveva sollecitato a procedere. L'unica preoccupazione è che si rallenti e interrompa un percorso di riorganizzazione». Per quanto riguarda le assunzioni D'Ercole ostenta la medesima serenità. «Verificassero. Abbiamo stabilizzato chi c'era, gli assunti da Bassolino, senza i quali avremmo chiuso l'azienda. Si tratta di personale qualificato e competente. Sono assolutamente sereno», fa sapere l'ex presidente della Soresa.

Intanto, oggi si riunisce il consiglio regionale. All'ordine del giorno, dopo il flop della scorsa settimana, c'è la variazione di bilancio da 14 milioni per finanziare il fondo per la disabilità. La copertura è stata ottenuta attraverso tagli lineari e il taglio delle spese del consiglio regionale (2,5 milioni) in virtù della diminuzione dei consiglieri (da 60 a 50). In commissione il provvedimento è stato approvato a maggioranza con il voto contrario del centrodestra e l'astensione del Movimento Cinque Stelle. Tutti gli emendamenti sono stati dichiarati inammissibili.

p.mai.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Con 385 milioni la Lombardia guida la classifica dei risparmi seguita dal Lazio (222,5 milioni)

Sanità, ecco i tagli delle Regioni

Proposta di Confindustria: incentivi fiscali ai Fondi integrativi

■ Dal top della Lombardia, con 385 milioni di taglio secco, passando per i 222,5 milioni del Lazio per arrivare ai 4,9 milioni della Valle D'Aosta. Ecco i tagli alla Sanità nelle Regioni previsti dal decreto enti locali: dopo Lombardia e Lazio nella graduatoria dei risparmi seguono Campania (222 milioni), Sicilia (193 milioni) e Veneto (190,6). Il ministro **Lorenzin**: «In questi anni tagliati 25 milioni alla sanità, ora puntiamo sulla qualità». Intanto Confindustria rilancia la proposta di incentivi fiscali ai Fondi sanitari integrativi.

Gobbi e Turno > pagina 4

Sanità: ecco i tagli nelle Regioni

Si va dai 385 milioni della Lombardia ai 222,5 del Lazio - **Lorenzin**: nessun taglio di 10 miliardi

Il ministro

«In questi anni sono stati tagliati alla sanità 25 miliardi, ora puntiamo sulla qualità»

La proposta degli industriali

«Per un Ssn sostenibile serve un'equità non solo di facciata: tutto gratis solo a malati gravi e indigenti»

LE RIDUZIONI DI SPESA

Gli interventi in riduzione della spesa che colpiranno gli acquisti di beni e servizi e i dispositivi medici ammontano in totale a 1,33 miliardi

Barbara Gobbi

Roberto Turno

ROMA

■ Dal top della Lombardia con 385 mln di taglio secco, passando per i 222,5 mln del Lazio e appena 500 mila in meno della Campania, fino ad arrivare ai 193 mln della Sicilia e ai 190 del Veneto. E giù giù, fino ai 4,9 mln della Valle d'Aosta, i 12,5 mln del Molise e i 22,8 della Basilicata. Top and down, ecco la classifica dei tagli rigorosamente lineari - tot di Fondo sanitario, tot in percentuale di potatura dei bilanci - che la manovra da 2,35 mld per il 2015 dispensa alla spesa sanitaria in sede locale.

Voce per voce, un'amara revisione dei conti per le regioni. Con 1,33 mld in totale di interventi in riduzione della spesa che colpiranno gli acquisti di beni e servizi e i dispositivi medici: per 219 mln, ad esempio, faranno man bassa in Lombardia, tra le regioni più avanzate tecnologicamente, mentre 126 mln di tagli sia Lazio che Campania dovranno lasciare per strada come risparmi per le stesse voci, sempre in maniera lineare, anche se nel loro caso la sofisticatezza tecnologica è ancora un'avventura spesso

del terzo tipo. Senza scordare però, per tutte le regioni, che al capitolo appalti senza rete nessuno può chiamarsi fuori da un'operazione trasparenza tanto più necessaria in un settore come la sanità che "muove" 110 mld di spesa pubblica e altri 30 mld almeno di spesa privata degli italiani.

Ma sono tagli o no? Il Governo insiste nel negarlo, le regioni (anche se solo in poche si spongono) lo confermano. Perfino il neo governatore pugliese Michele Emiliano, un Pd atipico, ieri ha attaccato la ministra **Beatrice Lorenzin**: avrebbe dovuto dimettersi per essere stata «scavalcata» dal Governo nell'inserimento dell'intesa con i tagli all'interno del decreto Enti locali. Stessa richiesta da Luca Zaia (Veneto) con annessa proposta di suggerimenti (i costi standard e il modello veneto) al commissario per la spending Yoram Gutgeld. Apriti cielo: stizzita a stretto giro la replica del partito della ministra, l'Ncd: «Tutto deciso con le regioni». E stessa posizione, nel pomeriggio, hanno ribadito alla Camera i parlamentari del Pd, con Federico Gelli, in particolare, responsabile sanità, al termine del question time che è andato in onda a Montecitorio e che aveva per oggetto le intenzioni del Governo sulla sanità con la prossima manovra.

Ma sono reali le ipotesi di 10 mld di tagli per i prossimi anni circolate sulla stampa in queste infuocate giornate di fine luglio? **Beatrice Lo-**

renzin, nel rispondere al question time, ha negato tutto, e rilanciato. Invocando un «centralismo illuminato». «Siamo di fronte a un'intervista giornalistica travisata e non data da me e, lo voglio ribadire come ministro, non ci sarà nessun taglio di 10 miliardi al Fondo sanitario nazionale». Piuttosto, secondo **Lorenzin**, l'Ssn richiede efficienza, trasparenza ed equità. Obiettivi da centrare attuando la «mappa di interventi» prevista dal Patto per la salute siglato un anno fa, sempre con le Regioni. La ministra ricorda il già fatto: «Le norme per ottimizzare il Ssn - ha spiegato ancora - sono già state approvate e ogni mese adottiamo misure, decreti attuativi o provvedimenti in Conferenza Stato-Regioni». Corruzione, sprechi e inappropriata, è la promessa, saranno combattuti anche grazie alle nuove regole per i commissari delle regioni in piano di rientro, per la nomina dei manager di ospedali senza più sul collo il fiato dei partiti. Ricette già sentite, chissà se questa volta funzioneranno. Ma la ministra sembra incalza-

re anche l'Economia, in vista della legge di Stabilità 2016: «Basta con riforme ragionieristiche e tagli lineari. In questi anni sono stati tagliati alla sanità 25 miliardi: ora lavoreremo sul fronte della qualità delle prestazioni. Partendo da un dato: il nostro Ssn è tra i migliori al mondo. Vanno potenziati i servizi offrendo ai cittadini cure adeguate e colmando il gap Nord-Sud». Altre assicurazioni, ha ripeté il ministro nei confronti dei medici, che però sono sempre sugli scudi: «Niente di punitivo nei loro confronti» giura Lorenzin. Rimandan-

do al pacchetto sulla responsabilità professionale che finirà nella manovra 2016.

Intanto, non solo le regioni rifanno i conti: dal mondo delle imprese Assobiomedica (dispositivi medici), ieri ha rilanciato: «È a rischio l'universalità del Ssn, gli ospedali non avranno risorse per investire in tecnologie innovative». Si teme una «tassa del 6% sul fatturato per le nostre imprese», sostiene Assobiomedica. Sul piatto anche il rischio di «perdere migliaia di posti di lavoro qualificati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



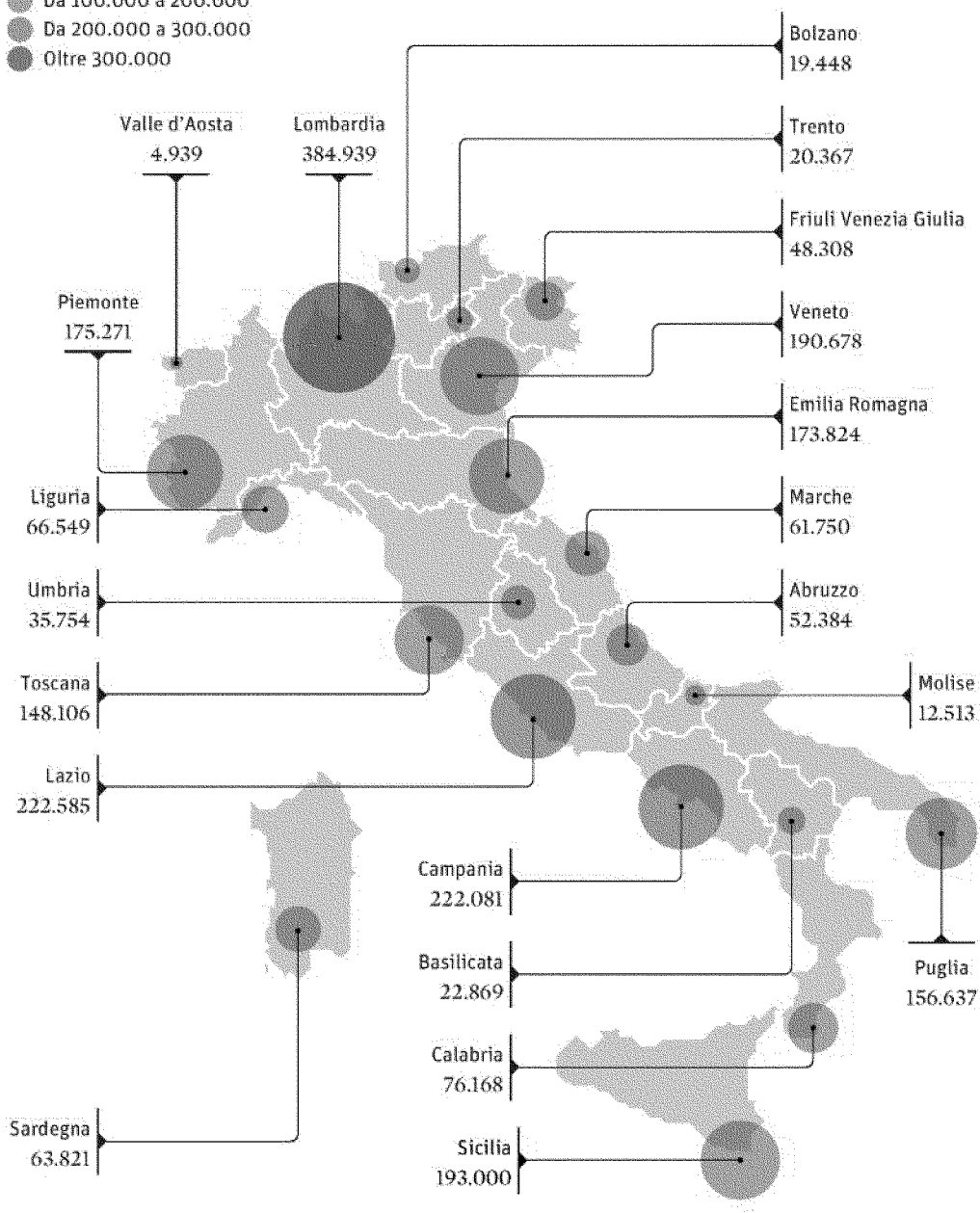
Spesa sanitaria

● La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie. La spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia ammonta nel 2012 a circa 111 miliardi di euro, pari al 7 per cento del Pil e a 1.867 euro annui per abitante. Su base nazionale, il 36,4 per cento della spesa sanitaria pubblica corrente è destinato a servizi in regime di convenzione, mentre ben oltre la metà (57,0 per cento) riguarda la fornitura di servizi erogati direttamente

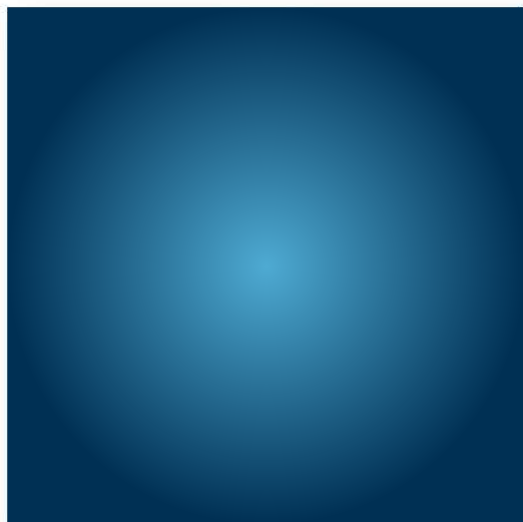
La mappa dei risparmi

Ripartizione in migliaia di euro

- Da 0 a 100.000
- Da 100.000 a 200.000
- Da 200.000 a 300.000
- Oltre 300.000



TOTALE ————— 2.352.000



Associazione **Sanità Privata Accreditata Territoriale**

Notizie dalle Province



Le questioni della sanità

Ospedali, scatta lo sciopero dell'assistenza

Rivolta degli ausiliari di Maddaloni, Marcianise e San Felice a Cancellò**Giuseppe Miretto**

MADDALONI La misura è colma: le corsie continuano a essere sguarnite di personale ausiliario, troppo vuote per garantire servizi dignitosi. Quindi è sciopero. Dalle ore otto alle 20 di venerdì 31 non saranno più garantiti i servizi essenziali: trasporto barelle, assistenza ai degenti. E poi ancora cura alberghiera dei reparti, servizi giroletti, igiene e assistenza per i pazienti allettati o con mobilità limitata, nonché le attività di ausilio agli infermieri. Si agitano gli addetti ai servizi basilari, e proprio per questo essenziali, condannati, da anni, grazie all'esternalizzazione forzata, ad un precariato selvaggio, spinto, permanente e al ribasso. Epicentro della mobilitazione gli ospedali di Maddaloni, Marcianise e San Felice a Cancellò, i tre nosocomi inspiegabilmente esclusi dai benefici pianificati dall'Asl. Se il sogno di ogni ausiliario è arrivare a 100 ore, a Maddaloni gli Oss restano lontanissimi dalla soglia minima delle 90 ore (a fronte delle 83 erogate); a Marcianise poi gli ausiliari possono garantire appena 75 ore. Ma questa volta non c'è geografia sanitaria che tenga: lo sciopero sarà generale e coinvolgerà pure i presidi i presidi di Sessa Aurunca, Aversa, Santa Maria Capua Vetere che avevano beneficiato del provvedimento licenziato la scorsa primavera.

Le segreterie provinciali dei sindacati lanciano un allarme globale: «La prima giornata di sciopero contro la mancanza di confronto con la controparte». La nota unitaria, firmata dalla Cisl-Fp (Cristiani), Cgil-Fp (Pgliese), Uil-Fpl (Diana) Fials (Stabile), Fsi (Di Lucia) non ammette repliche: «Nonostante i tentativi di conciliazione e la richiesta di un incontro urgente, per la risoluzione dei pagamenti arretrati e dell'adeguamento degli orari non c'è

stato nessun riscontro». È braccio di ferro con l'Ati Aido-Pellicano-Cons. Filipendo che gestisce gli ausiliari esternalizzati. Ma la pressione forte è esercitata anche sul commissario straordinario dell'Asl Gaetano Diezzo, in qualità di struttura appaltante e garante dei servizi. È un pressing a tutto campo per ottenere garanzie sui pagamenti arretrati e soprattutto

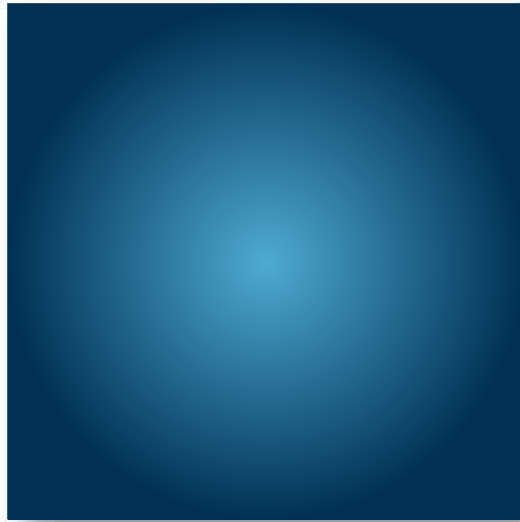
L'astensione
Andrà dalle ore 8 alle 20 di venerdì 31 luglio
Servizi essenziali non garantiti

la fine del precariato. Una posizione guardata con simpatia a attenzione anche dai medici e dagli infermieri sui quali si scaricano tutti i disservizi conseguenti ad una mancanza adeguata di copertura dei servizi ausiliari. In gioco, al di là dell'eterna disputa sulla precarietà prodotta dall'esternalizzazione dei servizi, c'è la difesa dei livelli essenziali di assistenza (Lea). Ora, nonostante la fisiologica contrazione estiva che svuota i reparti, paradossalmente aumenta la richiesta di Oss. Il caldo, la presenza di lungodegenti e di pazienti allettati rendono necessaria una copertura capillare delle corsie e una rimodulazione della distribuzione del personale Oss partendo dal numero di operatori socio sanitari a supporto degli infermieri, degli addetti all'utilizzo e alla gestione delle barelle. «Bene la mobilitazione - punga la Franco D'Angelo della Cisl - ma i disagi non finiranno finché non si avrà il coraggio di puntare sulla professionalità. Invece di puntare sempre sul precariato al ribasso con la proliferazione sempre in concomitanza degli appuntamenti elettorali. Si abbia il coraggio di dire la verità: si valorizzino i precari storici con alle spalle sette anni di anzianità».



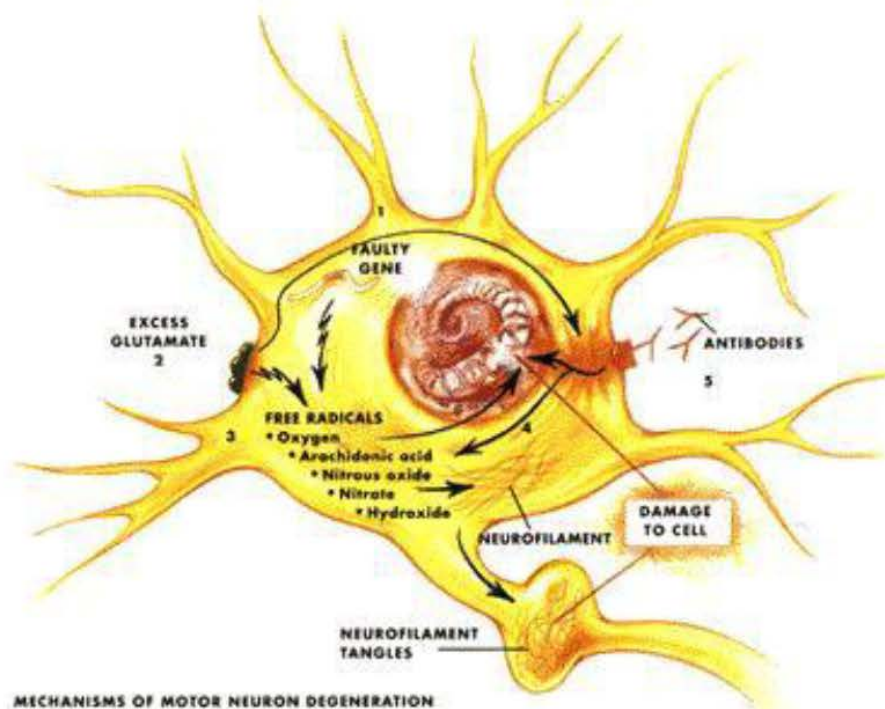
Il contagio
Ausiliari: l'agitazione coinvolge anche Aversa, Santa Maria e Sessa





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Alzheimer, una molecola ritarda la progressione

LA SCOPERTA

Il primo farmaco in grado di rallentare il morbo di Alzheimer potrebbe essere di un paio d'anni dopo i risultati positivi dei test clinici, che mostrano una riduzione del declino mentale di un terzo. Risultati raggiunti in persone con sintomi iniziali e lievi di malattia, ha annunciato Eli Lilly, l'azienda produttrice di solanezumab, la molecola su cui sono riposte ora tante speranze contro il morbo ruba-memoria.

Per la prima volta un farmaco si è mostrato efficace nel modificare i processi alla base della malattia, e non solo nell'agire sui sintomi rallentando il declino cognitivo. Gli studi clinici sono ancora in corso e non termineranno prima della fine dell'anno.

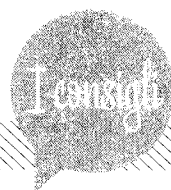
I TEST

«Non stiamo parlando di uno studio condotto sui topi, ma su malati. E questo conta», commenta Richard Morris, professore di Neuroscienze all'università di Edimburgo. La morte delle

cellule cerebrali nei pazienti affetti da Alzheimer, spiegano i ricercatori, è attualmente inarrestabile ma la nuova molecola «potrebbe essere in grado di mantenerle vive». Le terapie attualmente disponibili, infatti, agiscono sui sintomi della demenza, aiutando le cellule cerebrali morenti a funzionare. La nuova molecola, al contrario, attacca le proteine deviate che si formano nel cervello colpito dalla malattia.

Una prima sperimentazione della molecola, nel 2012, sembrò portare ad un fallimento. Successivamente, però, i ricercatori hanno raccolto elementi che indicavano la possibile efficacia della molecola su pazienti allo stadio iniziale. Il trial clinico ha seguito 1.322 malati per 3 anni e mezzo: il farmaco ha ridotto di un terzo il declino mentale rispetto al placebo. Si aspettano ora i risultati della fase 3.

È stato dimostrato che i pazienti che hanno assunto il farmaco più a lungo hanno avuto maggiori benefici. «Se questi risultati saranno replicati - è il commento



No al fumo

» No al fumo, aumenta il rischio di demenza: riduce la quantità di sangue che va al cervello.

Dormire 7 ore

» Camminare a passo svelto per 40 minuti, tre volte a settimana. E dormire 7 ore ogni notte.

Noci e frutta secca

» Abbondare in verdure, legumi, frutta, cereali integrali. E poi noci e frutta secca.



MALATA Anche la Lady di ferro

di Eric Karran, direttore Ricerca dell'Alzheimer's Research UK - allora penso che si tratterà di un grandissimo passo avanti» Anche in Italia il numero dei casi di Alzheimer è in continua crescita. Ogni dieci minuti un italiano si ammala ma solo 800mila sono censiti. Questo soprattutto perché il 46% dei medici afferma che l'Alzheimer è sottostimato a causa dell'assenza di test specifici e definitivi. Limiti che portano ad una mancata diagnosi iniziale nel 43% dei casi e che avviene solo quando è già ad uno stadio molto avanzato o grave.

R.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORSA AI NUOVI FARMACI

La rivoluzione del colesterolo

C'è una nuova generazione di farmaci capaci di dimezzare il colesterolo cattivo, fattore di rischio per ictus e infarti. Corsa delle aziende di Big Pharma alla vendita.

COS'È

Il colesterolo viene trasportato nel sangue da una classe particolare di particelle, le lipoproteine, classificate in base alla densità. Le più importanti sono **Ldl** e **Hdl**.

Ldl o lipoproteine a bassa densità: trasportano il colesterolo sintetizzato dal fegato alle cellule del corpo (da qui il nome colesterolo «cattivo»)

Hdl o lipoproteine ad alta densità: rimuovono il colesterolo in eccesso dai diversi tessuti e lo trasportano nuovamente al fegato, che poi lo elimina (colesterolo «buono»)

I DANNI ALLA SALUTE

1 Quando è presente in eccesso, il **colesterolo Ldl** tende a depositarsi sulla parete delle arterie, provocandone ispessimento e indurimento progressivi (*aterosclerosi*)

2 Col passare del tempo il continuo deposito di **colesterolo Ldl** porta alla formazione di placche, che ostacolano il flusso sanguigno e possono addirittura bloccarlo

Quando il cuore non riceve abbastanza sangue ricco di ossigeno, si può sviluppare l'**angina pectoris**, **ischemie cerebrali transitorie (Tia)**. Inoltre, le placche possono staccarsi e formare un trombo, che può indurre un **infarto** o un **ictus**

flusso di sangue normale

accumulo di colesterolo

placca aterosclerotica

flusso di sangue ridotto

La parola

COLESTEROLO

È una molecola prodotta in parte dall'organismo e in parte assimilata con la dieta. È indispensabile per il corretto funzionamento dell'organismo. Forma le membrane cellulari, partecipa alla produzione di ormoni della crescita e contribuisce al metabolismo dei grassi. L'ipercolesterolemia è uno dei più grandi fattori di rischio coronarico

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La corsa per vendere i nuovi farmaci abbatti-colesterolo

Le iniezioni che lo dimezzano. In Italia entro un anno

La vicenda

● Almeno tre multinazionali del farmaco stanno per lanciare nuovi prodotti in grado di dimezzare la presenza nell'organismo del cosiddetto «colesterolo cattivo» con un semplice ciclo di iniezioni

● Due di quei prodotti potrebbero approdare anche in Italia entro un anno. Il dubbio è però legato ai costi del nuovo farmaco che rispetto a quelli già in commercio è cento volte superiore

MILANO Anti-PCSK9: sigla enigmatica che, tradotta in soldoni, identifica una nuovissima generazione di farmaci capaci di ridurre della metà il cosiddetto colesterolo cattivo, quel colesterolo Ldl che si deposita nelle arterie e predispone a infarti e ictus. In arrivo, anche in Italia. Queste nuove molecole funzionano quando falliscono le statine, ormai in voga da molti anni (e comunque sempre efficaci, in molti pazienti) che agiscono contrastando la produzione di colesterolo da parte del fegato.

Perché se è vero che il colesterolo si trova in molti alimenti (formaggi e insaccati, per esempio) e aumenta nell'organismo come conseguenza di una dieta ricca di questo grasso, è altrettanto vero che viene anche prodotto dall'organismo stesso, a volte per difetti genetici (si chiamano ipercolesterolemie familiari). Quindi, per combattere il colesterolo prima si consiglia la dieta, poi le statine e, se i livelli nel sangue rimangono molto elevati, da ora in poi si potrà ricorrere a questi nuovi farmaci. Gli anti-PCSK9 appunto.

Sono anticorpi monoclonali e funzionano perché bloccano un enzima che impedisce al-

220**Milioni**

Le persone che hanno disturbi legati al colesterolo nel mondo

10**Milioni**

Gli italiani che sono alle prese con i valori alti di colesterolo

250**Mila**

Gli italiani con ipercolesterolemia familiare per la Società Europea di Cardiologia

l'organismo di eliminare l'Ldl, il colesterolo cattivo (l'Hdl, invece, o colesterolo buono, aiuta a proteggere le arterie) e lo riducono, appunto, del 50 per cento. A differenza delle statine, però, devono essere somministrati per iniezione (una o due volte al mese a seconda del tipo di farmaco) e non per bocca.

Al momento se ne contano tre in corsa per arrivare sul mercato. E così si è scatenata la «guerra delle aziende» come ha appena raccontato il quotidiano francese *Le Monde*. Anche perché stanno scadendo i brevetti delle statine e il business nel campo degli anticolesterolo dipende da questi nuovi farmaci che saranno protagonisti al prossimo congresso europeo di cardiologia (l'Esc) in programma a Londra a fine agosto.

In pole position ci sono l'alirucumab dell'azienda francese Sanofi (che ha appena ottenuto l'autorizzazione alla commercializzazione negli Usa da parte della Fda, l'ente americano per il controllo dei farmaci, e dell'EmA, l'analogo europeo) e l'evolcumab dell'azienda americana Amgen (appena approvato in Europa e prossimamente negli Usa), e un terzo, del-

l'americana Pfizer, il bococizumab. Entro un anno i primi due dovrebbero essere disponibili anche in Italia.

Ma non saranno indicati per tutti coloro che hanno il colesterolo alto: si attendono le indicazioni, caso per caso, delle autorità. E così la partita si gioca sugli studi clinici che dovranno dimostrare in quali pazienti questi farmaci funzionano meglio non solo nel ridurre il colesterolo, ma anche nel diminuire la mortalità per malattie cardiovascolari. E dovranno dimostrare la sicurezza per gli effetti collaterali.

«Gli studi dimostrano che questi farmaci hanno un profilo di sicurezza migliore delle statine — commenta Alberico Catapano, presidente dell'European Atherosclerosis Society — perché non hanno effetti negativi su muscoli e fegato. Sono farmaci innovativi e molto interessanti, ma ancora da studiare. Per ora non possono essere considerati un'alternativa alle statine, ma un'aggiunta». Poi, come sempre, c'è il problema legato alla questione dei prezzi: i nuovi anticolesterolo costano cento volte più delle statine. Gli studi di farmaco-economia dovranno stabilire se il loro costo vale il beneficio nel ridurre la mortalità per malattie cardiovascolari.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La ricerca **Vitamina D per il cuore**

La carenza di vitamina D è non solo associata a un aumentato rischio di infarto e insufficienza cardiaca acuta, ma ne peggiora anche gli esiti e le conseguenze. La conferma arriva da

uno studio del Centro Cardiologico Monzino, condotto su 814 pazienti ricoverati con infarto miocardico e pubblicato sulla rivista scientifica **Medicine**.