



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Assistenza disabili i centri specialistici pronti alla serrata

Contestata la ripartizione dei fondi Le strutture avvertono l'Asl Na2 pochi soldi per le cure domiciliari «Chiusura da lunedì prossimo»

LO SCONTRO Ettore Mautone

Tetti di spesa e assistenza ai disabili, centri accreditati in rivolta: stop alla firma dei contratti con le Asl e chiusura a oltranza delle strutture a partire da lunedì 2 luglio. Una misura, quest'ultima, che per ora riguarda la sola Asl Napoli 2 nord ma che presto potrebbe contagiare anche altre province. Dove nasce la protesta? «Non è una questione di budget - avverte Ciro Salzano, presidente Fras protagonista della serrata - ma di metodologia e di corretta programmazione. Se andassimo avanti dovremmo erogare per circa 6 mesi all'anno prestazioni ambulatoriali e domiciliari che riguardano soprattutto minori, a fronte di un budget che invece è largamente esuberante rispetto al necessario per un regime assistenziale (convitto e semiconvitto) che resta sostanzialmente inutilizzato. La mancata firma ai contratti comporta la sospensione dei pagamenti. Siamo dunque costretti a chiudere i battenti».

IL DIALOGO

Una posizione più dialogante è assunta invece dal portavoce delle associazioni di categoria Pierpaolo Polizzi, presidente Aspat, che nel decreto n. 41 pubblicato nei giorni scorsi dalla struttura commissariale vede anche aspetti positivi: «Effettivamente - spiega Polizzi - la Regio-

ne ha ridotto il divario che avevamo segnalato in alcune Asl (Avellino, Caserta e Salerno). Riconosciamo inoltre la validità dei tetti di spesa per singola struttura, il monitoraggio dell'appropriatezza, l'incremento

degli accenti mensili sui pagamenti (passati dal 90% al 95%) e l'eliminazione della mensilizzazione. Ma l'incremento di 6 milioni sbandierato dalla Regione per questa area assistenziale si rivela virtuale perché se la coperta si allunga nella porzione di letto dove non c'è nessuno lascia all'addiaccio una fetta di utenza che assorbe assistenza per più del doppio (circa 14 milioni). La prima cosa da fare, sarebbe tirare le somme inutilizzate dal versante scoperto».

I MINORI

Ad essere danneggiati sono soprattutto i minori (età evolutiva) assistiti per più volte a settimana per attività che vanno dalla psicoterapia alla logopedia alla riabilitazione motoria e cognitiva. Un epilogo imprevisto in un settore in cui De Luca aveva puntato nelle settimane scorse, annunciando l'incremento di budget per appunto 6 milioni. Dagli uffici di palazzo Santa Lucia ribattono che una buona fetta delle prestazioni non finanziate sarebbero inappropriate mentre le risorse inutilizzate dovrebbero servire ad accelerare le riconversioni di alcuni centri in Rsa e hospice. Riconversioni in molti

casi già in porto. Del resto proprio De Luca, con una circolare emanata a novembre del 2007, a correzione dell'operato del suo predecessore Joseph Polimeni, aveva chiesto ai manager delle Asl di riequilibrare le risorse a vantaggio delle attività domiciliari e ambulatoriali. Una flessibilità che ora, per decreto, viene invece negata. Che non sia soltanto una questione di budget è provato a Caserta: qui il semplice dirottamento della quota di assistenza finanziata (ma inutilizzata per 2,4 milioni) sui setting assistenziali domiciliari e ambulatoriali, consentirebbe di far quadrare i conti senza aggiungere un solo euro.

I CONTRATTI

Intanto proprio sui contratti al palo, tra accreditati e le Asl, De Luca ha chiesto ai manager un'accelerata per concludere la partita entro il 7 luglio, data di convocazione a Roma del tavolo di verifica con i ministeri che vigilano sul piano di rientro. Difficilmente i tempi saranno rispettati. Lo scontento serpeggia anche in altri ambiti assistenziali in accreditamento. Come le Case di cura dove la penalizzazione di alcune strutture, tra cui grandi realtà dotate di pronto soccorso ha frenato il via libera alle intese biennali sebbene ufficialmente, l'associazione di categoria (Aiop) abbia fatto scattare da tempo il disco verde all'accordo.

**«LA MANCATA FIRMA
DEI CONTRATTI
COMPORTE LO STOP
DEI PAGAMENTI
E SIAMO COSTRETTI
A FERMARE LE ATTIVITÀ»**

**PENALIZZATI
DALL'ASSENZA
DI RISORSE
SOPRATTUTTO
I MINORI IN ETÀ
EVOLUTIVA**


Inumeri

Solo nell'area nord 38mila prestazioni

Sono circa 17mila le prestazioni di riabilitazione dell'handicap erogate ambulatorio, mentre 38mila quelle effettuate a domicilio (prevalentemente destinate a bambini nell'età evolutiva), programmate dalla Regione Campania in difetto rispetto a quanto necessario nella Asl Napoli 2 nord. Livelli di assistenza assicurati dalla Asl di Frattamaggiore sin dal 2016. Qui ammontano invece a circa 3,1 milioni di euro le risorse che vanno a coprire una fascia di attività (convitto e semiconvitto, ossia ricoveri lunghi) che ha scarsa richiesta e dunque sottoutilizzata. Fondi che però torneranno intatti nelle casse di Palazzo Santa Lucia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nuovo Ordine Professioni Sanitarie: dal 1° luglio scatta l'obbligo di iscrizione ai nuovi albi

 sanitainformazione.it/lavoro/nuovo-ordine-professioni-sanitarie-dal-1-luglio-scatta-l-obbligo-di-iscrizione-ai-nuovi-albi/

June 28, 2018

Lavoro 28 giugno 2018

L'obbligo di iscrizione al maxi-Ordine delle Professioni sanitarie riguarda circa 250mila operatori interessati e prevede una procedura telematica attraverso un portale dedicato

di [Viviana Franzellitti](#)

Il decreto attuativo del Ministero della Salute del 13 marzo 2018 ha istituito **i 17 nuovi albi** delle professioni sanitarie, come previsto dalla riforma degli ordini (*Legge Lorenzin n. 3/2018*). I nuovi albi delle professioni sanitarie entreranno a far parte del **maxi Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione** (Federazione Nazionale Ordini Tsr-Pstrp) e si aggiungeranno a quelli già esistenti dei **Tecnici sanitari di radiologia** (Tsr) medica e degli **Assistenti sanitari**.



LEGGI ANCHE: **DDL LORENZIN APPROVATO IN VIA DEFINITIVA AL SENATO: ISTITUITE PROFESSIONI SOCIO SANITARIE**

Riunire in **un solo ordine** un numero così elevato di professioni sanitarie non è semplice; mantenere una coesione interna ed attuare un'obbligatoria distinzione delle differenti specificità professionali è la sfida a cui il super ente professionale è chiamato a rispondere.

Secondo le stime, sono **250mila** i professionisti sanitari chiamati a iscriversi, dal 1 luglio 2018, ai rispettivi albi di appartenenza: dal **logopedista al dietista, dell'educatore professionale al tecnico della riabilitazione psichiatrica fino ad arrivare all'igienista dentale**: per poter esercitare le professioni sanitarie indicate è obbligatoria l'iscrizione all'albo. In che modo? L'iscrizione avverrà attraverso il portale dedicato: il professionista dovrà registrarsi inserendo i dati anagrafici, il titolo formativo e l'indicazione dell'Albo cui intende iscriversi. Questa autocertificazione andrà stampata, firmata, scansionata e caricata sul portale con documento di identità e poi sarà valutata dagli Ordini territoriali dei tecnici sanitari di radiologia medica insieme ai rappresentanti delle associazioni delle altre categorie (Ramr).

LEGGI ANCHE: **PROFESSIONI SANITARIE, FIRMATO IL DECRETO SULLE PROCEDURE ELETTORALI DEGLI ORDINI**

A questo punto, la pratica sarà inviata al **Consiglio direttivo dell'Ordine territoriale** di riferimento per ulteriori verifiche. Arrivato il via libera, il professionista dovrà stampare il modulo di autocertificazione verificato, apporre la marca da bollo da 16 euro ed effettuare tutti i pagamenti richiesti: **tassa di concessione governativa** (168 euro) e **tassa di iscrizione annua** (da 80 a 120 euro). Le ricevute andranno caricate sul portale insieme alla foto per il tesserino.

Come precisato sul sito della **Federazione**, l'esercizio di una professione sanitaria in assenza dell'iscrizione al relativo albo si configura come **abusivo**, perseguibile ai sensi dell'art. 348 del codice penale, così come modificato dall'art. 12 della legge 3/2018.

LEGGI ANCHE: **OSTEOPATIA E CHIROPRACTICA SONO PROFESSIONI SANITARIE? DE SENA (SIMMFIR): «LA LEGGE C'È, MANCANO I DECRETI ATTUATIVI»**

TAGS

[albiFederazione Nazionale Ordini Tsr-PstrpOrdinilegge lorenzinprofessioni sanitarie](#)

[Articoli correlati](#)

[Vaccini, 1° Regione in Italia per copertura morbillo](#)

Il Lazio è l'unica Regione italiana ad aver superato il 95% della copertura vaccinale per il morbillo nella fascia d'età 0-24 mesi. Come si legge sul sito della Regione, nel Lazio è disponibile l'Anagrafe Unica Vaccinale alla quale, ad oggi, risultano registrati 3.100 scuole e istituti per un numero di alunni complessivo pari a oltre 313 mila che [...]



[di Redazione](#)

[Professioni sanitarie, firmato il decreto sulle procedure elettorali degli Ordini](#)

Il Ministro della salute Beatrice Lorenzin ha firmato il secondo decreto attuativo della legge Lorenzin, che tra le altre disposizioni, rinnova il sistema ordinistico delle professioni sanitarie. Il decreto disciplina le procedure per la composizione dei seggi elettorali e le procedure di svolgimento delle elezioni per il rinnovo degli Ordini delle professioni sanitarie, in modo tale [...]

[di Redazione](#)

[Morbillo, cresce la mortalità: 2 decessi e 164 casi dall'inizio del nuovo anno. Il 93% non era vaccinato](#)

«A gennaio il trend di mortalità è molto aumentato, con un morto ogni 80 casi. La regione più colpita nel 2018 è la Sicilia» dichiara Massimo Andreoni, Professore Ordinario di malattie Infettive della Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli studi di Roma Tor Vergata

[di Redazione](#)

[Legge Lorenzin, Nausicaa Orlandi \(Presidente Consiglio Nazionale dei Chimici\): «Riconosciuta valenza dei Chimici per tutela della salute»](#)

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della Legge Lorenzin, si apre una nuova era per i Chimici italiani. La Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 ("Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute") porterà dal 15 febbraio 2018, [...]

[di Redazione](#)

[Biologi tra le professioni sanitarie, soddisfatto il Senatore D'Anna \(Presidente Ordine Nazionale Biologi\)](#)

Sulla Gazzetta Ufficiale del 31 gennaio 2018 è stato pubblicato il Ddl Lorenzin che, tra i vari punti, prevede l'inserimento dei biologi tra le professioni sanitarie. «Con la pubblicazione – spiega il senatore Vincenzo D'Anna, presidente dell'Ordine Nazionale dei Biologi – si conclude un lungo iter parlamentare che sancisce definitivamente l'importante ruolo che hanno i biologi [...]

L'ALLARME Appena 10 anni fa la percentuale era del 10% Tumore rene, 1 paziente su 4 ha meno di 50 anni

Il tumore del rene è una malattia che interessa sempre più i giovani, il 25% dei pazienti ha meno di 50 anni al momento della diagnosi. Solo dieci anni fa questa percentuale non raggiungeva il 10%. La neoplasia può essere correlata a stili di vita scorretti come fumo, dieta non equilibrata ed eccesso di peso. Eliminare le sigarette può ridurre del 20% la probabilità di sviluppare un adenocarcinoma. Un consumo di grassi animali può essere una concausa mentre una dieta ricca di vegetali potrebbe avere un ruolo protettivo anche nei confronti del carcinoma renale. Per questo l'Associazione Italiana di Oncologia Medica ha lanciato una campagna educativa che si è articolata nella realizzazione di un sito e una attività on line sui social media, distribuzione di opuscoli e altro materiale informativo e un convegno nazionale presso il Ministero della Salute. Tutte queste iniziative sono state realizzate grazie al supporto non condizionato di Ipsen.

«Abbiamo voluto insegnare ai cittadini di ogni fascia d'età come stare alla larga da una neoplasia ancora poco conosciuta - ha spiegato Carmine Pinto, Presidente Nazionale Aiom - In particolare ci siamo rivolti a quelle persone che devono essere considerate particolarmente a rischio. Chi ha parenti di primo grado affetti da carcinoma può avere una maggiore probabilità di essere colpito dal tumore rispetto alla popolazione generale. Adesso vogliamo concentrarci sugli over 65 e dobbiamo insegnare loro come riconoscere i campanelli d'allarme. Più della metà delle diagnosi è, infatti, casuale e avviene di solito tramite un'ecografia addominale eseguita per altri motivi. I principali sintomi sono sangue nelle urine, dolore al fianco e presenza di una massa palpabile a livello addominale. E, come nel passato, andremo ad incontrare gli anziani sul territorio per tenere speciali lezioni di salute».

Quest'anno il tumore del rene colpirà circa 13.600 italiani (9.000 uomini e 4.600 donne). Grazie a terapie sempre più "personalizzate" e alle diagnosi

precoci, sette pazienti su dieci riescono a sconfiggere la malattia. «Se riusciamo a intervenire durante le prime fasi della patologia allora i tassi di sopravvivenza superano il 50% - ha affermato Giacomo Carteni, Direttore dell'Oncologia Medica del Cardarelli di Napoli - Negli ultimi anni è stata sviluppata una nuova classe di farmaci a bersaglio molecolare che hanno la capacità di colpire obiettivi cellulari precisi e impedire la crescita del cancro. Possono svolgere, per esempio, un'azione anti-angiogenica riuscendo a fermare la formazione di vasi sanguigni. Tra questi abbiamo nuovi inibitori tirosin-chinasi come cabozantinib, che hanno dimostrato di essere particolarmente efficaci anche per i pazienti in fase metastatica. In Italia tale molecola sta finalizzando l'iter per la rimborsabilità con l'Agenzia Italiana del Farmaco. Più armi a disposizione che vanno inserite in una strategia di cura che vede chirurgia, farmaci orali TKI multitarget, immunoterapia.



Tutto questo per rendere sempre più "cronica" una malattia neoplastica come il carcinoma renale avanzato».

Un altro pericolo per i pazienti è rappresentato dall'ipertensione arteriosa. «Chi ne soffre corre un maggiore rischio di sviluppare un carcinoma del rene rispetto a un normoteso - ha aggiunto Claudio Cricelli, Presidente Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, che sostiene la campagna Aiom - È una tipica condizione che contraddistingue la terza età, interessa un italiano su tre e si tratta di uno degli aspetti che noi medici di famiglia dobbiamo costantemente tenere monitorato. Le patologie cardiovascolari e le neoplasie renali sono strettamente collegate ed è possibile evitarle entrambe seguendo gli stessi semplici accorgimenti come non fumare, limitare il più possibile il consumo di bevande alcoliche, svolgere regolarmente attività fisica e seguire sempre una dieta sana ed equilibrata. Non è mai troppo tardi per conoscere e mettere in pratica le regole della prevenzione».

IN FASE DI CRESCITA NECESSARI LIVELLI MINIMI

Vitamina D, carente il 60% dei bambini

Diversi studi riportano che la percentuale di donne in post-menopausa con mancanza di vitamina D è variabile tra il 65 e il 75% mentre, secondo le ultime statistiche, ben 6 bambini su 10 ne sono carenti, chi in forma lieve e chi in maniera più seria. «L'ipovitaminosi D si manifesta con il rachitismo in età infantile, con dolori ossei nelle fasi di crescita degli adolescenti e con dolori muscolari e fratture da fragilità negli anziani», spiega Sergio Gigliotti, Presidente di Ason, associazione di specialisti ortopedici, fisiatri e reumatologi operanti sul territorio. Le malattie muscolo-scheletriche croniche dell'anziano quali osteoporosi, artrosi e sarcopenia sono state al centro del Congresso Ason, durante il quale Michael Holick, endocrinologo dell'Università di Boston, ha dedicato un focus specifico alla carenza di vitamina D, ormai epidemica nel mondo occidentale, non solo negli anziani ma spesso anche nei giovani e negli adulti. «Numerosi studi del professor Holick - illustra Sergio Gigliotti - hanno evidenziato che la carenza di vitamina D è associata ad altre malattie quali il diabete di tipo 2, la sclerosi multipla e la demenza senile. Pertanto il mantenimento di un livello ottimale di questa vitamina nel sangue, attraverso l'esposizione solare in orari ben precisi e la costante supplementazione alimentare, è un obiettivo terapeutico che lo specialista territoriale deve porsi sempre, indipendentemente dall'età dei pazienti afferenti al suo ambulatorio». In particolare, contro l'osteoporosi nell'anziano, gli specialisti Ason ricordano quelle che devono essere le 5 regole d'oro da seguire: mantenere nel sangue valori normali (superiori a 30 ng/ml) di vit. D (25 OH); assicurarsi un sufficiente apporto alimentare di calcio: 800-1000 mg al giorno; praticare 50 minuti di attività fisica aerobica di moderata intensità, per 3 volte a settimana; in primavera ed estate, esporsi per un'ora al giorno alla luce del sole, con gambe e braccia scoperte; sottoporsi, almeno una volta, a una valutazione strumentale del rischio di frattura.

La supplementazione nutrizionale, unita a un'adeguata attività fisica, è un presidio terapeutico indispensabile anche nella sarcopenia, malattia caratterizzata dalla perdita di massa e forza muscolare che espone il soggetto anziano a un deterioramento di alcune funzioni quali la stabilità posturale, l'autonomia deambulatoria, l'omeostasi glucidica e il trofismo osseo. «È difficile determinare la prevalenza esatta di questa patologia - ricorda Debora Rasio, oncologa e nutrizionista dell'Università La Sapienza di Roma - ma alcuni dati preliminari riferiti ad anziani che vivono nelle case di riposo indicano che il 70% degli uomini e il 35% delle donne presenta sarcopenia».

«L'Italia è, insieme al Giappone, il Paese più longevo al mondo - conclude Gigliotti - Identificare e curare la fragilità, primo marker dell'invecchiamento, è pertanto una priorità di cui tutti i medici, specialmente se operanti sul territorio, devono tener conto».

quotidianosanita.it

Venerdì 29 GIUGNO 2018

Aggressioni in sanità. Linee di azione in tre aree e applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza del lavoro

Le linee di azioni dovranno indirizzarsi in tre aree, l'area safety, l'area security e l'area comunicazione e psicologica. Necessarie poi nuove raccomandazioni e indicazioni che dovranno essere richiamate e sviluppate obbligatoriamente nel Documento della Valutazione dei Rischi. Di tutto questo se ne è parlato a margine dell'iniziativa nazionale promossa da Federsanità Anci a Firenze

"In un Paese civile non è possibile che un lavoratore pubblico, svolga la propria attività lavorativa in compagnia di un familiare o addirittura assolva a proprie spese una guardia particolare giurata, per garantirsi la sicurezza fisica durante il turno di lavoro". E' quanto ha dichiarato in maniera sempre più allarmata **Filippo Anelli**, presidente FNOMCeO a margine dell'iniziativa nazionale promossa da Federsanità ANCI a Firenze "Sugli scenari e prospettive a quarant'anni dell'istituzione del SSN", ritornando sul fenomeno che non tende a ridursi, delle aggressioni e violenze agli operatori della sanità.

"Non è possibile, ha aggiunto il rappresentante dei medici italiani, tollerare che da oltre un anno da quando sono scoppiati in maniera eclatante tali drammatici episodi pochissimo è stato fatto per rendere decorsi, ma soprattutto sicuri, i presidi di guardia medica e continuità assistenziale dislocati sul nostro territorio".

A fargli eco è stata la presidente Federsanità Anci **Tiziana Frittelli** che ha rincarato la dose richiamando l'attenzione delle direzioni strategiche delle ASL "a fare uno sforzo straordinario innanzitutto sulla puntuale applicazione della normativa in materia di sicurezza e salute dei lavoratori in ambito sanitario" puntando come misura prioritaria "a promuovere interventi formativi e informativi specifici, sulla base delle indicazioni Agenas, per fornire mezzi in grado di valutare e arginare il rischio lavorativo "aggressioni e violenze" in sanità".

Le linee di azioni dovranno indirizzarsi in tre aree, l'area safety, l'area security e l'area comunicazione e psicologica, senza tralasciare la corretta applicazione della normativa in materia di Salute e Sicurezza del Lavoro (D.Lgs.81/2008 e s.i.m), il rispetto della Raccomandazione n.8/2007 del Ministero della Salute italiano, le linee guida 2015 NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sulla gestione del paziente aggressivo, le linee guida OSHA (Occupational Safety Health Administration) per la prevenzione degli episodi di violenza sul lavoro, la Raccomandazione n.205 dell'ILO "Occupazione e lavoro dignitoso per la pace e la resilienza".

Oltre ad approfondire l'analisi della minaccia, il metodo del problem-solving, il protocollo Run-Hide-Tell, la questione comunicazione operatore sanitario/paziente o utente aggressivo, le tecniche di de-escalation e la minimizzazione delle conseguenze dannose degli episodi di violenza, sarà, altresì richiamata l'attenzione al rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi proprio delle strutture sanitarie, ritenendo tale condizione indispensabile per prevenire violenze o aggressioni degli operatori sanitari. Innanzitutto occorre accertarsi della dotazione e il mantenimento di sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi e nelle situazioni identificati come potenzialmente a rischio.

E' necessario altresì assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato, assicurare che luoghi di attesa siano confortevoli e che il sistema favorisca l'accoglienza utenti, gestire l'accesso ai locali di lavoro mediante regole e sistemi, valutare la necessità di installare impianti video a

29/6/2018

Aggressioni in sanità. Linee di azione in tre aree e applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza del lavoro

funzione della riduzione dei fattori di rischio connessi ad atti e comportamenti violenti.

Tra le misure organizzative non vanno trascurati interventi finalizzati a: Promuovere un clima organizzativo orientato alla riduzione di episodi di violenza; Assicurare la diffusione e l'utilizzo di strumenti di segnalazione degli episodi di violenza; Definire un'interfaccia operativa con la Vigilanza interna ed eventualmente con le Forze dell'Ordine ai fini delle attività previste nelle procedure operative del servizio. La predisposizione di procedure operative per gli operatori sanitari appartenenti ai Servizi più a "rischio aggressioni e violenze", attraverso una formazione mirata, completa il percorso sicurezza.

Vale la pena perciò: Prevedere e applicare precise procedure per garantire la sicurezza nel caso di pazienti con comportamenti violenti o sottoposti a misure di sicurezza in ambito di procedimenti giudiziari; Fornire ai pazienti informazioni chiare sulle modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni (es.: tempi di attesa); Assicurare, ove possibile e considerato opportuno, la presenza di due figure professionali all'atto dell'erogazione di una prestazione sanitaria (sia ospedaliera che territoriale); Assicurare la corretta applicazione delle procedure di sostegno per gli operatori che subiscono episodi di violenza attraverso riunioni mensili.

Si tratta di prescrizioni, raccomandazioni ed indicazioni che dovranno essere richiamati e sviluppati obbligatoriamente nel Documento della Valutazione dei Rischi (DVR), senza tralasciare quanto viene suggerito dalla Determinazione 5 marzo 2008 della ex Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

In questo documento si sottolinea che la valutazione dei rischi da interferenza, in particolare negli edifici quali ospedali e scuole, deve avvenire con riferimento non solo al personale interno ed ai lavoratori delle imprese appaltatrici, ma anche agli utenti che a vario titolo possono essere presenti presso la struttura stessa quali degenti, alunni ed anche il pubblico esterno.

Domenico Della Porta

Delegato Federsanità ANCI alla Sicurezza dei lavoratori e delle strutture sanitarie

quotidianosanita.it

Venerdì 29 GIUGNO 2018

Gli ultimi dati Ocse: spesa sanitaria italiana in media come incidenza sul Pil (8,9% pubblica + privata). Ma a livello di spesa pro capite scendiamo al 20° posto con ben 527 dollari in meno rispetto alla media degli altri Paesi

Gli ultimi dati dell'Ocse pubblicati ieri, relativi al 2017, ci fotografano nella media in termini di incidenza sul Pil ma confermano il gap reale in termini di spesa procapite ponderata, sia nel pubblico che nel privato. A livello di spesa pubblica la differenza con gli altri Paesi Ocse è di 305 dollari (noi spendiamo 2.622 dollari contro la media di 2.927) collocandoci al 19° posto. Mentre a livello di spesa privata siamo al 16° posto con una spesa procapite di quasi 920 dollari contro una media di 961. [IL REPORT OCSE](#)

Nel 2017 l'Italia ha fatto registrare una **spesa sanitaria, pubblica e privata, rispetto al Pil dell'8,9%**, in linea rispetto alla media Ocse. Al primo posto troviamo gli Stati Uniti con il 17,2%, a seguire la Francia con l'11,5%. Il dato italiano resta stabile rispetto a quello già registrato nel 2016. Questo uno dei dati emersi dalle nuove statistiche pubblicate ieri dall'Ocse.



La sanità

Visite specialistiche l'Asl 2 ha finito i fondi

► La sospensione dell'assistenza indiretta dovrebbe partire il 18 luglio ► Lo sfioramento del budget trimestrale mette fuori gioco i centri accreditati

IL DISSERVIZIO

Ettore Mautone

Tetti di spesa per le strutture accreditate: dopo la vertenza della riabilitazione dei disabili (dove il nodo da sciogliere è nella corretta programmazione delle risorse che la Regione starebbe per risolvere con una circolare ai manager), tocca ora alla specialistica ambulatoriale. A causa del precoce esaurimento del budget, da metà luglio è previsto lo stop alle attività in convenzione a Napoli 2 nord.

LA LETTERA

In una lettera inviata al ministro della Salute Giulia Grillo, il presidente del Coordinamento delle associazioni flegree, Ciro Di Francia, da anni impegnato ad affrontare la spinosa questione di Terra dei fuochi e dei rapporti tra inquinamento e salute, spiega: «Il direttore generale dell'Asl Napoli 2 Nord ha comunicato ai cittadini la sospensione dell'assistenza sanitaria indiretta, per esaurimento dei fondi, dal 18 luglio al 30 settembre per la medicina nucleare, dal 26 luglio al 30 settembre per la cardiologia, dal 7 agosto al 30 settembre per le branche a visita e per la diagnostica per immagini; dal 10 agosto al 30 settembre la patologia clinica e i laboratori. L'assistenza diretta, per quei periodi, verrà garantita solamente dalle strutture ospedaliere, con inevitabili disagi soprattutto per i pazienti oncologici».

LA REPLICA

«Le prestazioni non saranno bloccate - replica il manager della Asl nord Antonio D'Amore - abbiamo previsto il potenziamento dei servizi delle strutture pubbliche. Inoltre le prestazioni



IL MANAGER Antonio D'Amore

IL MANAGER: «NON SARANNO SOSPESE LE PRESTAZIONI POTENZIEREMO I SERVIZI NELLE STRUTTURE PUBBLICHE»



di radioterapia non sono soggette a tetti di spesa. La comunicazione inviata alle strutture private? E' la notifica dei budget residui per il periodo corrente. Previsioni che occorrerà verificare, le scadenze sono indicative. Il consumo della medicina nucleare - conclude d'Amore - è poi aumentato nel corso del 2018 perché due nuove strutture di eccellenza private sono entrate in accreditamento per la Pet-tac, e attraggono attrarre pazienti da Asl confi-

nanti. Abbiamo chiesto un'integrazione di fondi». In effetti per le attività della specialistica ambulatoriale Palazzo Santa Lucia non ha ancora emanato decreti e si va avanti in proroga di quanto stanziato negli anni scorsi. Ma gli aumenti di budget sono stati annunciati dalla Regione solo per dialisi e radioterapia.

IL FLOP

«Negli altri anni - conferma Di Francia - a settembre si registrava l'interruzione dell'assistenza indiretta per mancanza di fondi. Oggi la verifica trimestrale non ha risolto il problema. Avevamo accolto con fiducia la dichiarazione del Presidente della Regione Vincenzo De Luca a settembre 2015, quando affermò che si sarebbe instaurata una macchina da guerra con controlli mensili per chiudere la vergogna di negare per alcuni mesi l'assistenza sanitaria ai cittadini della Campania».

LA SOTTOSTIMA

Il problema segnalato da Di Francia è tuttavia regionale: fatte salve le Asl dell'entroterra, di minori dimensioni, sia a Napoli e provincia, sia a Caserta, la forbice tra le risorse stanziare e i volumi di attività erogati dai centri accreditati provoca ancora il periodico stop all'assistenza erogata gratuitamente ai cittadini. Una sottostima storica che, al tradizionale stop delle attività in convenzione, che in passato scattava negli ultimi quattro mesi dell'anno, ha sostituito il semaforo rosso alternato per alcune settimane a trimestre. E così, nel 2018, a conti fatti, nell'arco dell'anno le cure in convenzione saranno assicurate in totale per circa 7 mesi all'anno al netto degli ulteriori tagli annunciati, cui dovrebbe fare da contraltare il potenziamento dell'offerta pubblica.

I conti dello Stato

Ministeri, sanità ed enti locali chi vince la gara degli sprechi

► Nel 2017 su 47,4 miliardi di spesa pubblica ► Troppe amministrazioni provvedono da sole soltanto 9,6 miliardi sono passati da Consip aggirando gli acquisti che vanno centralizzati

IL CASO

ROMA L'allarme lo ha lanciato pochi giorni fa la Corte dei conti. «È ancora troppo alta, anzi più che prevalente - hanno ammonito i giudici contabili - la quota di acquisti di beni e servizi pubblici fatta al di fuori dalle procedure Consip». E in effetti dei 47,4 miliardi di spesa complessiva, soltanto 9,6 miliardi sono passati attraverso il sistema della centrale unica per gli acquisti. Si tratta, il dato è relativo al consuntivo 2017, di un misero 20%.

Il che la dice lunga su quanto siano ampi i margini di miglioramento. Risorse che in tempi di disperata caccia alle "coperture" per far quadrare il bilancio e di spending review farebbero molto comodo all'esecutivo giallo-verde. Se non altro perché con la fine della politica monetaria accomodante della Bce e della volontà di non aumentare le tasse, non ci sono alternative a tagliare gli sprechi.

I NODI

Ma chi aggira le norme che prevedono proprio di transitare per le gare Consip? Al primo posto, secondo quanto risulta al *Messaggero*, c'è proprio lo Stato con le sue amministrazioni centrali: su 8,8 miliardi di acquisti solo 1,7 miliardi sono passati attraverso le convenzioni della centrale unica. Male, anzi malissimo la sanità con 22,2 miliardi di spese a solo 3,2 miliardi "bollinati" da Consip. Al terzo posto si piazzano gli enti territoriali, Comuni e Regio-

ni, con 11,3 miliardi di acquisti e poco più di 3,5 miliardi messi a gara, utilizzando lo strumento dell'intermediario pubblico. Gli altri enti - Inps e Inail per intendere - sono a quota 600 milioni rispetto a spese per 5 miliardi.

IL DIFFERENZIALE

Eppure la riduzione dei costi che si otterrebbe con l'uso massiccio di Consip e delle altre centrali è sotto gli occhi di tutti. Nelle ultime gare sui server acquistati dalla Pubblica amministrazione si è avuto un risparmio del 58%, sulla telefonia del 49%, per le stampanti del 40% e sull'energia del 10%. Assurdo, almeno in linea di principio, quindi non partecipare. D'altro canto, come hanno fatto notare proprio l'ad di Consip, Cristiano Cannarsa, e la stessa Corte di conti, non ci sono sanzioni - perlomeno non ancora - per chi non rispetta le regole, né tanto meno controlli mirati. Da qui la spinta delle varie amministrazioni a fare da sole, ad arrangiarsi. Se a livello macro i ministeri vincono la palma dei peggiori utilizzatori, analizzando nel dettaglio gli "acquisti" si scopre che il 52% della spesa per comprare autoveicoli passa fuori dalla Consip (su un totale di 112 milioni), così come il 71% degli acquisti di carburanti (473 milioni complessivi di spesa), l'83% del gas naturale (1,4 miliardi), fino al 92% dei pc (121 milioni la spesa annua della Pa). Fuori dalle convenzioni - e parliamo di circa 1 miliardo - anche il 43% dei buoni pasti e l'83% della telefonia mobile (140 milioni annui).

Eppure lo Stato ha tutti gli strumenti per poter investire la tendenza. Può ampliare cioè il raggio d'azione della centrale unica degli acquisti. Perché proprio la legge di Bilancio, la finanziaria dello scorso anno, obbliga amministrazioni centrali, enti locali, ospedali e Usl a passare per le gare Consip. Sarebbe sufficiente quindi un intervento normativo per introdurre sanzioni a carico di chi non si adegua, oppure, come suggerisce Cannarsa puntare tutto sulla trasparenza. Lo scopo è creare una mappa sempre più dettagliata di chi, tra enti, amministrazioni e ospedali, si sottrae alle convenzioni. Una mappa cioè delle zone "fredde" a recepire i benefici economici che si potrebbero ottenere. Un'azione dunque di forte moral suasion, che sia di pungolo e incentivo.

Del resto, è proprio questo il compito attribuito allo strumento Consip: fare da intermediario tra le aziende fornitrici e la Pubblica amministrazione, un hub in grado di selezionare e valorizzare le imprese, soprattutto le Pmi, e offrire prodotti di qualità e prezzi competitivi a tutto il complesso universo pubblico. Il management di Consip si è dato l'obiettivo, ambizioso sebbene

realizzabile, di superare i quasi 700 mila ordini di acquisto registrati nel 2017 e far risparmiare allo Stato 10 miliardi nei prossimi 3 anni. E questo aumentando il numero delle gare con importi ridotti.

Intanto nel primo quadrimestre 2018 è cresciuto il valore degli acquisti conclusi dalle amministrazioni con Consip e, in particolare, le convenzioni che hanno registrato un valore intermedio di 1 miliardo (+37% sul mese precedente). Oltre la metà dei circa 26 mila ordini emessi fa riferimento al comparto degli enti locali, mentre un ordine su tre fa

riferimento al comparto Stato, che attraverso l'utilizzo di questo "scaffale" trova grande semplificazione nei processi di acquisto. Nello stesso periodo è andato molto bene il mercato elettronico della Pubblica amministrazione che fa segnare un valore complessivo erogato di oltre 1 miliardo (-32% sul mese precedente). Oltre il 40% delle circa 174 mila transazioni concluse è stato appannaggio di Comuni e Regioni, naturali destinatari di questo veicolo, insieme alle pic-

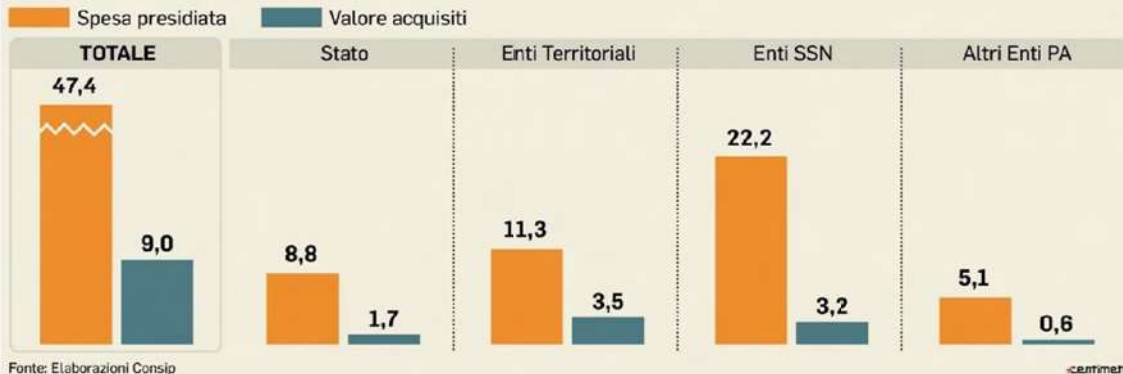
cole e medie imprese del territorio che rappresentano il 99% dei circa 86 mila fornitori abilitati.

Umberto Mancini

**PER ALCUNI BENI
E SERVIZI POSSIBILI
RISPARMI OLTRE
IL 50 PER CENTO
MANCANO LE SANZIONI
PER CHI NON SI ADEGUA**

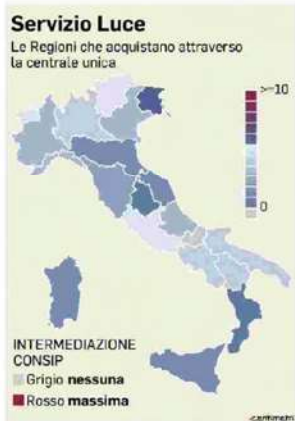
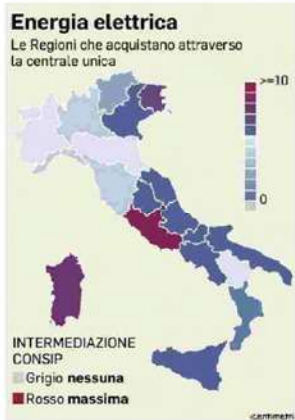
Livello di utilizzo del "sistema Consip"

Consip potrebbe intermediare 47,4 miliardi di euro di spesa pubblica (anno 2017).
Il livello di utilizzo effettivo oggi è al 20%





La sede della Consip a Roma



La spesa della Pubblica Amministrazione

Cifre in milioni di euro

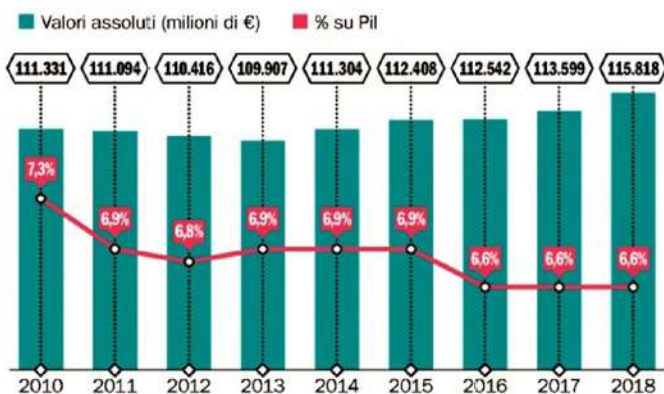
Merceologia	Spesa Annuale PA	Attraverso Consip	Fuori Consip	Risparmio se si passa per Consip
Autoveicoli in Acquisto	112	48%	52%	17%
Buoni Pasto	1.000	57%	43%	4%
Carburanti Extra Rete	473	29%	71%	18%
Carburanti Rete Buoni Acquisto	200	87%	13%	1%
Carburanti Rete Fuel Card				
Energia Elettrica	2.790	27%	73%	9%
Energia Elettrica Verde				
Gas Naturale	1.425	17%	83%	8%
Licenze Enterprise Agreement	72	59%	41%	4%
Licenze Microsoft GOL	18	77%	23%	3%
PC Desktop	121	8%	92%	10%
PC Portatili e Tablet	75	27%	73%	17%
Server	45	28%	72%	43%
Stampanti	43	33%	67%	24%
Telefonia Mobile	140	17%	83%	51%

Fonte: Bilancio Consip 2017

-continua>

Lo Stato risparmia il cittadino paga

La spesa pubblica in Italia...



Così nel mondo (% su Pil)

1 Germania	9,5	11 Austria	7,8
2 Svezia	9,2	12 Regno Unito	7,7
3 Giappone	9,1	13 Canada	7,4
4 Norvegia	8,9	14 Nuova Zelanda	7,4
5 Danimarca	8,7	15 Irlanda	7
6 Francia	8,6	16 Finlandia	7
7 Olanda	8,5	17 Italia	6,6
8 Stati Uniti	8,4	18 Australia	6,5
9 Belgio	8	19 Spagna	6,3
10 Svizzera	7,9	20 Slovenia	6,1

Fonti: documento di Economia e Finanza varato dal Cdm nell'aprile 2018; OECD

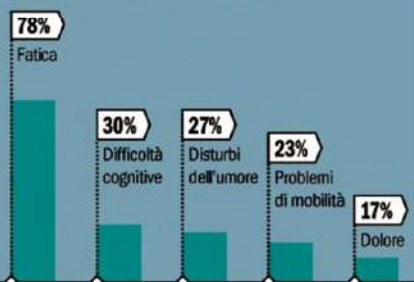
Sclerosi: colpiti più di centomila italiani

I numeri della sclerosi multipla in Italia e nel mondo



Sintomi più invalidanti

(rispetto a campione che lavora)



Fonte: AISM Associazione Italiana Sclerosi Multipla, 2018

La spesa pubblica per la sanità in Italia è ferma. Cresce invece quella privata. Nel mondo sviluppato siamo tra quelli che impiegano meno risorse per la salute. Ecco tutti i numeri

... E la spesa privata

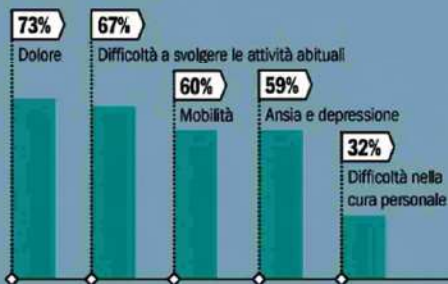


Così nel mondo (% su Pil)

1 Stati Uniti	8,7	11 Spagna	2,6
2 Svizzera	4,5	12 Austria	2,5
3 Grecia	3,5	13 Lettonia	2,5
4 Corea	3,3	14 Ungheria	2,4
5 Cile	3,3	15 Slovenia	2,4
6 Canada	3,1	16 Belgio	2,4
7 Australia	3	17 Finlandia	2,3
8 Portogallo	3	18 Irlanda	2,3
9 Israele	2,9	19 Francia	2,3
10 Messico	2,8	20 Italia	2,2

Fonti: elaborazione RBM Assicurazione Salute su dati dell'ISTAT; OECD

Impatto sulla qualità della vita (rispetto al totale)



5 mld di euro
Costo annuo totale per la sclerosi multipla in Italia



45.000 euro
Costo medio annuo per persona con SM in Italia



7.300
I beneficiari degli assegni ordinari di invalidità



38%
delle persone con SM non riceve gratuitamente i farmaci sintomatici



1.650
Le pensioni di inabilità

Infografiche: Studio Mistake

Riforme Nel luglio di settant'anni fa Londra cambiò radicalmente le regole dell'assistenza medica e ospedaliera. Fu un successo. Nel dicembre di quarant'anni fa Roma rivoluzionò ancora una volta le cose. Fu un altro successo. Anche se poi...

Più sanità per tutti: universale e pubblica

**Svolte
Il National Health Service
nazionalizzò gli ospedali,
trasformò i medici
in dipendenti pubblici
e centralizzò la gestione**

di MAURIZIO FERRERA

Proviamo a fare un esperimento mentale. Ci troviamo in un'ipotetica assemblea deliberativa del nostro stato di salute. L'unica certezza è che potremo disporre di un reddito minimo garantito dallo Stato. Abbiamo conoscenze dettagliate ma di carattere generale sulle diverse patologie, la loro incidenza media e le conseguenze, il costo delle cure. Dietro questo «velo d'ignoranza» sulle nostre condizioni individuali, quale tipo di organizzazione sceglieremo? Secondo la prospettiva dell'egalitarismo liberale, sicuramente sceglieremo un servizio sanitario nazionale: un'assicurazione obbligatoria per tutti i cittadini, con cure gratuite o quasi, della qualità migliore possibile.

Fu proprio questa la scelta che fece il governo inglese nel 1946. Il ristretto sistema mutualistico del 1911 sarebbe stato rimpiazzato, a partire dal 5 luglio 1948 (esattamente settant'anni fa), dal National Health Service, il primo servizio sanitario universale e pubblico della storia. Il Regno Unito usciva da una guerra estenuante, che aveva impegnato governo e amministrazione in uno sforzo enorme per cinque anni. Non si fece nessun esperimento mentale, ovviamente. Ma qualcosa di simile si: nel 1942 era stata formata una Commissione per la riforma delle prestazioni sociali che si era interrogata, fra l'altro, proprio sui principi per riorganizzare la sanità britannica. Il presidente della Commissione era William Beveridge: un alto funzionario pubblico d'ispirazione liberale, molto attento al tema della eguaglianza di opportunità. Come è noto, subito dopo la guerra Churchill perse le elezioni e si formò un esecutivo laburista guidato da Clement Attlee. Quest'ultimo vide nelle proposte di Beveridge un duplice potenziale: affrontare con un approccio nuovo i problemi sanitari del Pa-

ese, aggravati dalla guerra, e al tempo stesso «fare qualcosa di sinistra» attraverso una grande riforma sociale imperniata sull'intervento pubblico. Il neo-nato Nhs nazionalizzò gli ospedali, trasformò i medici in dipendenti pubblici e centralizzò gestione e controllo a Londra. Il primo ministro della Sanità Aneurin Bevan usava dire che nel «suo» Nhs non si spostava una penna senza che lui lo venisse a sapere. Nei successivi trent'anni la spesa pubblica per la sanità raddoppiò in percentuale del Pil, il personale ospedaliero crebbe del 50%, la speranza di vita aumentò di quattro anni, la mortalità perinatale diminuì dal 30% al 12%. Fu un grande successo, che rese il Nhs una delle istituzioni più popolari e amate da parte dei cittadini britannici e che finì per essere non solo mantenuta, ma anche potenziata dai governi conservatori, i quali nel 1946 avevano osteggiato la «socializzazione» della medicina.



Poi, alla fine degli anni Settanta, venne Margaret Thatcher, che inizialmente voleva smantellare il Nhs. Ma si rese conto che sarebbe stata una scommessa con alte probabilità di sconfitta, anche sul piano elettorale. I suoi sforzi si concentrarono dunque su un obiettivo più limitato: mantenere l'universalismo della copertura ma ridurre lo «statalismo» del Nhs con una duplice ricetta. Innanzitutto sostituendo i funzionari di estrazione burocratica con manager professionisti, capaci di introdurre una logica di tipo più privatistico per accrescere l'efficienza. In secondo luogo, introducendo i cosiddetti «mercati interni» al sistema pubblico. Sia gli ospedali sia gli studi medici associati avrebbero dovuto competere fra loro per ottenere risorse pubbliche (al di sopra di uno zoccolo di base), in modo da incentivare innovazione e qualità. Le riforme Thatcher hanno avuto luci e ombre e sono state più volte modificate negli ultimi vent'anni, soprattutto sotto i governi laburisti. Thatcher ha avuto però il merito di recidere il legame che si riteneva indissolubile fra copertura universale ed eguale trattamento, da un lato, e gestione interamente pubblica dei servizi sanitari, dall'altro lato.

L'esempio inglese ebbe grandissima

eco in Europa. I Paesi nordici istituirono anch'essi dei servizi sanitari nazionali fra gli anni Cinquanta e Settanta. Poi venne varata la riforma italiana, nel 1978 (saranno quarant'anni nel prossimo dicembre). Il nostro Servizio Sanitario Nazionale rimpiazzò il mastodontico sistema mutualistico sviluppatosi a partire dagli anni Trenta, caratterizzato da alta frammentazione gestionale e forti disparità di trattamento. Noi tendiamo sempre a denigrare i nostri governi e la loro scarsa capacità riformista. Ebbene, la riforma sanitaria del 1978 fu uno dei cambiamenti istituzionali più radicali e incisivi registrati nel secondo Novecento in Europa nel campo del welfare. Per più di un decennio, con scorno dei britannici, il nostro Ssn divenne il più grande servizio nazionale del mondo in termini di spesa e cittadini coperti. L'esperienza dell'Italia fu presto seguita da Portogallo, Spagna e Grecia. Nel suo complesso, si è trattato di una esperienza di grande successo. Nelle classifiche internazionali sulla qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria, l'Italia si situa oggi al dodicesimo posto, prima del Regno Unito.

La riforma del 1978 fu per molti aspetti il risultato più significativo del cosiddetto «compromesso storico» fra Dc e Pci. Purtroppo mancò nella progettazione del nuovo sistema l'anima liberale: il Ssn italiano nacque con un forte pregiudizio statalista. Nel nostro Paese, è noto, lo Stato è sempre stato debole, esposto alle pressioni e alle infiltrazioni dei gruppi di interesse e della politica. A differenza del Regno Unito — che poteva disporre di una amministrazione pubblica autonoma e professionalizzata — il Servizio Sanitario Nazionale nacque invece come «partitocrazia della salute». Le unità sanitarie locali erano inizialmente guidate da «Comitati di gestione» lottizzati dai partiti e privi di competenze tecniche. La coppia «universalismo senza compartecipazioni» e gestione interamente pubblica portò rapidamente a una escalation della spesa e a un sistema diffuso di inefficienze e corruzione.

Fortunatamente, a partire dal 1992, una serie di riforme hanno corretto la situazione attraverso una decisa svolta «manageriale». Alcune regioni (come la Lombardia) hanno anche seguito in parte il modello britannico dei mercati inter-

ni, coinvolgendo anche le strutture private nella fornitura di servizi e cure. Anche nel nostro Paese si è proceduto, in altre parole, a recidere il legame a volte perverso tra copertura universale e gestione pubblica.

Il modello universalistico con finanziamento fiscale si è rivelato ovunque vincente in termini di costi-benefici e di efficacia medica. Ciò è vero rispetto sia ai modelli «mutualistici» sia quelli privatistici. Gli Stati Uniti sono il caso più prossimo a quest'ultimo modello. In questo Paese, la copertura pubblica riguarda solo gli anziani sopra i 65 anni (*Medicare*). A livello statale esistono poi degli schemi assistenziali per i cittadini poveri (*Medicaid*). In mezzo, fra anziani e adulti poveri, la copertura è privata, tipicamente tramite i datori di lavoro. Chi perde il posto resta però senza copertura (circa 40 milioni di americani in ogni dato momento, ovviamente non sempre gli stessi). Obama ha varato un'ambiziosa riforma che ha introdotto l'obbligo assicurativo (con sussidi pubblici) anche per le persone temporaneamente scoperte. Trump vorrebbe abolirla, ma finora non c'è riuscito. *Obamacare* ha colmato un buco, ma la sanità Usa resta molto diseguale e al tempo stesso molto costosa. Per l'Europa, quello Usa è un modello che ha ben poco

da insegnare, se non in negativo.



Considerando il rapido invecchiamento della popolazione, i costi crescenti delle tecnologie mediche e i vincoli di bilancio sorge una domanda: per quanto potremo ancora permetterci una sanità universalistica a finanziamento pubblico? La domanda è legittima, ma mal posta. I vincoli economici sono reali, ma ciò non significa che saremo costretti a negare a qualche categoria di cittadini l'accesso alle prestazioni. Si possono infatti usare due altri correttivi. Il primo è quello di selezionare le prestazioni da erogare a tutti, in base a criteri di costo-efficacia. Una strada già imboccata nel Regno Unito e in Italia con la definizione di «livelli essenziali di assistenza». Il secondo correttivo è rappresentato dalle compartecipazioni (ticket), graduate in base al reddito e/o alla gravità delle patologie.

L'approccio universalista resta quello migliore. Ma essere universalisti non significa garantire tutto a tutti, senza limiti e gratis. Come per tutte le politiche pubbliche, anche in sanità occorre essere realisti, calibrando equità, efficacia ed efficienza. Nel rispetto delle macro-compatibilità economico-finanziarie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bibliografia

Tra i saggi dedicati al sistema sanitario italiano si possono leggere *La sanità in Italia* di Federico Toth, pubblicato da Il Mulino nel 2014, e *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola, pubblicato sempre da Il Mulino nel 2011. Sulla storia della sanità britannica si veda invece il volume *National Health Service: A Political History* di Charles Webster, uscito nella seconda edizione per la Oxford University Press nel 2002. Alla figura di William Beveridge, presidente della Commissione per la riforma delle prestazioni sociali istituita nel 1942, cui si deve la nascita del National Health Service, è dedicato il volume *William Beveridge. A biography*, di Jose Harris, uscito nel 1998 in un'edizione rivista per la Oxford University Press

rapporti imprese

Sanità privata, pagano i deboli più tutele con polizze e fondi

GLI ITALIANI LO SCORSO ANNO HANNO PAGATO DI TASCA PROPRIA COMPLESSIVAMENTE 39,7 MILIARDI PER CURARSI. UNA QUOTA PIÙ ALTA DI QUELLA DEGLI USA. QUESTA È UNA DELLE PRINCIPALI FONTI DI DISEGUAGLIANZA NEL PAESE: MA GLI STRUMENTI CISONO
Vito de Ceglia

Milano

Aprire il portafoglio per curarsi è ormai la normalità per gli italiani che lo scorso anno hanno pagato di tasca propria complessivamente 39,7 miliardi di euro. Il fenomeno, in costante crescita (+9,6% tra il 2013 e il 2017), riguarda più di 2 persone su 3 (oltre 44,1 milioni di persone) con un esborso medio di circa 655 euro per cittadino. In particolare, 7 italiani su 10 hanno acquistato farmaci (per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro), 6 su 10 hanno speso per visite specialistiche (per circa 7,5 miliardi), 4 su 10 per prestazioni odontoiatriche (per oltre 8 miliardi di euro), 5 su 10 per prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio (per poco meno di 3,8 miliardi), 2 su 10 per lenti ed occhiali (per circa 2 miliardi) e 1 su 10 per acquisto di protesi e presidi (per quasi 1 miliardo).

A fotografare lo stato dell'arte della sanità nel nostro Paese è l'8° rapporto di Rbm Assicurazione Salute, compagnia che assicura oltre 120 fondi sanitari integrativi e casse di assistenza in Italia con circa 7 milioni di assistiti e una raccolta premi di 550 milioni di euro. Il rapporto, realizzato in collaborazione con il Censis, sfa subito alcuni luoghi comuni: chi pensa, ad esempio, che a pagare per la propria salute siano soltanto le persone appartenenti alle fasce di reddito più alte, è fuo-

ri strada. Il 32% della spesa sanitaria privata lo scorso anno riguarda infatti i cittadini con reddito compreso tra 35 mila e 60 mila euro annui, il 17,58% i redditi compresi tra i 15 mila ed i 35 mila euro annui ed il 6,43% i redditi inferiori a 15 mila euro annui. E nemmeno la diffusa convinzione che il fenomeno riguardi solo le Regioni del Nord a causa di un reddito pro capite più elevato o quelle del Sud dove il Ssn (Servizio sanitario nazionale) presenta maggiori difficoltà di accesso trova riscontro nei fatti.

Nel complesso, il livello di assicurazione della spesa sanitaria privata in Italia raggiunge il 14,5%, cioè il doppio rispetto a quella registrata negli Stati Uniti che notoriamente hanno un sistema sanitario prevalentemente privato. Ad aggravare il quadro, secondo il rapporto, è poi il fatto che il costo maggiore ricade soprattutto sui più deboli: il 58% delle cure acquistate privatamente riguarda i cronici, il 15% le persone con patologie acute e per oltre il 12% i non autosufficienti/inabili. Il costo medio pro capite sostenuto dagli anziani (1.356,23 euro annui) è più che doppio rispetto a quello registrato per il resto dei cittadini.

Una situazione che non garantisce certo l'universalità, come fa notare Marco Vecchietti, amministratore delegato e direttore generale di Rbm Assicurazione Salute: «In Italia la spesa sanitaria privata è la principale fonte di disuguaglianza in sanità. La sua crescita è strutturale e inarrestabile come dimostrano le previsioni per il 2018 che stimano un incremento da 95 a 150 milioni di euro. E non si tratta certo di prestazioni superflue o voluttuarie». Secondo le ultime stime della Ragioneria Generale dello Stato, di qui al 2025 saranno necessari dai

20 ai 30 miliardi di euro in più per finanziare i nuovi bisogni di cura dei cittadini italiani.

«In questa prospettiva appare chiaro che se non si avvierà nel nostro Paese un secondo pilastro sanitario, attraverso un sistema di polizze e fondi sanitari aperti a tutti i cittadini — rincara la dose l'ad — il costo delle cure che i cittadini dovranno pagare di tasca propria finirà per superare nel 2025 oltre 900 euro a testa, quasi 380 euro in più pro capite pur in presenza di un incremento fisiologico della Ssn in linea con le attuali politiche adottate in materia sanitaria».

A preoccupare non è solo il livello raggiunto dalla spesa sanitaria privata nel nostro Paese, ma anche il basso livello di intermediazione di tale spesa da parte della sanità integrativa (polizze sanitarie e fondi integrativi). Il rapporto rileva che solo il 3,7% della spesa sanitaria totale in Italia è assicurata attraverso forme integrative con la conseguenza che il costo grava indiscriminatamente sui redditi familiari. «Non è un caso che la quota di persone che dichiarano di aver rinunciato o differito cure di cui avevano bisogno in Italia è quasi il doppio della media Ue» sottolinea Vecchietti.

Un problema che potrebbe essere evitato portando il livello di intermediazione della spesa sanitaria privata ai livelli analoghi a quelli gestiti nei principali paesi

europei (UK, Germania e Francia). In questo scenario, riporta lo studio, il livello di intermediazione della spesa sanitaria privata passerebbe dall'attuale 14,5% (pari a circa 95,02 euro per cittadino) a poco più del 47% (pari a circa 487,97 euro pro capite). «Il sistema sanitario italiano, pur essendo prevalentemente pubblico, è già da tempo un sistema 'misto' che prevede un ruolo del privato in termini di finanziamento, di produzione dei servizi sanitari e di erogazione delle cure — spiega l'ad — In quest'ottica, l'affiancamento al Ssn di un secondo pilastro privato non inficerebbe la coerenza complessiva né minerebbe i fondamentali».

Di pari passo, segnala il rapporto, l'anomalia del meccanismo delle detrazioni in ambito sa-

nitario oggi produce degli effetti negativi sia dal punto di vista retributivo che sociale. I numeri parlano di 17 miliardi di euro l'anno (oltre il 60,6% dell'intero gettito delle detrazioni). A fruirla nel 2017 sono stati 18,1 milioni di italiani, a fronte di 40,9 milioni di contribuenti.

Tuttavia, l'80% dei costi sostenuti dai cittadini con il meccanismo delle detrazioni va a beneficio di chi ha possiede redditi superiori a 60 mila euro (oltre il 50% per i cittadini con redditi superiori a 100 mila euro). Il paradosso è che la fetta più grande delle agevolazioni è a favore dei redditi medio-alti, che sarebbero maggiormente in condizione di sostenere in modo autonomo la spesa sanitaria privata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il 32% della spesa sanitaria privata lo scorso anno riguarda i cittadini con reddito compreso tra 35 mila e 60 mila euro annui

(IL CASO)

Malati cronici e non autosufficienti: l'assicurazione conviene

La spesa sanitaria privata è la spesa dei cittadini più fragili in termini di salute. I cronici (23,7 milioni di persone) e i non autosufficienti (2,5 milioni di persone) rappresentano ormai nel nostro Paese oltre il 40% della popolazione. Numeri che testimoniano quanto sia fondamentale sviluppare la sanità integrativa per ridurre il costo che lo Stato sostiene sul fronte delle detrazioni e per ottenere un miglior controllo al fine di contrastare fenomeni di elusione o evasione nella sanità privata sti-

mabile in almeno 2 miliardi di euro tra visite specialistiche e badanti.

Sulla base delle simulazioni condotte dallo studio di Rbm-Censis, la scelta di sottoscrivere una polizza sanitaria o aderire ad un fondo integrativo risulta più conveniente per il cittadino rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private sebbene parzialmente rimborsato attraverso il meccanismo delle detrazioni. Meccanismo che ha un costo medio pro capite per ciascun contribuente di 82,26 euro e garan-

tisce un vantaggio medio pro-capite di 55,49 euro per cittadino. Diversamente, la sanità integrativa presenta un costo medio pro capite di 93,41 euro ed assicura un vantaggio medio pro capite per ciascun cittadino di 95,02 euro. In conclusione, la sottoscrizione di una forma sanitaria integrativa, rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private, assicura in media al cittadino un beneficio economico di circa il 60% in termini di minori costi. (v.d.c.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'opinione

Quel **nemico** troppo spesso sottovalutato

di **Marco Trabucco Aurilio**

Tutti ne parlano e tutti lo subiscono o dicono di subirlo, ma forse nessuno lo conosce davvero: il termine «stress» è ormai quello più utilizzato dagli italiani. Un nemico che spesso ci accompagna durante tutta la giornata, tutto l'anno, spesso addirittura nei periodi di meritato relax. Siamo al punto che lo stress ha assunto ormai un vero e proprio carattere «psicosociale». Dallo stress che dilania, a giusta ragione, il lavoratore e il disoccupato, a quello più effimero dell'uomo, donna, giovane o anziano che non sa come «decomprimere» le tensioni legate al tran tran quotidiano.

Del resto, dalla Harvard Medical School a Stanford, generazioni di ricercatori si sono trovati concordi nell'individuare nello stress il principale responsabile (o quasi) della maggior parte delle patologie. Da quelle cardiologiche fino alle malattie oncologiche: prime due cause di mortalità nella società industrializzata.

È stato ampiamente dimostrato, infatti, che alti livelli di stress stimolano la produzione di alcune citochine infiammatorie, per alcune delle quali è stato provato addirittura un rapporto direttamente proporzionale con l'insorgenza di alcune tipologie di malattie neoplastiche.

Dunque, possiamo dire che lo stress è un nemico spesso sottovalutato: più di un lavoratore su quattro in Italia, ad esempio, soffre di stress lavoro correlato, legato principalmente all'incapacità di gestire le incombenze del proprio impiego, le richieste o le aspettative riposte.

Ma, diciamola tutta, questo stress negli ultimi anni è sempre più spesso correlato all'incertezza e alla precarietà del lavoro.

La cosa preoccupante è che, nella società

dell'iperconnessione, lo stress non risparmia neanche le agognate vacanze, considerate molto spesso status symbol, più che momento di condivisione di tempo, passioni e disconnessione dal mondo virtuale.

La vacanze diventano così troppo spesso «una prestazione» da condividere, sui social ovviamente. Un momento nel quale finiamo per riporre tante, troppe, aspettative. Di qui le relative ansie e paure.

Il consiglio? Fare ciò che si vuole realmente, perché viaggiare è sempre esplorare prima se stessi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Parlamento tutti gli uomini della sanità

Tra vecchie conoscenze e volti nuovi ecco i componenti delle commissioni
All'esame numerose proposte di legge già depositate ad inizio legislatura

Dopo 109 giorni dal voto del 4 marzo, con la costituzione delle Commissioni permanenti di Camera e Senato e dei relativi uffici di presidenza, che si sono insediate il 21 giugno, il Parlamento entra nel pieno dell'operatività e può avere inizio l'esame delle numerose proposte di legge già depositate sin dai primi giorni della nuova legislatura.

A Montecitorio, nella XII Commissione Affari Sociali, il presidente è Marialucia Lorefice (M5S, già componente della stessa commissione nella passata legislatura insieme a Dalila Nesci). Tra i volti noti anche l'ex sottosegretario alla Salute Vito De Filippo, il pediatra Paolo Siani e l'atleta paralimpica Giusy Versace, che ha già depositato una proposta di legge su «Introduzione degli ausili e delle protesi destinati a persone disabili per lo svolgimento dell'attività sportiva tra i dispositivi erogati dal Servizio sanitario nazionale». Torna in Commissione Affari Sociali anche Michela Brambilla.

«Tra i temi prioritari - ha detto Lorefice - figurano la sicurezza delle cure, il taglio delle liste d'attesa, l'applicazione dei Lea, il rispetto dei diritti e delle necessità dei disabili. Italiani e salute pubblica sono al primo posto del programma. Svolgerò l'incarico affidatomi con dedizione e sarò garante di tutte le forze politiche presenti in Commissione». Oltre a Lorefice, vice Rossana Boldi

(Lega) e Michela Rostan (Leu), segretari Marcello Gemmato (Fdi) e Arianna Lazzarini (Lega).

Componenti, in ordine alfabetico, Roberto Bagnasco (FI), Massimo Enrico Baroni (M5S), Maria Teresa Bellucci (Fdi), Fabiola Bologna (M5S), Michela Vittoria Brambilla (FI), Micaela Campana (Pd), Elena Carnevali (Pd), Andrea Ceccoli (Misto-Maie), Giuseppe Chiazze (M5S), Celeste D'Arrando (M5S), Vito De Filippo (Pd), Guido De Martini (Lega), Sara Foscolo (Lega), Mara Lapia (M5S), Alessandra Locatelli (Lega), Stefania Mammì (M5S), Antonino Minardo (FI), Stefano Mugnai (FI), Silvana Nappi (M5S), Dalila Nesci (M5S), Roberto Novelli (FI), Ubaldo Pagano (Pd), Massimiliano Panizzut (Lega), Claudio Pedrazzini (FI), Giuditta Pini (Pd), Nicola Provenza (M5S), Luca Rizzo Nervo (Pd), Francesco Sapia (M5S), Dorian Sarli (M5S), Angela Schirò (Pd), Stefania Segnana (Lega), Paolo Siani (Pd), Gilda Sportiello (M5S), Paolo Tiramani (Lega), Giorgio Trizzino (M5S), Francesco Troiano (M5S), Giusy Versace (FI), Leda Volpi (M5S), Edoardo Ziello (Lega).

«Il mio primo impegno è procedere sin da subito a un confronto con le regioni per un aggiornamento delle criticità dei Lea, in particolar modo per snellire le procedure per l'assegnazione dei riparti del Fondo nazionale e per evitare l'eccessiva frammentazione tra quota indistinta, premialità e obiettivi di

carattere prioritario. Due circostanze che rischiano di creare difformità inaccettabili tra regione e regione su tempi e qualità del servizio sanitario», ha sottolineato Rostan.

A Palazzo Madama il presidente della XII Commissione Igiene e Sanità è il medico Pierpaolo Sileri (M5S). Vice: Maria Cristina Cantù (Lega) e l'ex governatore Vasco Errani (Misto - Leu). Segretari: Raffaella Fiormaria Marin (Lega), Laura Stabile (FI). Componenti: Paola Binetti (FI), Caterina Bini (Pd), Paola Boldrini (Pd), Maria Domenica Castellone (M5S), Elena Cattaneo (Gruppo Per le Autonomie), Luigi Di Marzio (M5S), Giovanni Endrizzi (M5S), Antonella Faggi (Lega), L'ex sottosegretario alla Salute del Governo Gentiloni Davide Faraone (Pd), Sonia Fregolent (Lega), Gaspare Antonio Marinello (M5S), Raffaele Mautone (M5S), Giuseppe Pisani (M5S), Maria Rizzotti (FI), Marco Siclari (FI), Paola Taverna (M5S), Achille Totaro (Fdi), Francesco Zaffini (Fdi).

Re. San.

I temi prioritari

La sicurezza delle cure,
il taglio delle liste d'attesa
e l'applicazione dei Lea



Marialucia Lorefice
Deputato M5S
è presidente
della XII
Commissione
Affari Sociali
di cui già è
stata
componente
nella scorsa
legislatura



Michela Rostan
Deputato Leu,
è la
vicepresidente
assieme a
Rossana Boldi
(Lega) della XII
Commissione
Affari Sociali
della Camera
dei deputati



LE CONSEGUENZE PER L'ITALIA

Sì, abbiamo compagnia (Ma non ci conviene)

di Franco Venturini

a pagina 6

L'ANALISI SARÀ TERREMOTO GERMANICO? La Csu tra sondaggi e confini chiusi Perché questa crisi non aiuta l'Italia

In Baviera spinte da destra. Alla fine i vincitori a Bruxelles sono stati i puristi dell'Est

Una regione chiave

I cristiano-democratici si spaccano in vista del voto di ottobre. L'ala intransigente preme

Oltre frontiera

Il presidente Macron teme squilibri. Chi ora festeggia è Trump, da sempre anti Cancelliera

di Franco Venturini

Il ministro dell'Interno tedesco offre le dimissioni e paradossalmente il governo di Angela Merkel guadagna un po' di ossigeno, ma il ciclone migranti ha ormai investito in pieno la Germania. Gli italiani possono capire come nessun altro. Nel prossimo ottobre si vota in Baviera. Il ministro dell'Interno del governo Merkel, Horst Seehofer, è il capo del principale partito bavarese, la Csu. Indifferente al fatto che il numero dei migranti che giungono in Baviera e in tutta la Germania sia in drastica diminuzione, Seehofer esige già da due settimane che la Cancelliera fornisca garanzie «anti-invasione». Di quelle che garantiscono il consenso nei sondaggi e nelle urne.

Se avete riconosciuto qualcosa o qualcuno, è pura coincidenza. Perché il messaggio che giunge anche dalla stabile e forte Germania, dopo aver sbaragliato il campo da noi, sta diventando valido ovunque. Inutile dire che gli arrivi sono diminuiti dell'80 per cento, dato statistico certo, perché a contare in una democrazia che vota è la «percezione» dell'opinione pubblica, e la percezione dipende spesso dalla propaganda politica o dall'informazione strumentale più che dai fatti. Seehofer proprio questa percezione vo-

leva cavalcare (in Germania migranti e rifugiati sono molto più numerosi che in Italia), e ora, se dimissioni saranno, la partita tra Csu e Merkel resta aperta: i bavaresi vorranno poter scegliere il nuovo ministro, accetteranno un compromesso oppure andranno ancor più a destra? L'unica cosa sicura è che non dimenticheranno la scadenza elettorale.

Abbiamo compagnia, insomma. Seehofer aveva minacciato Angela Merkel di applicare unilateralmente da ieri una interpretazione rigida e retroattiva dei famigerati accordi di Dublino, di cui l'Italia non ha ottenuto all'ultimo vertice europeo nemmeno una credibile promessa di revisione: al confine tedesco Seehofer voleva far respingere tutti i rifugiati o i migranti che fossero stati prima registrati in un altro Paese (spesso l'Italia) ma fossero poi «sfuggiti» alla sua sorveglianza. E voleva anche che quelli già entrati in Germania in questo modo venissero restituiti ai Paesi di iniziale provenienza o di transito. Così, i provenienti dall'Italia si sarebbero trovati rimandati in Austria, e Vienna (da ieri alla presidenza di turno della Ue) avrebbe poi pensato a ridarceli al Brennero. Dimenticando che l'Italia, almeno questo, non ha accettato a Bruxelles un simile meccanismo.

Merkel, politicamente debole ma non propensa alla resa, credeva forse che i placet di Grecia e Spagna, unitamente a

quattordici altri consensi (poi smentiti da Ungheria, Polonia e Rep. Ceca), avrebbero ammorbido Seehofer. Dopotutto la sopravvivenza della Cancelliera era stato il vero tema centrale del vertice europeo. Ma se Merkel ha davvero creduto questo, ha sottovalutato l'attesa elettorale bavarese. Non ha calcolato che Seehofer e i suoi, con o senza dimissioni, non vogliono perdere «a destra» verso gli ultrà di AfD, e nemmeno mettere la loro sopravvivenza politica nelle mani di Berlino e della Cdu. Per questo la battaglia continuerà.

La Csu non vuole l'immediata caduta del governo (e dunque Seehofer doveva andarsene) ma vuole certamente mettere Merkel con le spalle al muro, indebolirla ulteriormente, quasi obbligarla a trovare altri accordi (non con l'Italia che non ha bisogno di sbarchi dal nord). Ne soffrirà l'equilibrio di Macron, ne soffrirà probabilmente l'Europa intera anche perché la Merkel non ha alternative convincenti. E ne soffrirà, al di là degli scontati proclami propagandistici, l'Italia, perché qualunque altro Cancelliere promette di essere più duro nei nostri confronti di quanto sia la Merkel. In tema di migranti ma anche in tema di debito pubblico e di finanze disordinate. Fuori dall'Europa sarebbe invece certamente

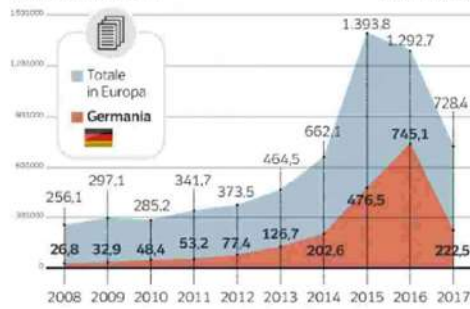
contento, soprattutto se il governo di Berlino cadesse, il Presidente statunitense Trump, che da quando è stato eletto ha messo nel mirino la potenza economica tedesca e l'europeismo della cancelliera.

Fventurini500@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I flussi

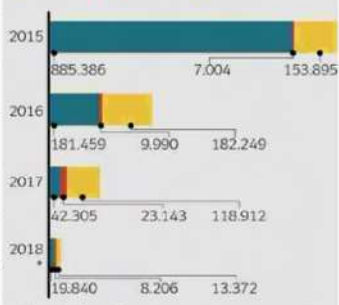
RICHIEDENTI ASILO



ARRIVI ANNUALI DI MIGRANTI IN EUROPA

TRE ROTTE NEL MEDITERRANEO

■ orientale ■ occidentale ■ centrale



Le tappe

Le elezioni del settembre 2017 e l'affermazione della destra

Il 24 settembre 2017 si sono tenute le elezioni federali in Germania per eleggere i membri del nuovo Bundestag. L'Unione cristiana democratica di Angela Merkel (30,2%) e il Partito socialdemocratico (24,6%) sono rimasti i due maggiori partiti del parlamento tedesco, ma entrambi hanno ottenuto una percentuale di voti significativamente più bassa rispetto alle elezioni del 2013. Successo invece per l'estrema destra di Alternativa per la Germania che è entrata per la prima volta nel Bundestag, con il 12,6 per cento dei voti

Grosse Koalition, atto terzo ma solo dopo mesi di trattative

Il 4 marzo la Germania e l'Unione Europea tirano un sospiro di sollievo: dopo mesi di estenuanti trattative, l'accordo faticosamente raggiunto fra Cdu/Csu e la Spd guidata da Olaf Scholz passa il vaglio anche della base socialdemocratica che, in un referendum interno, approva con il 66% la resurrezione della «Grosse Koalition», ovvero la terza riedizione del governo di coalizione fra i due partiti del centro e la sinistra. Angela Merkel è ricandidata cancelliera: «Lieta di collaborare con la Spd per il benessere del Paese».

La crisi sui «respingimenti» fra la cancelliera e il ministro

È sulla gestione dei migranti che esplodono le contraddizioni della Grande coalizione, in particolare fra la cancelliera Merkel, leader della Cdu, e il ministro dell'Interno Horst Seehofer, leader della Csu bavarese. Seehofer vuole il respingimento alle frontiere della Germania dei rifugiati che non hanno diritto a entrare, che sono stati registrati e hanno chiesto asilo in altri Paesi. Ieri il ministro ha respinto la proposta della cancelliera di inviare i migranti registrati in altri Paesi nei cosiddetti centri «Anker», con obbligo di dimora



Tutti percepiscono che ci sia molto in gioco, e chiunque sa che la situazione è seria. Io vorrei che l'Unione continuasse a lavorare insieme, è una storia di successo per la Germania, insieme siamo molto forti

Angela Merkel



Ho capito di aver perso tempo discutendo con la cancelliera. Mi sono impegnato in tutte queste settimane in una trattativa che non ha avuto alcun esito. Angela Merkel si è mossa dello 0,0%

Horst Seehofer

Politica L'idea di una federazione europea dei sovranisti. Decreto dignità, frenata su giochi e fisco

Salvini lancia la «Superlega»

Raduno a Pontida: 30 anni al governo. E Di Maio: tv finite. FI: pericoloso

di **Marco Cremonesi**

Matteo Salvini al raduno di Pontida lancia «la Lega delle Leghe» guardando all'Europa. Prima Lombardia, poi del Nord, successivamente movimento nazionale e ora la Superlega. «Governeremo per 30 anni». Mentre Di Maio annuncia: tv finite. E Forza Italia replica: pericoloso. **alle pagine 2 e 3 Zapperi**

L'offensiva finale sul centrodestra E scommette su Orbán: non so se resterà nel Ppe

I governatori allineati. Il leader diventa il «federatore»

Oggi la sfida è molto più difficile perché noi in Italia di partiti all'opposizione non ne abbiamo, l'opposizione sono altri poteri

Giancarlo Giorgetti

È difficile fare opposizione concreta al nulla, cioè a quello che ha finora prodotto il governo Movimento 5 Stelle-Lega

Ettore Rosato, Pd

Fischi per Berlusconi
L'unico a citare Berlusconi è Toma, il presidente molisano. E il pubblico fischia

L'analisi

dal nostro inviato
Marco Cremonesi

PONTIDA (BERGAMO) «Oggi è il record storico di governatori del centrodestra che parleranno. È una Lega che non cresce solo lei, ma fa crescere tutti». Matteo Salvini procede spedito sul suo doppio binario. Da una parte l'egemonia sul centrodestra in Italia, dall'altra la costruzione del fron-

te europeo per la spallata alle Europee della prossima primavera: il ribaltamento dello storico asse Ppe-Pse, popolari e socialisti europei.

La strategia nazionale ieri ha avuto il suo coronamento. I governatori che parlano dal palco di Pontida fino a qualche anno fa da queste parti erano impensabili: dal siciliano Nello Musumeci a Nicoletta Spelgatti, la leghista che in Val d'Aosta ha spedito l'Union Valdotaïne all'opposizione. Tutti allineati da Salvini, tutti a dire senza dirlo che il baricentro è cambiato. Ma l'opa sul centrodestra sarà silenziosa, non ostile: nei fatti, neppure in disaccordo con Silvio Berlusconi se è vero, come raccontano nella Lega e in Forza Italia, che la presenza

dei governatori non leghisti è stata da Salvini concordata con il Cavaliere insieme con l'alleanza per le elezioni autunnali in Trentino Alto Adige e in Basilicata. E così, l'unica contestazione sul prato di Pontida è un incidente di percorso: quando il neogovernatore del Molise Donato Toma fa positivo riferimento a Silvio Berlusconi e viene accolto da una lunga salva di fischi. Il

promemoria tocca alla vicepresidente della Camera, Mara Carfagna: «Male la totale assenza di riferimento al contributo che Forza Italia e il centrodestra hanno dato al successo dei governatori. Salvini si ricordi di aver vinto le elezioni sulla base di un'alleanza e di un programma di centrodestra».

E così, mentre dal palco Giancarlo Giorgetti denuncia quell'Unione che vuole sostituire gli europei con la forza lavoro immigrata, qualcuno appiccica l'immagine al centrodestra: «Di fatto, non ci sarà bisogno di un partito unico. Sarà una sostituzione etnica». Grazie all'impressionante capacità di assimilazione di Salvini. Che ieri è riuscito anche nell'impresa di diventare animalista: «Lavoreremo anche per punire chi maltratta gli animali». Con riferimento agli abbandoni estivi (e alla macellazione islamica).

La pervasività salviniana riesce ad unire gli autonomi

sti del Partito sardo d'azione (il leader Solinas è in parlamento grazie all'accordo con la Lega) con pezzi di classe dirigente che fu di Forza Italia. E ad attrarre silenziosamente Fratelli d'Italia che, in quanto populistici, potrebbero preferire partiti in cui c'è più popolo.

Nel frattempo, c'è il lavoro sull'Europa. Nei cinque viaggi all'estero che Salvini farà in luglio, al netto del summit di Innsbruck dei ministri dell'Interno, tre volte sarà in Africa, una in Svezia e una in Olanda. Per tutti i partiti no euro, Salvini è diventato il modello di riferimento, al punto che la capogruppo leghista a Bruxelles, Mara Biz-zotto, può dirlo risultando credibile: «Alle Europee Salvini non soltanto guiderà la Lega, ma diventerà anche il leader di tutti quei movimenti che vogliono cambiare l'Unione Sovietica Europea. Il capitano del fronte identitario sarà il nostro Matteo».

Lui parte da un presupposto: «Il Consiglio europeo, in

cui Conte ha saputo essere protagonista, ha certificato che non c'è un'Unione ma una disunione. Ecco, noi vogliamo rifondare l'Europa, ma nel rispetto di tutti i suoi popoli». E dunque, alle elezioni i movimenti «amici» si troveranno in una federazione, «non tanto in un'alleanza programmatica perché ciascuno ha il suo specifico, ma in un comune sentire che ci farà procedere uniti». Il retropensiero è che le vecchie famiglie politiche siano al capo. Inca: «Voglio vedere per quanto tempo ancora Victor Orbán resterà nel Ppe».

Il ricambio a Bruxelles è fondamentale anche per il governo in Italia. Lo dice Giancarlo Giorgetti: «Il governo durerà trent'anni? Stiamo facendo molto, ma per portare avanti il programma occorre uno sguardo diverso dell'Unione». Ecco, se l'Unione cambiasse fisionomia, per i piani leghisti sarebbe di grande aiuto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La canzone

«AMAZING GRACE»

È uno dei più famosi inni cristiani in lingua inglese del '700, cantato anche nel periodo natalizio. La sua origine storica è raccontata nel film diretto nel 2006 da Michael Apted. L'autore è John Newton, ex capitano di navi negriere, e può considerarsi un inno di ringraziamento a Dio per la sua conversione

