

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
19 MARZO 2014

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Conte (Fnomceo): Ssn taglia camici, urge organo super partes per dettare i fabbisogni

Ci sono sempre meno sbocchi per i professionisti della sanità, specie per infermieri e tecnici radiologi. Lo dice l'indagine Almalaurea 2014, che però per i medici non offre risultati altrettanto sensibili. Nelle professioni sanitarie, sono tutte o quasi in calo le percentuali di chi a un anno dalla laurea ha trovato lavoro, calcolate nel 2007 e nel 2012. Ma per tre professioni il calo è grave: ieri trovavano lavoro 94 infermieri su 100, a cinque anni di distanza ci riescono in 63; tra gli infermieri pediatrici il calo è dal 93 al 51%; e tra i tecnici di radiologia dal 93 al 41%, oggi trova lavoro meno della metà rispetto al 2007. Tra i medici, ancora a distanza di 5 anni quasi tutti sono specializzandi e il dato non è confrontabile. Ma in prospettiva cambia poco. «Quando parliamo di specializzandi trattiamo ormai di 3500 medici avviati alla dipendenza (contro 5 mila e passa di due anni fa) su 10 mila immatricolati annui al corso di studi di Medicina. Nel complesso però, lo Stato sta disinvestendo su tutte le professioni sanitarie», afferma Luigi Conte segretario della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e Odontoiatri, la quale ha di recente istituito un Osservatorio giovani. «Con la scusa che il personale pesa più delle altre voci sui bilanci, si blocca il turn-over, si mandano a casa i titolari di contratti atipici, s'incentiva il personale che costa meno ma non per valorizzarlo quanto per fare una sanità con meno professionisti. Che non ha domani: una ricerca su Lancet del 26 febbraio scorso, su 300 ospedali europei e 422 mila pazienti operati, evidenzia che nei 30 giorni successivi all'intervento la mortalità si riduce del 30% se ogni sei pazienti c'è almeno un infermiere. Con i tagli non si risponde alle esigenze della popolazione». «E' il momento di dire chiaro che medici e infermieri sono indispensabili al Ssn –prosegue Conte - ed è altresì necessario fare chiarezza sui dati occupazionali e di demografia dei professionisti: oggi i nostri non combaciano con quelli del Ministero dell'Università e questi ultimi non combaciano con quelli del Ministero della Salute, ed altrettanto si può dire per i dati dei collegi infermieristici Ipasvi. Abbiamo bisogno di un organismo unico a livello nazionale che offra dati certi su cui calcolare i fabbisogni di professionisti della sanità. Inoltre va sostenuto il numero programmato a Medicina, sia perché gli sbocchi sono limitati sia perché dacché esiste l'indice di abbandono universitario è sceso dal 18-20% delle facoltà "aperte" a un lusinghiero 2% e si laurea nei canonici sei anni ben l'83% degli iscritti, dunque vanno avanti le migliori scommesse per questo Ssn».

Cottarelli: Ssn ancora sostenibile, no a cambiamenti radicali

«Il sistema sanitario nazionale è sostenibile, non credo che servano cambiamenti radicali». A sottolinearlo in audizione al Senato, **Carlo Cottarelli** commissario alla spending review.

Cottarelli ha quasi completato la griglia di tagli che, nei prossimi giorni, sarà sottoposta all'attenzione del Comitato guidato dal premier Matteo Renzi e dal sottosegretario Graziano Delrio. «Le cifre massime di risparmio sono di 7 miliardi su base annua se si fosse iniziato a gennaio» ha spiegato Cottarelli. Partendo a maggio «dai 7-8 mesi si arriva a 5 miliardi. Prudenzialmente si può contare di sicuro su 3 mld» ha aggiunto il commissario incaricato del riordino della spesa pubblica «poi c'è un margine di incertezza, tutto dipende dalle decisioni politiche e da quanto si vuole spingere su certe leve». Questi numeri, ha proseguito, «sono aggiuntivi rispetto a legge stabilità». "Nel Patto della Salute» ha assicurato, dal canto suo, il ministro **Beatrice Lorenzin** «abbiamo previsto risparmi di circa dieci miliardi di euro, ovviamente non in un mese ma in tre anni». Nel mirino, i bilanci delle Regioni: già quest'anno dovrebbero garantire circa 600 milioni.

Sale e iodio nell'alimentazione, Iss: medici di famiglia poco preparati

Nell'alimentazione degli italiani c'è un eccesso di sodio e una carenza di iodio, ma i medici di famiglia non risultano sufficientemente preparati sul tema. Lo dicono i risultati di un'indagine condotta dall'Istituto superiore di sanità su mille medici di medicina generale, da cui risulta che l'83% è favorevole a ridurre il sale negli alimenti e il 40% all'uso del sale iodato, ma solo il 23,3% conosce la raccomandazione del ministero della Salute sul sale iodato e la legge sulla iodoprofilassi, mentre il 45,6% conosce solo la raccomandazione o solo la legge, e il 31,1% non conosce né raccomandazione né legge. **Andrea Poli**, direttore scientifico di Nfi (Nutrition foundation of Italy) non è molto sorpreso per le insufficienti informazioni sulla nutrizione: «il problema è che non esiste un corso dedicato a questo tema durante il corso di laurea in Medicina e così le competenze nutrizionali di tutti i medici - e non solo quelli di famiglia - sono necessariamente limitate. Fanno probabilmente eccezione i pediatri, ma in generale i medici sono poco attenti ai temi di carattere nutrizionale perché non hanno un background adeguato; le informazioni vengono acquisite nella fase post laurea da chi ha un interesse specifico sull'argomento». Tuttavia, entrando nello specifico dei due elementi oggetto dell'indagine, colpisce il fatto che, nella pratica clinica, solo un medico su due raccomanda la riduzione dell'assunzione del sale ai propri assistiti. «Abbiamo svolto recentemente un'indagine su un campione della popolazione generale – afferma Poli - e il pubblico risulta abbastanza conscio dell'esigenza di ridurre il consumo di sale. A maggior ragione, ci si aspetterebbe che il medico ne fosse al corrente, ma può forse creare confusione il fatto che negli ultimi anni c'è una certa variabilità nelle quantità raccomandate dalle diverse linee guida internazionali. Riguardo allo iodio potrebbe invece incidere il timore di interferire in un meccanismo complesso come quello della produzione ormonale».

DIRITTO SANITARIO È risarcibile il danno in caso di morte immediata o istantanea?

Profili giuridici

Il risarcimento del danno non patrimoniale da perdita della vita è garantito dall'ordinamento in via primaria anche sul piano della tutela civile, presentando carattere autonomo rispetto al danno alla salute, nella sua duplice configurazione di danno "biologico terminale" e di danno "catastrofale". Esso, pertanto, rileva a prescindere dalla consapevolezza che il danneggiato ne abbia avuto, dovendo ricevere ristoro anche in caso di morte cosiddetta

"immediata" o "istantanea", senza che assumano rilievo né la persistenza in vita della vittima per un apprezzabile lasso di tempo, né l'intensità della sofferenza dalla stessa subita per la cosciente e lucida percezione dell'ineluttabilità della propria fine. La liquidazione del danno da perdita della vita deve compiersi in applicazione dell'art. 1226 cod. civ., essendo rimessa alla discrezionalità del giudice di merito l'individuazione di criteri che consentano di pervenire ad un equo ristoro.

[Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Lorenzin: "Da sanità risparmi per molto più di 3 mld in 3 anni. E li reinvestiremo nel Ssn"

Il ministro lo ha annunciato in un'intervista a Repubblica, spiegando che questo sarà possibile riducendo gli sprechi, come già d'accordo con le Regioni. "Abbiamo già individuato 900 milioni da recuperare tagliando i ricoveri inappropriati". I risparmi saranno reinvestiti. Dove? In "infrastrutture", "tecnologie" e "risorse umane". Con il Patto per la Salute anche ticket più equi. "Ma chi può permetterselo deve pagare".

“Tre miliardi in tre anni? Con le Regioni abbiamo intenzione di ridurre molto di più gli sprechi della sanità”. Ad affermarlo è il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, che in un'intervista a *Repubblica* affronta senza timori il tema dei risparmi previsti dalla Spending Review di **Carlo Cottarelli**. Del resto, “dobbiamo avere tutti il coraggio di recuperare risorse per fare investimenti” e, [come promesso dal premier Matteo Renzi](#) pochi giorni fa, i risparmi ottenuti in sanità resteranno alla sanità. Dunque, si tratta di “una grande occasione per rimettersi in piedi” e “poter reinvestire nel nostro sistema”.

Ad esempio, “abbiamo già individuato 900 milioni di euro da recuperare tagliando i ricoveri inappropriati”, ha spiegato Lorenzin a *Repubblica*. “Quei soldi serviranno, 300 milioni all'anno, per finanziare i nuovi Lea, cioè le prestazioni che le Regioni devono assicurare ai propri cittadini. Ma questo è solo un esempio”. Altri riguardano i contratti per la fornitura di beni e servizi dove, secondo Lorenzin, è possibile “recuperare tra il 10 e il 15% di quanto spendiamo. Si tratta di diversi miliardi di euro. Questi soldi li reinvestiremo in tecnologie”. Dall'e-health dovrebbero invece derivare, a regime, risparmi per 7 miliardi, secondo le stime del ministero.

Per Lorenzin 2 miliardi dovranno poi essere investiti per le infrastrutture. “E poi la medicina moderna è fatta di tecnologie e risorse umane. Dobbiamo investire in questi ambiti, magari rivedendo i blocchi del turn over nelle Regioni in piano di rientro”.

L'obiettivo a breve termine di Lorenzin è quello di chiudere il Patto per la Salute entro un mese “e allora avremo i dati esatti dei risparmi”. Nell'ambito del Patto per la Salute, inoltre, ministero e Regioni stanno lavorando alla revisione dei ticket. “L'idea è di arrivare a un sistema più equo” e “allo stesso tempo dobbiamo recuperare parte dell'evasione. Nel nostro Paese l'esenzione dal ticket tocca il 50% con punte dell'80% in certe regioni. Dobbiamo recuperare risorse facendo pagare il ticket a chi può permetterselo. Non voglio però che i

costi disincentivano le persone da fare alcune prestazioni, come quelle diagnostiche, che sono fondamentali per la prevenzione delle malattie”.

Spending review. Cottarelli “Il Ssn è ancora sostenibile. Non serve cambiamento di sistema. Ma si può migliorare con i costi standard”

Lo ha detto il commissario alla spending review, Carlo Cottarelli, in audizione davanti alla V Commissione Bilancio del Senato. Però rispondendo al senatore Mandelli (FI) ha aggiunto “occorre migliorare l’efficienza in alcune regioni. Lo strumento per farlo è l’introduzione e l’allargamento dei costi standard”. Cottarelli prevede risparmi per lo Stato di tre mld da subito, per il 2014, “che su base annua sarebbero di sette”.

Buone notizie per il Sistema sanitario nazionale. Almeno a sentire l’audizione del Commissario alla spending review, **Carlo Cottarelli**, che in Senato, proseguendo l’audizione nel corso dell’indagine conoscitiva sulle procedure di revisione di spesa pubblica ha spiegato che “il sistema sanitario nazionale è ancora sostenibile”. Aggiungendo che “non è necessario un cambiamento radicale, non c’è da rivedere interamente il sistema”.

“Il sistema sanitario è ancora sostenibile? Mi è stato chiesto e io credo di sì. Non serve un cambiamento radicale del sistema, ci vuole un’azione di risparmio e di efficientamento dei servizi”. Tra i risparmi considerati nel documento messo a punto, quelli nel settore sanità “sono abbastanza contenuti”. Per il commissario dunque “non c’è da rivedere completamente il sistema. C’è un’azione di risparmio e di efficientamento compreso negli acquisti di beni e servizi. Ci sono poi - grossi disparità tra Regioni, il che spinge verso una piena attuazione dei costi standard”.

Cottarelli poi sollecitato da una domanda del senatore e presidente della Fofi, **Andrea Mandelli** (FI) che gli ha chiesto come “porre in essere la questione costi standard” ha precisato che “Non credo che ci sia contraddizione tra il dire che la struttura del Sistema nazionale è valido con il fatto che occorra migliorare l’efficienza in alcune regioni. Lo strumento per migliorare l’efficienza in alcune regioni è l’introduzione e l’allargamento dei costi standard”.

Insomma la sanità dovrebbe essere al riparo da ulteriori tagli. La vera forbice però dovrebbe abbattersi nella Pubblica Amministrazione infatti il piano prevede 85mila esuberanti anche se “è una prima stima di massima”, ed è una cifra “che va affinata sulla base delle effettive riforme”. Cottarelli ha spiegato che adesso “siamo in una prima fase di raccolta, poi partirà la fase delle proposte a metà settembre”. Se però tutti gli interventi strutturali comporteranno degli esuberanti “vi è anche la possibilità di riassorbirli in altri parti, da qui l’importanza dedicata alla mobilità nella Pubblica amministrazione”.

Sempre nel corso dell’audizione poi il Commissario straordinario alla spending review ha confermato che il suo piano prevede risparmi effettivi da subito, per il 2014, per lo Stato di “tre miliardi. Su ci si può contare al al 100%”. Se però ci si muove con “notevole energia” ha riferito ancora Cottarelli “si può contare anche su un ammontare più ampio. Il massimo del risparmio, secondo me su una base di otto mesi, è intorno ai cinque miliardi. Che su base annua sarebbe di sette”. i

“Per alcune riforme – detto Cottarelli – come per le forze di polizia o per le centrali di acquisto, quelle che io chiamo sinergie, occorre partire subito in termine di definizione dei piani specifici anche se gli effetti si vedranno solo nel 2015. Nella mia agenda c’è la

scadenza di metà settembre per la definizione dei piani strutturali”.

Poi il commissario ha illustrato lo scenario delle pensioni. Cottarelli ha spiegato che sulle pensioni è stato preso a riferimento il reddito procapite italiano calcolato dall'Istat, pari a 26.000 euro. Il contributo previsto dal dossier messo a punto finora sarebbe quindi partito da “pochi euro al mese andando poi a crescere” in base al reddito. “Dipende dal tipo di scenario che si vuole avere, sono scelte politiche - ha evidenziato - si può anche decidere che non si devono toccare”. In ogni caso, ha puntualizzato il commissario, “per gli scaglioni più bassi il contributo era molto basso”, quindi anche “se si partisse da più in alto i risparmi non sarebbero compromessi”.

In conclusione Cottarelli ha tenuto a precisare che “il documento che ho consegnato non è quello finale: ho dato un documento al governo per ricevere osservazioni e il governo ha indicato che la relazione finale dovrebbe essere pubblicata con il Def. Ho ricevuto suggerimenti di approfondire certe aree, sto lavorando per questo e c'è ancora tempo per fare revisioni”. La prossima settimana ha concluso “mi sposto a Palazzo Chigi”. Da lì comincerà il lavoro di preparazione del Def.

Crisi. In Grecia si muore di più a causa dei tagli alla sanità. E l'Italia rischia altrettanto

Anche nel nostro Paese i tagli dovuti all'austerità hanno messo il sistema sanitario sotto pressione, aumentando le disuguaglianze e minacciandone la sostenibilità futura in mancanza di investimenti nella tutela della salute e nella prevenzione

In una serie di articoli pubblicati recentemente su *Lancet*, ricercatori di sociologia ed epidemiologia delle Università di Oxford, Cambridge, Londra e Atene hanno reso noti gli effetti del taglio delle risorse, dovuto alla crisi economica, sullo stato di salute della popolazione della Grecia. I risultati sono drammatici.

La mortalità generale annuale è aumentata nettamente dal periodo pre-crisi (2008) al 2012, raggiungendo il numero di 116.670 decessi, il più alto dal 1949. A morire sono soprattutto gli anziani, con un incremento del 12,4% nella fascia di età 80-84 anni e del 24,3% negli over 85. Secondo gli studiosi la ragione è da ricercare nelle difficoltà di accesso alle cure per i malati cronici, legata alle drastiche misure restrittive assunte nelle politiche sanitarie (spesa sanitaria, portata al di sotto del 6% di un PIL in caduta libera), all'elevazione dei livelli di co-payment (tickets sui farmaci, sulle prestazioni diagnostiche e sui ricoveri) e all'incremento netto di pazienti non assicurati per l'impoverimento di ampie fasce di popolazione. A causa della disoccupazione, del peggioramento delle condizioni economiche, della malnutrizione, della scarsità di farmaci negli ospedali e della difficoltà di accesso alle cure, in particolare per le donne in gravidanza, i nati vivi sono passati da 118.302 nel 2008 a 100.643 nel 2012 (- 15,2%). La mortalità prenatale è passata nello stesso periodo dal 3,31 al 4,44 per mille nati vivi. Tra il 2008 e il 2010 i nati sottopeso sono aumentati del 19% con un parallelo aumento della mortalità infantile sia sotto l'anno di vita che sotto i 5 anni.

La scarsità di risorse ha determinato un taglio di tutti gli interventi di prevenzione nelle popolazioni a rischio. La ridotta distribuzione di siringhe e condom ha portato ad una vera e propria epidemia di infezione da HIV. In chi fa abuso di droghe, i casi sono passati da 9 nel 2008 a 484 nel 2012. Nella stessa popolazione a rischio sono raddoppiati i casi di tbc. L'allentamento della lotta contro gli insetti ha portato alla ricomparsa della malaria. Gli ospedali pubblici, in crescente difficoltà per il taglio dei finanziamenti e la riduzione del personale, devono far fronte ad una richiesta incrementata di ricovero (+ 25%) mentre si

riduce il ricorso alle strutture private (-30%); i pronto soccorso e le strutture gestite da ONG, prima frequentate solo da immigrati, oggi accolgono anche un crescente numero di cittadini greci (+ 30%). L'aumento del disagio sociale e dello stress psicologico secondario al peggioramento delle condizioni economiche dei singoli è segnalato drammaticamente anche dall'incremento dei suicidi (in Grecia + 40% nel 2011 rispetto al 2007) che coinvolge anche le donne.

La Grecia può prefigurare il nostro prossimo futuro? È comunque una dinamica che non ci può lasciare indifferenti perché il nostro centro-sud sta sperimentando da alcuni anni sulla propria pelle, con le politiche dei piani di rientro, l'effetto di questo tipo di tagli. Da Roma in giù, con l'eccezione della Basilicata, le amministrazioni regionali, sotto le imposizioni del MEF, hanno messo in campo riduzioni importanti e lineari della spesa sanitaria. I cittadini rinunciano alle cure e accedono con crescenti difficoltà ai servizi sanitari. E' auspicabile che in queste popolazioni vengano svolti da autorità indipendenti gli stessi studi epidemiologici condotti in Grecia.

Il dramma sociale e sanitario della Grecia si sta quindi manifestando anche in Italia? E' una domanda che ci siamo già posti nell'estate del 2012, temendo l'impatto della crisi economica sulla salute e le prestazioni del sistema sanitario. Noi ci auguriamo di no. Ma quando alla caduta importante delle capacità economiche dei cittadini si affianca un attacco al sistema di welfare e al sistema sanitario in particolare, lo scenario che si apre rischia di avvitarsi verso il dramma perché viene a mancare quel ruolo di collante e di "ammortizzatore" sociale che da sempre svolge il SSN. I tagli economici subiti finora dal sistema nel periodo 2010/2013 ammontano a circa 31 miliardi di euro, come certificato dalla Corte dei Conti.

In rapporto ad altri paesi europei, abbiamo tagliato molto di più, più dell'Inghilterra 20 miliardi di sterline entro il 2016, più della Grecia 25 miliardi di euro entro il 2015, più di Irlanda, Francia, Portogallo. Il livello di co-payment è aumentato. La riduzione dei posti letto ospedalieri al 3,7 per mille abitanti, e delle dotazioni organiche di Medici ed infermieri, potrebbe trasformarsi in una ulteriore barriera di accesso fisico alle cure, che si sommerebbe alle barriere economiche già analizzate. L'Italia già oggi ha un tasso di posti letto più basso della media OECD (4 contro 4,9 per mille) e molto lontano da quello dei paesi con cui oramai non possiamo più confrontarci: Germania 8,3‰, Francia 6,3‰, Svizzera 5‰, Austria 7,6‰. La coartazione drammatica del perimetro dei diritti in campo sanitario e l'incremento del disagio sociale potrebbero rappresentare un mix preoccupante, anche per la tenuta democratica del nostro Paese. I tagli dovuti all'austerità hanno, in sostanza, messo il sistema sanitario sotto pressione, aumentando le disuguaglianze e minacciandone la sostenibilità futura in mancanza di investimenti nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie che garantiscano l'accesso universale di alta qualità ai servizi sanitari. E' essenzialmente per questi motivi che oramai da tempo andiamo sostenendo che la spending review in campo sanitario non può essere utilizzata per coprire il deficit di bilancio e che il sistema non appare in grado di sopportare ulteriori restrizioni. Ma è altrettanto chiaro che la sostenibilità del SSN non può essere conseguita - e soprattutto mantenuta nel tempo - se continuano a sopravvivere sacche di inefficienze organizzative e gestionali, vicinanze improprie tra gestione del consenso politico e gestione del merito e della qualità professionale, allarmanti fenomeni corruttivi, esasperazioni "consumistiche" della domanda di Salute. Ed è proprio in questo contesto che occorre procedere a una virtuosa spending review "non lineare" sulle risorse e sull'etica del sistema, che svuoti sacche di inapproprietezze e inefficienze, fermo restando che le risorse così recuperate rimangano all'interno del sistema stesso, e siano destinate a finanziare processi di innovazione

tecnologica, strutturale, organizzativa e professionale per mantenere gli ottimi livelli qualitativi raggiunti nell'erogazione dei servizi sanitari, come dimostrano i dati OECD 2013, riducendo le disparità tra nord e sud e le barriere che ostacolano l'accesso ai servizi che rappresentano i veri elementi di iniquità del sistema.

Costantino Troise

Segretario nazionale Anaa Assomed

Carlo Palermo

Coordinatore della Conferenza permanente dei segretari regionali Anaa Assomed

Bufera all'Agenas. Moirano non viene rinnovato alla direzione generale. E Bissoni si dimette

Colpo di scena nella serata di ieri. Nel pomeriggio si era appreso del mancato rinnovo alla direzione generale di Fulvio Moirano. Una decisione che ha fatto scegliere al presidente Bissoni di dimettersi. "Affinchè il ministro possa affrontare congiuntamente e proficuamente la fase di rinnovo dei vertici dell'Agenzia". Per la carica di DG oggi circolava la voce di un possibile incarico a Bevere (attuale DG prevenzione della Salute).

La situazione è precipitata in serata. Prima la conferma che l'atteso rinnovo dell'incarico alla direzione generale di Agenas per **Fulvio Moirano** non sarebbe arrivato. Poi, in serata, le dimissioni del presidente **Giovanni Bissoni**, comunicate in una lettera al ministro **Beatrice Lorenzin** che non lasciano dubbi sulle ragioni del gesto. "La decisione delle mie dimissioni - si legge infatti nella lettera inviata al ministro - viene a seguito della scadenza del mandato del direttore Fulvio Moirano". "L'Agenas - scrive ancora Bissoni - si trova ora in una situazione di particolare difficoltà e quindi comunico le mie dimissioni dalla carica di Presidente affinché lei possa affrontare congiuntamente e proficuamente la fase di rinnovo dei vertici dell'Agenzia".

Moirano, in carica dal 19 marzo 2009, tornerà ora alla Asl di Asti, dove è dirigente medico presso la direzione sanitaria. Bissoni, invece, era alla guida di Agenas dal 30 maggio 2012. In attesa della nuova nomina del direttore generale sarà **Achille Iachino**, dirigente della Sezione Ragioneria ed Economato di Agenas, ad assumere l'incarico di supplenza alla direzione generale. Per la sostituzione definitiva di Moirano, invece, solo voci. E quella più insistente di oggi era quella su **Francesco Bevere**, attuale Direttore generale del ministero della Salute alla programmazione sanitaria e membro del Cda dell'Agenas. Ma è chiaro che adesso, con le dimissioni a sorpresa di Bissoni tutto è possibile e le carte si ri-mischieranno completamente.

SOLE24ORE/SANITA'

Spending review nel Ssn: ecco il «piano Cottarelli». Aspettando il Patto

Il risparmio che ci sarà per la sanità - su 7 miliardi in cantiere per il 2014, 18,1 per il 2015 e 33,9 per il 2016 - è tutto nel Patto sulla salute ed è di 300 milioni nel 2014; 800 milioni nel 2015 e 2 miliardi nel 2016. Esclusa la spesa per beni e servizi però, sulla quale le razionalizzazioni seguiranno un'altra strada.

Eccolo il menu di Cottarelli per quanto riguarda le schede sulla sanità. Risparmi considerati, spiega esplicitamente la scheda, «nell'ambito delle discussioni per il Patto per la salute». Con una puntualizzazione in più: «E' necessaria una piena applicazione dei costi standard nella sanità» aggiunge la scheda.

Un menu soft tutto sommato, come lo stesso Cottarelli ha confermato oggi durante un'audizione in commissione Bilancio alla Camera sul piano dei risparmi: «Il sistema sanitario nazionale è sostenibile, non credo sia necessario alcun cambiamento radicale sulla sanità, in percentuale i risparmi del mio piano sono abbastanza contenuti. Non c'è da rivedere il sistema».

Sanità compresa sui beni e servizi i risparmi previsto sono di 800 milioni per il 2014, 2,3 miliardi per il 2015 e 7,2 miliardi per il 2016. E la strada per realizzarli parla di acquisti effettuati su convenzioni Consip - che finora hanno portato a una media di risparmio del 24% - o altre centrali di acquisto.

I nuovi contratti dovranno cambiare con una drastica riduzione numero centrali appaltanti (da 32.000 a 30-40; Consip, Regioni, città metropolitane) per acquisti «sopra soglia».

E su quelli in essere al 31 luglio 2014 dovranno subito scattare controlli.

Da ridurre "drasticamente" anche i tempi di pagamento della Pa (oltre a eliminare il debito): con questa soluzione i risparmi potrebbero essere più significativi.

E ancora sulla sanità la scheda specifica : «I risparmi per la sanità verrebbero mantenuti a livello regionale col fine di ridurre la tassazione regionale», sottolineando che tutto il Patto dovrà essere coerente con questi obiettivi.

Per quanto riguarda l'andamento della spesa la nota spiega che quella sanitaria sul Pil potenziale è al 7,05% nel 2014 superiore al «benchmark»: quella in area euro (Belgio, Germania, Irlanda, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Austria e Finlandia) è al 7,28% e il benchmark è del 5,25%. Il benchmark è costituito dalla spesa europea corretta per tenere conto del vincolo per l'Italia dovuto alla maggiore spesa per interessi e al diverso "medium term objective" (Mto) e della riduzione della spesa prevista per gli altri Paesi necessaria per raggiungere il proprio Mto.

Lorenzin: oltre 10 miliardi di risparmi in tre anni

Su questa lunghezza d'onda, ma puntando anche più in alto per quanto riguarda l'entità dei risparmi (che però non sarebbero destinati tutti, come spiega la scheda di Cottarelli, ad abbassare la tassazione locale) si pone anche il ministro Betarice Lorenzin, che questa mattina, intervenendo a una trasmissione radiofonica ha sottolineato che «dobbiamo essere in grado di razionalizzare, con una pianificazione diversa. Ci sono ancora margini di recupero molto alti che vanno però fatti insieme alle Regioni, che ci devono stare».

Un'operazione, non di tagli lineari, «che incidono sempre sulle stesse voci di spesa che si riverberano sulla mancanza di servizi», ma «un'operazione di risparmio che viene dalla programmazione della pianificazione razionale della sanità», così da risparmiare «dieci miliardi in 3 anni da reinvestire nel sistema sanitario».

«La sanità - ha aggiunto - ha dato 25 miliardi di tagli negli ultimi 5 anni, di cui ancora 10

sono in atto nel 2013-2016». Ma «a budget invariato» si può ancora fare molto. «Se ci lasciano fare il Patto della salute con un meccanismo di Spending interna - ha detto - non solo non avrà conseguenze su cittadini ma ci consentirà di mettere in sicurezza il Ssn, che in questo momento non lo è».

In questo modo si possono ricavare fondi da reinvestire in sanità. Ad esempio «il prossimo anno arriverà in Italia un nuovo farmaco che sconfigge completamente l'Epatite C, un farmaco che costa 50.000 euro a persona e appena arriva costa 3 miliardi. Queste sono le scelte che dovremo fare nei prossimi anni».

Management da rivedere

E Lorenzin sempre alla radio - ma in un'altra trasmissione - ha anche annunciato un intervento sul management sanitario in team con il ministro Madia per un nuovo metodo di selezione.

«Abbiamo la necessità di rimettere in piedi il sistema sanitario in due o tre anni. Quantomeno dare regole per tutti, e questo ci permetterà poi di intervenire sui territori. Ma tutti devono accettare diversi modelli di controllo. Il vero problema della sanità italiana è la governance ed i manager», ha detto.

«Dove ci sono dei buoni manager, in pochi mesi si rimette in piedi un'azienda che ha perso milioni di euro» - continua Lorenzin -. Perché purtroppo non è prevalso la ricerca della performance».

Anziani «nella mia mente»

«Il piano anziani è nella mia mente», ha affermato ancora Lorenzin. «Nella mente e nelle azioni - ha aggiunto -. Nel momento in cui spiego ai miei interlocutori che noi andiamo verso una popolazione anziana, in cui dobbiamo trasformare l'assistenza sanitaria per andare incontro agli anziani, questo vuol dire averli al centro.

«Il tema dell'assistenza è sviluppare da una parte l'ospedale come luogo dove si curano le acuzie, cioè i casi gravi ed il territorio in cui si tiene in carico il paziente, lo si aiuta a casa», ha spiegato ancora il ministro.

«Sono pienamente d'accordo con quanto dichiara il ministro Lorenzin. Anzi, sono certo che la sanità italiana può contribuire alla spending review per ben più di 3 miliardi in 3 anni. Basta applicare senza timori dotazioni e costi standard e i miliardi si moltiplicheranno», ha sottolineato l'assessore alla sanità della Regione del Veneto Luca Coletto, coordinatore degli assessori alla sanità, commentando le dichiarazioni rilasciate del ministro.

«Se fosse davvero finita l'orrenda stagione dei tagli lineari - aggiunge - il Veneto e le altre (purtroppo ancora poche) Regioni con i conti in ordine potrebbero dire di aver vinto una battaglia storica. Ma è ancora presto, le insidie sono ancora molte e noi saremo impietosi controllori a tutti i tavoli nazionali».

«Intendo dire - dice l'assessore - che ogni taglio sarà il benvenuto se si concentrerà su sprechi e cattiva gestione dei budget. In quel caso, però, al Veneto non dovrà essere toccato nemmeno un euro, premialità comprese. In caso contrario saremo alle solite: paga pantalòn, ma il Veneto, in quei panni, non è più disposto a stare».

GIURISPRUDENZA **Cassazione: il decalogo per i ricorsi degli ex specializzandi**

Solo i medici che si sono iscritti ai corsi di specializzazione iniziati dopo il 1° gennaio 1983 hanno diritto al risarcimento del danno da inadempimento delle direttive n. 82/76/Cee, riassuntiva delle direttive n. 75/362/Cee e n. 75/363/Cee che hanno introdotto l'obbligo per gli Stati membri dell'Ue di fornire una «adeguata remunerazione» ai partecipanti ai corsi di specializzazione.

La precisazione, destinata a fare scuola nei futuri giudizi, è contenuta nella sentenza della Corte di Cassazione n. 5275 del 6 marzo.

La sentenza, che ripercorre la copiosa giurisprudenza in materia non sempre univoca, ha in parte confermato alcuni principi già ampiamente chiariti in precedenza ma, punto fondamentale, ha chiarito i diritti di coloro che frequentarono i corsi in vigenza delle direttive n. 75/362/Cee, 75/363/Cee e 82/76/Cee ma si erano iscritti in un periodo precedente allo scadere dell'obbligo degli Stati di adeguarsi a essa o lo avevano frequentato, almeno in parte, in un periodo a cavallo del termine fissato al 31 dicembre 1982.

Questa è, secondo la Corte, la data che fa da spartiacque tra coloro che hanno diritto al risarcimento e coloro che, purtroppo, non possono pretenderlo neppure per gli anni di corso frequentati successivamente.

Coloro che hanno frequentato un corso che legittimamente sul piano del diritto comunitario era iniziato in una situazione nella quale lo Stato italiano non era ancora divenuto inadempiente all'obbligo di ottemperare alle note direttive ed essendo tale obbligo correlato all'organizzazione del corso nella sua completezza e, quindi, fin dal suo inizio, deve ritenersi, afferma la Corte, che «l'inadempienza dello Stato verificatasi a far tempo dal 1° gennaio 1983 fosse riferibile solo all'organizzazione di corsi di specializzazione iniziati da tale data».

Conseguentemente, il diritto nascente dalla situazione d'inadempienza non può riguardare i medici che alla data del 1° gennaio 1983 stavano già frequentando corsi di specializzazione iniziati anteriormente, in quanto ciò si risolverebbe in una sorta di inammissibile irretroattività degli effetti dell'inadempimento statutale (cfr. anche Cass. n. 21719 del 2012 e Cass. n. 17067 del 2013).

Nessuna sostanziale novità, invece, riguardo alla prescrivibilità del diritto confermando il fondamentale chiarimento costituito dalle sentenze gemelle 10813, 10814, 10815 e 10816 del 2011, nelle quali si definiva come contrattuale la domanda risarcitoria degli specializzandi.

Precisamente la Corte, sulla scorta del principio di ragionevolezza e giustizia sostanziale per cui un diritto non può essere fatto valere se non da quando lo stesso è conoscibile e pienamente esercitabile, ha stabilito la misura decennale del diritto di prescrizione ponendo quale momento iniziale per il suo decorso la data del 27 ottobre 1999.

Tale principio è stato poi confermato da Cass. n. 1917/2012 secondo cui il diritto al risarcimento del danno insorto a favore dei soggetti che avevano seguito corsi di specializzazione medica iniziati negli anni dal 1° gennaio 1983 all'anno accademico 1990-1991, si prescrive comunque partendo dallo stesso termine, data di entrata in vigore dell'art. 11, L. 370/1999, con cui è stato riconosciuto il diritto a una borsa di studio in favore dei soggetti di cui al predetto art. 11 e dunque, in generale, per tutti gli aventi diritto ad analoga prestazione che hanno avuto da quel momento la certezza che lo Stato non avrebbe più emanato altri atti di adempimento alla normativa europea.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584