

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

GIOVEDÌ 30 OTTOBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE SANITA' Ok al taglio delle Asl, nasce l'Agencia del 118 Primo tassello della riforma, ma in Consiglio vota a favore solo la maggioranza L'assessorato diventa "alla Salute". In commissione pronti 400 emendamenti

In Commissione sono arrivati ieri poco meno di 400 emendamenti alla legge che avvia la riforma sanitaria. In aula, dopo l'approvazione del primo articolo, la proposta ha subito uno stop: ritornerà in Consiglio il prossimo 4 novembre. Ieri è stata ribadita la guerra di posizione tra la maggioranza, compatta nel sostenere la proposta, e l'opposizione che ha iniziato contestando anche il titolo della legge: «Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario». Nessuna urgenza - a giudizio della minoranza - visto che la proposta di legge era stata depositata a luglio e soprattutto perché si tratta di una legge di principi. L'articolo approvato prevede che la Regione riduca il numero delle Asl in coerenza con il riordino degli Enti locali: viene ribadita la volontà di risparmiare sulla spesa e il numero delle Asl sarà definito dalla giunta. Con una contraddizione rilevata dall'opposizione: «Da una parte si riduce il numero delle Asl, dall'altra se ne crea una nuova per le urgenze». Arriva anche il cambio del nome dell'assessorato: non più alla Sanità ma alla Salute, perché si punterà sulla prevenzione e perché verrà incorporata l'Agencia regionale dalla sanità. L'Agencia per l'emergenza-urgenza di cui la minoranza ha contestato anche la scelta dell'acronimo, (Areu), è destinata a riorganizzare il sistema del 118 e la rete territoriale di assistenza, compresa la medicina del territorio. Il capogruppo di Forza Italia, Pietro Pittalis, ha posto, però un problema politico: l'incomunicabilità tra giunta e consiglio regionale. E citato il caso del commissariamento dell'Ente Foreste: «Mentre la commissione discuteva il da farsi e programmava i lavori in aula, la giunta anticipava il commissariamento. Si sta esautorando il Consiglio ed è anche il caso del tentativo che vogliono fare con l'Istituto zooprofilattico». Pietro Cocco, capogruppo del Pd, e Anna Maria Busia (Cd), hanno spiegato che la proposta di legge è in realtà l'avvio della riforma sanitaria e pertanto diventa un tassello indispensabile: «Sono norme urgentissime», ha detto Cocco. Respinti gli emendamenti per cambiare

il titolo, il Consiglio è entrato nel merito della legge. Giorgio Oppi sperava in un approccio diverso: «L'opposizione ha consentito in commissione di procedere velocemente con gli emendamenti. In aula, la maggioranza ha incominciato con un atteggiamento arrogante. E sbaglia: fa bene a commissariare le Asl, è nel suo diritto. Ma i commissari hanno funzioni ordinarie, per ridurre il disavanzo occorrerebbero funzioni straordinarie. Il disavanzo aumenterà». Poi rivolgendosi all'assessore Arru, Oppi ha concluso: «Non voglio fare il gufo, ma chi ha gestito la sanità con i metodi della Dirindin, poi è stato punito dagli elettori».

REGIONE SANITA' Gallura in rivolta «Gli accorpamenti ci penalizzano»

In nome della Asl la Gallura ritrova l'unità. O perlomeno ci prova. Il possibile accorpamento dell'azienda sanitaria con quella di Nuoro trova l'opposizione dell'intero territorio. Dalla costa all'interno, da Olbia a Tempio, sindaci e consiglieri regionali: tutti si dicono pronti a dare battaglia per salvaguardare l'autonomia, consapevoli che dall'esito di questo braccio di ferro con la Regione dipende il futuro dell'ex provincia di Olbia-Tempio. Non è un mistero, infatti, che qualora andasse in porto la nascita di un nuovo distretto sanitario targato Olbia-Nuoro, gran parte dell'Alta Gallura, a partire da Tempio, guarderebbe di nuovo verso Sassari. Ed è quello che nel nordest si vuole evitare. La coesione. Per questo motivo Antonio Satta, primo cittadino di Padru e presidente del distretto sanitario di Olbia, uno dei padri dell'ormai ex Provincia, ha convocato i 26 sindaci del territorio per fare fronte comune. L'appuntamento è per lunedì alle 10 nella sala consiliare di Sant'Antonio, la Tramazza della Gallura. Requisiti. «Dobbiamo vederci subito per far capire che siamo uniti, che non esiste alcuno scontro tra Olbia e Tempio – spiega Satta –. Il nostro territorio deve avere un'unica voce. La nostra è una battaglia per avere riconosciuto qualcosa che abbiamo già. Se Olbia aveva titolo prima per l'Asl, figurarsi ora che sta per nascere il polo internazionale dell'ex San Raffaele». Il caso Tempio. Di unità del territorio parla Romeo Frediani, sindaco di Tempio, nonché presidente del distretto sanitario dell'alta Gallura. «Io sono per la difesa della regione storica della Gallura, e questo non deve riguardare solo la sanità ma tutti gli ambiti – precisa il primo cittadino –. E ritengo che affrontare il riordino delle Asl prima di aver ridisegnato il territorio sia prematuro. A me vanno bene la centrale unica per gli acquisti, il centro di emergenza, ma quanto al resto prima occorre fare un'analisi approfondita sui servizi dei vari territori, perché quello che oggi serve è il potenziamento dei presidi ospedalieri». Il versante di Olbia. Tuona contro l'ipotesi di una fusione sanitaria il sindaco Gianni Giovannelli. «Non sono d'accordo, e ancora meno lo sono per le motivazioni addotte – dice –. Non mi piace che giustificino l'operazione dichiarando che Olbia ha la sanità privata e Nuoro quella pubblica. La sanità pubblica ce l'abbiamo anche noi e non verrà di certo cannibalizzata dall'ex San Raffaele». Consiglieri regionali. No all'accorpamento anche da Giuseppe Meloni e Giuseppe Fasolino. «Io sono favorevole alla riforma del sistema sanitario – afferma Meloni, Pd – mentre ho qualche perplessità sulla riduzione delle Asl. Ma non sono disposto ad

accettare fusioni a freddo tra territori non omogenei o la disgregazione di altri storicamente vicini per cultura, lingua e tradizione». Tutele e difese. «L'accorpamento sarebbe un disastro – aggiunge Fasolino, Fi –. Dopo anni di lotte si rischia di perdere tutto. Dobbiamo impedirlo, anche perché il nuovo ente intermedio che nascerà dalle ceneri delle Province sarà legato al distretto sanitario. Accorpate la nostra Asl a Sassari o Nuoro equivale a scrivere la parola fine su qualsiasi battaglia per l'autonomia del nostro territorio».

REGIONE SANITA' Arbau: ai Comuni possibilità di scelta

«Più che un riordino del sistema sanitario, questo è un attacco alle zone interne» Efisio Arbau, consigliere regionale e leader del movimento La Base, non lesina critica alle decisioni della maggioranza di cui fa parte e difende con decisione il territorio in cui è stato eletto. «La sanità è importante, il numero delle Asl pure ma prima di tutto viene la democrazia e il funzionamento degli enti locali, unici e veri riferimenti dei cittadini – ha sottolineato Arbau -. La Base pensa che un'unica Asl con otto distretti (quelli corrispondenti alle circoscrizioni che la storia ci ha consegnato e che le comunità riconoscono) senza manager mangia-soldi sia la soluzione ideale. Ma sulla questione principale e prioritaria della scrittura di un codice delle autonomie locali, invece, l'idea di fare sei distretti amministrativi è solo un proposito di chi lo propugna, che deve necessariamente passare per una condivisione nella maggioranza e una inderogabile co-decisione nei territori. Aldilà dei sacri confini della città metropolitana di Cagliari e della principale porta di Monastir – ha aggiunto Efisio Arbau – esistono comunità territoriali ben identificate culturalmente, socialmente ed economicamente che devono decidere, secondo parametri generali ed astratti che può definire il Consiglio regionale, quale organizzazione amministrativa darsi nei rispettivi territori. È sconcertante pensare di smembrare una comunità come quella della provincia di Nuoro, fondata su una comune identità culturale, sociale ed economica. E a questo ci opporremo in tutte le sedi. Quando arriverà il disegno di legge sugli enti locali in consiglio, proporrò e difenderò la proposta di fare decidere i 377 consigli comunali della Sardegna circa la loro collocazione».

L'UNIONE SARDA

REGIONE Sanità, la riforma va in ferie Rinvio per il ponte. Arbau: salvate Nuoro

Tre orette per votare l'articolo 1 della legge sulla sanità (meglio, l'emendamento della Giunta che lo ha riscritto), e poi via per il ponte festivo: la discussione sulla riforma, che introduce tra le altre cose la centrale unica degli acquisti e l'Azienda dell'emergenza-urgenza, slitta al 4 novembre.

Perché oggi a Cagliari si festeggia il patrono, San Saturnino, e domani i dipendenti regionali faranno forzatamente il “ponte” come imposto dalla spending review della pubblica amministrazione. Nel frattempo in aula, coi soli voti della maggioranza, passa l'articolo che fissa i principi della riforma.

Nella riscrittura della Giunta, concordata con gli alleati dopo i vertici del centrosinistra delle scorse settimane, si prevede che l'esecutivo presenti un riordino delle Asl che ne riduca il numero attuale, e sia coerente con il nuovo sistema degli enti territoriali che vedrà la luce nei prossimi mesi.

Ef시오 Arbau (La Base) ribadisce la sua proposta di una sola Asl con otto distretti, corrispondenti alle attuali Aziende, ma «senza manager mangia-soldi»: il consigliere di Ollolai però preannuncia «opposizione in tutte le sedi» a eventuali riasseti delle autonomie locali che possano «smembrare una comunità come quella della provincia di Nuoro». Perciò Arbau chiede che sul tema si pronuncino «tutti i 377 Consigli comunali della Sardegna».

ALGHERO Nuova risonanza ancora spenta, disagi al Marino

Doveva essere tutto pronto per il debutto già lo scorso luglio, con tanto di promessa davanti alle telecamere di Striscia la Notizia. La nuova risonanza magnetica dell'ospedale Marino: un impegno suggellato dal consueto nodo al fazzoletto da parte del manager della Asl Marcello Giannico. Ma la macchina, a distanza di mesi, è ancora spenta. Installata nell'agosto del 2012, grazie a un finanziamento europeo, non è infatti mai entrata in funzione. Un disagio per gli utenti che, per un esame diagnostico, sono costretti a macinare chilometri e a lunghe liste di attesa, anche di dieci mesi nel caso volessero eseguire l'accertamento a Sassari. In caso contrario occorre rivolgersi alle strutture private, spendendo non meno di 140 euro. Il direttore della Asl aveva spiegato i motivi del ritardo, legati ad alcune contestazioni con la ditta fornitrice, problemi che adesso pare siano finalmente superati. La risonanza G-Scan, per lo studio dell'apparato muscolo-scheletrico, a differenza dei più tradizionali modelli, è di tipo aperto e rotante. L'apertura della macchina, inoltre, diminuisce sensibilmente la sensazione di claustrofobia e permette di eseguire l'esame con minor fastidio. Con questo tipo di apparecchio potranno essere esaminati diversi distretti anatomici: piede, caviglia, ginocchio, anca, colonna lombare e cervicale, spalla, gomito, mano e polso. Una meraviglia della tecnologia che, continuando di questo passo, rischia di diventare obsoleta prima ancora di entrare in funzione

QUOTIDIANO SANITA'.IT

Dossier Smi sul lavoro medico. Parla l'autore dello

studio (Rivellini, v.segretario Smi): "Non è vero che il mmg guadagna più dell'ospedaliero"

Intervista all'autore del dossier pubblicato ieri, che ha sollevato molte perplessità tra i nostri lettori. "I numeri non parlano da soli, devono essere contestualizzati. Il nostro è un grido di allarme, in vista del rinnovo della Convenzione. Hanno bisogno di un maggiore approfondimento e alcune diversità tra le remunerazioni possono essere spiegate. Ad esempio, il numero ore lavorate per i medici di famiglia è un dato puramente convenzionale, ma è certo che diventerà fondamentale in vista del nuovo accordo sull'h12 o h24"

I numeri sul costo del lavoro medico contenuti in un dossier realizzato dallo Smi, e da noi diffuso ieri, hanno creato - come era prevedibile - polemiche e richieste di chiarimenti. A titolo esemplificativo questa mattina abbiamo pubblicato solo due delle numerose lettere che abbiamo ricevuto sull'argomento. A fronte di tutto questo, abbiamo intervistato **Gianfranco Rivellini**, presidente del centro studi e vice segretario Smi, oltre che autore dell'incriminato dossier, per avere tutti i chiarimenti possibili, ma anche per rigirare all'autore del documento tutte quelle domande poste dai nostri lettori.

Dottor Rivellini, col senno di poi, vorrei innanzitutto chiederle: chi ve l'ha fatto fare a realizzare e pubblicare questo studio? Era evidente che questa sproporzione di numeri sui redditi a fronte delle ore medie lavorative avrebbero potuto sollevare non poche polemiche.

Darei piuttosto atto al nostro Centro studi di aver stimolato il dibattito e di aver tentato di fare un'operazione di trasparenza partendo da alcuni parametri di riferimento, che non condividiamo e che sono dettati dagli Acn, non da noi. Alcuni di questi dati hanno bisogno di un maggiore approfondimento, alcune differenze possono essere spiegate. I numeri non parlano da soli, devono essere contestualizzati. La realtà è ben diversa da quanto emerge da quella tabella.

Cominciamo a spiegarla allora. Partiamo dalla questione ore lavorative sottolineata da diversi lettori. Com'è stata conteggiata la media ore settimanale dei medici di famiglia?

Il lavoro dei medici di famiglia, la sua organizzazione, si basa su un rapporto fiduciario. Il valore medio nazionale è di poco inferiore alle 1000 scelte per medico. Prendendo per buono un disposto della convenzione, ogni 37,5 scelte viene conteggiata un'ora di lavoro per il medico. Questo è quanto stabilito dall'accordo del 2005.

Bisogna però dire che questo parametro, nella realtà, molto spesso prescinde dagli effettivi carichi di lavoro. Un medico con 50 scelte composte prettamente da pazienti over 70, con ogni probabilità lavorerà ben più delle 24 ore medie settimanali conteggiate.

Possiamo dire che il calcolo è puramente convenzionale. A questo va aggiunto anche il parametro inquantificabile delle visite domiciliari.

Come mai si è accettato un parametro convenzionale che, a quanto racconta, è

così lontano dall'effettiva realtà delle ore lavorative?

Il parametro nasce da una Convenzione della fine degli anni '90. Si è deciso di mettere questo parametro per una questione di trasparenza. Il nostro è un grido di allarme, un avviso ai naviganti anche a quei sindacati che ci hanno portato fin qui, con un susseguirsi di accordi a perdere: quel dato non aveva, nella realtà, nessun valore concreto, per questo è stato lasciato così, ma questo parametro, ora, diventerà fondamentale con i nuovi accordi per garantire quella continuità assistenziale che prevede l'apertura degli studi medici h12 o h24.

Anche i medici ospedalieri, però, lavorano spesso più delle 38 ore che vengono loro attribuite.

E' vero, e anche per loro c'è una questione di ferie non godute, straordinari non retribuiti e così via.

Con la differenza che la base di 38 ore medie settimanali è obbligatoria per loro in quanto sancita da un contratto.

Sì, in questo senso le ore lavorative del medico di famiglia si basano su un rapporto diverso, di tipo fiduciario. Bisogna però sottolineare che il costo medio dei medici di famiglia per residente è di 66 euro, di molto inferiore ai 192 euro per residente della dirigenza medica. Il presidiamiento della realtà territoriale assorbe dunque meno risorse dell'ospedalità.

Passiamo a quanto riportato nelle tabelle sulla retribuzione media annua. Per i medici di famiglia, quanto pesa in queste retribuzioni medie il costo degli studi rispetto al trattamento economico del medico?

Enormemente. Cominciamo con il dire che su un costo totale del loro lavoro di poco inferiore a 4 miliardi di euro, nel reddito scompare una parte del costo totale. Un 9,7 % della retribuzione viene, infatti, destinata ai costi di studio (trasporti), alla remunerazione dei segretari etc, un'altra parte (circa 1/12) va tolta per le ferie non retribuite, infine, un 3-5% circa è da conteggiare per le assenze per malattia. Inoltre, poi c'è da calcolare l'assenza del TFR.

C'è da dire, però, che il dato sulla malattia nei primi setti giorni è ignoto. Dunque, in maniera approssimativa, al netto di tutto questo, il loro reddito medio lordo è di poco superiore ai 60mila euro, quindi sensibilmente inferiore a quello dei dirigenti medici. In tal senso, nei prossimi giorni possiamo riaggiornare un vecchio studio comparativo dello Smi, che dimostra questo dato.

Mi sembra di capire che, per fare un'operazione trasparenza, si riscontrino non poche difficoltà visto che alcune variabili restano ignote o del tutto convenzionali, non trova?

Il settore convenzionato dipende dalle Regioni che sono in forte ritardo nel monitorare questi processi produttivi ed i loro costi. Non si ha ancora neanche una standardizzazione del costo di questi processi.

■ [Piano nazionale demenze](#)

■ [Burden del cancro](#)

■ [Accertamenti medico-legali](#)

Rapporto Crea. Al Sud spesa sanitaria procapite fino al 50% più bassa che al Nord. Rischio razionamento per farmaci innovativi

Smentito il luogo comune che vedrebbe un Nord sanitario efficiente e parsimonioso e un Sud spendaccione e inefficiente, almeno per quest'ultimo dato. Enorme anche il gap tra Italia e Paesi EU14: spendiamo il 25,2% in meno. I nuovi farmaci di fatto razionati per ritardi nelle autorizzazioni al rimborso e così ne usufruiamo molto meno degli altri Paesi UE. IL RAPPORTO IN SINTESI

E' sempre più diffusa nel dibattito pubblico italiano l'equazione secondo cui in sanità laddove c'è più efficienza, c'è anche minore spesa. Gli stessi esponenti politici, anche di differente colore, e analisti che sostengono questa tesi plaudono alle Regioni settentrionali, ritenendole più virtuose di quelle meridionali. Si tratta però di un teorema che viene smentito seccamente dai dati contenuti nel **'X Rapporto Sanità' dell'Università di Tor Vergata di Roma, realizzato dal Crea e presentato oggi alla Camera.**

Le cifre indicano come, a livello regionale, la spesa totale pro-capite più elevata si rilevi in Valle D'Aosta e nelle due Province Autonome di Trento e Bolzano, con subito a ruota il Friuli Venezia Giulia e l'Emilia Romagna. Al contrario, **i valori minori di spesa si registrano nelle Regioni del Sud.** Emblema della voragine che divide in due il Paese è il confronto tra Valle d'Aosta e Campania: il differenziale di spesa è del 53,8%, poiché gli indicatori si attestano rispettivamente su 3.169 euro e su 2.061 euro. **E, anche eliminando l'aspetto demografico, il trend viene comunque confermato:** il differenziale di spesa è del 48,3% (euro 3.184 vs euro 2.147).

Una dinamica ancor più evidente sul fronte della spesa sanitaria privata: il valore medio pro-capite in Italia nel 2012 è pari a 487,91 euro, ma sale a 612,08 nelle Regioni del Nord (+25,45%), a 491,16 in quelle centrali (+0,67%), mentre si ferma al di sotto di 330 (-33,96%) nell'area Meridionale. In particolare, la spesa privata è più alta in Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia Romagna, e all'opposto, è minima in Campania e Sicilia, con 283,73 euro pro-capite nella prima e 286,34 pro-capite nella seconda. Riscontri che rivelano come la crisi abbia inciso in tono maggiore nel Meridione, erodendo consistentemente la possibilità di accesso alle prestazioni. Indicativo è anche **il gap che emerge dal raffronto fra spesa pro-capite italiana e Paesi EU14:** nel 2012, rispetto al 2002, si è allargato del 5,7%, arrivando così al 25,2%. Un divario che si allarga ulteriormente disaggregando l'Italia a livello geografico: le Regioni settentrionali hanno un gap verso EU14 del 20,1% (a fronte di un gap di Pil a favore del Nord del 4,0%), mentre in quelle meridionali il gap esplode raggiungendo il 33,3% (a fronte di un gap di Pil del 42,1%).

All'interno di questo quadro, un ruolo importante potrà essere giocato dal Patto per la Salute. **Federico Spandonaro, professore all'Università di Tor Vergata e curatore del rapporto,** riconosce positivamente gli sforzi profusi per la definizione del Patto e le assicurazioni in esso contenute riguardo le risorse destinate al Ssn, che

non vengono tagliate in termini nominali. Allo stesso tempo, però, osserva come si rimandi ancora una volta la ridefinizione dei Lea. “La vera essenza del Patto, che sarebbe dovuta essere l’accordo sul punto di equilibrio fra risorse disponibili e assistenza garantita, resta ancora sospesa”.

Per quanto concerne gli assetti organizzativi e istituzionali, Spandonaro sottolinea come **il federalismo**, sotto un profilo puramente finanziario, “non è stato oggettivamente un fallimento”. Per suffragare questa tesi osserva come il disavanzo “sia stato ridotto di circa il 75% dopo l’intervento dei piani di rientro”. D’altra parte è evidente come il federalismo in Italia “sia stato inaugurato frettolosamente e, quindi, è anche normale prevedere un graduale superamento dei fattori critici, primo fra tutti il corretto equilibrio tra autonomia regionale e unitarietà del sistema”.

Anche su un altro versante emerge l’impatto positivo delle **politiche sanitarie tese alla razionalizzazione del sistema**: la riduzione nell’ultimo decennio di 28.738 posti letto ospedalieri in acuzie è stata pari al 20,0%. Contestualmente, però, la razionalizzazione degli organici è avvenuta soltanto parzialmente: “si sono ridotti solo del 9,0%, ed in larga misura per effetto naturale del blocco delle assunzioni, più che per radicali reingegnerizzazioni”.

Nel complesso Spandonaro riconosce all’attuale ministro di aver coraggiosamente sottolineato che “in sanità non ci sono più spazi per tagli, e che i recuperi di inefficienza devono rimanere in ambito sanitario”. Tuttavia un interrogativo resta aperto: **se recuperi di efficienza sono possibili, e lo sono, perché non dovrebbero trasformarsi in risparmi?** Secondo il curatore del rapporto, la risposta al quesito, “che stenta ad essere pronunciata chiaramente, è che le inefficienze già oggi implicano razionamenti impliciti dei Lea e quindi diventa un dovere etico ripristinare prioritariamente le corrette condizioni di esigibilità dei diritti”.

In sostanza Spandonaro sostiene che, qualora si voglia che la spending review in atto porti risparmi, mantenendo trasparente il patto sociale, **“vanno rimodulati esplicitamente i Lea, presumibilmente riducendo alcune coperture**: scelta politicamente difficile, che ci fa tornare alla spiegazione della, altrimenti inspiegabile, assenza dell’aggiornamento dei Lea nel Patto della Salute”.

Altro aspetto nodale da rimarcare è la **carenza di investimenti in prevenzione** che caratterizza il nostro Paese. “Se consideriamo la modesta performance italiana sul fronte della dinamica di alcuni indicatori attinenti a fattori di rischio (specie obesità infantile e riduzione del consumo di tabacco), considerati qui indicatori di esito delle politiche di promozione della salute, quel che si evince è l’effetto del disinvestimento in corso, che peraltro si scontra con uno dei capisaldi, ancora pienamente moderno, della legge istitutrice del Ssn”.

Come già sottolineato in Italia vi sono enormi disparità territoriali. Una delle principali ragioni di tali sperequazioni è il diverso ricorso delle famiglie alle **spese**

out of pocket. Queste, osserva Spandonaro, sgravano il sistema pubblico da oneri, aiutando a mantenerne la sostenibilità: è il caso dei farmaci di classe A (quindi eleggibili al rimborso pubblico) acquistati direttamente dalle famiglie; fra il 2009 e il 2013, tale spesa è aumentata del 37,8%, incidendo oggi del 6,1% sulla spesa della Regione Liguria (€ 25,5 pro-capite), contro lo 0,8% della Regione Molise (€ 3,0 pro-capite).

Il rapporto evidenzia che in Italia per **la non-autosufficienza** nel 2012 si spendono circa 27,7 mld, di cui il 28,5% per prestazioni sanitarie e il resto per quelle sociali e in denaro, mentre la spesa privata si attesta al 7,7%. Nel complesso si tratta dell'1,8% del Pil, valore simile alla media europea. Tuttavia permane lo spinoso problema dell'**eccesso di frazionamento dei fondi** e delle relative responsabilità. Le varie prestazioni in molti casi si sovrappongono e, spesso, rispondono a requisiti per l'accesso disomogenei: alcune sono legate al reddito e altre ne sono del tutto indipendenti, con il rischio di generare razionamenti in alcune aree e privilegi in altre.

Il Ssn necessita strutturalmente di far posto alle **innovazioni** “che premono per entrare nella pratica clinica” e per raggiungere questo obiettivo “è certamente necessario eliminare dai Lea le prestazioni obsolete o non più dotate di evidenza e di appropriatezza”. Ma, all'interno di questo processo, gioca un ruolo fondamentale anche “la dimensione degli attuali razionamenti, ovvero delle prestazioni inserite, ma per le quali rimangono barriere all'accesso da rimuovere”. In altri termini, “per poter predire se il processo di revisione possa realizzarsi a costo zero, contano non solo le sostituzioni, ma anche l'effettivo livello di risposta attuale”. E, quindi, il rischio di razionamenti dovrebbe “essere maggiormente monitorato, anche perché, quando coinvolge le innovazioni, ha un impatto rilevante sullo sviluppo industriale e in prospettiva sulla ripresa del Paese”.

E il rischio di razionamenti, che si traduce in barriere all'accesso ai servizi, si manifesta con particolare intensità nel **comparto farmaceutico**. **I consumi italiani dei nuovi farmaci autorizzati a livello europeo (EMA) negli ultimi 5 anni sono infatti assai inferiori a quelli medi di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna.** Il trend è particolarmente evidente per l'area terapeutica relativa al sangue e agli organi emopoietici: il consumo italiano è pari al 29,3% di quello di 'Big Ue'. Si sale leggermente (35,7%) per gastrointestinali e metabolismo, poi i farmaci per il sistema nervoso centrale (43,9%), quindi antineoplastici e immunomodulatori (46,6%). Gli unici che reggono il confronto con lo standard europeo sono gli antimicrobici che si attestano al 79,1%. Scarti così rilevanti verso altri Paesi sono in larga parte dovuti ai **ritardi di autorizzazione al rimborso**.

L'elemento di sistema più in sofferenza appare sempre **la capacità di investimento, specialmente nel settore pubblico**. E, senza investimenti, per Spandonaro il Ssn rischia di implodere a medio termine. Una conferma viene dalla spesa farmaceutica, “dove a fronte della perdurante stagnazione economica, la crescita nominale del budget farmaceutico (regolato dal tetto e sulla base di una credibile ipotesi di

invarianza rispetto al Pil) per i prossimi anni è destinata a essere davvero minima, dell'ordine di € 150 e 300 mil annui”.

La strada da intraprendere per imprimere una svolta al sistema e per garantirne la sostenibilità sembra quindi la ridefinizione delle priorità degli interventi pubblici. E, in quest'ottica, risulta evidente “il valore sociale di garantire l'accesso alle innovazioni (veramente tali), essendo per lo più costose, e di contro la limitata meritorietà dell'erogazione gratuita di terapie a basso costo, magari a cittadini di alto censo”. Per Spandonaro la selettività passa quindi attraverso **una radicale riforma delle esenzioni e delle compartecipazioni**: le prime lasciandole solo per coloro che davvero non possono destinare alcuna somma per le proprie cure, e per le seconde prevedendo una franchigia fissa sul consumo articolata per reddito o, in generale, su un indicatore della condizione economica.

Ma l'aspetto dirimente, alla base del ragionamento, risiede nella capacità di sanare **l'annosa questione dell'evasione** perché il Ssn “è certamente la scelta più equa in condizioni di accertamento credibile dei mezzi, ma diventa profondamente iniquo se i più poveri pagano con le proprie imposte la sanità gratuita ai più ricchi”. Poiché la rimozione di questa stortura può comportare tempi lunghi, **vengono suggeriti anche interventi di delisting del prontuario**. Nel settore farmaceutico, nel 2013 il 36,7% del consumo di classe A è a fronte di confezioni con prezzo inferiore a € 10. Si tratta di un consumo che ammonta a circa € 3,25 mld. (di cui € 1 mld. per le confezioni sotto € 5) di cui basterebbe ‘selezionare’ la metà per garantire ampia sostenibilità alle innovazioni in arrivo sul mercato.

Terminata l'analisi, Spandonaro passa alla pars costruens, quella delle proposte. **I punti qualificanti da inserire nell'agenda delle politiche sanitarie sono:**

1. l'opportunità di avere un quarto LEA per la prevenzione, estrapolandolo dall'Assistenza Collettiva e ricongiungendoci tutte le attività collegate, in modo da garantire che ci sia un vincolo di destinazione delle risorse e una possibilità di controllo sulla destinazione degli investimenti (urgentissimi in tema di stili di vita e prevenzione primaria);
2. la riforma strutturale e in una logica selettiva, delle esenzioni e delle compartecipazioni, lasciando l'esenzione solo alle famiglie in assoluto più fragili e modulando la compartecipazione in base alla condizione economica, estendendola a tutte le prestazioni;
3. la creazione di un fondo vincolato per l'innovazione, in particolare quella farmaceutica, la cui governance è molto stretta, alimentabile con le compartecipazioni o al limite con il delisting delle terapie a bassissimo costo;
4. la riforma e il coordinamento degli istituti che comportano erogazioni per i non-autosufficienti, riunificando le regole di accesso (ad esempio con regole comuni relative alla valutazione multidimensionale) e garantendo una governance unica del sistema;
5. il potenziamento degli strumenti di valutazione delle performance, specialmente

qualitativa, allargando la partecipazione alle valutazioni a tutti gli stakeholder del sistema, e integrandone poi i risultati nelle regole di accreditamento, in modo da condizionare la permanenza sul mercato delle strutture, oltre che all'equilibrio finanziario, anche all'eccellenza assistenziale e organizzativa (fra cui l'uso della ICT), il tutto misurato secondo le regole della revisione fra pari;

6. il ripensamento dell'aziendalizzazione, garantendo l'omogeneità delle valutazioni delle performance aziendali e, quindi, una maggiore accountability dell'attività dei Direttori Generali e delle Aziende; rianalizzando anche gli impedimenti normativi all'esplicitarsi della reale autonomia aziendale e ripensando un modello che di fatto non prevede sanzioni di mercato per le strutture inefficienti;

7. un maggiore e più coordinato investimento nei sistemi informativi, sia per ciò che riguarda le aree ancora scoperte (residenziale, domiciliare, etc.), sia per quanto concerne l'armonizzazione dei dati al livello nazionale e internazionale.

SOLE 24ORE SANITA'

Lorenzin su enti vigilati: riforma Aifa, Iss e Agenas «volano per la ricerca e l'innovazione e capace di attrarre investimenti»

La riforma degli enti vigilati è «necessaria» per rendere Aifa, Iss e Agenas «più efficaci ed efficienti e sempre più trasparenti». Ma soprattutto il restyling sarà un vero e proprio «volano per la ricerca e l'innovazione e capace di attrarre investimenti». E' quanto affermato dalla ministra della Salute Beatrice Lorenzin in audizione alla commissione Affari sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul ruolo, l'assetto organizzativo e le prospettive di riforma dei tre enti.

Secondo Lorenzin la riforma è «necessaria nell'ambito di un concetto diverso del sistema salute e di un ruolo diverso del ministero della Salute». Ma Lorenzin guarda anche al Patto per la salute: «La riforma degli enti vigilati è un passaggio imprescindibile del percorso di attuazione del nuovo patto della Salute, in considerazione delle sue finalità e delle nuove funzioni derivate per Aifa e Agenas, necessaria anche per garantire una efficace vigilanza e strutture competitive nella ricerca e di vigilanza». E soprattutto la riforma di Aifa, Iss, Agenas, «sarà volano per la ricerca e l'innovazione e capace di attrarre investimenti». Così l'intenzione è «potenziare la struttura di Aifa per farla diventare una grande struttura come la Fda americana». Ciò - ha sottolineato Lorenzin - «non deve tradursi in un aumento dei dipendenti ma in un miglioramento della qualità del personale», e inoltre «superando l'esistenza di due commissioni distinte, immagino una commissione unica, magari divisa in due sezioni».

Ricetta elettronica. Il caso Lombardia: al 70% dei pazienti serve ancora la carta

Con l'avvio in questi giorni della dematerializzazione in Lombardia, sfiorano i 27 milioni gli italiani che stanno per non usare più le ricette "rosse" del Servizio sanitario. Dieci milioni di lombardi si affiancheranno a siciliani, emiliani, lucani, valdostani e trentini, ormai quasi a regime, e ai veneti partiti poco prima. Ma per alcuni mesi - come riferisce **Piergiorgio Muffolini** addetto comunicazioni Snami Lombardia- la carta continuerà a imperversare, «almeno per un 70-75% delle ricette. Sono infatti 2,1 milioni i pazienti cronici che non pagano il ticket trovandosi sotto i tetti di reddito massimi fissati dalla regione (i più alti d'Italia, 46 mila euro per un "single", ndr). Questi pazienti, che costituiscono per l'appunto il 70% delle ricette del medico di famiglia, devono ogni volta autenticare l'esenzione in farmacia, con una firma che avviene sull'unico documento possibile, la ricetta cartacea».

La Regione sta mettendo a punto due voci di esenzione specifiche, E30 ed E40, che verranno riconosciute dal sistema d'accoglienza online del Ministero dell'Economia. Ma la stampante in studio non riposerà tanto presto per altri motivi. «In primo luogo - spiega Muffolini - si è appena usciti dalla sperimentazione, che ha avuto buoni numeri a Lecco, meno a Como, e procede a Bergamo; in secondo luogo, su 30 mila prescrizioni inserite da Lecco nel sistema del Ministero dell'Economia un 1-2% è stato apertamente bocciato, e un altro 20% non risulta riconosciuto; infine, in questa transizione la regione ci chiede - come è stato chiesto ai colleghi veneti, siciliani ed emiliani - di continuare a rilasciare a tutti il promemoria cartaceo con il numero di protocollo della ricetta». La Lombardia, secondo gli standard fissati dalla Società di telemedicina a febbraio 2013, sarebbe la sola regione in grado di dematerializzare del tutto la prescrizione: alla data di uscita del documento Sit, solo il sistema Siss gestito da Lombardia Informatica consentiva al medico di autenticare digitalmente ogni documento sancendo l'autenticità della provenienza.

«La vecchia ricetta del Poligrafico costa 30 centesimi, e in Lombardia ne compiliamo ogni anno 84 milioni di esemplari, pari a 25,2 milioni di euro, dunque a regime si profila un risparmio importante», dice Muffolini. «La legge 179/2012 ci chiedeva già quest'anno di evadere online l'80% delle prescrizioni ma la Regione ha concordato con Roma che andremo a regime nel 2015; infatti, vanno ancora avviati i programmi di formazione per medici e farmacisti, due categorie che ogni giorno lottano con l'instabilità dei sistemi di connettività e -per quanto ci riguarda - si sono sobbarcate per intero lo sforzo di ammodernamento, senza ottenere ritorni nemmeno in termini di servizi offerti».

Concorso specializzandi. Sigm: criticità ma la macchina

ha retto

«Sembra che la complessa e imponente macchina organizzativa messa in piedi dal Miur abbia retto l'impatto» è questa la sintesi del bilancio tratto dal Segretariato italiano dei giovani medici (Sigm) dopo l'apertura del concorso per la selezione di 5000 nuovi medici specializzandi. Tuttavia le criticità non sono mancate e, visto che le prove non sono concluse, i Giovani medici si riservano di attendere la fine delle selezioni per esprimere un giudizio compiuto e definitivo sul concorso in cui, per la prima volta, i posti verranno assegnati su scala nazionale. Tra le segnalazioni raccolte da Sigm e puntualmente inviate al Ministero, molte sono di natura tecnica; si tratterebbe di casi isolati e per lo più verificatisi in sedi del nord, che sembra siano stati gestiti secondo il protocollo d'emergenza predisposto dalla task force del Miur. In alcuni sedi la distanza tra le postazioni non sarebbe stata ottimale o non sarebbero state predisposte misure idonee per "isolare" le postazioni. Inoltre, la vigilanza non sarebbe stata sempre incisiva o numericamente consistente in relazione alla struttura delle aule ed alla dislocazione delle postazioni.

«Ma per una più compiuta valutazione di tali aspetti, - dicono i Giovani medici - dopo l'espletamento di tutte le prove, ci riserviamo di richiedere al Miur di pubblicare i dati relativi ai punteggi medi conseguiti dai candidati per sede e per aula, come già fatto recentemente dalla nostra Associazione col ministero della Salute in riferimento alle selezioni per l'accesso ai corsi regionali di formazione specifica di medicina generale».

C'è però un elemento comune che caratterizza trasversalmente le lamentele giunte da tutti i candidati, dal nord al sud del Paese: la difficoltà del test, che sarebbe stato eccessivamente improntato su contenuti pre-clinici. Secondo quanto riferisce Sigm, questo sembra avere appiattito verso il basso i punteggi totalizzati dai candidati.

DIRITTO SANITARIO Assistenza extracomunitari: legittima ripetizione di emolumenti corrisposti a Mmg

La scelta del medico convenzionato da parte del cittadino extracomunitario è a termine, ovvero ha durata corrispondente a quella del permesso di soggiorno; essa è automaticamente rinnovata alla scadenza e nelle more del rinnovo, per cui in tale periodo la Asl deve continuare a corrispondere al sanitario le quote spettanti per il singolo paziente extracomunitario. In difetto di effettivo rinnovo l'Azienda ha diritto di esercitare l'azione di rivalsa nei confronti del medico, per il recupero delle somme corrisposte senza titolo. La cancellazione del cittadino extracomunitario con permesso di soggiorno definitivamente scaduto, e la cui proroga non risulta essere stata richiesta nei termini di legge, appare legittima nella misura in cui la stessa ASL abbia posto in essere tutti i necessari ed opportuni accertamenti previsti non solo dal quadro normativo di riferimento ma anche dagli obblighi di correttezza e buona fede propri di qualunque rapporto di natura contrattuale. A fronte della condotta diligente dell'Azienda, non sussiste il diritto alla restituzione delle somme trattenute al sanitario per pazienti extracomunitari con permesso di soggiorno scaduto e non

rinnovato. In ogni caso, l'avvenuta corretta cancellazione dell'assistito non pregiudica i diritti del medico convenzionato, che, in ipotesi di effettiva prestazione professionale resa, ha comunque diritto al pagamento delle relative quote.

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

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584