

## Manovra

# Le Regioni alla prova del ticket

■ La manovra ha garantito solo 105 milioni per la copertura del ticket di 10 euro sulla specialistica. Il "buco" nei bilanci regionali è calcolato in 381,5 milioni e le Regioni sono divise tra chi ha già introdotto la nuova tassa e chi sta cercando risorse alternative

di Luciano Fassari

Innanzitutto è bene precisare che per quanto riguarda i ticket non possiamo proprio etichettarli come vere e proprie "novità". Partiamo da quello sui codici bianchi al Pronto Soccorso. A parte la Basilicata viene applicato già in tutte le Regioni, con l'esclusione di alcune specifiche categorie che ne risultano esentate. Soprattutto viene fatto a pagare a chi entra in Ps con codice bianco a cui non fa seguito il ricovero. Quindi, in questo caso, di novità si può parlare solo se ci riferisce alla regione lucana, che dovrà decidere nelle prossime ore cosa fare, se conti-

nuare a coprire il ticket con risorse proprie o introdurlo "sic et simpliciter".

Esattamente la medesima riflessione che dovranno fare tutte le Regioni sul ticket di 10 euro in quota fissa su tutte le ricette per la specialistica che andrebbe ad aggiungersi alla franchigia di 36,15 euro da sempre in vigore su queste prestazioni. Il ticket, infatti, per legge c'è già dal 2007, e fu introdotto dal Governo Prodi. In questi anni, però, è stato sempre coperto da risorse dello Stato. Ora, invece, Tremonti ha acceso il semaforo rosso sulle coperture e così le Regioni dovranno decidere cosa fare: coprire, introdurre o magari trovare una soluzione "all'italiana" del tipo mini-ticket?

Alcune Regioni hanno già manifestato i propri intenti, altre decideranno prima delle ferie estive, ma nonostante le incertezze è possibile ricavare quanto costerà ad ogni Regione que-

sta mancata copertura. Nell'accordo sull'ultimo riparto del Fsn tra Stato e Regioni, gli enti locali avevano precisato che, come definito dal Patto per la Salute, lo Stato avrebbe dovuto mettere sul piatto 486,5 milioni di euro per la copertura dal 1° giugno alla fi-

ne dell'anno del ticket per la specialistica da 10 euro e avevano già comunicato le percentuali di riparto di questi fondi. Il Governo in un primo momento, con il decreto legge varato due settimane fa, aveva mantenuto gli impegni inserendo in manovra lo stanziamento integrale di 486,5 milioni. Poi, nel maxiemendamento approvato il fondo si è ridotto a 105 milioni, bastanti per la copertura fino all'entrata in vigore del provvedimento. Vale a dire da qui a qualche giorno.

All'appello, quindi, mancano 381,5 milioni di euro che sarà compito di ogni singola regio-

ne decidere come trovare a meno che non si voglia subito introdurre il ticket. E così, sulla base della ripartizione formulata dalla Regioni, qualora la copertura fosse stata decisa per tutto l'anno, abbiamo calcolato per ogni Regione quanto costerà in termini di risorse questa mancata copertura nel caso si decidesse di non introdurre il ticket. La sensazione è che quelle più ricche e con i conti a posto forse riusciranno a non introdurre il ticket, mentre per le Regioni in deficit o vincolate da Piano di rientro sarà veramente difficile non adottare questa "nuova" misura di compartecipazione

**All'appello mancano 381,5 milioni di euro che sarà compito di ogni singola regione decidere come trovare a meno che non si voglia subito introdurre il ticket**

Regioni	Copertura prevista Patto salute	Percentuale di riparto	Copertura manovra in mln	Residuo da coprire in mln
Piemonte	36.635.459	7,5	7,90	28,70
Valle d'Aosta	1.037.658	0,2	0,20	0,80
Lombardia	79.313.230	16,3	17,10	62,20
Pa Bolzano	3.956.215	0,8	0,85	3,10
Pa Trento	4.197.917	0,9	0,90	3,30
Veneto	39.542.560	8,1	8,50	31,00
Fvg	10.215.436	2,1	2,20	8,00
Liguria	13.745.694	2,8	3,00	10,80
E. Romagna	36.191.016	7,4	7,80	28,30
Toscana	30.868.497	6,3	6,70	24,20
Umbria	7.434.826	1,5	1,60	5,80
Marche	12.799.969	2,6	2,80	10,00
Lazio	45.696.827	9,4	0,90	35,80
Abruzzo	10.882.578	2,2	22,30	8,50
Molise	2.614.810	0,5	0,60	2,00
Campania	45.131.858	9,3	9,70	35,40
Puglia	32.126.041	6,6	6,90	25,20
Basilicata	4.884.338	1	1,00	3,80
Calabria	15.959.692	3,3	3,40	12,50
Sicilia	39.873.344	8,2	8,60	31,30
Sardegna	13.392.034	2,8	2,90	10,50
<b>Totale</b>	<b>486.500.000</b>	<b>100</b>	<b>105,00</b>	<b>381,50</b>

Elaborazione su Tabella Riparto Fsn 2011

Occorre "incoraggiare una migliore distribuzione dei medici, maggiormente rispondente alle effettive esigenze di sanità, attraverso l'adozione di linee di indirizzo rivolte alle Regioni, affinché possano essere individuate piante organiche corrispondenti ai reali fabbisogni", ma anche introdurre "specifici riferimenti alla spesa farmaceutica ospedaliera e ai relativi livelli di appropriatezza, efficienza ed economicità" e alla "nascita pretermine, non menzionata nonostante le gravose conseguenze che ne possono scaturire e la necessità di un'adeguata strategia di prevenzione, trattamento e follow up". Queste alcune delle osservazioni della commissione Igiene e Sanità del Senato sullo schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013, che nella seduta di mercoledì ha ottenuto il parere favorevole della commissione. Ecco, in dettaglio, il testo del parere della Commissione Igiene

## Piano sanitario nazionale 2011-2013

# Parere favorevole dalla commissione Senato, con alcune "osservazioni"

Il Piano sanitario nazionale 2011-2013 ha incassato l'approvazione della commissione Igiene e Sanità del Senato. Che tuttavia chiede di introdurre più attenzione al governo della spesa farmaceutica, alle piante organiche dei medici in relazione al reale fabbisogno e al miglioramento di altri ambiti di assistenza ancora troppo trascurati, a partire dal diabete e dalle nascite pretermine

e Sanità con le osservazioni sul Psn.

### Psn 2011-2013: le osservazioni della Commissione Igiene e Sanità

"La XII Commissione permanente, esaminato lo schema in titolo, rilevato che il Piano Sanitario

Nazionale 2011-2013 ha il grande merito di cogliere i cambiamenti intervenuti nei bisogni di salute, esprime parere favorevole con le seguenti osservazioni: 1. appare opportuno un ulteriore approfondimento riguardo ad alcune criticità evidenziate nello stesso documento, a partire dall'annosa questione delle liste d'at-

tesa che rischiano di compromettere il diritto all'accesso alle cure per le classi economicamente svantaggiate. Sebbene il Piano preveda già una rosa di interventi e di strumenti a livello regionale per un appropriato accesso alle prestazioni sanitarie, evitando quel ricorso al settore privato che è più difficile per i ceti meno ab-

bienti, sarebbe opportuno incidere ulteriormente a livello locale per una sostanziale riduzione dei tempi d'attesa.

2. Al Capitolo 1 il Psn affronta il nodo della governance del Servizio sanitario nazionale, legandolo alle esigenze derivanti dalle modifiche introdotte con il federalismo. A tale riguardo, sarebbe d'uopo definire regole certe nella governance dei diversi livelli istituzionali nel settore sanitario che, alla luce di un più marcato avanzamento verso il federalismo fiscale e il rafforzamento delle autonomie, contemplino un necessario sistema

► Segue a pagina 9

## Rapporto Ania 2010-2011

# Ania: in 15 anni quasi triplicato il numero dei contenziosi in sanità

■ Il numero dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti, è cresciuto, dal 1994, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila. Questa la fotografia scattata dall'ultimo rapporto dell'Associazione nazionale imprese assicuratrici sui sinistri nell'area medica

Il Rapporto Ania 2010-2011 presenta un approfondimento sulle coperture assicurative relative alla responsabilità civile delle strutture sanitarie e alla responsabilità civile dei medici professionisti. Tra il 1994 e il 2009 il numero dei sinistri denunciati si è più che triplicato passando da 9.500 a oltre 34.000. In particolare, nel 2009 sono tornate ad aumentare le denunce relative ai singoli medici (oltre 12.500), dopo la contrazione registrata nel 2008; una forte crescita (+21%) ha interessato nel 2009 anche le denunce riguardanti le strutture sanitarie (+10,0% nel 2008), superando la soglia di 21.500 casi. In totale la stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2009 è stato pari a oltre 34.035, ovvero ben il 15% in più rispetto all'anno precedente.

## Stima del volume dei premi

La stima dei premi del lavoro diretto italiano dell'esercizio 2009 è pari a quasi 485 milioni di cui circa il 60% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 40% relativo a polizze stipulate dai professionisti sanitari. Va notato che la statistica

non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione, alcune delle quali attive nel settore. Rispetto all'anno precedente si registra una contrazione complessiva dei premi di circa mezzo punto percentuale. Vi ha contribuito essenzialmente il calo del 6,1% registrato nelle strutture sanitarie, spiegabile con una maggior ritenzione del rischio tramite franchigie più elevate o con decisioni di autoassicurazione da parte delle strutture. Il volume premi relativo alle polizze dei professionisti registra, invece, una crescita dell'8,9% rispetto all'anno precedente, probabilmente anche a causa di una rivisitazione dei prezzi assicurativi resasi necessaria per il persistente disequilibrio economico del settore. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni rilevati (1999-2009) si attesta al 12,5%.

## La responsabilità civile in ambito sanitario

Il fenomeno della "malasanità" (medical malpractice) continua ad avere una forte attenzione dei media, dato l'elevato tasso di litigiosità fra cittadini e operatori sanitari, determinato proba-

bilmente da un mutato atteggiamento dei pazienti molto più consapevoli dei propri diritti rispetto al passato. Vi potrebbe aver contribuito:

- la proliferazione di società e professionisti "specialisti del risarcimento" che di recente hanno aumentato il ricorso su larga scala come testimoniato da incisive campagne pubblicitarie televisive, radiofoniche e su carta stampata;
- un trend giurisprudenziale di ampliamento delle fattispecie di danno e dei relativi importi di risarcimento. A tal proposito, una recente sentenza della Corte di Cassazione penale, annullando una sentenza della Corte d'Appello di Milano con cui si era assolto un medico dall'accusa di omicidio colposo per avere dimesso con troppo anticipo un paziente infartuato perché erano state seguite le "linee guida sanitarie", ha statuito che il rispetto di queste ultime come parametro di legittimità della condotta del medico non sempre è valutabile come esimente della responsabilità del medico;
- la decisione da parte di alcuni enti locali di centralizzare/organizzare la gestione degli eventuali danni di diverse

strutture sanitarie, trasferendo al mercato assicurativo solo quelli di una certa entità o, addirittura, senza alcun trasferimento di rischio e dando così origine al fenomeno dell'auto assicurazione;

- il tentativo del legislatore di porre rimedio alla critica situazione tramite la presentazione di vari disegni di legge che, però, più che incidere direttamente sul fenomeno per prevenirlo e sui relativi costi, sembrano preoccuparsi maggiormente di attribuire l'eventuale responsabilità unicamente alle strutture sanitarie per permettere al medico di lavorare più serenamente e di organizzare delle strutture di gestione dell'eventuale contenzioso. L'Ania ha attivato dal 2004 una rilevazione statistica annuale allo scopo di fornire informazioni su un settore, purtroppo, di estrema attualità e caratterizzato da andamenti tecnici particolarmente negativi. La statistica offre un quadro sintetico del volume del business e della sinistrosità del settore a partire dal 1994, anche attraverso la costruzione di indici tecnici. Tale analisi è condotta separatamente per le due categorie:

- R.C. Strutture Sanitarie: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata (sono escluse dalla rilevazione le strutture quali case di riposo, laboratori di analisi, centri diagnostici, università);
- R.C. Professioni

## Fucci: In attesa di una riforma definitiva, si mettano in atto i primi interventi

I dati del rapporto Ania 2010/2011 fotografano una situazione che ha "una serie di conseguenze molto gravi per l'intera categoria medica" ha sottolineato il collega Benedetto Fucci, componente della Commissione Affari Sociali della Camera e della Commissione d'inchiesta sugli errori in campo sanitario, in un'interrogazione a risposta scritta rivolta al ministro della Salute e al ministro della Giustizia lo scorso luglio. "Il tema è al centro di una serie di utili proposte di legge all'esame dal Senato, ma vista la complessità della materia i tempi di questo iter si stanno rivelando molto lunghi e quindi - ha concluso Fucci - sarebbe necessario compiere dei primi interventi per arginare il fenomeno del contenzioso giudiziario in campo medico in attesa dell'approvazione e dell'entrata in vigore di una riforma definitiva".

nale Medici: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria. ■



## ► Segue da pagina 6

## Parere favorevole dalla commissione Senato, con alcune "osservazioni"

di contrappesi, delineato da uno Stato centrale forte, capace di esprimere indirizzi e garantire un'adeguata azione di monitoraggio attraverso un aggiornamento degli indicatori sull'efficacia e sull'efficienza delle prestazioni, in particolare nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro.

3. Nell'ambito delle sfide e delle azioni per lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale sono compresi, tra le priorità, investimenti per l'ammodernamento strutturale, presa in carico del paziente, ottimizzazione dell'impiego delle risorse umane. A tale proposito occorre comprendere che tipo di investimenti potranno essere destinati alle alte tecnologie, da impiegare nei centri di eccellenza, e indicare misure concrete per una reale presa in carico del paziente soprattutto in ambito territoriale. Per ciò che concerne le risorse umane an-

drebbe incoraggiata una migliore distribuzione dei medici, maggiormente rispondente alle effettive esigenze di sanità, attraverso l'adozione di linee di indirizzo rivolte alle Regioni, affinché possano essere individuate piante organiche corrispondenti ai reali fabbisogni. In tal senso sarebbe auspicabile uno sblocco del turn over, in particolare nelle Regioni con piano di rientro, anche in risposta ai fabbisogni sanitari, in particolare per alcune specialità.

4. Inoltre, in considerazione dell'invecchiamento della popo-

lazione, dell'incremento della cronicità e dell'incidenza di patologie connesse all'aumento dell'età anagrafica, si segnala l'esigenza di avviare un'organica riflessione in merito ad un piano nazionale per il diabete, anche alla luce della mozione recentemente approvata dal Senato sulle malattie croniche (n. 1-00388).

5. Si osserva che nella sezione percorso nascita non c'è menzione alcuna relativamente alla nascita pretermine, nonostante le gravose conseguenze che ne possono scaturire e la neces-

sità di un'adeguata strategia di prevenzione, trattamento e follow up.

6. Sarebbe opportuno introdurre specifici riferimenti alla spesa farmaceutica ospedaliera e ai relativi livelli di appropriatezza, efficienza ed economicità.

7. Infine, nella parte del Piano che tratta della sanità pubblica e benessere animale, andrebbe maggiormente accentuata la parte che riguarda il benessere animale sulla base del principio che riconosce gli animali come esseri senzienti. ■