



giuridico, con nuove norme che sembrano dettate dal caso del Tar Abruzzo che ha annullato parte dei provvedimenti del commissario ad acta (il presidente Gianni Chiodi) perché in contrasto con norme regionali precedenti mai abrogate. Con la manovra si prevede infatti che il commissario ad acta in caso rinvenga ostacoli per il Piano di rientro derivanti da provvedimenti legislativi regionali precedenti, li trasmetta al Consiglio regionale che entro i successivi 60 giorni (altrimenti interverrà il Governo nazionale) dovrà apportare le necessarie modifiche o abrogare i provvedimenti per rimuovere gli ostacoli ravvisati.

E a proposito di Abruzzo, la manovra, nelle more dell'entrata in vigore di questa misura, dà esecuzione al Piano di rientro di Chiodi superando così lo stop del Tar.

Per le Regioni sotto Piano di rientro, infine, vengono ulteriormente definite le modalità di salvaguardia dalle procedure esecutive fino al 31 dicembre 2011 in caso di debiti con fornitori esterni, già previste dalla legge di stabilità 2011 (legge 220 del 2010). Parziale deroga al blocco del turnover per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro che potranno essere autorizzate nei Tavoli tecnici ad assegnare incarichi per dirigenti di struttura complessa per garantire il mantenimento dei Lea.

Accertamenti medico legali per assenza da malattie (art. 17, comma 5)

La manovra conferma la destinazione di 70 milioni annui per il 2011 e 2012 per le visite di controllo ai lavoratori assenti per malattia da parte delle Asl. Dal 2013, tale somma entrerà a regime e sarà quindi decurtata dalla somma complessiva dei finanziamenti per il Ssn.

Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) (art. 17, comma 7, 8 e 9)

Prorogata fino al dicembre 2013 la sperimentazione gestionale dell'Ente con un finanziamento di 5 milioni annui. Entro giugno 2013 il Ministero della Salute verificherà i risultati raggiunti e in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi si provvederà alla liquidazione del Inmp.

Riorganizzazione Aifa (art. 17, comma 10)

Entro tre mesi dalla conversione in legge della manovra dovrà essere emanato un decreto per la riorganizzazione dell'Aifa sulla base dei seguenti criteri: affidamento al Cda delle modifiche sull'assetto organizzativo dell'Agenzia; riorganizzazione della Commissione tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborsi, ciascuna delle quali dovrà avere 10 componenti (3 Min. Salute, 1 Min. Economia, 4 Conf. Stato-Regioni oltre al Dg Aifa e al presidente dell'Iss) la cui indennità dovrà essere in linea

con quelle corrisposte in analoghe Authority europee; indicazione dei servizi e relativi compensi che l'Agenzia potrà fornire a terzi; introduzione di un diritto annuale per ciascun azienda farmaceutica che copra i costi della banca dati e delle procedure, con una riduzione per le Pmi.

Norme sul personale del Ssn (art. 16 sul pubblico impiego)

Permane l'incertezza interpretativa sull'applicazione anche alle Regioni non sottoposte al piano di rientro della proroga

fino a tutto il 2014 del blocco del turn over, previsto per le amministrazioni pubbliche. Secondo i sindacati di categoria, infatti, la norma così come scritta lascia forti dubbi interpretativi. Secondo il ministro della Salute, invece, la manovra non prevede alcun blocco del turn over per il Ssn, tranne che per le Regioni sottoposte a piano di

► Segue a pagina 27

SPECIALE MANOVRA

Su www.quotidianosanita.it una rassegna di analisi e commenti degli esperti in sanità, degli operatori della salute e dei presidenti delle Regioni

"A quando una manovra che affronti anche i problemi della sanità?"

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

■ I medici hanno imparato a loro spese che le varie manovre, disposizioni per lo sviluppo e leggi finanziarie, le risorse le prelevano dalla "sanità" e dalle retribuzioni del pubblico impiego.

Le vecchie leggi finanziarie erano più "etiche", perché colpivano i beni voluttuari: sigarette, alcolici, totocalcio e al limite, l'accisa sulla benzina. Da alcuni anni, invece, si mira a ridurre la spesa pubblica attraverso un gioco delle parti, fra lo Stato e le Regioni, che alla fine penalizza i cittadini che hanno la necessità di accedere ai servizi sanitari e i dipendenti del pubblico impiego.

Così, un'amara sensazione di "déjà-vu", ci coglie leggendo gli articoli della recente legge di conversione 15 luglio 2011, n. 111, sulle "disposizioni urgenti

per la stabilizzazione finanziaria". Si ritorna a parlare di blocco delle assunzioni, di blocco delle retribuzioni e di blocco della contrattazione, per il pubblico impiego.

Chi va in pensione sarà rimpianto, perché non verrà sostituito e chi rimane dovrà fare anche il suo lavoro. Non è stato tenuto in alcuna considerazione il fatto che i pensionamenti non sono equamente distribuiti e che in alcuni reparti, quelli che restano sono numericamente insufficienti per garantire il servizio, nel rispetto delle norme sull'orario di lavoro e sui riposi obbligatori. Il blocco salariale si protrarrà dal 2010 sino al 2014, con una perdita economica per i medici che potrà superare i 30.000 euro nel quinquennio. Ai quali si aggiungeranno i riflessi sulla previdenza.

Aumentano le incombenze procedurali, le trasmissioni telematiche di certificati, le spiegazioni per i nuovi ticket, con la con-

seguinte riduzione del tempo da dedicare alla salute dei cittadini.

Nonostante questa legge venga presentata come lo strumento che consentirà alla nazione di raggiungere il pareggio di bilancio entro il 2014, resta la fastidiosa sensazione che i prelievi non siano finiti e che dopo di questa, ci saranno delle altre manovre. Allora, è giusto chiederle: ma queste disposizioni sono le più giuste ed efficaci, oppure si può fare qualcosa di diverso? È facile osservare che la classe politica viene toccata solo marginalmente da questa manovra. La salvaguardia dei "posti di lavoro" della casta ha avuto la meglio sul programma di governo. Non si accenna minimamente all'abolizione delle province o alla riduzione del numero dei parlamentari.

Ritengo che si possa incidere sulla sanità e ottenere, insieme alla riduzione della spesa, anche la soluzione di alcuni problemi

che la frenano, come quello della "responsabilità professionale". La depenalizzazione della colpa medica porterebbe a una riduzione degli indennizzi, delle spese giudiziarie e soprattutto, della "medicina difensiva", con notevoli risparmi per le aziende. La valorizzazione della figura del dirigente medico porterebbe ad un più oculato utilizzo delle risorse diagnostiche e ad una riduzione della spesa per i farmaci e per i presidi terapeutici. Ancora, un passo indietro della politica nella nomina dei direttori di struttura complessa, premierebbe la professionalità e consentirebbe di risparmiare sui costi dei consulenti, che vengono chiamati per sopperire alle carenze professionali dei nominati dalla politica.

Forse è opportuno cominciare a lavorare sin da ora per cercare le vie più eque per ottenere dei risparmi sulla spesa sanitaria, anche in considerazione del fatto che il personale... ha già dato!