

RASSEGNA STAMPA Giovedì 21 Novembre 2013

La Sanità difende il suo piano
Lorenzin: "Reinvestiamo 30 miliardi"
LA STAMPA

Cottarelli: i risparmi di spesa per il taglio del cuneo fiscale
IL SOLE 24 ORE

Spending review. Summit Lorenzin-Cottarelli: Piena intesa. I risparmi si faranno con il patto per la salute".
QUOTIDIANO SANITA'

Cottarelli: "Welfare al setaccio Tagli a pensioni d'oro e d'argento"
CORRIERE DELLA SERA

Ocse. Il Rapporto sanità 2013 "Spesa sanitaria italiana in calo: 2,4% nel 2011-2012. Ma restiamo i più longevi dopo la Svizzera.
QUOTIDIANO SANITA'

Ecco le spese pazze degli ospedali d'Italia
PANORAMA

Con le Poste il ticket si paga online
IL SOLE 24 ORE

La Sanità difende il suo piano

Lorenzin: "Reinvestiamo 30 miliardi"

Il ministro vede il commissario: con le Regioni progetto condiviso

PAOLO RUSSO
ROMA

«Grazie, ma la spending sanitaria la stiamo facendo noi con le Regioni e porterà 30 miliardi di risparmi in cinque anni». Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha esordito così ieri sera nel faccia a faccia con il commissario per la spending review, Carlo Cottarelli. Che per Asl e ospedali è pronto a rimettere le forbici nel cassetto e a collaborare con la Salute, purché si intervenga sui farmaci e su beni e servizi con le centrali di acquisto, sulle prestazioni inappropriate con protocolli terapeutici più stringenti e sui livelli essenziali di assistenza eliminando il superfluo. Cose in parte già previste dal «Piano Lorenzin», che in realtà è il Patto per la salute in fase ultima di messa a punto con le Regioni. Un Patto che promette di ridisegnare la sanità dei prossimi cinque anni, reinvestendo i 30 miliardi di risparmi soprattutto in innovazione tecnologica e restyling degli ospedali fatiscenti, potenziamento dei servizi sul territorio, incentivi per attrarre ricercatori. Obiettivi da realizzare prima di tutto chiudendo i reparti sottoutilizzati e le chirurgie dove si fanno così pochi interventi l'anno da non essere nemmeno sicure per chi ci capita a tiro. E questo significherebbe circa 14 mila posti letto in meno. Ai quali aggiungere la riconversione di circa 160 piccoli ospedali in strutture per l'assistenza territoriale.

Ma la rivoluzione investirà anche i medici di famiglia, che non dovranno più lavorare da soli ma aggregarsi, anche con specialisti e infermieri per ga-

rantire continuità assistenziale nell'arco della giornata. Un po' come avviene nelle neo-nate «Case della salute» in Toscana ed Emilia. Per ottenere risparmi le aggregazioni dei medici di base verrebbero dotate di un budget. Ma l'ondata lunga delle prestazioni inutili verrebbe arginata anche in altro modo. Vietando le decine di ricoveri inappropriati, come quelli per diabete, ipertensione, bronchiti. Cose che al massimo richiedono il day hospital. Ma anche intervenendo sui Lea, i livelli essenziali di assistenza, che sono poi il librone delle prestazioni mutuabili. La lista di quelle considerate «ad alto rischio di inappropriatezza» c'è già. Qualche esempio: la risonanza al ginocchio o alla spalla per gli ultrasessantacinquenni. Non serve perché a quell'età i tessuti non vengono «letti» dalla macchina ma costa cara e se ne fanno una valanga. L'idea è fare come si fece a suo tempo con i farmaci, inserendo delle note nei Lea che autorizzano le prestazioni solo quando necessarie. La mammografia solo per controllare, senza rientrare in uno screening o senza diagnosi sospette si paga. A meno che il medico non specifichi perché la prescrive.

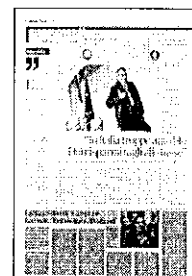
A garantire un altro po' di risparmi ci sarebbero poi gli acquisti centralizzati per beni e servizi mentre per i farmaci un anticipo del Patto potrebbe andare già nella legge di stabilità con le aste di acquisto per categorie terapeuticamente omogenee: non compro il prodotto dal prezzo più basso tra quelli che hanno lo stesso principio attivo ma allargo il cerchio a tutti quelli che curano ad esempio l'ipertensione. E sono 300 milioni da reinvestire per l'assistenza domiciliare ai cronici gravi.

Un menù che è tutto l'opposto dei tagli lineari. Resta da vedere se le Regioni alla fine chiuderanno il cerchio. «Altrimenti - ha detto Lorenzin a Cottarelli - farà bene ad intervenire lei».

Agguerrita
il ministro della Salute
Beatrice Lorenzin



ANGELO CARICAFRANCA



Cottarelli: i risparmi di spesa per il taglio del cuneo fiscale

Il commissario: «Nel 2014 interventi ben oltre 1,5 miliardi»

Lotta agli sprechi

«Entro l'anno interventi su auto blu e consulenze
Va affrontato il tema della mobilità nel pubblico»

Il «muro» sulla sanità

«A Lorenzin dirò che il lavoro va fatto insieme. Ho visto Zanonato, presto Giovannini e gli altri ministri»

L'ANTICIPAZIONE

«Il prossimo sarà un Def all'insegna della revisione della spesa che fanno le pubbliche amministrazioni. Così si fa in tutto il mondo»

VOTO SUI SERVIZI

«Anche i cittadini potranno esercitare pressione sulle strutture inefficienti utilizzando una specie di pagella sul servizio fornito»

Marco Rogari

ROMA

«Dopo aver battuto per 16 anni la Germania a calcio, potremmo diventare più bravi dei tedeschi in altre aree, anche nel settore della spesa pubblica». È una battuta quella pronunciata da Carlo Cottarelli per racchiudere in un fotogramma l'obiettivo che il commissario straordinario intende centrare per ridurre, «insieme e non contro le pubbliche amministrazioni», la spesa. Ma Cottarelli è convinto che «dobbiamo puntare non a essere in linea con la media degli altri Paesi europei ma a essere meglio della media degli altri, anche perché abbiamo un debito pubblico elevato». E per tagliare questo traguardo occorre cominciare subito. Con una prima consistente riduzione di spesa nel 2014, ben al di là degli 1,5 miliardi di risparmi circolati nei giorni scorsi, da utilizzare quasi interamente per abbattere la tassazione sul lavoro.

Un taglio del cuneo da rendere ancora più marcato nel 2015 e nel 2016 alleggerendo la macchina amministrativa, anche attraverso la «fusione di alcuni enti e gruppi decisionali» e «facendo cadere alcuni antichi tabù», come l'impossibilità di un coordinamento operativo tra le singo-

le forze di polizia e tra forze di polizia e Forze armate. Ma soprattutto agendo a tutto campo su sprechi e inefficienze, a cominciare dalla sanità e dal pubblico pubblico dove non non potrà essere eluso «il tema della mobilità». Interventi da confezionare al più tardi tra il mese di febbraio e quello di aprile del 2014. Che potranno però essere anticipati, probabilmente prima della fine del 2013 (ma con effetti sempre sul prossimo anno) da tagli selettivi ad hoc «su auto blu e forse consulenze». Quanto a costi e fabbisogni standard «si partirà dagli enti locali».

Anche i cittadini avranno un ruolo attivo con la possibilità di «esercitare una pressione sulle strutture inefficienti» facendo leva su una sorta di "pagella" sul servizio fornito. «Al livello locale uno strumento per migliorare l'efficienza è la trasparenza: noi pubblicheremo più indicatori di efficienza che consentano al cittadino di individuare i centri di spesa meno efficienti».

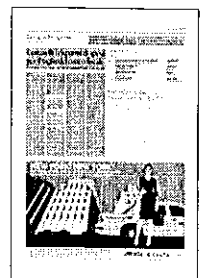
L'obiettivo resta quello già fissato dal ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni: realizzare risparmi di spesa per 2 punti di Pil entro il 2016, ovvero 32 miliardi, quattro volte il taguardo minimo fissato, sempre per il 2016, dalla legge di stabilità all'esame del Parlamento. Cottarelli resta prudente e non fornisce cifre, ma è convinto di potercela fare. «Anche perché questa revisione della spesa è diversa dalle precedenti. Prima di tutto è fissato un obiettivo chiaro, 32 miliardi per il 2016. E questo fornisce un'ancora all'azione di governo». L'altra novità è la preventiva destinazione dei risparmi: «La maggior parte sarà utilizzata per ridurre la tassazione sul lavoro portandola verso la media dei Paesi dell'euro e ridare competi-

tività al Paese, e una quota minoritaria per investimenti e riduzione di deficit e debito».

Il messaggio di Cottarelli è chiaro: bisogna guardare soprattutto ai benefici che produrrà per gli italiani e per le amministrazioni la nuova spending review e non soffermarsi soltanto sullo spettro dei tagli in arrivo. In altre parole: ridurre le tasse con i tagli alla spesa per far ripartire il Paese. Il commissario straordinario confida molto nel nuovo metodo di lavoro: «Questa non è la spending review di Cottarelli, non c'è un uomo solo al comando, la revisione della spesa la fa tutta la Pa, per questo ci saranno 25 gruppi di lavoro». E la leadership dei gruppi verticali «deve essere presa dai ministeri».

Muovendosi su questo binario Cottarelli spera di aggirare le resistenze burocratiche e di vincere quelle politiche. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, fa già muro contro i tagli. Ma il commissario straordinario cerca di stemperare le tensioni: «Al ministro dirò che il lavoro va fatto insieme, è un interesse di tutti efficientare la spesa. Ho già incontrato Zanonato e presto vedrò Giovannini e gli altri ministri». Anche su terreni insidiosi come quelli della Difesa e delle forze di polizia Cottarelli punta sul metodo del coinvolgimento dei soggetti interessati. Una strategia che il commissario straordinario conta di adottare anche con le parti sociali: «Sto pensando di costituire un gruppo di consultazione con sindacati, Confindustria e le altre associazioni del mondo produttivo che si riunisce mensilmente». Soprattutto con i sindacati la partita si annuncia ardua visto che nel mirino ci sono sanità e pubblico impiego.

«La mobilità del personale pubblico è un tema di importanza fondamentale anche per la



modernizzazione della Pa. Dobbiamo considerare anche opzioni giudicate in passato impossibili». Cottarelli non aggiunge altro. Ma è chiaro che sullo sfondo c'è il tema della mobilità territoriale oltre a quella conseguente ai prossimi accorpamenti di strutture pubbliche. Un'altra tessera chiave nel mosaico della "spending" è la trasformazione dei dirigenti pubblici in veri e propri manager.

Quanto alla sanità, «il problema principale è quello delle grosse differenze» in tema di efficienza di spesa «tra le varie aree geografiche. Non si tratta di dare un taglio lineare, bisogna focalizzarsi sulle aree di inefficienza da eliminare per ottenere risparmi». Anche le pensioni non saranno trascurate. Ma almeno per il momento «il fine è quello di esplorare le pensioni elevate, quelle d'oro e d'argento». Sui costi della politica i gruppi di lavoro si concentreranno su finanziamento dei partiti, Regioni, Comuni e Province. E in quest'ultimo caso si terrà conto anche alle proposte già esistenti in Parlamento. Un nutrito pacchetto di interventi che all'inizio della prossima primavera si tradurrà della prima tranche del piano operativo sulla spending review. Cottarelli non ha dubbi: «Il prossimo sarà un Def all'insegna della revisione della spesa che fanno le pubbliche amministrazioni, perché è così che si fa in tutto il mondo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Spending review. Summit Lorenzin-Cottarelli: “Piena intesa. I risparmi si faranno con il Patto per la salute”

A due giorni dall'annuncio del programma del commissario per la revisione della spesa pubblica il ministro della Salute ha voluto subito chiarire il suo punto di vista: “La sanità farà una spending interna. E i risparmi saranno reinvestiti”. Cottarelli si dice d'accordo: “La leadership dell'operazione è nelle mani del Ministro”

Incontro serale al ministero della Salute tra **Beatrice Lorenzin** e **Carlo Cottarelli**. A 48 ore dalla presentazione del programma di revisione della spesa il titolare della sanità, che già l'altro ieri aveva messo le mani avanti sostenendo che in sanità la spending review si farà con il Patto per la Salute, ha voluto incontrare il neo commissario evidentemente per chiarire subito il “chi fa che cosa” nella delicatissima partita, che ha come obiettivo globale quello di **recuperare 32 miliardi** in tre anni dal fronte della spesa pubblica per abbassare le tasse, rilanciare gli investimenti e abbassare il deficit.

E, almeno a sentire le dichiarazioni che abbiamo raccolto dai due al termine, sembra che l'accordo ci sia.

Per Cottarelli “non ci saranno tagli lineari. Per nessun ministero e nessun settore. L'incontro con il ministro Lorenzin è stato costruttivo, c'è piena concordanza di vedute su come portare avanti questo lavoro insieme e l'obiettivo della spending review è quello di passare in rassegna le varie voci di spesa pubblica di tutte le amministrazioni”. “La spending review non la farò io - ha detto - ma sarà compito dei ministeri stessi. Quindi sono totalmente d'accordo che chi deve avere la leadership, in questo senso, è il Ministero della Salute. Noi parteciperemo solo al gruppo di lavoro. Al momento abbiamo soltanto deciso il totale di spesa che deve essere risparmiato entro il 2016. Ma ci saranno comunque risparmi significativi anche nel 2014 e 2015”.

Dal suo canto Lorenzin ha ribadito che “per il comparto sanità non ci saranno tagli lineari con la spending review ma si attuerà una spending interna”. “È stato un incontro fondamentale - così lo ha definito il ministro - perché il commissario Cottarelli ha colto in pieno la grande ambizione del Patto per la salute che è una vera spending review interna e che consentirà alla sanità di tagliare sprechi reinvestendo risorse in buona sanità, in ricerca e in infrastrutture”.

Giovanni Rodriguez

Cottarelli rivela il piano, torna il blocco degli statali

Il commissario taglia-spese vuole toccare le pensioni alte

Sarà necessario «toccare le pensioni d'oro e d'argento. L'approccio della legge di Stabilità è di congelare la perequazione. Esistono difficoltà a livello costituzionale. Ma c'è una scelta da fare»: così al Corriere Carlo Cottarelli, il commissario straordinario per la revisione della spesa pubblica.

A PAGINA 15 Tamburello

» Il colloquio Il commissario per la spending review: ecco il piano

Cottarelli: «Welfare al setaccio Tagli a pensioni d'oro e d'argento»

«Subito misure per rinnovare il blocco degli statali»

ROMA — Nessun settore resterà fuori dal raggio di azione della *spending review*. Non la sanità, non le pensioni, né il pubblico impiego, né le società pubbliche come la Rai. «Ciò non vuole dire che ci sia la necessità di tagliare o risparmiare ovunque ma che dobbiamo guardare a tutte le realtà senza assumere che ce ne sia qualcuna senza sprechi da eliminare» dice Carlo Cottarelli, il commissario straordinario per la revisione della spesa pubblica incaricato dal governo di tagliare 32 miliardi di euro in tre anni. L'istruttoria sul da farsi è appena partita con la formazione di 25 gruppi di lavoro, l'individuazione delle aree da passare al setaccio e la definizione delle procedure da seguire. Ma le misure concrete non arriveranno prima di marzo-aprile, conferma Cottarelli, il quale non ha ancora cifre da illustrare ma confida di metter a segno interventi significativi già nel prossimo anno. E «significativo» per lui non è un ammontare di 1,5 o anche 3 miliardi.

Pensa a risparmi più accentuati anche se per ora si sbilancia solo nell'affermare che il primo fendente della sua *spending review* cadrà su «le auto blu». E nell'assicurare che i risparmi fatti saranno nella grandissima parte utilizzati per ridurre il cuneo fiscale, «per alleggerire cioè la tassazione sul lavoro». Questo utilizzo, dice «è importante perché è capito, interiorizzato, sentito da tutte le parti sociali e dall'intera economia». La sua azione, infatti, spiega, punta molto sul consenso e sulla spinta dell'opinione pubblica. Anche

quando la revisione toccherà temi delicati, come quello del recupero d'efficienza del pubblico impiego. Il suo programma parla di mobilità e fra gli statali è salita la tensione.

«Non c'è a priori una decisione su ulteriori riduzioni di organici; è chiaro però che certe misure strutturali che potrebbero essere raccomandate potrebbero portare all'emersione di esuberanti. Per esempio in caso di fusione di enti o attività. La domanda è se tali esuberanti potranno essere assorbiti all'interno della pubblica amministrazione oppure se ci saranno altre soluzioni non traumatiche». Finora è stato utilizzato il blocco del turn-over e «questa potrebbe essere la soluzione migliore ma ci potranno essere altri modi che non abbiamo però ancora studiato».

E la Sanità? Il ministro Beatrice Lorenzin sostiene che i risparmi saranno studiati all'interno del suo dicastero e Cottarelli è d'accordo. «Non siamo mica in conflitto. La revisione della spesa la deve fare prima di tutti la pubblica amministrazione», dice il commissario arrivato a Roma, al ministero dell'Economia, dal Fondo monetario internazionale. Le cose da fare, spiega, sono due: capire se si può fare la stessa attività, dare lo stesso servizio, a costi più bassi. E individuare e togliere i servizi non necessari. «Non si tratta di toccare lo stato sociale che è un fondamento dell'economia italiana». Ma, ripete, anche in questo settore occorre eliminare gli sprechi e «i servizi non ne-

cessari».

Ancora più delicato è l'argomento pensioni. L'Italia, riconosce, «ha fatto un'ottima riforma che assicura la riduzione dei flussi di spesa per i prossimi 20 anni. Pochi paesi sono riusciti a farla». Ma per il presente «il paese ha un grosso problema: una spesa in rapporto al Pil che è troppo alta, tra le più alte al mondo». Sarà necessario, aggiunge, «toccare le pensioni d'oro e d'argento. L'approccio della legge di Stabilità è di congelare la perequazione. Sò che esistono difficoltà a livello costituzionale. Ma c'è una scelta da fare» afferma.

Sulla carta appare invece più semplice affrontare il tema della riduzione del costo della politica: i binari sono stati già individuati e sono la revisione delle remunerazioni e la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. Il raggio di azione della *spending review* comprende Regioni, province, comuni e partiti; mentre per gli organi costituzionali, a cominciare dal parlamento, sarà utilizzata una sorta di *moral suasion* perché la facciano per proprio conto, magari utilizzando le metodologie e la tecnica dei gruppi di Cottarelli.

Il commissario è fiducioso di riuscire a portare a termine il suo compito. Secondo le esperienze internazionali che ha preso ad esempio per impostare il suo programma — in particolare «il modello utilizzato dal Canada negli anni 90» — una riduzione di spesa del 2% del Pil è assoluta-

mente raggiungibile in tre anni, eliminando i margini di spreco e razionalizzando le procedure esistenti. Per Cottarelli è poi importante la collaborazione con la Ragioneria diretta da Daniele Franco

ed anche il fatto che è la prima volta che in Italia viene utilizzato il meccanismo di revisione da lui proposto. Certo difficoltà ce ne saranno. Una per tutte: le possibili resistenze delle Regioni e degli enti locali ad attuare i tagli raccomandati. «Idealmente sarebbe opportuno che ogni centro di spesa facesse da sé

la revisione sapendo che ogni risparmio fatto potrebbe tradursi in riduzione di tasse. Noi metteremo a disposizione tutti gli strumenti necessari — e ricorremo anche alla pubblicazione degli indicatori di efficienza — per incentivare il buon comportamento di tutti».

Stefania Tamburello

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La parola

Spending review

Indica il processo di revisione per migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'amministrazione pubblica, riducendone così i costi, attraverso l'analisi e la valutazione sistematica di tutte le voci di spesa che compongono il bilancio pubblico. L'obiettivo? Tagliare gli sprechi senza incidere sulla qualità dei servizi essenziali. Il neo commissario Carlo Cottarelli punta a risparmiare 32 miliardi in tre anni.

Chi è

Carlo Cottarelli ha lasciato il 22 ottobre scorso la posizione di direttore del dipartimento per gli Affari fiscali del Fondo monetario

internazionale per assumere il ruolo di commissario per la spending review in Italia. Cottarelli era arrivato al Fondo nel 1988 dopo aver lavorato alla Banca d'Italia e all'Eni. All'Fmi è stato anche vicedirettore dei dipartimenti di Politica europea, Politica strategica e Revisione



99

Metodi e tempi
L'istruttoria sul da farsi è affidata a 25 gruppi di lavoro. I primi interventi a partire dalla primavera



Giovedì 21 NOVEMBRE 2013

Ocse. Il Rapporto sanità 2013: “Spesa sanitaria italiana in calo: - 2,4% nel 2011-2012. Ma restiamo i più longevi dopo la Svizzera

Il dato nell'edizione 2013 di Health at a Glance 2013. Contrazioni in altri 10 Paesi europei a seguito della crisi e della conseguente necessità di consolidamento fiscale. Tra i rilievi dell'Ocse al nostro Paese: tanti medici e pochi infermieri, pochi generici, troppi cesarei, obesità infantile. Ma per l'influenza i nostri anziani si vaccinano più di molti altri. IL RAPPORTO INTEGRALE.

La spesa sanitaria pro-capite italiana si è ridotta del 2% in termini reali nel 2011. Si stima poi che un'ulteriore riduzione pari allo 0,4% si sia verificata nel 2012. E questo nonostante nel biennio 2009-2011 la media Ocse registri un incremento, seppur limitato allo 0,2%. La diminuzione italiana, comunque, è un fenomeno che riguarda almeno altri 10 paesi Europei nel biennio 2009-2011 a seguito della crisi e della conseguente necessità di consolidamento fiscale.

I dati sono contenuti nell'edizione 2013 di *Health at a Glance*, il rapporto dell'Ocse che fotografa la situazione e le performance sanitarie dei diversi paesi aderenti.

Secondo l'OCSE, tale condizione richiede all'Italia, così come agli altri paesi, di migliorare la produttività, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario. L'Italia ha messo in atto misure al fine di contenere i costi e migliorare l'integrità fiscale: il Patto per la Salute 2010-12 ha posto una grande enfasi sul controllo della spesa pubblica attraverso la riduzione del numero di posti letto, dei ricoveri e della durata delle degenze.

In Italia si vive più a lungo

È il secondo Paese più longevo tra i paesi Ocse, con un'aspettativa di vita media di 82,7 anni, come il Giappone. Va meglio, ma davvero per poco, solo agli svizzeri, dove l'aspettativa di vita raggiunge gli 82,8 anni. La speranza di vita supera comunque gli 80 anni nella gran maggioranza dei paesi Ocse (media 80,1 anni). Tuttavia, un po' ovunque, Italia compresa, ad avere la meglio sono le donne: se infatti l'aspettativa di vita degli uomini italiani non raggiunge gli 80 anni, le donne sfiorano gli 85. Ma il gap non si limita al confronto uomini-donne. Anche chi è più istruito vive mediamente più a lungo. In media, nei Paesi Ocse, gli uomini istruiti vivono 7,8 anni di più di quelli poco istruiti (in Italia la distinzione si ferma a 5 anni), mentre tra le donne il gap è di 3,8 anni (2,8 in Italia).

Tanti medici e pochi infermieri

In Italia, nel 2011, c'erano 4,1 medici ogni 1.000 abitanti (tra professionisti che assistono i pazienti, manager, ricercatori e professori). Un medico in più di quanto si registri nella media Ocse (3,2 x 1.000 abitanti). Solo Austria (4,8) Russia (5) e Grecia (6,1) hanno più medici di noi. Anche Spagna, Francia e Germania sono sopra la media. Il numero di medici per 1.000 abitanti è invece pari a 2,8 nel Regno Unito.

L'Italia non si caratterizza solo per l'alto numero di medici, ma anche per la loro età avanzata. Il 43% ha infatti più di 55 anni (la media Ocse è 32). Più basso della media, invece, il numero di laureati in

Medicina per ogni medico, pari a 27,6 contro la media del 33,7.

Ma se gli italiani possono contare su più medici che negli altri Paesi Ocse, lo stesso non avviene con

gli infermieri. Se la media Ocse è infatti di 8,8 infermieri ogni 1.000 abitanti, il dato italiano si ferma a 6,3, ben al di sotto della Germania, dove gli infermieri ogni 1.000 abitanti sono 11,4, ma anche della Francia (8,7) e del Regno Unito (8,6). Sotto l'Italia è invece la Spagna, dove gli infermieri sono solo 5,5. I nuovi laureati per ogni infermiere sono, in Italia, 29,6. Ben più basso della media Ocse, dove nel 2011 ci sono stati per ogni infermiere attivo 53,7 nuovi infermieri laureati.

Incrociando i due dati, dunque, si ricava che se nei Paesi Ocse ci sono 2,8 infermieri ogni medico, in Italia il rapporto è quasi alla pari: 1,6 infermieri ogni medico. In coda a tutti i Paesi Ocse c'è la Grecia, con un rapporto 0,5 a 1. Anche la Francia è sotto la media Ocse, ma di poco, con 2,6 infermieri ogni medico. Il Regno Unito e la Germania superano invece la linea Ocse rispettivamente con 3,1 infermieri ogni medico e 3 infermieri ogni medico.

L'Italia, il Paese dei parti cesarei

Il 37,7% dei parti, in Italia, avviene con parto cesareo. Un pessimo risultato, se si considera che la media Ocse si ferma al 26,9% e che peggio dell'Italia ci sono solo la Turchia con il 46,2% e il Messico con il 49% (il Cile registra lo stesso dato italiano). Ben diversa la situazione negli altri Paesi europei assimilabili all'Italia. Se è vero che la quota tedesca di cesarei è sopra la media Ocse, è anche vero che è al di sotto dell'Italia di oltre 6 punti percentuali (31,1%). In Spagna la quota è del 24,9%, nel Regno Unito del 24,1%, in Olanda al 15,6% e in Islanda, il Paese con il miglior risultato, i parti cesarei sono solo il 14,7% del totale.

Ancora contenuta la quota dei farmaci generici nel mercato farmaceutico italiano.

Negli ultimi anni, l'Italia è riuscita a contenere la propria spesa farmaceutica grazie all'aumentata competitività e alla riduzione dei prezzi. Ciononostante, la quota di farmaci generici resta una delle più basse tra i paesi OCSE, con meno di un sesto del volume complessivo dei farmaci venduti. Tale quota è assai più bassa di quanto non si registri in altri paesi Europei quali Germania, Regno Unito o Danimarca dove i farmaci generici rappresentano circa i tre quarti del mercato.

Influenza. Gli anziani si vaccinano più in Italia che in altri Paesi

A fronte di una copertura media nei Paesi Ocse pari al 50% nella popolazione over 65, infatti, in Italia, nel 2011, si era sottoposto a vaccinazione contro l'influenza il 63% delle persone con più di 65 anni di età. La copertura, pur sopra la media in gran parte di Europa, si ferma al 55% in Francia, al 56% in Germania, al 58% in Spagna. In Europa il risultato migliore se lo aggiudica però il Regno Unito, con una copertura pari al 74%. Va meglio solo in Australia (75%), Korea (80%) e Messico (94%).

Alti tassi di obesità tra i bambini italiani

L'incremento dei livelli di obesità nei paesi OCSE è uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. "Health at a Glance 2013" mostra che mentre l'obesità tra gli adulti in Italia è piuttosto contenuta, la situazione tra i bambini risulta essere preoccupante, suggerendo quindi alti tassi di obesità anche per la popolazione adulta negli anni a venire. Più di un bambino su tre è attualmente considerato sovrappeso. Ciò pone l'Italia al secondo posto dopo la Grecia tra i paesi OCSE. È pertanto necessario agire per migliorare i costumi alimentari dei bambini e per aumentarne l'attività fisica, che risulta essere la più bassa tra i paesi OCSE. Le precedenti analisi dell'OCSE hanno mostrato che è possibile mettere in atto una serie di misure volte a ridurre l'obesità per un costo medio annuale di 22 dollari per persona. Tali misure dovrebbero contemporaneamente includere la promozione dell'educazione sanitaria nelle scuole, l'auto-regolamentazione della pubblicità rivolta ai bambini di prodotti alimentari, l'introduzione di un sistema di etichettature dei prodotti alimentari nonché l'attività di orientamento a migliorare gli stili di vita effettuato dai medici di medicina generale.

ECCO LE SPESE PAZZE DEGLI OSPEDALI D'ITALIA

IL COMMISSARIO ALLA SPENDING REVIEW COTTARELLI NON AVRÀ VITA FACILE: NEGLI ACQUISTI DELLA SANITÀ I PREZZI OSCILLANO IN MODO PAUROSO E MANCANO LE INFORMAZIONI. COME TESTIMONIA LA SECONDA PARTE DELL'INCHIESTA DI «PANORAMA». di Stefano Caviglia e Maria Pirro

Auguri al commissario per la spending review, Carlo Cottarelli, che lunedì 18 novembre ha promesso 6-7 miliardi di minori spese nella sanità nei prossimi tre anni. Dopo le bacchettate della Commissione europea, che giudica troppo timido il governo italiano sui tagli, Palazzo Chigi rimette al centro dell'azione la riduzione delle spese (un tema su cui *Panorama* batte da mesi), con un'attenzione particolare alla sanità. Ma se davvero Cottarelli vorrà avvicinarsi a un obiettivo così ambizioso dovrà combattere contro una quantità di cattive abitudini che a parole sono state debellate mille volte e tuttavia non cessano di aggravare inutilmente i bilanci delle asl e degli ospedali italiani. La prima, da cui molte altre discendono, è la difficoltà con cui circolano le informazioni nel sistema sanitario nazionale.

Nella precedente puntata di questa inchiesta *Panorama* ha rivelato che il medesimo stent coronarico (lo Xience Prime) viene comprato a prezzi ben diversi nelle varie regioni del Paese: 448,95 euro in Toscana, 478,83 in Emilia-Romagna, 850 in Piemonte, per citarne solo tre. Come devono sentirsi i vertici di un ospedale, scoprendo che ad appena 300-400 chilometri di distanza i loro colleghi pagano lo stesso strumento poco più della metà? Giuseppe De Filippis, direttore sanitario dell'Ospedale Mauriziano di Torino (quello dello stent a 850 euro, appunto), tiene a precisare che quel prezzo era valido fino a qualche tempo fa ed è stato rinegoziato. Ora costa 770 euro. Meno di prima, d'accordo, ma sempre molto più degli altri. «La differenza» afferma «può dipendere in parte dai quantitativi: noi abbiamo ordinato solo 300 pezzi. Immagino che la centrale di acquisto della Toscana tratti quantità di gran lunga superiori».

Anche questo incide, ed è un solido argomento per collocare la centralizzazione degli

acquisti in cima all'agenda di Cottarelli. Tuttavia, c'è un altro punto cruciale, che viene segnalato dal direttore amministrativo dell'Ospedale Mauriziano, Chiara Serpieri: la mancanza di informazioni. «Il prezzo ottenuto dai colleghi in Toscana» dice «è riportato sul sito dell'Autorità di vigilanza per i contratti pubblici solo in modo generico, senza la marca del prodotto. In sede di negoziazione l'azienda fornitrice, la Abbott, ci ha detto che non si sarebbe attenuta al prezzo di riferimento dell'Autorità, in quanto non era relativo al modello in questione. E noi non abbiamo avuto argomenti per replicare. Se la dicitura con cui il prodotto è indicato nel sito dell'Avcp fosse stata più completa, avremmo avuto un'arma in

più per negoziare». E solo un esempio, ma se si pensa che una semplice correzione testuale sul sito dell'Autorità di vigilanza avrebbe potuto fruttare all'Ospedale Mauriziano di Torino parecchie migliaia di euro di risparmi, è giusto chiedersi quanti soldi si sprecano ogni giorno in tutta Italia per problemi della stessa natura.

I primi nemici da debellare nella lotta contro la voragine finanziaria della sanità sono dunque gli enormi scostamenti esistenti fra una regione e l'altra in tutti i parametri più importanti: non solo i costi di beni e servizi, ma anche la qualità delle prestazioni, le quantità dei singoli prodotti acquistati, il livello della spesa farmaceutica pro capite. Per finire ai bilanci sanitari delle singole regioni, che in genere rappresentano la sintesi migliore di tutto il resto. I disavanzi regionali del 2012, con i 660,8 milioni di passivo del Lazio e i 156 della Campania, contrapposti agli attivi di regioni virtuose come le Marche, l'Umbria, la Lombardia, il Veneto, sono eloquenti. Per questo è fondamentale la partita dei costi standard, con l'individuazione delle tre regioni migliori che dovranno essere prese a riferimento da tutte le altre. Il governo vorrebbe procedere già dagli ultimi mesi del 2013, ma l'importante è che si metta finalmente in funzione un meccanismo efficiente di perequazione almeno dall'inizio del 2014.

È eloquente al riguardo la tabella sulle differenze dei prezzi pubblicata nella pagina accanto. Vi si rileva non tanto che la mediana dei prezzi è sensibilmente più alta dei prezzi di riferimento

fissati dall'Autorità per i contratti pubblici. Quel dato è del 2012, ossia del momento in cui il prezzo «giusto» è stato fissato dall'Autorità, insieme con l'obbligo di non superarlo di più del 20 per cento. Più significativo è il comportamento delle regioni meno virtuose (di cui però non vengono indicati i nomi), esaminato per tutti questi mesi dalla Regione Veneto, in quanto coordinatrice del tavolo sui costi standard nella conferenza Stato-regioni. Se le differenze sono così ampie, vuol dire che ci sono aree d'Italia in cui i prezzi di riferimento vengono sforati, regolarmente, alla grande. Vista la confusione che regna nella spesa sanitaria, qualcuno obietterà probabilmente che il Tar del Lazio ha smontato da tempo il prezzo di riferimento come limite obbligatorio, accogliendo il ricorso di diversi fornitori. Ma attenzione: questo è vero solo per i dispositivi medici e per una piccola quantità

di farmaci. Per tutto il resto invece il prezzo di riferimento dovrebbe essere considerato un limite invalicabile, come evidentemente non è.

Scostamenti importanti si verificano perfino all'interno di una stessa regione. Nelle tabelle a pagina 89 relative ai prezzi di tre regioni (Lombardia, Toscana e Puglia) si vede come gli stessi beni siano acquistati a prezzi notevolmente diversi anche a poche decine di chilometri di distanza. I dati, forniti dal ministero della Sanità, sono relativi al 2012 e in qualche caso sono stati migliorati grazie agli sforzi fatti per unificare le centrali di acquisto, ma rappresentano comunque una testimonianza del caos della sanità.

Per mettere un po' d'ordine non c'è che un sistema: allestire centrali di acquisto per aree di dimensione regionale, cosa che consente anche di spuntare prezzi migliori facendo leva sulla quantità. Sembrano aver capito la lezione in Toscana, regione che pure non è entrata nel gruppetto delle prime cinque più virtuose, dove otto anni fa è iniziato il processo di centralizzazione degli acquisti con la costituzione di tre enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (Estav) per la quasi totalità degli acquisti nelle diverse aree regionali. Pochi giorni fa la giunta

ha approvato un passo ulteriore, che porta le centrali di acquisto da tre a una sola. «Il segreto di questo tipo di organizzazione» spiega a *Panorama* l'assessore al Diritto alla salute della Toscana, Luigi Marroni, «è che produce una standardizzazione dei consumi. Dal momento che tutti devono comprare insieme, si evita che ci siano centinaia di siringhe o di guanti diversi. Basta averne 20».

Proprio sulle siringhe per iniettore usate nelle tac si è potuta toccare con mano recentemente la prova lampante dell'efficacia di questo ragionamento. Fino al 2012 (come si vede nella tabella a pagina 89) il prezzo di acquisto oscillava fra i 12 euro di Massa e Carrara e i 19 di Firenze. È bastato acquistarle in modo unificato da parte delle tre centrali (passando da 28 a tre tipi diversi) per produrre un crollo del prezzo per tutti fino a 5,9 euro per siringa. Un altro esempio dei benefici della centralizzazione viene dalla Puglia (che pure si sta muovendo in modo non troppo spedito su questa strada): la distribuzione diretta delle bombole di ossigeno liquido ha comportato un dimezzamento della spesa da 32 a 16 milioni.

La raccomandazione costante di tutti coloro che si muovono per mestiere nel labirinto della sanità italiana è di non fermarsi alle apparenze. Il divario dei prezzi è la prima cosa che salta agli occhi, ma ce ne sono parecchie altre importanti. L'eccessiva varietà dei modelli (come abbiamo visto) è una delle barriere al cui riparo prospera l'impennata di alcuni prezzi, però bisogna tenere d'occhio anche le quantità dei beni acquistati e delle prestazioni

fornite. Che possono dilatarsi anche senza particolari interessi, per semplice mancanza di organizzazione. «Un fattore di lievitazione della spesa» spiega a *Panorama* Maria Teresa Brassiolo, presidente della sezione italiana di *Transparency international*, associazione non governativa e non-profit che si propone di combattere la corruzione, «è la mancanza di distinzione fra strutture di eccellenza attrezzate per gli eventi più critici e il resto

dell'assistenza ospedaliera. Nelle strutture di eccellenza, dove un paziente costa in media 2.200 euro al giorno, la degenza potrebbe essere di 3-4 giorni, per poi accompagnare i pazienti in strutture più adatte alle loro condizioni, con un costo di almeno 1.000 euro inferiore. In Italia succede invece che si resti sempre nello stesso ospedale, in media per 10-12 giorni».

Moltiplicando la differenza del costo quotidiano per i milioni di pazienti ricoverati ogni anno viene fuori un ordine di grandezza piuttosto alto. Come pure il racconto della Brassiolo su un episodio verificatosi poco meno di 10 anni fa, quando la consulenza di Transparency era stata richiesta da una asl della capitale che rischiava di dover portare i libri in tribunale. «Il responsabile ci ricevette dopo ore di attesa, scusandosi perché costretto ad assentarsi di continuo per discutere con contabili e avvocati. Parlammo con lui un'oretta, con l'accordo di incontrarci di nuovo. Non si è fatto più sentire». Nel frattempo era intervenuto il governo, mettendo sul tavolo qualche miliardo per quella asl e altre due che si trovavano in condizioni analoghe. Mettersi a studiare come ridurre gli sprechi non era più necessario. (2-continua) ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo strano caso della Asl di Catania

Bandi per circa 2 miliardi al di fuori del sistema Consip: ma il fornitore era uno solo

In tutti i tentativi di riduzione della spesa è considerata cruciale l'attività della Consip, l'azienda incaricata di effettuare bandi e mettere a disposizione piattaforme telematiche per gli acquisti della pubblica amministrazione. In teoria tutti i soggetti pubblici, comprese le asl, dovrebbero passare per le sue procedure. Ma in pratica non tutti lo fanno. In particolare non lo ha fatto molto, ultimamente, l'azienda provinciale di Catania,

che tra la fine del 2012 e l'inizio del 2013 ha effettuato bandi per poco meno di 2 miliardi a trattativa privata per farmaci esclusivi per l'intera regione. In modo legittimo? Non secondo la Consip che, sollecitata da *Panorama*, ha sostenuto l'esistenza di un obbligo a utilizzare la sua piattaforma telematica in quanto garanzia di efficienza e trasparenza. Ma non è questa l'opinione della Asl di Catania né della Regione Siciliana, dove i bandi effettuati fuori dal sistema Consip sono spiegati da un lato invocando l'autonomia dello statuto speciale, dall'altro con la particolarità dell'acquisto di farmaci con brevetto dove c'è un solo possibile

candidato (cosa che renderebbe impossibile una gara al ribasso). Difficile dire chi abbia ragione. Quel che è certo è che anche in Sicilia si comincia a riconoscere l'importanza dell'unificazione delle procedure di acquisto. È del 15 novembre scorso l'annuncio dell'assessore alla Sanità Lucia Borsellino di importanti risparmi conseguiti proprio con la partecipazione alla gara Consip per i farmaci generici.

10^a DIFFERENZE IN REGIONE (IN EURO)

Le tabelle mostrano come possono variare i prezzi anche in una stessa regione, se l'acquisto non è centralizzato. Gli esempi sono relativi a dispositivi medici a maggiore spesa e diffusione acquistati da asl e ospedali. Si tratta di dati forniti dal ministero della Salute che provvede al monitoraggio dei consumi. Da una verifica effettuata da «Panorama» questi costi risultano abbattuti in Toscana che, ad aprile 2013, ha centralizzato la fornitura delle siringhe per iniettore. Le tabelle, riferite a singoli prodotti, non hanno la pretesa di fornire un quadro generale degli acquisti di una regione, ma danno l'idea di quello che accade.

LOMBARDIA

VITI PER OSTEOSINTESI E SINTESI TENDINEO-LEGAMENTOSA

LEGNANO:	SUPERIORE AI 55 EURO
PREZZO MEDIO:	50,68
MONZA:	INFERIORE AI 45 EURO

TOSCANA

SIRINGHE PER INIETTORE

FIRENZE:	INTORNO AI 19 EURO
PREZZO MEDIO:	16,94
MASSA CARRARA:	INTORNO AI 12 EURO

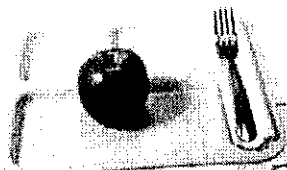
PUGLIA

FORBICI MONOUSO PER CHIRURGIA A ULTRASUONI LAPAROSCOPICA

TARANTO:	INTORNO AI 760 EURO
PREZZO MEDIO:	730,39
BARI:	INTORNO AI 690 EURO

Fonte dati: ministero della Salute - Flusso consumi dispositivi medici, anno 2012

LE DIFFERENZE IN ITALIA (IN EURO)



Avcp*
Autorità di vigilanza
sui contratti pubblici

SERVIZI DI RISTORAZIONE, IL COSTO QUOTIDIANO DI UN PAZIENTE

Prezzo di riferimento Avcp*	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
11,57	12,44	15-16

SERVIZI DI PULIZIA IN AREE AD ALTISSIMO RISCHIO (AL MESE PER MQ)

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
6,48	8,44	12-13

SERVIZI DI LAVANDERIA GIORNATA PAZIENTE

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
3,5	4,2	5-6

BENDE E RULLI DI GARZA IDROFILA NON STERILI DI 7 CM PER 5 METRI

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,12	0,19	0,3

STENT CORONARICI NUDI IN LEGHE DIVERSE DALL'ACCIAIO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
179	365	500-550

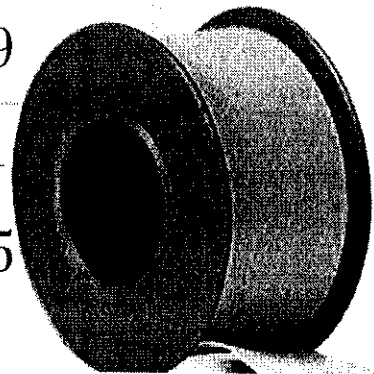
LA SACCA DI CLORURO DI SODIO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,54	0,63	0,8-0,9

CEROTTI CHIRURGICI SU ROCCHETTO A NASTRO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,16	0,18	0,20-0,25

Fondella



Servizi. Piattaforma ammazza-code per gestire pagamenti, risultati esami e libretto sanitario personale

Con le Poste il ticket si paga online

Sono quattro le regioni coinvolte, ma è prevista la copertura totale

Flavia Landolfi

ROMA

■ Pagare il ticket, ritirare un referto, gestire le proprie informazioni sanitarie e un domani anche prenotare visite ed esami. Dopo il trasporto aereo con Alitalia, Poste Italiane si lancia nel business della salute online. E lo fa accendendo i motori del nuovo portale Poste Salute (www.postesalute.poste.it) con una piattaforma online "ammazza-code" per gestire pagamenti, risultati degli esami e libretto sanitario personale. Un salto tecnologico dello "Sportello amico" già attivo in 5.740 uffici postali dove è già possibile eseguire pagamenti e ritirare gli esiti degli esami.

«Per ora abbiamo una copertura a macchia di leopardo - spiega Vincenzo Pompa, amministratore delegato di Postecom, la società che gestisce l'innovazione per la casa madre -. Ma stiamo sviluppando le convenzioni con le Regioni e con le Asl per offrire un servizio sempre più diffuso e fruibile, che permetta di collegarsi da Bolzano alla Asl di Reggio Calabria».

La piattaforma attiva da pochi mesi ma che sarà lanciata nei prossimi giorni contiene per ora l'attivazione del pagamento dei ticket in 4 regioni

(ma solo in due, Basilicata e Sardegna copre tutte le Asl).

Si tratta di 17 aziende sanitarie che hanno acceso la convenzione con Poste per l'intermediazione nel pagamento dei ticket. Solo l'Azienda sanitaria di Firenze, invece, ha attivato il servizio di ritiro dei referti.

«La procedura prevede la sottoscrizione di un accordo con la Regione, - prosegue Pompa -

un'ulteriore intesa con la Asl, infine l'integrazione dei sistemi per l'integrazione informatica dei dati: è un meccanismo lungo e farraginoso, ma contiamo in breve tempo di raggiungere altre zone della Penisola».

Il "cuore" del portale è la sezione del libretto sanitario personale, che sarà lanciato entro la fine dell'anno. Qui possono essere conservati dati e referti, con la "storia" sanitaria del paziente. Ma c'è anche il database delle spese che viene annotato automaticamente a ogni pagamento del ticket per le prestazioni nelle Asl. I servizi hanno un costo con il pagamento della commissione di 1,3 euro per i ticket e di 1 euro per il ritiro dei referti. Il libretto sanitario personale, invece, è gratuito fino a uno spazio di archiviazione dei documenti sanitari di 100 Mb (tra i 2 e i 10 Gb si pagherà dai 16,13 ai 20,17 euro l'anno).

Il portale contiene poi anche un'area shop per lo sviluppo dell'e-commerce di prodotti di igiene e bellezza «in attesa che anche l'Italia - prosegue Pompa - recepisca la direttiva che regolamenti la vendita online di farmaci senza prescrizione».

La piattaforma è "work in progress" e al momento transita un traffico di 1.000-1.500 utenti unici. Ma l'obiettivo di Postecom è di intercettare i 7-8 milioni di visitatori che ogni mese entrano nel portale Poste.it. Una volta "catturati" e accese nuove convenzioni con le aziende sanitarie e le regioni, il portale si arricchirà di nuovi servizi. Tra questi in futuro anche la funzione per la prenotazione di visite ed esami. Già da tempo infatti Poste si è posizionata su questo settore con un canale fisico per

l'erogazione di alcuni servizi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALL'INTERNO

Servizi

SANITÀ

**Con le Poste
si potrà pagare
il ticket online**

Poste Italiane si lancia nel business della salute online. Lo fa attivando il nuovo portale Poste Salute, con una piattaforma "ammazza code" per gestire sul web pagamenti, risultati degli esami e libretto sanitario personale. Un salto tecnologico dello "Sportello amico", già attivo in 5.740 uffici postali dove è possibile eseguire pagamenti e ritirare gli esiti degli accertamenti diagnostici. Per ora sono coinvolte quattro regioni, ma è prevista la copertura totale del territorio italiano. Postecom punta a intercettare 8 milioni di visitatori al mese.

pag. 53

