

RASSEGNA STAMPA Martedì 8 Ottobre 2013

L'ottovolante delle cure d'Italia
Ospedali, ricoveri sotto esame
IL SOLE 24 ORE SANITA'

E' dovere del SSN garantire la qualità delle sue strutture
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Debiti Pa, imprese in stand by
IL SOLE 24 ORE SANITA'

La salute deberlusconizzata
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Tagliare i servizi è subdolo e sbagliato
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Totalizzazione, la pensione slitta in avanti
Con 40 anni di contributi la decorrenza è posticipata di 15 mesi per i
dipendenti e 21 per gli autonomi
IL SOLE 24 ORE

Anaa: il Pne serve a fare auditing clinico, non classifiche
DOCTORNEWS

Anaa: "Il Programma esiti non sia usato per le classifica"
QUOTIDIANO SANITA'

Il medico che assume per poche ore a settimana non paga l'Irap
DOCTORNEWS

"Hanno scoperto i postini delle cellule" il Nobel per la medicina a tre
biologi
LA REPUBBLICA

Agenas, programma esiti: nel 2012 migliorano i risultati soprattutto al Centro-Nord. Il Sud arranca

L'ottovolante delle cure d'Italia

Forti differenze tra ospedali: cesarei dal 4,4 al 94%, operazioni al femore dal 95 all'1%

Dall'analisi delle performance degli oltre 1.400 ospedali e case di cura italiani emerge ancora una volta un'Italia spaccata in due, con le eccellenze maggiori nel Nord - tranne qualche caso isolato al Sud - e i maggiori problemi concentrati soprattutto negli ospedali più piccoli. Il risultato del Programma nazionale esiti 2013 mostra molti indicatori in miglioramento,

ma non senza problemi. Un esempio è il parto cesareo: si riduce in Italia del 3% e raggiunge rispetto a una media del 26% punte d'eccellenza in Friuli con solo il 4% all'ospedale di Palmanova contro il 94% di una casa di cura di Napoli, con la Campania tutta oltre il 50%. E dal prossimo anno, annuncia l'Agenas, saranno sotto verifica anche le singole unità operative.

A PAG. 2-5

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI/ I risultati di 47 indicatori ottenuti in oltre 1.400 strutture

Ospedali, ricoveri sotto esame

Il Sud va peggio del Centro-Nord, ma ci sono segnali di miglioramento

Come leggere le tabelle

Nelle tabelle fino a pagina 5 sono riportati - estrapolandoli dalla rilevazione generale - i primi cinque risultati migliori rilevati dagli esiti 2012 (in verde) e i cinque peggiori (in rosso) delle strutture

Risultati in miglioramento per le cure erogate negli ospedali (e nelle case di cura) italiani. Anche se non mancano le situazioni critiche, soprattutto in alcune Regioni del Sud che restano distanti dalle performance del Centro-Nord. «Sui singoli indicatori alcune Regioni del Sud e con piani di rientro restano basse», ha detto il presidente Agenas Giovanni Bissoni. Aggiungendo a proposito dei piani di rientro che dovrebbero essere «sempre più orientati al miglioramento dei servizi e non solo ai ripiani finanziari. Una sfida - ha concluso - lungi dall'essere vinta».

Questo in estrema sintesi è ciò che emerge dall'analisi del «Progetto nazionale esiti 2013» (Pne), presentato la scorsa settimana dall'Agenas e che ha verificato per il quarto anno consecutivo i risultati ottenuti in 1.440 strutture, concentrandosi su 47 indicatori confrontabili tra loro (tutti gli indicatori sono passati da 45 a 100: in queste

pagine pubblichiamo una elaborazione sui risultati delle prime cinque strutture migliori - in verde - e delle cinque peggiori - in rosso - sulle prestazioni principali e maggiormente consolidate negli anni).

Perché l'Agenas classifiche non ne fa: l'obiettivo, sottolinea l'Agenas, non è il confronto tra le strutture né di individuare «buoni» e «cattivi», ma quello della massima trasparenza possibile, per consentire grazie ai dati alle Regioni la migliore programmazione. «È un lavoro sempre in progress quello degli esiti - ha sottolineato il direttore Agenas Fulvio Moriano - e per questo è in atto una verifica continua dei dati nelle Regioni, cosa che impedisce di elaborare qualunque tipo di classifica».

I risultati positivi comunque ci sono. A esempio nelle fratture del femore operate entro due giorni, passate da una media del 30% in Italia nel 2005 a oltre il 40% nel 2012. O ancora i cesarei che sono scesi dal 2009 al 2012 di oltre il 3% a livello nazionale, anche se esistono alcune realtà (e Regioni come la Campania) che viaggiano su medie ben oltre il 50%, fino anche a sfiorare il 100 per cento di nascite con il bisturi.

A livello regionale, secondo un'elaborazione della Regione Toscana sui dati del Pne - contestata dall'Agenas sempre perché di classifiche non se ne dovrebbe parlare - proprio la Toscana è al top come

media di indicatori positivi rilevati, seguita da Emilia Romagna e Lombardia. La Campania invece è maglia nera, e con lei Puglia e Molise. Le Regioni del Nord sempre sono tra le migliori, quelle del Sud, e soprattutto se commissariate o sotto la scure del piano di rientro, nel fondo del ranking.

I dati degli esiti, aggiunge l'Agenas, servono per la massima trasparenza possibile e per consentire alle Regioni la migliore programmazione.

Già molte Regioni, del resto, hanno messo questi dati a disposizione dei propri assistiti: in Toscana, a esempio, che ha ottenuto i risultati migliori nel complesso per il 2012, sia pure con qualche neo, gli esiti sono già on line e consultabili da tutti i cittadini dal sito della Regione. «Intendiamo intervenire immediatamente e con decisione sulle criticità più gravi, che già da tempo abbiamo sottoposto a monitoraggio - ha commentato l'assessore della Toscana Luigi Marroni -. E a tutto il sistema continueremo a dare obiettivi di miglioramento, utilizzando anche i risultati del Pne».

Per fare alcuni esempi, nelle case di cura private e, in assoluto, nel Sud, i parti sono quasi tutti cesarei: alla Casa di cura Villa Cirzia di Napoli finisce sotto i ferri il 93,61% delle donne e così ai primi posti ci sono (con percentuali oltre l'80% e una media della Regione

ben superiore al 50%) quasi tutte le strutture campane assieme (al terzo posto) alla casa di cura Mater Dei di Roma che di cesarei ne fa circa l'88%. Sul versante opposto, le strutture dove i cesarei si evitano con più attenzione sono l'ospedale di Palmanova (Udine), dove di cesarei se ne fa appena il 4,64% e molte strutture lombarde, emiliano-romagnole e toscane dove non si raggiunge nemmeno l'8% di parti in sala operatoria. Ma il problema è anche quello del numero di prestazioni annue, fissate in non meno di 500 parti, ma con oltre 100 ospedali al di sotto dei 200. L'Agenas sottolinea come anche questi ospedali stiano effettivamente diminuendo, ma come permanga un problema in Sicilia dove ce ne sono ancora quindici, tra i quali emerge anche il caso dell'ospedale di Nicosia (En), dove si effettuano solo 279 cesarei l'anno, «praticamente - ha osservato Carlo Perucci - uno ogni tanto, il che espone a notevoli rischi per-



ché un medico che non pratichi frequentemente questo tipo di intervento ha più difficoltà a far fronte alle eventuali complicanze».

Un altro indicatore ritenuto molto importante, soprattutto nella popolazione anziana (che se si va oltre rischia anche la vita), è a esempio quello degli interventi chirurgici al femore eseguiti entro due giorni dall'evento traumatico. Anche in questo caso le percentuali più elevate sono quasi tutte al Nord, con Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, ma anche il Lazio ai primi posti con percentuali superiori all'85%. Al contrario, in Campania e Puglia si registrano i risultati peggiori con percentuali di interventi entro i due giorni tutti minori del 3 per cento.

Poi un indicatore in miglioramento rispetto agli anni scorsi è la «proporzione di colecistomie laparoscopiche», l'asportazione della colecisti, cioè, con un intervento praticamente non invasivo come l'operazione classica. In questo caso le percentuali maggiori, tutte al di sopra del 97%, sono

“miste” e tra le prime in classifica ci sono strutture di Toscana, Emilia Romagna, ma anche di Campania e Puglia, mentre all'opposto (con percentuali quasi tutte intorno al 70% però, non bassissime quindi) ci sono strutture di Sicilia e Puglia, ma anche di Emilia Romagna e Lazio.

Numerosi gli indici di mortalità. Il più classico e consolidato è quello a 30 giorni dopo bypass aortocoronarico. I risultati migliori sono tutti al Nord e nel Lazio e

tutti con percentuali inferiori all'1% (la media italiana è del 2,49%), mentre quelli peggiori sono quasi tutti al Sud (uno è in Lombardia), con percentuali comunque, tranne in due casi, inferiori al 10 per cento.

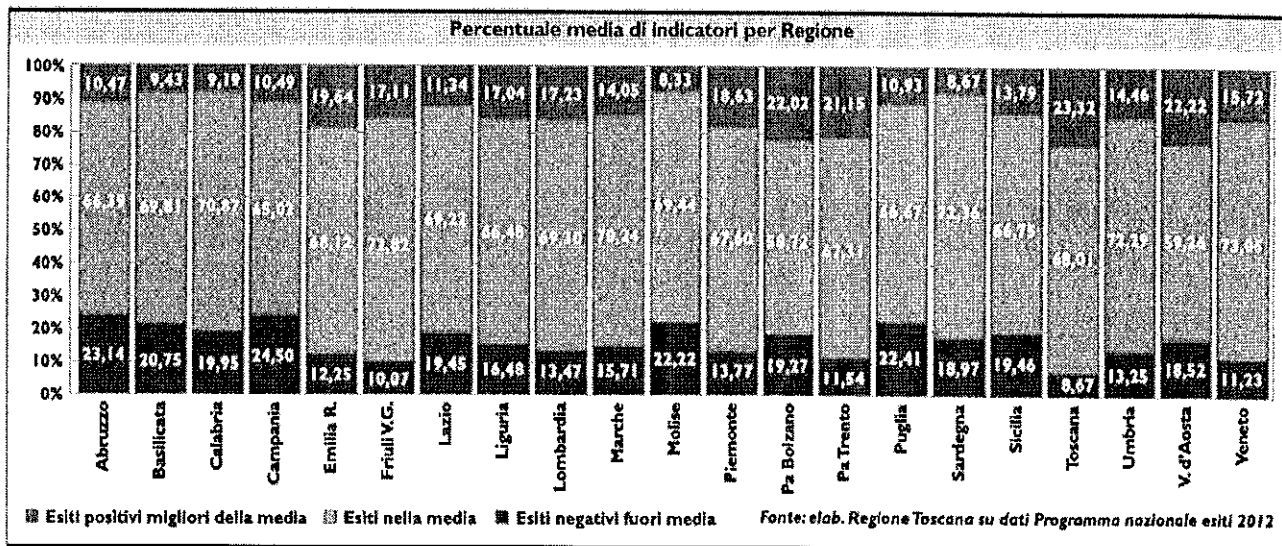
A livello di singola struttura e di singolo indicatore, i risultati migliori sono di più nelle Regioni del Nord, ma non sempre. Esistono infatti casi in cui gli ospedali del Sud battono tutti. Come a esempio nella mortalità per infarto a 30 giorni dal ricovero, in cui la percentuale più bassa (0,82%) è

quella dell'ospedale Sacro Cuore di Gesù di Lecce. O ancora la mortalità a 30 giorni dall'intervento di angioplastica coronarica, un intervento importantissimo come salvavita in alcune tipologie di infarto acuto: al Civico di Palermo la percentuale di mortalità si ferma allo 0,99% dei casi trattati contro una media nazionale del 3% e il risultato peggiore in Puglia al Miulli di Bari che raggiunge il 13 per cento.

Poi un lungo elenco di successi da Roma in su: la minore percentuale di cesarei in Italia è a Udine, all'ospedale di Palmanova (4,6%); per ictus a 30 giorni dal ricovero si muore di meno al Serristori di Firenze (1,3%); la mortalità più bassa per bypass è all'ospedale Monzino di Milano (0%); il maggior numero di fratture del femore operate entro 2 giorni è al S. Eugenio di Roma (94,24%); il più elevato numero di operazioni alla colecisti senza usare il bisturi (laparoscopia) è in Toscana all'ospedale della Valdiniievole (97,17%).

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero				
Struttura	Regione	Prov.	N.	Rischio aggiustato x 100
Azienda osp. S.m.a. sede di Pordenone	Friuli V.G.	PN	53	41,37
Stabilimento ospedaliero di Venere	Puglia	BA	173	26,15
Ospedali Riuniti della Val di Chiana	Toscana	SI	59	24,08
Ospedale Sant'Antonio	Veneto	PD	75	23,93
Po Vasto S. Pio da Pietralcina	Abruzzo	CH	112	21,38
ITALIA			87.208	9,98
Presidio ospedaliero di San Donà di Piave	Veneto	VE	157	2,68
Clinica Mediterranea Spa	Campania	NA	109	2,48
Ospedale Padre Antero Micone Sestri P.	Liguria	GE	140	2,27
Azienda ospedaliera S.m.a. sede di Sacile	Friuli V.G.	PN	268	1,68
Presidio ospedaliero Sacro Cuore di Gesù	Puglia	LE	103	0,82

Ptca es. oltre 48h dal ric. per infarto mioc. acuto: mort. a 30 gg dall'intervento				
Struttura	Regione	Prov.	N.	Rischio aggiustato x 100
Ente eccl. osp. gen. reg. "Miulli"	Puglia	BA	80	13,06
Ospedale Maggiore - Crema	Lombardia	CR	52	11,22
Po Sirai	Sardegna	CI	56	10,02
Torino Nord emergenza S. Giovanni Bosco	Piemonte	TO	59	7,71
Ospedale Santa Maria Goretti - Latina	Lazio	LT	65	7,37
ITALIA			16.132	3,04
Istituti ospitalieri - Cremona	Lombardia	CR	84	1,12
Presidio ospedaliero di Vicenza	Veneto	VI	89	1,12
Ospedale Sant'Andrea	Piemonte	VC	84	1,11
Po clinicizz. "SS. Annunziata" - Chieti	Abruzzo	CH	106	1,00
Ospedale Civico	Sicilia	PA	82	0,99

Infarto miocardico acuto senza esecuzione di Ptca: mortalità a 30 gg dal ricovero				
Struttura	Regione	Prov.	N.	Rischio aggiustato x 100
Stabilimento ospedaliero di Venere	Puglia	BA	62	56,90
Pres. ospedaliero "San Martino" - Oristano	Sardegna	OR	58	43,16
Po Sant'Elia (ex Ao)	Sicilia	CL	60	40,18
Po Umberto I (ex Ao)	Sicilia	SR	57	38,76
Ospedale San Salvatore	Abruzzo	AQ	77	35,41
ITALIA			37.533	18,02
Ospedale di Mondovì Cn I	Piemonte	CN	64	5,70
Ospedale Padre Antero Micone Sestri P.	Liguria	GE	80	4,37
Stabilimento San Bartolomeo di Sarzana	Liguria	SP	75	4,05
Azienda ospedaliera S.m.a. sede di Sacile	Friuli V.G.	PN	84	3,11
Presidio ospedaliero Sacro Cuore di Gesù	Puglia	LE	59	1,71

Infarto miocardico acuto: proporzione di trattati con Ptca entro 48 ore				
Struttura	Regione	Prov.	N.	Rischio aggiustato x 100
Clinica Mediterranea Spa	Campania	NA	109	98,66
Casa di cura Città di Lecco	Puglia	LE	141	94,61
Casa di cura Villa Verde Snc	Puglia	TA	253	91,57
Ospedale Area Arcina Nord	Toscana	AR	280	80,19
Istituto clinico S. Rocco Spa	Lombardia	BS	79	79,8
ITALIA			87.208	36,71
Ospedale San Biagio	Piemonte	VB	208	0,82
Ospedale civile Acqui	Piemonte	AL	98	0,60
Po Zt12 Madonna del Soccorso - S. Bened.	Marche	AP	146	0,50
Po S. Paolo	Puglia	BA	236	0,25
Ospedale civile SS. Antonio e Biagio	Piemonte	AL	276	0,23

Infarto miocardico acuto con esec. di Ptca entro 48h: mort. a 30 gg dal ricovero

Struttura	Regione	Prov.	N.	Rischio aggiustato x 100
Po Umberto I (ex Ao)	Sicilia	SR	131	17,58
Ospedale Civile G. Fornaroli - Magenta	Lombardia	MI	73	14,77
Ospedale di Treviglio e Caravaggio	Lombardia	BG	104	13,86
Ospedale di Circolo - Rho	Lombardia	MI	117	12,86
Ospedale S. Gerardo - Monza	Lombardia	MB	133	12,84
ITALIA			32.015	4,50
Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti"	Puglia	FG	98	1,00
Ospedale S. Eugenio	Lazio	RM	80	0,78
Ospedale Papardo	Sicilia	ME	154	0,77
Ospedale Misericordia e Dolce	Toscana	PO	135	0,67
Ospedale di Circolo "A. Manzoni" - Lecco	Lombardia	LC	134	0,65

Ima: mortalità a 1 anno

Struttura	Regione	Prov.	N.	Rischio aggiustato x 100
Ospedale Sant'Antonio	Veneto	PD	62	30,25
Ospedale civile di Alghero	Sardegna	SS	50	24,68
Po "S. Vincenzo" - Taormina	Sicilia	ME	70	23,08
Ospedale Sacra Famiglia - F.B.F. - Erba	Lombardia	CO	156	22,58
Ospedale San Pietro Fatebenefratelli	Lazio	RM	81	22,44
ITALIA			85.498	10,99
Ospedale di Castelfranco Veneto	Veneto	TV	200	4,25
Ospedale per acuti "Mater salutis"	Veneto	VR	208	3,69
Santa Maria della Stella	Umbria	TR	104	3,53
Ospedale Teresa Masselli	Puglia	FG	102	2,87
Casa di cura Città di Lecce	Puglia	LE	123	1,49

Perucci: «Un'arma per il cambiamento»

A PAG. 3

PARLA CARLO PERUCCI (RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL PNE)

«È dovere del Ssn garantire la qualità delle sue strutture»

Gli esiti servono al cambiamento - La reputazione pungola medici e Dg

Urgente chiudere la maternità sotto i 500 parti l'anno

«**F**emore, cesarei, colecistectomie laparoscopiche... qualche miglioramento c'è stato. Per il resto anche quest'anno il Pne disegna il quadro di un Ssn ad altissima eterogeneità nella qualità dei servizi, con l'unica eccezione di Emilia Romagna e Toscana. Una novità importante viene dal Sud: è bastato che la Sicilia introducesse degli indicatori di esito nella valutazione dei Dg... Non è vero che il Sud non può cambiare». **Carlo Perucci**, responsabile scientifico del Programma nazionale esiti dell'Agenas tira le somme della IV edizione del rapporto e non si stanca di avvertire: «Attenzione: niente graduatorie né classifiche. Questo strumento non serve a indirizzare i cittadini verso le strutture migliori. Serve semmai a Regioni, Dg e professionisti per ragionare su come vanno le loro strutture e su cosa c'è da cambiare. E del resto chi è vittima di un infarto non va sul sito web per decidere dove farsi curare».

L'esempio dell'infarto non è casuale, vero?

Certo che no. Abbiamo appena mandato alle Regioni una lettera chiedendo di fare i controlli sia sulle strutture con la mortalità post infarto eccessivamente alta o eccessivamente bassa, ovvero inferiore al 3%, che è biologicamente impossibile.

Che dubbi avete?

In alcune case di cura del Sud viene diagnosticato l'infarto per giustificare l'iperproduzione di angioplastiche, che rappresentano un intervento efficacissimo, appropriato e salvavita negli infarti miocardici stemi, i più gravi. La casa di cura che ne produce di più a Napoli non fa parte della rete di emergenza e denuncia 109 infarti con una mortalità del 2%, quando sarebbe logico aspettarsi una mortalità media del 10%... così viene il dubbio che sia stata attribuita una patologia che non c'era.

Ma un dato oggettivo sulla qualità in qualche caso emerge?

Quando siamo molto sicuri sulla qualità dell'informazione c'è una valutazione esplicita della qualità dell'assistenza. L'esempio classico è la proporzione di anziani con frattura del femore operati entro 48 ore, come prescritto da tutte le linee guida internazionali. Nel 2005 partivamo da un dato inferiore al 30%; nel 2012 siamo faticosamente arrivati a superare il 40%. Ma ci sono ospedali come la Clinica poliambulanza di Brescia dove la percentuale si avvicina al 90% - è un dato da Paese civile - e anche grandi ospedali dove la stessa probabilità scende al di sotto del 5%. Questa è

una delle aree dove c'è stato un chiaro miglioramento dal 2010: oggi ci sono aree dove va tutto meravigliosamente bene come la Toscana, Trento, Bolzano, larga parte dell'Emilia Romagna, le Marche.

Regioni dove i servizi sono migliori?

Meglio dire le Regioni che si sono impegnate di più su questo fronte. Qui vale l'esempio della Sicilia: nel giro di un anno è passata da meno del 20% a oltre il 50% di interventi su fratture di femore a meno di 48 ore. Semplicemente perché la Regione ha messo tra gli obiettivi dei direttori generali questo indicatore. Questa è una delle classiche aree dove se vuoi puoi. È un problema organizzativo non di difficoltà clinica. Si tratta a esempio di costringere gli ortopedici a dare la priorità ad alcuni interventi piuttosto che agli interventi elettivi. Credo che questo sia un fortissimo effetto del programma esiti: aver pubblicato i dati e aver indotto le Regioni a intervenire. Nel 2011 andavano benissimo Toscana, Bolzano, Marche, Friuli mentre la Sicilia, la Calabria e la Campania erano in una situazione disastrosa (sotto il 20%). Nel 2012 nella lista dei best performer - 31 ospedali che stanno sopra il 75% - compaiono anche 5 ospedali siciliani e 4 del Lazio, tra cui il Sant'Eugenio, divenuto best performer nazionale 2012 a quota 94% grazie all'adozione di uno specifico programma.

Insomma basta l'organizzazione...

Non è solo organizzazione. Si tratta anche di dare indirizzi precisi agli operatori. Intervenire sui vecchietti è rischioso e non si fidelizza nessuno. Comunque il miglioramento c'è stato: nel 2011 c'erano 33 ospedali sotto il 5%: tra questi c'erano strutture grandissime come il Cardarelli di Napoli, il S. Paolo di Bari, l'Ingrassia di Palermo, l'ospedale di Sassari, l'ospedale dell'Angelo di Mestre. Nel 2012 gli ospedali sotto il 5% sono solo 13, quasi tutti in Campania.

Altri esempi di cambiamento?

Un altro caso eclatante è quello del cesareo. Tre anni fa Governo e Regioni hanno siglato una Intesa che prevedeva non ci potessero essere maternità sotto i 500 parti l'anno e che tutti dovessero tendere ad andare oltre i mille. A due anni di distanza restano più di 100 strutture pubbliche o accreditate con meno di 500 parti l'anno e ci sono più di 200 strutture che stanno tra i 500 e i mille parti. In Sicilia ci sono 15 ospedali, di cui 11 pubblici e 4 accreditati, che stanno sotto i 500 parti. Tra questi c'è anche l'Ospedale Basilotta di Nicosia: un ospedale da 280 parti l'anno dove questa estate è deceduta una donna sottoposta a cesareo. Il problema non è che questi ospedali sono costosi, ma che sono pericolosi.

Ma allora servirebbero le classifiche.

Non credo alle graduatorie, lo ripeto, soprattutto nei confronti dei cittadini. Se tu ministro, assessore, direttore generale sei il proprietario di alcune strutture di produzione e sei anche quello che ne accredita altre, non puoi dire ai cittadini "scegliete tra strutture tra cui io so essercene alcune con pessime performance, perché sono mie". Il primo dovere del Ssn è garantire che le proprie strutture abbiano standard di qualità sufficienti.

Altre novità tra i risultati 2012?



La colecistectomia laparoscopica che ormai è l'intervento d'elezione: l'indicatore valuta la proporzione di colecistectomie laparoscopiche che dopo l'intervento stanno in ospedale meno di 3 giorni. Questa proporzione è passata dal 52% nel 2007 al 61% nel 2012 e va progressivamente migliorando con grosse differenze tra Regioni. Chi va meglio in assoluto è la Toscana, con una media regionale quasi dell'85%: in Molise è del 30%, in Calabria è del 40%. Ma ci sono ospedali sotto il 10% nel Lazio, in Puglia, in Campania, in Sicilia. Però ormai questo intervento si fa anche in day surgery. Negli Usa è la regola. La Toscana è la migliore anche su questo fronte. Da Lazio in giù, invece, questo tipo di intervento è quasi sconosciuto, tranne in Basilicata. Best performer è l'ospedale di Tolentino, nelle Marche, a quota 97%.

Restiamo sulla chirurgia.

Anche in questo caso ci sono problemi di appropriatezza. A esempio per quanto riguarda il tumore gastrico maligno, le linee guida internazionali dicono che vanno operati in chirurgia con oltre 20 interventi l'anno: ma ci sono 400 ospedali con meno di 15 interventi l'anno. Il problema non sono tanto e solo i piccoli ospedali, bensì le piccole unità operative dei grandi ospedali. Nel 2011 all'Umberto I di Roma ci risultano 15 primari chirurgici che intervengono sullo stomaco: nessun reparto supera i 20 interventi l'anno. Altro tema gigantesco, le cardiocirurgie sono un altro argomento gigantesco. Prendiamo la mortalità a 30 giorni dopo by pass aorto-coronarico isolato: ci sono cardiocirurgie italiane anche molto grosse che navigano con mortalità inferiori all'1%. E sono in tutte le Regioni italiane. Viceversa ci sono 6 cardiocirurgie della Campania che hanno una mortalità superiore al 5%. La più critica è Caserta, con una mortalità aggiustata di quasi il 15%. Questo è uno strumento potentissimo anche nei confronti dei professionisti: una delle cose evidenti in letteratura è che la pubblicazione di questi dati incide sulla reputazione... E solo se c'è in ballo la reputazione i professionisti si impegnano a cambiare.

Torniamo ai cesarei.

Tra il 2005 e il 2007 erano il 29,6%, nel 2012 sono scesi al 26,3%: una diminuzione del 3% è un dato notevolissimo. Ci sono grandi strutture del Nord che navigano sotto il 10-15% di cesarei. E non è comunque una situazione estrema quella di navigare sotto il 20%. In Campania invece la situazione è peggiorata: tutte le strutture navigano sopra il 50%. L'ospedale di Marcanise è al 62% di cesarei; Villa Bianca con 1.200 parti è all'84%. A Villa Cinzia la via vaginale al parto è stata quasi abolita: 93%.

Un oroscopo per gli esiti 2014?

Nei sistemi sanitari nulla cambia rapidamente: servono programmi di lunga durata e stabilità... Il più grosso regalo che potremmo fare alla salute degli italiani è la chiusura delle maternità con meno di 500 parti l'anno. Ma questo richiede molta volontà e una azione politica forte. Che finora sono mancate.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Debiti Pa, biomedicali in stand by

Assobiomedica: delle somme incassate dalle Regioni le imprese hanno avuto poco più del 50%. E solo in 5 sono a posto con i creditori. (Servizio a pag. 6)

Analisi di Assobiomedica sull'impatto per le imprese biomedicali del decreto sui debiti Pa

Debiti Pa, imprese in stand by

Solo 5 Regioni hanno erogato più delle assegnazioni - Lazio e Calabria maglie nere

Ad agosto 2013 i tempi di pagamento per i biomedicali hanno raggiunto il valore più basso dal 1997 a oggi: 256 giorni. Ma il problema è un altro secondo Assobiomedica, che nella sua assemblea dell'8 ottobre fa il punto sulla situazione dello scoperto economico delle imprese: quali debiti sono stati saldati finora in presenza dei 3,9 miliardi che l'Economia dichiara non solo erogati alle Regioni, ma già distribuiti ai creditori?

Secondo l'analisi dell'associazione dei produttori di biomedicali, nove Regioni non hanno utilizzato (in tutto o in parte) le anticipazioni di liquidità per il saldo dei debiti previsto dal decreto: Umbria, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Veneto, Piemonte, Lazio, Molise e Calabria (v. tabella). E finora dal 30 giugno le imprese hanno incassato per forniture che si sono aggiudicate dal 1° gennaio al 30 aprile 2013 il 28% degli importi. In base alla sua analisi Assobiomedica ritiene che l'assegnazione di quanto erogato per il 2013 dallo Stato alle Regioni, si protragga per i mesi di settembre e ottobre. E se le Regioni utilizzeranno tutte le somme incassate, per quanto riguarda il mercato dei dispositivi medici i giorni di ritardo medi nazionali dovrebbero assestarsi, a fine ottobre, intorno ai 240 giorni, con un netto calo (16 giorni) in soli due mesi.

Dal punto di vista economico, però, i pagamenti vanno comunque a rilento e le imprese restano, in molte Regioni, in attesa. Tanto che Assobiomedica non si aspetta - tranne sorprese - che i pagamenti abbiano una vera svolta prima di fine anno.

La situazione nelle Regioni. La stima di Assobiomedica calcola in poco più di 613 milioni la quota dei 5 miliardi assegnati con il decreto sui debiti Pa alle Regioni per la Sanità, la quota che spetta alle imprese biomedicali. Il 12,3% cioè dell'importo complessivo, visto che lo scoperto del settore (4,9 miliardi) pesa per questa percentuale sui 40 miliardi complessivi di debiti stimati per il Ssn.

Così Assobiomedica calcola per ogni Regione la quota di riparto che dovrebbe essere erogata alle sue imprese. In questo quadro le Regioni che ancora non hanno utilizzato tutte le risorse devono ancora alle imprese circa 214 milioni.

Le situazioni migliori. Cinque Regioni (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia e Campania) hanno utilizzato secondo le stime di Assobiomedica tutte le risorse. Anzi, hanno pagato rispetto al riparto

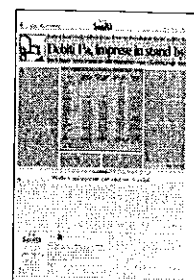
anche circa 79 milioni in più. La più "virtuosa" in questo senso è proprio la Campania che grazie a un protocollo sottoscritto a luglio con Assobiomedica in cui si prevede il pagamento immediato del 50% dei crediti e quello del restante 50% dopo la certificazione, ha abbattuto il debito con 38,5 milioni in più pagati rispetto ai 65,2 erogati con il decreto debiti Pa. Anche se per la seconda metà del debito Assobiomedica sa di dover attendere: la certificazione nella Regione commissariata ha procedure molto più lente che nelle altre, ma, soprattutto, la sentenza della Corte Costituzionale che ha cancellato l'impignorabilità delle risorse nei confronti delle Regioni in piano di rientro ha di fatto congelato le somme che altrimenti sarebbero state usate per i pagamenti. Molto bene anche l'Emilia Romagna che ha erogato alle imprese quasi 23 milioni in più rispetto ai circa 55 assegnati con il decreto sui debiti Pa, seguita dalla Toscana con oltre 8 milioni.

Le situazioni peggiori. Chi non ha praticamente utilizzato le somme finora erogate con il decreto è il Lazio. Ha incassato poco più di 102 milioni, ma il suo scoperto è aumentato di 7,7 milioni. Sprint per lo scoperto anche in Calabria: l'importo che secondo la stima di Assobiomedica avrebbe dovuto essere erogato alle imprese del biomedicale nella Regione è di circa 13,1 milioni, ma dalla Regione non solo non è arrivato nulla, ma il debito è aumentato di quasi 15 milioni.

Va relativamente meglio, ma non ancora del tutto, in Abruzzo, Veneto, Puglia e Umbria. In queste Regioni, infatti, è stata pagata alle imprese solo una parte dei debiti, lasciando ancora da saldare una quota di scoperto. A esempio il Veneto su circa 95 milioni dei 777 incassati per i debiti Pa che sarebbero dovuti andare alle imprese biomedicali, ha ridotto lo scoperto di 27,3 milioni, con un debito residuo di quasi 68 milioni. Casi a parte Assobiomedica considera Sicilia e Sardegna. Entrambi hanno pagato una piccola quota di scoperto, ma non è ancora chiaro, sottolinea l'associazione, in quanto Regioni a statuto speciale (le uniche due che hanno chiesto risorse), come debbano essere utilizzate le somme del decreto sui debiti Pa rispetto ai protocolli (come quello della certificazione) indicati per le altre a statuto ordinario.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Impatto del decreto sui debiti Pa sul settore biomedicale				
Regione	Importo assegnato per riparto 2013	[A] Stima importo per il settore biomedicale	[B] Var. scoperto apr. '13-ago. '13	Situazione a settembre [A - B]
Valle d'Aosta	-	-	-268.109	-
Trentino A.A.	-	-	-1.751.395	-
Friuli	-	-	-277.438	-
Marche	-	-	-27.408.450	-
Lombardia	-	-	-24.764.021	-
Umbria	17.222.000	2.112.709	624.357	-2.737.066
Basilicata	-	-	1.556.078	-
Liguria	81.833.000	10.038.863	-12.873.377	-2.634.514
Abruzzo	174.009.000	21.346.554	-10.418.046	-10.928.509
Sardegna	159.728.000	19.594.632	-3.685.615	-15.909.017
Emilia Romagna	447.980.000	54.955.947	-77.664.027	22.708.080
Toscana	230.753.000	28.307.624	-36.442.851	8.135.227
Sicilia	606.097.000	74.352.949	-4.124.280	-70.228.669
Veneto	777.230.000	95.346.690	-27.373.848	-67.972.842
Puglia	185.975.000	22.814.483	-29.477.032	6.662.549
Piemonte	803.724.000	98.596.842	-67.856.593	-30.740.249
Lazio	832.052.000	102.071.979	7.707.304	-109.779.283
Campania	531.970.000	65.259.420	-103.691.637	38.432.218
Molise	44.285.000	5.432.662	2.289.474	+7.722.137
Calabria	107.142.000	13.143.645	14.983.155	-28.126.800
Totale	5.000.000.000	613.375.000	400.916.351	

Le cifre in rosso sono relative alle Regioni che non hanno utilizzato (in tutto o in parte) le anticipazioni di liquidità per il saldo dei debiti Dm

Fonte: Centro studi Assabiomedica - Mef

GOVERNO

Da Lorenzin a Lorenzin

Vecchie partite sul tavolo - Decisiva la legge di stabilità

Da Beatrice Lorenzin a Beatrice Lorenzin. Stesso Governo, stessi ministri. Ma cosa potrà cambiare nelle politiche sanitarie dell'Esecutivo deberlusconizzato? Tutte le vecchie partite sono aperte. Con le Regioni che scalpitano. Deciderà la legge di stabilità.

L'attività legislativa	
Numero di decreti legge in vigore	4
Principali Ddl sanitari all'esame del Parlamento	7

A PAG. 7

Il Governo non cambia ministri: Beatrice Lorenzin resta al timone con Letta premier

La salute deberlusconizzata

Ieri e oggi, stesse partite - Basta con le ipoteche Pdl anche in Sanità?

Da Enrico Letta a Enrico Letta, Da Beatrice Lorenzin a Beatrice Lorenzin. Se i fattori non cambiano, non cambiano i risultati, dice la matematica. Ma in politica è sempre così? Nell'era del Governo Letta (forse) deberlusconizzato, con i ministri transfughi che hanno (quasi) messo all'angolo il Cavaliere e i suoi falchetti, cosa accadrà? E poi, e ancora: potrà esserci una salute d'Italia deberlusconizzata - sempreché sia esistita ed esista una categoria del genere - all'epoca del gabinetto Letta di nuovo vestito?

Benvenuti nell'epoca del (quasi) post Cav. Perché le sfide che si aprono per le sorti del Governo, riguardo almeno al 2015, solo per quanto riguarda le "cose sanitarie", restano innumerevoli. Le stesse di prima, di appena una settimana fa, anche se oggi sembrano altre ere geo-

logiche. Riepiloghiamo: Patto, Lea, riparto federalista, ticket, cure h24, ospedali, responsabilità professionale, farmaci, contratti. E chi più ne ha, più ne metta. Storie antiche, ormai, eppure mai chiuse. Anzi. Prima con Monti e Balduzzi. Poi affidate a Letta e Lorenzin, che ora sono chiamati a rilanciarle. Per portarle a compimento, chissà. Con lor signori governatori che stanno sulla più classica sponda del fiume: «Prima vediamo le risorse finanziarie, poi nel caso trattiamo davvero». Partita apertissima, a cominciare dai 2 miliardi di ticket (chi e come li "metterà" davvero). Insomma, tutto da vedere e da portare a termine, con quel traguardo di Natale che resta una scommessa tutta da vincere.

E qui entrano in gioco più fattori. Il primo: la ministra Lorenzin, che resta al timone dopo essere stata tra i promotori della

fronda anti Cav. Che per carità, non rinnega. Anche se i falchi non le piacciono. E forse neppure le piace anche più d'un aspetto delle politiche da mettere in opera proposte dai rapaci ex amici, anche in fatto di Sanità. Voce, la salute nostra, su cui per la verità il Pdl-Fi non è che abbia mai brillato di particolare luce propria, tra fughe privatizzatrici tout court e prebende assistenzialistiche a largo spettro. Si deve pur campare, portare voti... Vecchia storia, valida per tanti. Si tratta però a questo punto di vedere quanto un Brunetta, per dire, oltre a strillare "al lupo" potrà ancora mettere un piedino nelle scelte del Governo. E quanto le politiche avvolgenti e morbide di Letta l'avranno vinta. Anche perché - la nota al Def la dice lunga - che tutto possa restare come prima, sembra molto difficile. In questo la ministra non è affatto troppo distante da

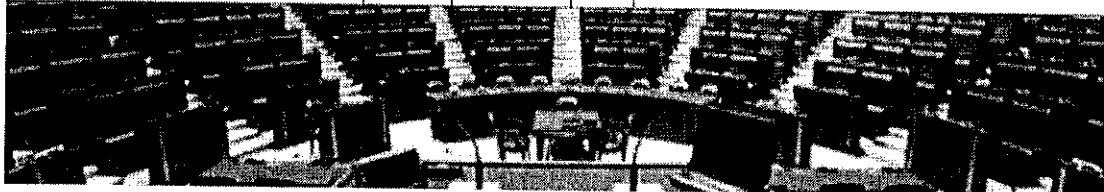
Letta e da quella fetta di Pd più riformista, a dirla così. Dunque: quanto Lorenzin e tutti i deberlusconizzati (o quasi) del Pdl-Fi faranno sponda con Letta e il Pd? E con Monti? Questo forse potremmo presto capire.

E poi, secondo aspetto. Come si comporteranno le Regioni? Quanta "massa" sapranno fare? Vale ricordare che la fetta del centrodestra s'è ancora ridotta in sede locale. Fosse solo perché in fondo il governatore campano Stefano Caldoro è in animo un deberlusconizzato. E se i deberlusconizzati cresceranno nel triangolo a guida leghista, magari in Sardegna e in Calabria, ecco che la geografia politica delle Regioni cambierebbe di parecchio. E allora staccare gli assegni sarebbe più possibile. A Saccomanni piacendo. E Ue permettendo. (r.tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Provvedimenti e decreti all'esame del Parlamento				
Provvedimento	N. atto	Relatore	Sede	Stato dell'iter
Donazione del corpo post mortem a fini di studio e ricerca scientifica	C 100	Grassi (Pd)	Ref	All'esame della commissione Affari sociali della Camera
Ordini e albi delle professioni sanitarie	S 154	De Biasi (Pd) e Rizzotti (Pdl)	Ref	All'esame della commissione Igiene e sanità del Senato
Indennizzo alle persone affette da sindrome da talidomide	C 263	Fucci (Pdl)	Ref	All'esame della commissione Affari sociali della Camera
Disciplina dell'agopuntura e della medicina "dolce"	S 225	Laniece (Aut)	Ref	All'esame della commissione Igiene e sanità del Senato
Prevenzione, cura e tutela dell'autismo	S 344	Padua (Pd)	Ref	All'esame della commissione Igiene e sanità del Senato
Sostegno e assistenza alle donne vittime di violenza	C 951	Lerzi (Pd)	Ref	All'esame della commissione Affari sociali della Camera
Esercizio abusivo della professione di medico e odontoiatra	S 730	Albertini (Sc)	Ref	All'esame della commissione Giustizia del Senato
Decreti				
Provvedimento	N.	N. atto	Scad.	Stato dell'iter
Contrasto del femminicidio e misure in materia di protezione civile e di commissariamento delle Province	93	C 1540	15-ott.	All'esame dell'Assemblea della Camera
Razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni	101	S 1015	30-ott.	All'esame dell'assemblea del Senato
Misure in materia di Imu, Cig e pensioni	102	C 1544	30-ott.	All'esame delle commissioni Bilancio e Finanze della Camera
Misure per l'istruzione, l'università e la ricerca	104	C 1574	11-nov.	All'esame della commissione Cultura della Camera



PATTO PER LA SALUTE

È «l'accordo finanziario» tra Stato e Regioni, come lo definisce l'aggiornamento al Def. E servono per questo rapide «soluzioni condivise» per renderlo subito operativo come «strumento essenziale per migliorare la qualità dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni». E i tempi sulla definizione del nuovo Patto stringono: dopo gli incontri di settembre (fino al 20) dei tavoli tecnici, governatori e assessori hanno fatto il punto politico sul Patto per trovare strategie comuni in vista di un vertice col Governo, molto probabilmente in Stato-Regioni, a ridosso della presentazione della legge di stabilità 2014, in cui si dovranno definire le risorse tra cui la copertura per i 2 miliardi di ticket che altrimenti sarebbero scattati dal 2014. Proprio su questo i governatori hanno lanciato un appello: prima di sedersi al tavolo vogliono garanzie di copertura per le risorse e sui principali punti sanitari: farmaceutica, innovazione e piani di rientro.

LEA

Ilivelli essenziali di assistenza sono una partita aperta dal primo tentativo di aggiornamento del Dpcm del 2001 - ancora in vigore anche se modificato in molte parti - predisposto da Governo e Regioni nel 2008, ma rimasto incagliato nei cassetti dell'Economia. Un ulteriore aggiornamento è stato messo a punto nel 2012, dall'allora ministro Renato Balduzzi che ha elaborato una proposta concentrata soprattutto su malattie rare e cronicità. Ma anche questa versione è rimasta ferma all'Economia per le valutazioni finanziarie, senza le quali le Regioni hanno ribadito la loro impossibilità di esprimersi. I Lea poi sono al centro di un'ulteriore discussione: quella sull'universalità "mitigata" ipotizzata dall'aggiornamento al Def. Contro una loro revisione al ribasso, infatti (riduzione delle prestazioni a carico del Ssn) hanno già alzato le barricate sindacati, forze sociali e anche molte Regioni.

TICKET

La patata bollente dei ticket e delle esenzioni è in cima alla lista degli impegni del ministro Lorenzin: «Metà degli assistiti non paga i ticket e consuma l'80% delle prestazioni: ci sono aree del Paese in cui gli esenti per reddito Irpef arrivano al 70%, mentre chi paga, paga troppo. Il sistema deve cambiare», ha dichiarato più volte. Come più volte ha confermato che i cittadini non pagheranno i 2 miliardi in più di copayment eredità della legge Tremonti, che sarebbero dovuti scattare dal 2014. I soldi bisognerà trovarli nelle tasche della Legge di stabilità. Il nuovo meccanismo delle esenzioni invece dovrà essere studiato a tavolino con le Regioni e l'Economia, probabilmente al lume del nuovo lsee. Obiettivo della Lorenzin: «Un cambiamento semplice e lineare, tenendo conto dei carichi familiari oltre che della ricchezza effettiva».

RIPARTO

È la partita più complessa da risolvere tra Stato e Regioni. Anche perché fino a oggi le assegnazioni alle Regioni sono state fatte in base alle somme 2012 e l'anno sta per finire. Il riparto 2013 è il primo dell'era federalista e deve essere predisposto col criterio delle Regioni benchmark e dei costi e fabbisogni standard. Dopo la scelta a ridosso dell'estate delle cinque Regioni tra cui scegliere le tre di riferimento (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Umbria e Marche), la scelta sembrava orientata su Umbria, Emilia Romagna e una tra Lombardia e Veneto, ma il confronto che si è aperto tra le due Regioni leghiste ha fatto rinviare il tutto a dopo l'estate. Ancora tuttavia non c'è nulla di deciso, anche perché per evitare spaccature tra le Regioni, i conti andranno rifatti. Considerando che in base alla scelta si "sposteranno" risorse soprattutto dal Nord al Sud e viceversa, con le Regioni meridionali già pronte a riaprire la battaglia sugli indici di deprivazione.

L'ISPETTORE CAPO MASSICCI SULL'ATTUAZIONE DEI PIANI DI RIENTRO**«Tagliare i servizi è subdolo e sbagliato»**

Il Piano di rientro non può essere sinonimo di riduzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Attuarli attraverso il taglio dei servizi è infatti «subdolo e sbagliato». Lo afferma l'ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria generale dello Stato, **Francesco Massicci**, in audizione nelle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.

«I miglioramenti - spiega Massicci - devono avvenire attraverso la riorganizzazione dell'offerta sanitaria e gestionale/amministrativa». I piani di rientro, aggiunge l'ispettore, «non sono solo finanziari ma anche di riclassificazione della spesa e non peggiorano le situazioni ma le migliorano».

Insomma, la parola d'ordine deve essere il recupero dell'efficienza della spesa, senza inficiare la qualità dell'assistenza. Secondo quanto riferito da Massicci, grazie a un governo più efficace, negli ultimi anni la spesa sanitaria è diminuita: l'incremento medio è passato dal 7% al -0,8% dal 2000 al 2012.

«Grazie alla governance - ha detto - messa in atto negli ultimi anni, si è potuto assistere a una sostanziale riduzione dell'incremento della spesa sanitaria, pur non intaccando il livello di qualità del servizio erogato». Massicci ha precisato «che l'incremento medio annuo della spesa era stato del 7% fra il 2000 e il 2006 per passare all'1,4% tra il 2006 e il 2012, mentre la previsione per gli anni a venire è di un'ulteriore riduzione», a fronte anche «delle misure di contenimento della spesa già deliberate dal Parlamento».

Massicci ha sottolineato come la governance si sia rivelata uno strumento particolarmente efficace in ambito sanitario, «perché ha avuto la capacità di favorire, incentivare, fino a imporre alle Regioni comportamenti virtuosi nell'erogazione e gestione dei servizi sanitari nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza».

«Il livello dei servizi erogati non è stato intaccato», ha detto Massicci. Se oggi si spende meno e in modo più oculato, «la previsione per il futuro», ha spiegato, «è che la spesa si ridurrà ulteriormente, in seguito a misure di contenimento già deliberate dal Parlamento».

«A pagare il ticket - ha spiegato infine Massicci - è solo il 30% degli assistiti dal Ssn». Il gettito complessivo dei ticket è di 3 mld, di cui 2,3 per la specialistica e 0,6 per l'assistenza.

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Totalizzazione, la pensione slitta in avanti

Con 40 anni di contributi la decorrenza è posticipata di 15 mesi per i dipendenti e 21 per gli autonomi

Pietro Granigni

■ Quali sono i requisiti per andare in pensione dal prossimo anno? Come si calcola l'assegno? Come si conteggiano i contributi? Sono questi i temi su cui si concentra buona parte dei quesiti inviati dai lettori (qui sotto una selezione) della Guida pratica «Le nuove pensioni» pubblicata su «Il Sole 24 Ore» di ieri.

Il 2014 segna un'altra tappa del processo di graduale innalzamento dei requisiti pensionistici come previsto dalla riforma Monti/Fornero del 2011.

Per la «vecchiaia» l'innalzamento graduale dell'età pensionabile riguarda:

- lavoratrici dipendenti del settore privato: 63 anni e 9 mesi (nel 2013 63 e 3 mesi);
- lavoratrici autonome: 64 anni e 9 mesi (nel 2013 63 e 9 mesi).

Per la pensione anticipata il requisito della sola anzianità contributiva passa a 42 anni e 6 mesi per gli uomini e 41 e 6 mesi per le donne.

Sul fronte della totalizzazione, invece, coloro che maturano la pensione di anzianità con il requisito dei 40 anni a prescindere dall'età anagrafica, dal 2014 devono incrementare la decorrenza posticipata di 12 o 18 mesi, di altri tre mesi.

Pertanto ai dipendenti la pensione di anzianità totalizzata, una volta maturati nel 2014 i 40 anni, sarà posticipata di 15 mesi e agli autonomi di 21 mesi (oltre agli adeguamenti per la speranza di vita).

za di vita).

Altra novità: per le lavoratrici rientranti nella salvaguarda pensionistica, per le quali la pensione si perfeziona dal 2012 in poi, il requisito anagrafico di 60 anni richiesto fino al 31 dicembre 2011 diventa pari a 60 anni e 4 mesi comprensivi dei 3 mesi per speranza di vita. Sono interessate le lavoratrici dipendenti e autonome iscritte all'Ago nonché le iscritte alla gestione separata Inps.

Discorso in parte analogo per i salvaguardati (uomini e donne) che andranno in pensione con il vecchio requisito contributivo del 40 anni per l'«anzianità». Dal 2014 il requisito sarà sempre di 40 anni ma la decorrenza mobile posticipata non sarà di 12 o 18 mesi, ma di 15 mesi per i dipendenti e 21 per gli autonomi.

Infine, per l'opzione contributiva nel 2014 per le donne che compiono 57 anni e 3 mesi (se dipendenti) deve essere maturata la pensione

anticipata sperimentale con un minimo di anzianità contributiva di 35 anni. Infatti il regime sperimentale cesserà il 31 dicembre 2015 e per l'Inps il termine va riferito alla decorrenza della pensione. La decorrenza per questa tipologia pensionistica è posticipata di 12 mesi, e dunque per rientrare nel limite temporale del 31 dicembre 2015, occorre maturare i requisiti entro il 2014.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Disoccupazione: contributi al massimo per 12 mesi

C'è un modo per riscattare i periodi di disoccupazione in modo tale da renderti validi per il conteggio degli anni contributivi?

→ Tra i periodi per i quali il lavoratore ha diritto all'accredito (figurativo) dei contributi nella posizione assicurativa individuale rientrano quelli durante i quali ha percepito a carico dell'Inps un'indennità e il datore di lavoro non ha versato i contributi, non dovendo erogare alcuna retribuzione.

Nel caso della disoccupazione l'accredito figurativo avviene d'ufficio.

Possono essere accreditati al massimo 8 mesi o 12 mesi (corrispondenti, rispettivamente, alla durata massima dei trattamenti per i lavoratori con meno o più di 50 anni di età).

Si tenga conto che, dal 1° gennaio 2013, in seguito alla riforma del mercato del lavoro, l'indennità di disoccupazione è stata sostituita dall'Aspi (Assicurazione sociale per l'impiego).

Lavoratrice della scuola: niente vecchiaia a 64 anni

Sono nata il 7 novembre 1952, dal 1° ottobre 1973 lavoro presso il ministero dell'Istruzione, in un'articolazione territoriale, il mio stipendio lordo mensile è di 2.850 euro. Quando potrò andare in pensione? Quanto prenderò di pensione circa? E, visti gli esuberanti nella pubblica amministrazione, c'è la possibilità di andare prima con i requisiti precedenti rispetto alla legge Fornero?

→ La pensione di vecchiaia matura con le regole ordinarie il 7 ottobre

2019 e, stante l'appartenenza al settore pubblico, non può fruire della deroga per le donne che, a certe condizioni, potranno andare in pensione a 64 anni di età. Tuttavia il 1° aprile 2015 matura la pensione anticipata con 41 anni e 6 mesi di lavoro, sempre che ogni anno risulti coperto da contributi obbligatori o figurativi. Altre deroghe non sono possibili in base alla attuale disciplina. La pensione sarà calcolata col sistema misto e sarà "retributiva" per le anzianità maturate fino al 31 dicembre 2011 e contributiva per quelle successive fino al pensionamento. Il calcolo esatto non è possibile farlo in questa sede.

Per l'anzianità nel 1995 contano tutti i versamenti

Il servizio militare e alcuni periodi di lavoro di poche settimane ricongiunti, effettuati prima dell'assunzione a tempo indeterminato, rientrano nel calcolo del periodo necessario a raggiungere i 18 anni di servizio al 31 dicembre 1995?

→ Sì. Per determinare l'anzianità al 31 dicembre 1995 si tiene conto di tutta la contribuzione accreditata derivante sia dai periodi di prestazione effettiva di lavoro, sia dei periodi ricongiunti, riscattati e computati. Tuttavia pur rientrando nel sistema retributivo, dal 1° gennaio 2012, con riferimento alle anzianità contributive maturate a decorrere da questa data, la

quota di pensione corrispondente a tali anzianità sarà calcolata con le regole del sistema contributivo, così come previsto dalla Riforma Monti-Fornero del 2011.

Pensione più lontana per la lavoratrice del pubblico

Sono un'insegnante di scuola pubblica, compirò 60 anni a febbraio, avevo 35 anni di contributi ad agosto 2014: quando potrò andare in pensione?

→ In base ai dati forniti, si ritiene che l'accesso al pensionamento possa avvenire non prima del 2020. Infatti, a causa degli adeguamenti legati alla speranza di vita (i prossimi decorreranno dal 2016 e poi dal 2019) non è possibile indicare una data precisa.

Nel 2020 i requisiti stimati per la pensione anticipata sono previsti in 42 anni e 2 mesi;

l'accesso alla pensione di vecchiaia (se nata a febbraio 1953) è previsto a 66 anni 11 mesi, requisito che la lettrice perfezionerà nel 2020.

Come cambiano i requisiti per il trattamento

Quanti anni di servizio nella pubblica istruzione occorrono per avere diritto alla pensione anticipata? E a quella di vecchiaia?

→ Fino al 2015 la pensione di vecchiaia nel pubblico impiego si consegnerà con 66 anni 3 mesi di età e almeno 20 anni di contributi, oppure saranno sufficienti 15 anni di contributi se posseduti entro il 1992. La pensione anticipata - nel 2013 - si consegue con 41 anni 5 mesi per le donne, 42 anni 5 mesi per gli uomini.

Dal 2014 i requisiti per la pensione anticipata subiranno un innalzamento di un mese. I requisiti di accesso alla pensione, sia anagrafici sia contributivi, dal 2016 subiranno gli adeguamenti legati all'aumento della speranza di vita.

Accesso a 40 anni di servizio per i dirigenti medici

Sono nata il 15 aprile 1952, faccio il medico ospedaliero. A oggi, ho 39 anni e tre mesi di contribuzione. In base alle nuove regole, in quale data mi sarà possibile accedere al pensionamento?

→ L'accesso per il pensionamento di vecchiaia è previsto nel 2018, quando saranno richiesti 66 anni 7 mesi, mentre il pensionamento anticipato potrà essere esercitato al compimento di 42 anni 10 mesi di contributi, requisito che sarà perfezionato a fine aprile 2017. Le date indicate sono stimate, a causa degli adeguamenti legati alla speranza di vita (oggi non noti). I dirigenti medici e del ruolo del Servizio sanitario nazionale potranno accedere, su istanza, al pensionamento al 40esimo anno di servizio effettivo (al netto di eventuali riscatti) e comunque entro il compimento del 70esimo anno di età.

Vecchie regole inapplicabili in assenza di deroghe

Sono un 59enne con 36 anni di contributi. In base alla riforma Fornero, dovrei andare in pensione a 67 anni con più di 43 anni di contributi versati.

Perché i miei coetanei sono già in pensione da 3-5 anni (per pre-pensionamento

o altro) e io non posso scegliere di andare in pensione con 40 anni di servizio?

→ Non esiste la possibilità auspicata dal lettore e cioè di poter scegliere oggi di andare in pensione con le vecchie regole, salvo che per coloro che possono beneficiare delle previste deroghe.

I contributi volontari per la vecchiaia

Mia mamma è nata nel 1956 e ha accumulato circa 18,5 anni di contributi (ha smesso di lavorare nel 2011). Sarebbe intenzionata a versare volontariamente i contributi per raggiungere i 20 anni ai fini della pensione di vecchiaia. A che età potrà avere la pensione di vecchiaia? Quando le conviene effettuare i versamenti?

A quanto ammonteranno?

→ Gli assicurati (in prevalenza casalinghe) che possiedono il requisito minimo di 15 anni, oppure autorizzati ai versamenti volontari entro il 26 dicembre 1992, possono ottenere la pensione di vecchiaia al compimento della nuova età pensionabile stabilita dalla manovra Monti. Se la madre del lettore non rientra in questa situazione, dovrà possedere almeno 20 anni di contributi per ottenere la pensione di vecchiaia anche con i versamenti volontari da richiedere subito. Il costo di questa contribuzione volontaria si determina in base alla media retributiva dell'anno precedente la domanda. Si va indietro fino a raggiungere tale anno precedente. Il costo dei versamenti volontari può essere dedotto totalmente dal reddito ai fini Irpef.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Anaao: il Pne serve a fare auditing clinico, non classifiche

Il Pne (programma nazionale esiti) non può e non deve essere svilito a pretesto per classifiche, graduatorie o giudizi sommari». Questo il commento di **Costantino Troise**, segretario nazionale Anaao Assomed, dopo la pubblicazione sulla stampa di graduatorie di ospedali effettuate in base ai risultati del Pne di cui – secondo un comunicato dell’associazione - va ricordato il vero scopo. «Come la stessa Agenas ha più volte ribadito» si legge «le misure del Pne sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell’efficacia e dell’equità delle attività sanitarie». In ogni caso, secondo l’Anaao Assomed la stessa interpretazione dei risultati è difficoltosa per svariate ragioni. Innanzitutto i «dati comunicati dagli ospedali attraverso le schede di dimissione ospedaliera potrebbero contenere errori». Inoltre «gli stessi specialisti incontrano difficoltà per la disomogeneità della casistica che afferisce alle singole strutture e per la necessità di utilizzare fattori di correzione». L’errore – si legge ancora – diventa altamente probabile se «per stilare le graduatorie degli ospedali si utilizza non l’intero *panel* di indicatori sviluppato da Agenas (oltre 40), ma un numero limitato di essi». Non si vuole negare l’utilità dei sistemi di valutazione e il diritto alla trasparenza per tutti – si precisa – ma l’uso incongruo dei risultati, con il rischio di far cadere in un “tritacarne mediatico” strutture e professionisti impegnati ogni giorno a garantire ai cittadini il diritto alla cura in condizioni di lavoro sempre più difficili. In realtà, prosegue il testo, il Pne risponde essenzialmente a un’esigenza generale del Ssn di disporre di uno strumento per una diffusione omogenea della qualità delle cure in tutto il territorio nazionale, tanto più rilevante in un momento in cui ci si avvia, in base alla *spending review*, a una profonda revisione organizzativa della

rete ospedaliera. «In tale contesto» è la conclusione «il Pne può rivelarsi molto utile al miglioramento delle attività sanitarie in quanto capace di promuovere i correttivi necessari per i vari percorsi diagnostico-terapeutici».

Martedì 07 OTTOBRE 2013

Anaao: "Il Programma esiti non sia usato per le classifiche"

"Il PNE non può e non deve essere svilito a pretesto per classifiche, graduatorie o giudizi sommari". Così il segretario nazionale Troise che sottolinea: "Nessuno vuole negare l'utilità dei sistemi di valutazione e il diritto alla trasparenza, ma l'utilizzo incongruo rischia di buttare ingiustamente nel tritacarne mediatico strutture e professionisti".

"Sono comparse sulla stampa nazionale e locale graduatorie di ospedali effettuate in base ai risultati del programma nazionale esiti (PNE), resi noti recentemente da AGENAS. È opportuno ricordare che, come la stessa AGENAS ha più volte ribadito, le misure del PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'equità delle attività sanitarie. Pertanto - è il commento del Segretario Nazionale Anaao Assomed, **Costantino Troise** - il PNE non può e non deve essere svilito a pretesto per classifiche, graduatorie o giudizi sommari".

"La materia indubbiamente è complessa - aggiunge - con variabili in gioco molteplici e difficili da comprendere in tutti i loro significati. Gli stessi dati comunicati dagli ospedali attraverso le schede di dimissione ospedaliera potrebbero contenere degli errori alla fonte. Tutto ciò deve indurre a maneggiare i risultati con cura e attenzione. Gli stessi specialisti incontrano difficoltà per la disomogeneità della casistica che afferisce alle singole strutture e per la necessità di utilizzare fattori di correzione. Se poi per stilare le graduatorie degli ospedali si utilizza non l'intero *panel* di indicatori sviluppato da AGENAS (oltre 40), ma un numero limitato di essi, è chiaro che l'errore diventa altamente probabile".

"Nessuno - sottolinea Troise - vuole negare l'utilità dei sistemi di valutazione e il diritto alla trasparenza per tutti, ma l'utilizzo incongruo dei risultati rischia di buttare ingiustamente nel tritacarne mediatico strutture e professionisti che quotidianamente si impegnano per garantire ai cittadini del loro territorio, il diritto alla cura in condizioni di lavoro sempre più difficili per la deriva economicistica che pervade le aziende sanitarie di tutta Italia, favorita dai tagli lineari deliberati dal Governo".

"Un altro aspetto su cui si dovrebbe riflettere - sempre secondo il segretario dell'Anaao Assomed - è che il PNE risponde essenzialmente ad una esigenza generale del sistema sanitario di disporre di uno strumento per una diffusione omogenea della qualità delle cure in tutto il territorio nazionale. Nel momento in cui si avvia in base alla *spending review* una profonda revisione organizzativa della rete ospedaliera, che prevede un tasso di posti letto del 3,7‰ abitanti, una delle dotazioni più basse in tutta Europa (la Germania si colloca intorno all'8‰, la Francia al 6‰), è evidente che si dovranno evitare esodi biblici di pazienti da una regione all'altra con il rischio elevato di determinare un allungamento delle liste di attesa da un lato e un sottoutilizzo di strutture dall'altro".

"Emerge, in definitiva, l'esigenza che ogni punto della rete ospedaliera faccia il proprio mestiere per rendere la qualità delle cure accessibile a tutti. Ma - conclude Troise - questo richiede una *governance* adeguata del sistema, una forte responsabilizzazione delle Regioni e delle aziende sanitarie, una programmazione di lungo periodo, un coinvolgimento dei professionisti. In tale contesto il PNE può rivelarsi estremamente utile al miglioramento e alla qualità delle attività sanitarie in quanto capace di promuovere quei correttivi necessari per i vari percorsi diagnostico-terapeutici".

Il medico che assume per poche ore a settimana non paga l'Irap

Il medico che ha un dipendente part-time il cui apporto è modesto non deve pagare l'Irap. Lo dice la Corte di Cassazione con sentenza 22020 di settembre: "La presenza di modeste spese per emolumenti a terzi non appare sufficiente per determinare l'automatica sottoposizione ad Irap del professionista; specie a fronte della pochezza di detti compensi che non superano le 400.000 lire mensili». E ancora: «La sottoposizione a tassazione aggiuntiva di chi assume un dipendente anche quando non determini un qualche significativo aumento del reddito (si pensi al sostituto di un medico) e quindi manchi il presupposto giuridico dell'Irap, costituirebbe una sorta di sanzione che scoraggerebbe l'assunzione». Nel 2001 con sentenza 156 la Corte Costituzionale aveva affermato che un professionista paga l'Irap se titolare di "autonoma organizzazione", elemento che è discutibile nel caso della medicina generale, dove lo stipendio del mmg non cresce all'aumento dei collaboratori, che anzi lo aiutano ad affrontare i nuovi compiti convenzionali. La Cassazione in questo caso, riportato da Sergio Pellegrino e Federica Furlani sul giornale telematico Euroconference News, sottolinea che la presenza di dipendenti farebbe solo presumere una autonoma organizzazione e spetta al giudice di merito accertare l'"autonomia", che si rileva – secondo orientamento giurisprudenziale – quanto più il professionista è responsabile dell'organizzazione, impiega beni strumentali eccedenti il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività e si avvale in modo occasionale del lavoro altrui. Nella fattispecie il lavoro del dipendente part-time non è che «un mero ausilio all'attività personale».

Mauro Miserendino

Medicina, ricerca 3 biologi
 "Ecco i postini
 delle cellule"
 scoperta da Nobel



DUSI A PAGINA 20

"Hanno scoperto i postini delle cellule" il Nobel per la medicina a tre biologi

Negli studi di due americani e un tedesco la chiave per nuovi farmaci

**Dalle ricerche
 sull'insulina
 possibili sviluppi
 nella lotta
 al diabete**

**Un italiano citato
 nelle motivazioni
 del riconoscimento
 Schekman è
 membro del Lincei**

ELENA DUSI

ROMA — «Immaginate centinaia di migliaia di persone che viaggiano lungo centinaia di migliaia di chilometri di strade. Come troveranno la strada giusta? Dove si fermerà l'autobus per farli scendere al loro indirizzo?». Lo stesso problema si pone ai 100 mila miliardi di cellule del nostro corpo. E la risposta è valse il premio Nobel a tre biologi che hanno capito come funziona il "sistema postale" degli esseri viventi, che permette a ogni proteina di essere recapitata al posto giusto e al momento giusto per svolgere la sua funzione.

I vincitori sono Randy Schekman, 64 anni, americano dell'università della California a Berkeley (ma anche socio dell'Accademia dei Lincei a Roma), James Rothman, 62 anni, dell'università di Yale, anch'egli statunitense. E Thomas Südhof, 58 anni, tedesco trasferitosi a Stanford per portare avanti le sue ricerche. Il premio Nobel per la fisiologia e la medicina gli è stato assegnato ieri mattina a Stoccolma «per le loro scoperte sui meccanismi di regolazione del traffico delle vescicole, il principale sistema di trasporto delle nostre cellule». Gli studi del trio (che si dividerà 1,910 mila euro del premio) riguardano un fenomeno molto di base, che coinvolge tutti i tessuti del nostro organismo (e degli esseri viventi in genere). Partendo da questa scoperta è stato possibile mettere a punto alcuni farmaci, ad esempio per regolare il traffico dei neurotrasmettitori all'interno del cervello. Ma il Comitato Nobel, nel presentare i vincitori, non ha tanto insistito sugli aspetti pratici della ricerca e ha riassunto il meccanismo così:

«Ogni cellula è una fabbrica che produce ed esporta molecole. L'insulina per esempio è assemblata e poi rilasciata nel sangue. Lo stesso vale per dei segnali chimici chiamati neurotrasmettitori, che vengono inviati da una cellula nervosa all'altra. Queste molecole viaggiano all'interno della cellula a bordo di pacchetti chiamati "vescicole". I tre vincitori hanno scoperto secondo quali principi questi carichi vengono consegnati al posto giusto e al momento giusto all'interno delle cellule». È un Nobel «a un campo di studi di grandissimo interesse» commenta il farmacologo Silvio Garattini, «fondamentale anche per capire il meccanismo d'azione di molti farmaci, e per scoprirne e svilupparne di nuovi».

Per penetrare l'organizzazione del "sistema postale" — ciò che fa la differenza fra un'orchestra ben affiatata e il caos totale — i tre ricercatori si sono divisi i compiti. Schekman, il decano dei tre, a partire dagli anni 70 è andato a cercare su quali geni è "scritto lo spartito". E si è accorto che mettendo a tacere questi frammenti di Dna tutte le molecole prodotte all'interno delle cellule rimanevano nelle membrane, appesantendole come un magazzino sovraccarico. Al telefono nella sua casa californiana ha risposto la moglie, che è tornata a letto a dargli la notizia del premio scuotendolo dal sonno. «Ho stretto mia moglie e continuo a ripetere: Oh mio Dio, oh mio Dio» ha raccontato Schekman. Lo scienziato di Berkeley all'inizio dei suoi studi fu osteggiato dai colleghi per la decisione di analizzare le vescicole nelle cellule di lievito: organismi secondo al-

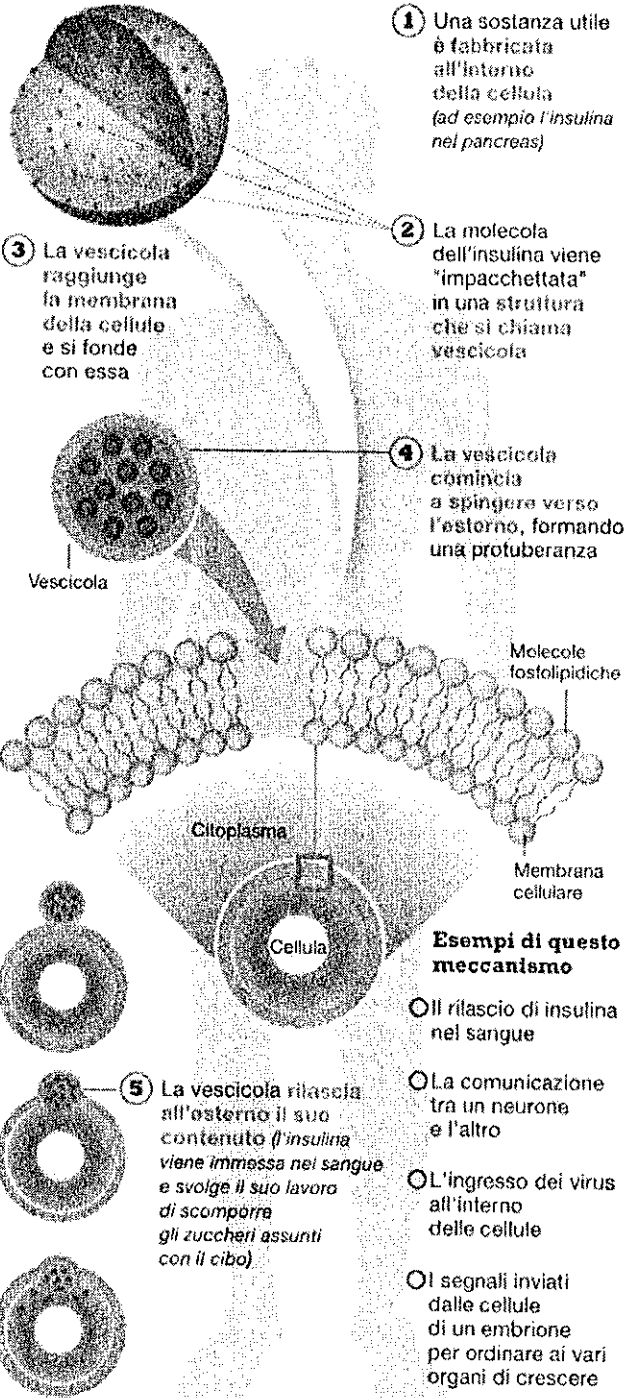
cuni troppo lontani dalla specie umana.

Rothman, invece, ha descritto passo per passo le tappe chimiche della vescicola che raccoglie il suo contenuto, lo avvicina alla membrana della cellula, poi si lega a essa e libera all'esterno la proteina da trasportare. La sua reazione — trasmessa dalla tv svedese — è stata molto diversa da quella di Schekman: «Vincere un Nobel? È eccitante, ma il momento in cui si fa la scoperta lo è di più». Il momento del suo Eureka risale al 1993: «È un'ebbrezza rara, rarissima, quando uno scienziato scopre sulla natura qualcosa di fondamentale e, soprattutto, valido universalmente». Südhof, infine, si è concentrato sulla "scelta di tempo" che le vescicole fanno per consegnare il loro contenuto al momento giusto, e ha dedicato il suo commento agli Stati Uniti, paese che lo ha accolto quando dalla sua Germania si è trasferito a Stanford. «In America c'è molta attenzione al significato della scienza». E il suo commento sarà condiviso dalle migliaia di colleghi (molti dei quali italiani) che dall'Europa sono partiti per andare a fare ricerca negli Stati Uniti. Nella bibliografia che accompagna le motivazioni al premio, appaiono anche gli studi di Cesare Montecucco, dell'Istituto di Neuroscienze del Cnr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il "sistema postale" delle cellule



g.granati@repubblica.it



Il decano

Nato nel '48, Randy W. Schekman è biologo cellulare all'Università di California. Ha vinto il Louisa Gross Horwitz Prize per gli studi sul "traffico" cellulare. È socio dell'Accademia dei Lincei



L'Eureka vent'anni fa

James E. Rothman, 62 anni, è professore di Scienze Biomediche a Yale. Ha cominciato la carriera nel 1978 al dipartimento di Biochimica a Stanford. È membro della National Academy of Science



Il cervello in fuga

Il tedesco Thomas Südhof è un biochimico noto per gli studi sulla trasmissione sinaptica. Cervello in fuga dalla Germania, nel 1983 si trasferì in America. Attualmente è professore di Psichiatria e Neurologia alla Stanford University