

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 04.07.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il testo della manovra inviato al Quirinale. Regole più severe e controlli per anziani e invalidi

Tagli e ticket, un conto di 500 euro a famiglia

Stretta sulla rivalutazione delle pensioni, no dei sindacati

■ Stangata sulla sanità. Tra tagli e ticket, ogni famiglia dovrà spendere 500 euro in più l'anno. Sono infatti stati stanziati 10 miliardi in meno nell'ambito della manovra inviata al Quirinale per un passaggio lampo. Stretta sull'assistenza ad anziani e invalidi.

Baroni, Fornovo, Giovannini, Russo e Schianchi ALLE PAG. 2 E 3

Stangata sanità 500 euro a famiglia tra tagli e ticket

Stanziati 10 miliardi in meno: devono pagare gli assistiti

L'EFFETTO CUMULO

Sommando i nuovi balzelli con quelli già in vigore privati più convenienti delle Asl

il caso

PAOLO BARONI
PAOLO RUSSO

Dal prossimo anno si dovrà quasi sicuramente pagare un ticket di 10 euro su visite specialistiche ed analisi, una «novità» che andrà ad aggiungersi ai maxi-ticket già applicati su queste prestazioni da tutte le Regioni italiane (Molise escluso). Poi dal 2014 un'altra raffica di nuove tasse, che probabilmente non potranno risparmiarne nemmeno i ricoveri ospedalieri, perché fra tre anni si dovranno compensare il tagli al Fondo sanitario nazionale. In base

alle stime dell'economista del Ceis-Tor Vergata, Federico Spandonaro, sulla sanità calerà infatti la scure: 10 miliardi in meno di stanziamenti nei prossimi tre anni, coi fondi totali che scenderanno dal 6,7% del Pil al 6,4%.

Quanto costerà questa mossa agli italiani? Stando sempre alle stime del Ceis, ogni famiglia sarà chiamata a sostenere un aggravio diretto o indiretto di circa 500 euro all'anno. Un conto salato, insomma, quello che la manovra estiva presenta agli assistiti. Che non risparmia nemmeno gli industriali farmaceutici, chiamati a ripianare gli sfondamenti di spesa per pillole e sciroppi. Mentre il personale dipendente e convenzionato di Asl e ospedali sarà colpito come tutti i pubblici dipendenti dal blocco dei contratti e del turn-over.

Visite ed esami più cari

Salvo miracoli delle Regioni sui propri già mandati bilanci dal prossimo anno dovrebbe entrare in vigore il ticket di 10 euro su visite specialistiche,

che, analisi ed accertamenti diagnostici, introdotto dal governo Prodi ma mai applicato a seguito del finanziamento statale accordato per scongiurare l'impopolare balzello. Ora la manovra rifinanzia le Regioni solo per i restanti mesi del 2011 con 486,5 milioni ma anche se all'ultimo istante dal decreto è stata cancellata la esplicita reintroduzione del ticket dal 2012 per il prossimo anno non è garantita alcuna copertura, quindi è più che probabile che la quota fissa di 10 euro vada ad aggiungersi ai 36,16 euro di franchigia (somma entro la quale paga il cittadino, oltre la Regione) già in vigo-



re ovunque e che in alcune Regioni è fissata a un livello anche più alto (vedere grafico). In pratica la somma dei due ticket renderebbe per molte prestazioni meno complesse, come delle banali analisi delle urine o una radiografia al torace, più conveniente rivolgersi direttamente al privato, aggirando liste d'attesa e trafilie burocratiche. Poi nel 2014 dovranno essere introdotti nuovi ticket, aggiuntivi rispetto a quelli esistenti, per conseguire risparmi pari al 47% del totale. Quanto possa valere questa percentuale è difficile dire oggi ma poiché il Fondo sanitario nazionale salirà solo dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4 nel 2014, contro il +2,8% sancito per il 2012 dall'ultimo Patto per la Salute sottoscritto da Governo e Regioni, all'appello mancheranno oltre 4 miliardi l'anno. Quindi i ticket dovranno portare in dote altri 2 miliardi. Tanti, al punto da rendere più che probabile l'arrivo del famigerato ticket sui ricoveri, anche perché su prestazioni di pronto soccorso non urgenti, specialistica, diagnostica e, in molti casi, farmaci, quasi ovunque si pagano già.

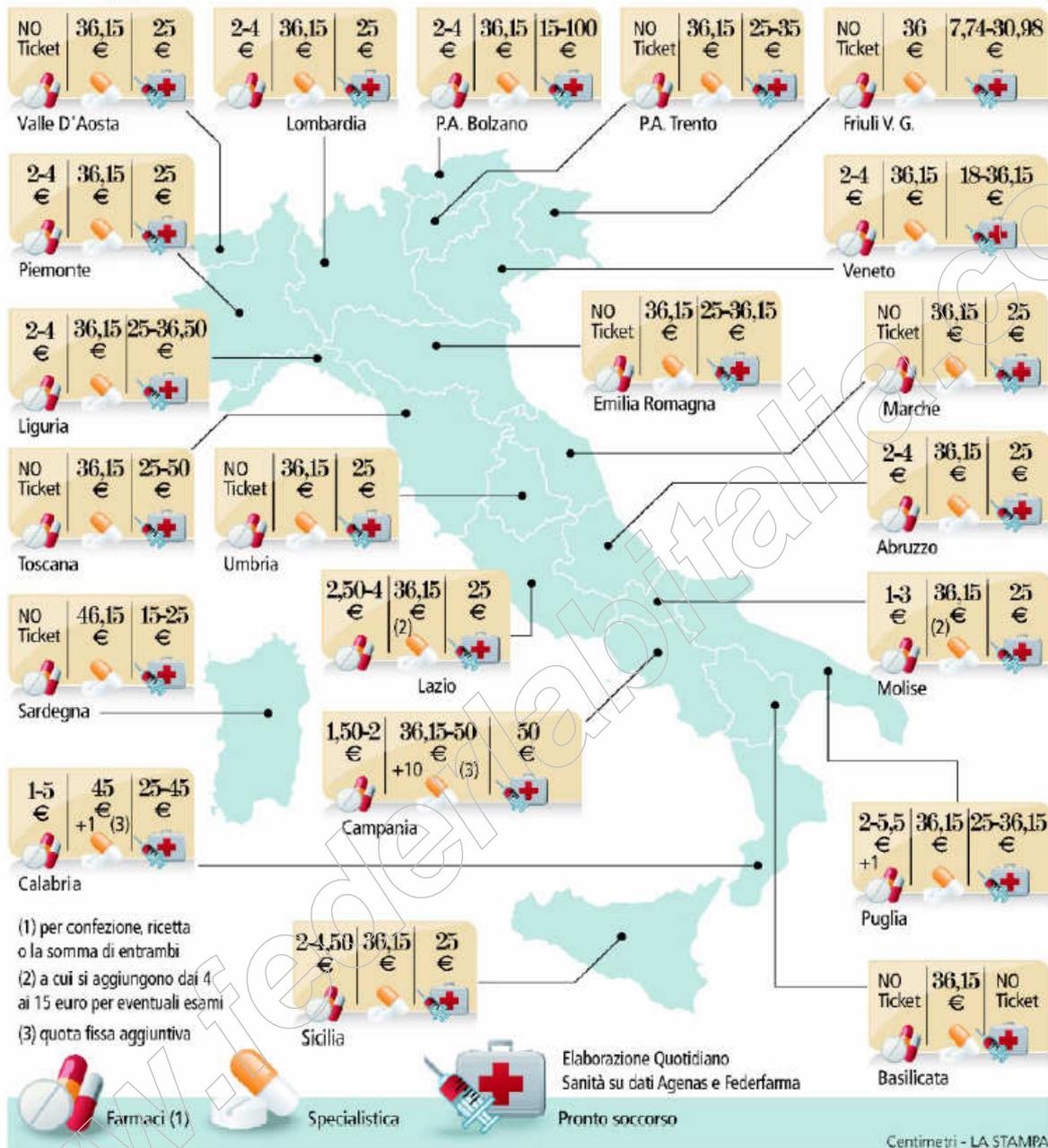
Allarme spesa farmaceutica

Per tamponare la falla della spesa per i farmaci ospedalieri, destinata quest'anno a sfondare il tetto di 2,4 miliardi, l'industria sarà chiamata dal 2013 ad accollarsi il 35% del ripiano in misura proporzionale ai fatturati con modalità che verranno stabilite da un apposito regolamento il prossimo anno. Ma se risultasse troppo difficile distribuire gli oneri tra gli industriali scatterebbe il taglio dal 13,3 al 12,5% sulla spesa sanitaria complessiva del tetto per la farmaceutica convenzionata, ossia per i medicinali dispensati nel canale farmacie. A completare il conto presentato dalla manovra agli industriali della pillola c'è la nuova tassa che le imprese dovranno pagare al momento di presentare la domanda di immissione in commercio dei nuovi farmaci. «Si colpisce un settore che è il motore dell'innovazione, sarà un boomerang», protesta il neopresidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi.

Protestano i medici

Lamentele alle quali si uniscono i sindacati medici, che protestano contro il blocco dei contratti e del turn-over, dal quale saranno esentati solo i primari delle Regioni alle prese con i piani di rientro dai deficit (quasi tutte quelle del centrosud, dal Lazio in giù). I medici di famiglia di Fimmg e Snamì già minacciano scioperi, mentre per il segretario dell'Anaaò, il sindacato dei camici bianchi ospedalieri, Costantino Troise, «è una bomba ad orologeria per la sanità che rischia di diventare un sistema povero per i poveri». Una bomba, come buona parte della manovra, destinata ad esplodere nelle mani del governo che verrà.

La mappa



 Sanità

Nel Lazio la spesa più alta

Cosa succederà nel 2040 al nostro sistema sanitario, quando l'Italia avrà il dieci per cento della popolazione di ultraottantenni? E quali gli effetti sulla sanità del federalismo fiscale? Sono alcune delle domande a cui ha tentato di dare una risposta il rapporto 2011 sul sistema sanitario, patrocinato dalla Fondazione Farmactoring e presentato a Roma. Con la ripresa economica ancora fragile, infatti, il tema della spesa sanitaria resta cruciale. Il costante invecchiamento, insieme ai bassi tassi di natalità e l'aumento delle aspettative di vita, sta creando nel nostro Paese un bacino di popolazione anziana sempre più ampio. A cui si aggiunge per forza di cose, l'aumento della spesa sanitaria, che nonostante l'attuazione di molte misure di contenimento, e quelle in arrivo con l'ultima manovra, è passata dal 2000 al 2010, dall'8,2 per cento al 9,5 per cento (in rapporto al Prodotto interno lordo). Con differenze di un certo peso da Regione a Regione, come ha rilevato il quinto rapporto della Fondazione Farmactoring. E così, ad esempio, mentre nel 2009 la media italiana della spesa sanitaria pro-capite è stata di 385,1 euro, nel Lazio è arrivata a 438 euro, a 431 per l'Emilia-Romagna e 422 euro per la Puglia.

C. D. C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nuovi ticket per le prestazioni sanitarie

Un tetto di spesa per la Sanità

ARTICOLO 18

Razionalizzazione della spesa sanitaria

1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, il livello del finanziamento a cui concorre lo Stato per il 2013 è incrementato dello 0,5% rispetto al livello vigente per il 2012 ed è ulteriormente incrementato dell'1,4% per il 2014. Conseguentemente, con specifica Intesa fra lo Stato e le Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da stipulare entro il 30 aprile 2012, sono indicate le modalità per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, al fine di assicurare per gli anni 2013 e 2014 che le regioni rispettino l'equilibrio di bilancio sanitario, sono introdotte, tenuto conto delle disposizioni in materia di spesa per il personale di cui all'articolo 4, le seguenti disposizioni negli altri ambiti di spesa sanitaria:

a) nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale di costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'articolo 44 del decreto legislativo 30 dicembre 2010, n. 235, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'articolo XXXX ("Interventi per la razionalizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e servizi della Pubblica Amministrazione"), alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, tra quelli di

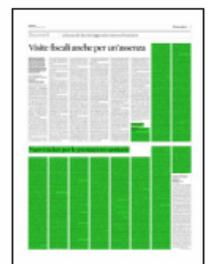
maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa. Le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;

b) in materia di assistenza farmaceutica ospedaliera, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati compatibili con il livello di finanziamento di cui al primo periodo del presente comma, a decorrere dall'anno 2013, con regolamento da emanare, entro il 30 giugno 2012, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sono disciplinate le procedure finalizzate a porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, nella misura massima del 35% di tale superamento, in proporzione ai rispettivi fatturati per farmaci ceduti alle strutture pubbliche, con modalità stabilite dal medesimo regolamento. Qualora entro la predetta data del 30 giugno 2012 non sia stato emanato il richiamato regolamento, l'Agenzia italiana del farmaco, con riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11, comma 7, lettera b), del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, a decorrere dall'anno 2013, aggiorna le tabelle di raffronto ivi previste, al fine di consentire alle regioni di garantire il conseguimento dei predetti obiettivi di risparmio, e conseguentemente, a decorrere dall'anno 2013 il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come da ultimo modificato dall'articolo 22, comma 3, del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla leg-

ge 3 agosto 2009, n. 102 è rideterminato nella misura del 12,5%;

c) ai fini di controllo e razionalizzazione della spesa sostenuta direttamente dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici, in attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni che tengano conto della qualità e dell'innovazione tecnologica, elaborati anche sulla base dei dati raccolti nella banca dati per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del **Ministero della salute** dell'11 giugno 2010, a decorrere dal 1° gennaio 2013 la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di detti dispositivi, tenuto conto dei dati riportati nei modelli di conto economico (Ce), compresa la spesa relativa all'assistenza protesica, è fissata entro un tetto a livello nazionale e a livello di ogni singola regione, riferito rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard di cui agli articoli 26 e 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. Ciò al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati. Il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'acquisto dei dispositivi di cui alla presente lettera, a livello nazionale e per ciascuna regione, è annualmente determinato dal **ministro della Salute**, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze. Le regioni monitorano l'andamento della spesa per acquisto dei dispositivi medici: l'eventuale superamento del predetto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo;

d) a decorrere dall'anno 2014, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del **ministro della Salute** di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sono introdotte misure di compartecipa-



zione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale;

e) con l'Intesa fra lo Stato e le Regioni di cui all'alinea del presente comma sono indicati gli importi delle manovre da realizzarsi, al netto degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui all'articolo 4 in materia di personale dipendente e convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per l'esercizio 2014, mediante le misure di cui alle lettere a), b), c) e d). Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, gli importi sono stabiliti, al netto degli effetti derivanti dalle disposizioni di cui al citato articolo 4, fra le predette misure nelle percentuali, per l'esercizio 2013, del 30%, 40% e 30% a carico rispettivamente delle misure di cui alle lettere a), b), e c), nonché, per l'esercizio 2014, del 22%, 20%, 15% e 40% a carico rispettivamente delle misure di cui alle lettere a), b) c) e d); per l'anno 2014, il residuo 3 per cento corrisponde alle economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 4. Conseguentemente il tetto indicato alla lettera c) è fissato nella misura del 5,2%. Qualora le economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato di cui all'articolo 4 risultino di incidenza inferiore dal 3 per cento, le citate percentuali per l'anno 2014 sono proporzionalmente rideterminate e con decreto del ministro dell'Economia e delle finanze, ove necessario, è conseguentemente rideterminato in termini di saldo netto da finanziare il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 1.

2. Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle misure di compartecipazione di cui al comma 1, lettera

d), purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario, da certificarsi preventivamente da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, si applicano anche in ciascuno degli anni 2013 e 2014;

4. Al fine di assicurare, per gli anni 2011 e 2012, l'effettivo rispetto dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, nonché dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sono introdotte le seguenti disposizioni:

a) all'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, dopo il periodo: «Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro.», sono inseriti i seguenti:

«A tale scopo, qualora, in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al comma 88 del presente articolo, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvenivano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all'attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli.»;

b) all'articolo 2, dopo il comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, è inserito il seguente: «88-bis Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e

necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intesa fra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente.»;

c) il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Abruzzo dà esecuzione al programma operativo per l'esercizio 2010, di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che è approvato con la presente legge, ferma restando la validità degli atti e dei provvedimenti già adottati e la salvezza degli effetti e dei rapporti giuridici sorti sulla base della sua attuazione. Il Commissario ad acta, altresì, adotta, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, il Piano sanitario regionale 2011 - 2012, in modo da garantire, anche attraverso l'eventuale superamento delle previsioni contenute in provvedimenti legislativi regionali non ancora rimossi ai sensi dell'art. 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che le azioni di riorganizzazione e risanamento del servizio sanitario regionale siano coerenti, nel rispetto dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza:

1) con l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico stabile del bilancio sanitario regionale programmato nel piano di rientro stesso, tenuto conto del livello del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo 2010 - 2012 con il Patto per la salute 2010 - 2012 e definito dalla legislazione vigente;

2) con gli ulteriori obblighi per le regioni introdotti dal medesimo Patto per la salute 2010 - 2012 e dalla legislazione vigente;

d) il Consiglio dei ministri provvede a modificare l'incarico commissariale nei sensi di cui alla lettera c);

e) il comma 51 dell'art. 1 della legge 13 dicembre 2010, n. 220 è sostituito dal seguente:

«51. Al fine di assicurare il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti oggetto della ricognizione di cui all'articolo 11, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito,

con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, nonché al fine di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali in situazioni di ripristinato equilibrio finanziario, per le regioni già sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere intraprese azioni esecutive nei confronti di aziende, enti ed istituti pubblici dei servizi sanitari delle regioni medesime, nonché nei confronti delle stesse regioni, limitatamente alle risorse finalizzate al finanziamento dei servizi sanitari regionali, fino al 31 dicembre 2011. Le procedure esecutive eventualmente intraprese in violazione del precedente comma sono improcedibili e non determinano vincoli sulle somme, né limitazioni all'attività del tesoriere; conseguentemente sulle rimesse che a qualsiasi titolo pervengono alle suddette aziende sanitarie ed ospedaliere non si applicano gli obblighi di custodia di cui all'articolo 546 del Codice di procedura civile.

D) Per le regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali in attuazione dell'articolo 1, comma 174, quinto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, è stato applicato il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale, con decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sentito il ministro per i Rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, su richiesta della regione interessata, può essere disposta, in deroga al predetto blocco del turn over, l'au-

torizzazione al conferimento di incarichi di dirigenti medici responsabili di struttura complessa, previo accertamento, in sede congiunta, della necessità di procedere al predetto conferimento di incarichi al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, nonché della compatibilità del medesimo conferimento con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro, ovvero nel programma operativo, da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, sentita l'Agenas.

5. In relazione alle risorse da assegnare alle pubbliche amministrazioni interessate, a fronte degli oneri da sostenere per gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali, in applicazione dell'art. 71 del decreto legge 112 del 2008, convertito dalla legge 133/2008, come modificato dall'art. 17, comma 23, del decreto legge 78/2009, convertito dalla legge 102/2009:

a) per gli esercizi 2011 e 2012 il ministro dell'Economia e delle finanze è autorizzato a trasferire annualmente una quota delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale, non utilizzata in sede di riparto in relazione agli effetti della sentenza della Corte costituzionale n. 207 del 7 giugno 2010, nel limite di 70 milioni di euro annui, per essere iscritta, rispettivamente, tra gli stanziamenti di spesa aventi carattere obbligatorio, di cui all'art. 26, comma 2,

della legge 196/2009, in relazione agli oneri di pertinenza dei Ministeri, ovvero su appositi fondi da destinare per la copertura dei medesimi accertamenti medico-legali sostenuti dalle Amministrazioni diverse da quelle statali;

b) a decorrere dall'esercizio 2013, con la legge di bilancio è stabilita la dotazione annua dei suddetti stanziamenti destinati alla copertura degli accertamenti medico-legali sostenuti dalle Amministrazioni pubbliche, per un importo complessivamente non superiore a 70 milioni di euro, per le medesime finalità di cui alla lettera a). Conseguentemente il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come fissato al comma 1, è rideterminato, a decorrere dal medesimo esercizio 2013, in riduzione di 70 milioni di euro.

6. Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, secondo periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, attuativo dell'articolo 1, comma 4, lettera c), dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009, per l'anno 2011 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'articolo 11, comma 12, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e dall'articolo 1, comma 49, della legge 13 dicembre 2010, n. 220, è incrementato di 486,5 milioni di euro per far fronte al maggior finanziamento concordato con le regioni, ai sensi della citata intesa, con riferimento al periodo 1° giugno-31 dicembre 2011.

SANTÀ / Pubblico e privato insieme danno il meglio

«IL MODELLO È LOMBARDO»

«Il Federalismo fiscale ben venga: in Italia ci sono Regioni virtuose e altre che continuano a sprecare risorse»

«Il sistema qui ha i conti in equilibrio, un'altissima qualità della rete ospedaliera e la nostra ricerca scientifica è di livello mondiale»

CHI È Prof. Gabriele Pelissero

Dall'anno accademico 2000-2001 professore Ordinario di Igiene e Organizzazione Sanitaria presso l'Università degli Studi di Pavia dove riveste i seguenti incarichi accademici: Direttore della Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva - Presidente della classe di Lauree in Scienze Infermieristiche e Ostetriche - Direttore del Centro Interuniversitario di Ecologia Umana. Direttore della Sezione di Igiene del Dipartimento di Medicina Preventiva, Occupazionale e di Comunità. È Vice presidente dell'IRCCS Policlinico San Donato, di cui è anche direttore scientifico, ed è Vice Presidente del Gruppo Ospedaliero San Donato; la più grande azienda ospedaliera italiana con 18 presidi e 3956 posti letto. Ha incarichi direttivi a livello nazionale nelle seguenti società scientifiche: Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera (ANMDO), già presidente della Sezione Lombardia e attuale Vice Presidente Nazionale. Società per lo studio delle Biotecnologie e delle

Tecnologie Sanitarie, Presidente Nazionale. Rappresenta l'Italia presso l'European Union of Private Hospitals, che partecipa al Forum della Sanità della Commissione Europea. È Vice Presidente Nazionale di AIOP, Associazione Italiana di Ospedalità Privata e Presidente di AIOP Lombardia.

L'AIOP, Associazione Italiana Ospedalità Privata rappresenta 496 strutture sanitarie private operanti su tutto il territorio nazionale per un totale di 51.720 posti letto.

In particolare sono associate:

439 case di cura con 46471 posti letto di cui 41.074 accreditati

con il Servizio sanitario nazionale;

18 centri di riabilitazione con 1.673 posti letto di cui 1.638 accreditati;

39 RSA con 3.576 posti letto di cui 3.216 accreditati.

Vi lavorano 63.894 persone tra medici, infermieri, tecnici, ausiliari socio-assistenziali e amministrativi.

GIOVANNI POLLI

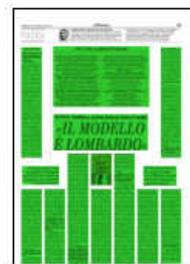
Professor Pelissero, che cosa ha di particolare il "modello lombardo" della sanità?

«Sull'efficienza e la qualità del modello lombardo non c'è molto da dire: sono i dati che lo dimostrano, al di là di ogni altra considerazione. Qui abbiamo il sistema di una grande Regione del Nord che ha una serie di caratteristi-

che. Ha i conti in equilibrio da otto anni, un'altissima qualità della rete ospedaliera, la presenza di ricerca scientifica di livello mondiale, in continuo collegamento con i principali centri di ricerca in Europa, negli Usa ed in Giappone, tutti i Paesi più sviluppati. La nostra sanità segue continuamente l'evoluzione della medicina ai più alti livelli del mondo. E poi, ancora, ha sei grandi

università che sono un luogo di formazione di eccellenti professionisti in tutti i campi della sanità, a partire naturalmente dalla medicina. E questo è un dato riconosciuto anch'esso a livello internazionale. Ed è una Regione che costantemente, da dieci anni, è al primo posto come la mobilità dei pazienti provenienti da altre Regioni italiane, e che ora ini-

ziano a provenire anche da altri Stati europei ed extraeuropei. Pazienti che scelgono liberamente che scelgono di venire a curarsi in questa Regione perché solo qui trovano cure di eccellenza e una rete ospedaliera assolutamente di avanguardia. Questo fenomeno è assolutamente importante perché, con quasi 200 mila pazienti all'anno, la Lombardia è diventata un centro di attrazione di



rango europeo, divenendo un fattore importante anche per la nostra economia. L'afflusso di pazienti ha portato anche l'afflusso di risorse economiche che hanno consentito di investire sempre di più, creando un circuito virtuoso».

Tutto questo con i bilanci con le cifre in nero...

«Tutti questi elementi, che non sono presenti nelle altre Regioni italiane, sono i fattori che ci fanno dire che il modello Lombardia è interessante e dovrebbe essere oggetto di attenzione da parte di tutte le altre Regioni. E ricordiamo che, purtroppo, solo cinque di esse sono in equilibrio economico. Le altre devono richiedere ripianamento di disavanzi».

Qui pubblico e privato si integrano a vicenda. E lei sostiene che il privato fornisce ai cittadini servizi con costi inferiori...

«Sicuramente è così. La Lombardia non è però "la Regione del privato". La sanità privata è presente in tantissime altre Regioni, anche dove le cose vanno male. La Lombardia ha fatto una scelta originale: innanzitutto dare al cittadino il massimo della libertà possibile di scegliere il luogo di cura. Questo, devo dire, è stato un principio premiato anche dal punto di vista del consenso dei cittadini. Qui ci sono altissimi livelli di soddisfazione degli utenti nei confronti del proprio sistema sanitario. Importantissimo rimarcare come qui siano state separate le Asl dagli ospedali, il controllore dal controllato. Anche questo è un passaggio importantissimo. Il Piemonte sta studiando qualcosa di simile in questi mesi. Un segnale anche perché separare il controllore dal controlla-

to significa spingere molto sulla qualità e dare anche una garanzia ai cittadini. Chi si controlla da solo, tanta sicurezza non può offrirla. Questa è una Regione che ha saputo usare il privato in modo utile alla collettività. Cioè portandolo ad essere perfettamente equiparato, nei diritti e nei doveri, al pubblico. In questo modo si offre la possibilità di scegliere e si utilizza la capacità dell'imprenditoria lombarda anche per migliorare la qualità e l'efficienza del servizio».

Lei ha accennato al Piemonte, Regione dove il sistema sanitario è oggetto di una profonda revisione. Suggestirebbe il modello lombardo anche ai "vicini di casa"?

«Non voglio certo dare lezioni al governatore Cota. E non possiamo nemmeno pretendere di "rifare la Lombardia" altrove, perché ogni Regione ha le sue caratteristiche, la sua storia e la sua identità che vanno rispettate e valorizzate. Ma ci sono alcuni concetti di tipo organizzativo e gestionale che qui hanno funzionato molto bene. Quello che è particolarmente importante è la separazione degli ospedali dalle Asl. Differenza tra chi acquista e controlla le prestazioni, cioè le Aziende sanitarie che presidiano il territorio, e chi eroga le prestazioni più complesse anche tecnologicamente, cioè l'ospedale. Se il Piemonte si mette su questa strada ne avrà grossi benefici. Vogliamo poi far riflettere sull'opportunità che ha il privato messo in equilibrio sul pubblico, per lavorare insieme e creare un circuito virtuoso. Su questo terreno il Piemonte ha ottime possibilità: ha imprenditori sanitari bravi e capaci e se deciderà di utilizzarli anche di più

avrà sicuramente dei vantaggi».

Parliamo ora del Federalismo fiscale, particolarmente incisivo in materia sanitaria...

«Il Federalismo nasce in una situazione particolare che bisogna conoscere bene. Un Paese come l'Italia, nel quale la spesa sanitaria è bassa rispetto agli altri Paesi europei. Ed in questo siamo virtuosi. In questo quadro abbiamo però il problema di alcune Regioni che sprecano risorse. Nel senso che spendono di più di quanto sarebbe ragionevole spendere. Teniamo conto che in Italia il grosso del disavanzo è concentrato in tre Regioni nel centro-sud. È una situazione preoccupante che dimostra come vi siano alcune Regioni che hanno costruito una parte delle loro politiche sanitarie sull'aspettativa di ripianamento. E questo non è giusto. Perché il ripianamento significa togliere risorse a chi è stato virtuoso per andarle a portare a chi le ha sprecate. E questo è il contrario della giustizia, non incoraggia la virtù, non piace alle Regioni virtuose ed obbliga i cittadini a mettere mano al portafoglio. Questo andamento va assolutamente fermato. Ed uno degli aspetti fondamentali del Federalismo è proprio questo: se dobbiamo lanciare un segnale forte dobbiamo responsabilizzare, fare sì che lo spreco si fermi. Ma non basta. Perché dirlo è una parola, poi occorre realizzarlo. Ed i passaggi sono molteplici. Non ci sarà la bacchetta magica per nessuno. Sicuramente sarà necessaria una stretta di cassa per fare capire che il denaro va rispettato di più. Ma bisogna anche proporre a tutte le Regioni strumenti di riforma della propria organizzazione

sanitaria perché la rendano migliore. Abbiamo ricordato quelli che sono i primissimi passaggi: rendere pubblici i bilanci di tutte le Asl e di tutte le aziende ospedaliere italiane, in modo che tutti i cittadini siano in grado di valutare direttamente come si comporta questo soggetto importantissimo per la salute e l'economia del Paese. Seconda cosa, l'abbiamo già detto, dobbiamo separare le Asl dagli ospedali e, infine, dobbiamo tornare al principio del pagamento a prestazione».

In cosa si concretizza?

«Gli ospedali devono ricevere denaro solo per pagare le prestazioni erogate ai cittadini e non più per pagare sprechi e dilapidazioni. Questo principio era partito nel '92/'93. Poi, verso la fine degli Anni '90, non si ha avuto il coraggio di proseguire. Oggi grandi Paesi come la Germania e la Francia lo stanno introducendo proprio per migliorare l'efficienza della spesa pubblica. È ora di tornare ad applicare questo metodo uguale per tutti. Ospedali pubblici e ospedali privati erogano prestazioni ai cittadini, licino bene e siano pagati con il denaro dei cittadini solo per ciò che hanno dato veramente ai cittadini».

Parliamo dei tempi per la realizzazione pratica. È ottimista?

«I tempi per la realizzazione del Federalismo sono ben conosciuti. Sono stati indicati dal Governo e si sta procedendo. Abbiamo ora un paio di anni di preparazione intensa. Quello che noi proponiamo alle forze politiche, e ci interessa molto in particolare la posizione della Lega che è stata la forza politica trainante sul Federalismo, è di avviare una profonda riflessione ed un con-

fronto con gli operatori su questi temi. Dal confronto con gli operatori, dalla loro esperienza, si possono trarre le indicazioni operative che possono servire alle amministrazioni regionali per fare bene il loro lavoro».

Propone una sorta di "tavolo", insomma?

«È una nostra apertura, di volontà di dibattito e di collaborazione. Speriamo che possa essere utile a far migliorare la sanità di tutte le Regioni».



www.federlabitalia.com

Per la sanità stangata da 500 euro

Il costo della manovra

Stanziati 10 miliardi di euro in meno in tre anni per l'assistenza sanitaria. Dal 2000 le manovre correttive sono costate 2.588 euro a italiano.

Roma

La manovra economica del governo potrebbe costare ai cittadini italiani, solo per la Sanità, 500 euro all'anno. Questa se, come appare da una prima lettura del testo, i finanziamenti per il settore diminuiranno di 10 miliardi in tre anni. A fare i calcoli è Federico Spandonaro, coordinatore Ceis Sanità della facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, secondo cui con la manovra il finanziamento pubblico della Sanità "si ridurrebbe giungendo al 6,3% nel 2014" (dal 6,7% degli ultimi anni). Per mantenere i livelli di spesa sanitaria (pubblica e privata) attuali che si attestano a circa il 9% del Pil, quindi, le famiglie dovranno sborsare circa 10 miliardi, ovvero circa 500 euro annui a nucleo familiare. Una cifra che si aggiunge a quanto gli italiani hanno pagato dal 2000 a oggi. "Dieci anni di manovre correttive sono costate a ciascun italiano 2.588 euro", spiega il segretario della Cgia di Mestre, Giuseppe Bortolussi. A cui si aggiungono 741 euro a testa: il costo della manovra per il 2011. (Cny)

Errani: "Una sforbiciata che alla fine favorirà solo i privati della salute"

IL FEDERALISMO FISCALE

«Vogliamo partecipare alla discussione Sono a rischio i servizi»

Intervista

”

FRANCESCA SCHIANCHI
ROMA

Mercoledì, prima di un incontro con il governo, si riuniranno i presidenti di Regione, «discuteremo e daremo un giudizio compiuto sulla manovra: per ora posso dire che c'è preoccupazione», commenta il governatore dell'Emilia Romagna, Vasco Errani, che presiede la Conferenza delle Regioni.

Si parla di 9,6 miliardi di tagli a Regioni ed enti locali su 47...

«Credo che il dato si commenti da sé: un taglio simile non assicura la possibilità di dare ai cittadini tutti i servizi di cui hanno diritto».

Sta dicendo che potrebbero venire a mancare dei servizi?

«Non c'è dubbio. Anche perché que-

sta manovra si somma a quella del 2011-2012, che ha già pesato in modo sproporzionato su Regioni ed enti locali: è chiaro che la cosa non è sostenibi-

le. E poi c'è un secondo punto da considerare».

Quale?

«Non c'è una politica che attenga al problema principale della crescita. Così questi tagli alle Regioni, cioè alla realtà che fa politica industriale, sono un nuo-

vo colpo, soprattutto nella fase in cui siamo».

Con la manovra dell'estate scorsa avete minacciato di restituire al governo le deleghe. Un'ipotesi ancora attuale?

«La Conferenza dei presidenti discuterà in settimana della manovra, in preparazione dell'incontro col governo. Queste sono le mie opinioni in base alle indiscrezioni lette sui giornali, visto che il governo non ci ha sentiti prima di scrivere la manovra, nonostante la legge sul federalismo fiscale dica il contrario».

Questa manovra va verso il federalismo fiscale?

«Mi sembrano in distonia le parole sul federalismo fiscale nel momento in cui si dà un colpo così pesante alle autonomie: o c'è una coerenza, e qui non c'è, oppure "federalismo fiscale" resta solo una parola».

Che cosa chiederete al governo mercoledì?

«Ne discuteremo insieme in Conferenza dei presidenti. Di certo vogliamo partecipare alla mano-

vra, discutere di sostegno alla crescita e di tenuta del sistema sociale. Nel 2008 i trasferimenti per il Welfare dallo Stato a Regioni ed enti locali è stato di 2 miliardi e 400 milioni. Nel 2011, di 500 milioni, nel 2012 è previsto di 300 milioni a cui dobbiamo aggiungere questa manovra. Come faremo fronte ai servizi che dobbiamo dare ai cittadini?».

Ricadranno sui cittadini anche i risparmi sulla sanità: potrebbe tornare il ticket da 10 euro su visite specialistiche e analisi mediche.

«Spero ardentemente che questo ticket aggiuntivo di 10 euro non ci sia: è un'esperienza che abbiamo già fatto, non fa che provocare uno spostamento sul privato di tantissimi esami, e questo è un danno al Servizio sanitario nazionale. E poi ricordo che la sanità è il comparto della Pubblica amministrazione che ha più ridotto il tendenziale in questi anni, come spesa procapite l'Italia è agli ultimi posti dei Paesi Ocse. Bisogna fare cose serie».

I ministeri saranno tagliati la metà di voi, e per il taglio ai costi della politica si va alla prossima legislatura...

«E' una storia che si ripete: già con la manovra 2011-12 i tagli per noi sono stati pesantissimi e distribuiti in maniera non equa con lo stato centrale. Fanno un altro errore».





LATINA – La Asl di Latina è un'azienda virtuosa, con un bilancio che sfiora il pareggio visto che il disavanzo è dello 0,54%. I tagli disposti dal commissario per la sanità, però, la colpiscono al pari delle altre aziende sanitarie del Lazio, che in fatto di gestione dei conti risultano molto meno accorte.

La considerazione è contenuta in un articolo pubblicato oggi dal Messaggero, a firma di Giovanni Del Giaccio che spiega: “Si tratta di un incredibile paradosso, perché i tagli sono orizzontali e colpiscono indiscriminatamente tutti”. Buoni e cattivi.

www.federlabitalia.com

www.federlabitalia.com