

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 10.01.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Piani di rientro. Bocciatura per Lazio, Campania e Piemonte. Puglia e Calabria in stand by

Niente fondi extra per le tre regioni che hanno ricevuto una netta bocciatura dagli esperti dell'Economia e della Salute nell'ultima verifica sui Piani di rientro di dicembre. Va meglio alle regioni di Vendola e Scopelliti. Ma i bilanci sanitari 2011 di tutte e 5 le regioni sono sempre negativi (-375,6 mln).

09 GEN - Piani di rientro: è rischio flop. Almeno per le cinque Regioni sotto esame tra il 13 e il 21 dicembre 2011 e per le quali si sono svolte le consuete verifiche trimestrali operate dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza. In questa tornata di riunioni, che hanno visto protagoniste Puglia, Calabria, Lazio, Piemonte e Campania, il risultato non è stato certamente positivo e dai tavoli tecnici è emerso, oltre al persistere dei disavanzi (**il totale al III trimestre 2011 per le Regioni prese in esame segnala una perdita di 375,6 mln di euro**), una cronica lentezza delle Regioni nell'applicazione dei Piani di rientro. Una doccia fredda che segnala come la strada per uscire dal tunnel dei disavanzi sanitari sia ancora lunga e densa di problematiche soprattutto per quanto riguarda la riorganizzazione dei servizi territoriali.

Ma andiamo ad analizzare le risultanze regione per regione delle ultime verifiche.

Puglia. Il 13 dicembre si è svolta la riunione con Tavolo e Comitato per la verifica dei Lea. Per la Regione governata da Nichi Vendola, Tavolo e Comitato hanno rilevato ancora la presenza di criticità sullo stato di attuazione del Piano di rientro per quanto riguarda il processo di riorganizzazione delle reti assistenziali, e in particolare l'assistenza territoriale residenziale e domiciliare. Rispetto al personale e alle deroghe al blocco del turn-over, che grosse polemiche hanno causato negli ultimi anni, Tavolo e Comitato hanno evidenziato come le deroghe al blocco delle assunzioni hanno causato maggiori costi del personale rispetto a quanto programmato, e per questo hanno dichiarato che "non sussistono le condizioni per la concessione di deroghe, rimettendo comunque alla valutazione politica la possibilità di modificare il Piano".

Deficit a quota 195 mln. La stima a chiudere, redatta a partire dalle informazioni contabili del III trimestre 2011, ha evidenziato un disavanzo di 195 milioni di euro, comprensivo di tutti gli ammortamenti non sterilizzati, inferiore rispetto alla precedente stima. E' inoltre risultato uno scostamento di circa 30 milioni di euro rispetto a quanto programmato nel Piano di rientro per l'anno 2011.

Nonostante i ritardi nell'attuazione del Piano che hanno determinato una crescita dei costi rispetto a quanto previsto, Tavolo e Comitato, hanno in ogni caso preso atto che le risorse disponibili dovrebbero permettere il raggiungimento dell'equilibrio. Per questa ragione, sulla base dell'istruttoria effettuata, Tavolo e Comitato hanno valutato che si sono manifestate le condizioni per l'erogazione alla regione Puglia delle risorse nella misura del 60% del maggior finanziamento per gli anni 2006 e 2008 e per l'erogazione della quota del 60% del maggior finanziamento per l'anno 2009.

Piemonte. Il 13 dicembre 2011 si è tenuta anche la verifica per il Piemonte. Sulla base di quanto riportato, Tavolo e Comitato hanno valutato che, in ordine alla verifica per l'anno 2011, i provvedimenti trasmessi dalla Regione sono risultati insufficienti a documentare l'attuazione di quanto previsto nel Piano di Rientro e, comunque, hanno sottolineato il ritardo rispetto agli impegni assunti.

In particolare per quanto attiene alle reti assistenziali hanno evidenziato la mancanza di un chiaro provvedimento di riorganizzazione delle assistenza post-acuzie, mentre sulla rete di emergenza hanno

chiesto di fornire elementi informativi su: elenco delle strutture da riconvertire, crono programma degli interventi, relazione di impatto, sia in termini organizzativi sul personale sia sugli effetti economici.

Disavanzo a quota 60 mln. La verifica relativa al III trimestre 2011 ha evidenziato il profilarsi di un disavanzo non coperto di 60 milioni di euro, che è risultato non in linea con quanto programmato nel Piano di rientro. La Regione ha dichiarato che intende conferire al SSR risorse aggiuntive di pari importo sul bilancio di previsione 2012. Per quanto riguarda invece la verifica adempimenti per l'anno 2010 presenta ancora criticità e necessita di integrazioni da parte della Regione. Queste le ragioni per cui Tavolo e Comitato hanno deciso che non è possibile erogare alla regione alcuna spettanza.

Lazio. Il 14 dicembre 2011 è stato invece il turno della Regione Lazio. Verifica dagli esiti negativi visto che Tavolo e Comitato hanno rilevato ancora la presenza di criticità in ordine a:

mancato recepimento delle integrazioni necessarie per la validazione dei Programmi Operativi 2011-2012; processo di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati;

ritardi nel processo di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie;

rispetto del blocco del turn over in talune aziende sanitarie; predisposizione di un quadro di riepilogo in dettaglio dell'intera rete ospedaliera, più volte modificata.

Disavanzo di 75 mln. La proiezione del risultato di gestione per l'anno 2011, redatta a partire dalle informazioni del III trimestre 2011, ha evidenziato uno scostamento rispetto a quanto programmato nel Programma operativo, e si profila un disavanzo non coperto, comprensivo di tutti gli ammortamenti non sterilizzati, di 75 milioni di euro. Tavolo e Comitato hanno chiesto nuovamente al Commissario Polverini di adottare tutte le iniziative per ricondurre la gestione entro la cornice finanziaria programmata. Questo ritardo negli adempimenti ha indotto Tavolo e Comitato a "non procedere ad erogare spettanze fino a quando la struttura commissariale attuerà tutte le iniziative per dare concreta e puntuale attuazione a quanto evidenziato nella riunione".

Calabria. Anche in questo caso la riunione di verifica si è svolta il 14 dicembre 2011. Durante la verifica Tavolo e Comitato "hanno valutato che si profila **un disavanzo non coperto per l'anno 2011, comprensivo di tutti gli ammortamenti non sterilizzati, di 18,624 milioni di euro**, coerente con quanto precedentemente valutato". Per questa ragione Tavolo e Comitato hanno sollecitato la struttura commissariale ad adottare ulteriori interventi per garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico dopo il conferimento delle entrate fiscali programmate nel Piano di rientro.

Tavolo e Comitato hanno ritenuto, inoltre, che la Regione debba adottare il provvedimento di conferma della nomina dei direttori generali e hanno chiesto alla struttura commissariale di "adottare un provvedimento di specifico recepimento del provvedimento da adottarsi da parte dell'organo istituzionale regionale".

Per quanto riguarda invece le misure assunte in contrasto con il Piano di Rientro, Tavolo e Comitato hanno richiesto una "documentazione relativa ai provvedimenti assunti per superare i profili di incostituzionalità sollevati dal Governo e i motivi di contrasto con il Piano di Rientro".

Altro tema riguarda le assunzioni. Nonostante l'assoluto divieto a procedere a nuove assunzioni di personale, alcune strutture hanno infatti continuato ad assumere. Al riguardo, Tavolo e Comitato hanno ribadito la richiesta di "conoscere le iniziative che la struttura commissariale intende intraprendere nei confronti degli amministratori coinvolti, che hanno agito in difformità alle prescrizioni di legge e del Piano di rientro, posto che i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turnover sono nulli ai sensi dell'art. 1, comma 174, della L. 311/2004".

Sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, è stato infine valutato che sussistono ancora gravi ritardi e criticità nell'attuazione delle reti assistenziali di cui al decreto 18/10 e al decreto 106/11; viene inoltre richiesto di procedere senza indugio nell'attuazione delle reti assistenziali.

Sbloccate risorse per un importo di 220 mln di euro. Al termine della riunione, Tavolo e Comitato

hanno in ogni caso deciso di erogare una quota limitata delle spettanze residue a tutto l'anno 2009, pari a 732 milioni di euro, per un importo di 220 milioni di euro.

Campania. Il 21 dicembre 2011 è stato il turno della Regione guidata da Stefano Caldoro. Risultato anche in questo caso negativo. Tavolo e Comitato hanno infatti evidenziato la mancata stima della struttura commissariale e dell'advisor sulla proiezione del risultato di gestione per l'anno 2011 e hanno valutato, sulla base delle informazioni di III trimestre 2011, **una perdita massima di 27 milioni di euro.**

Al riguardo, è stata richiesta alla struttura commissariale di adottare tutte le iniziative per ricondurre la gestione entro la cornice finanziaria programmata. In riferimento invece al Programma operativo 2011-2012, pur approvandone l'impianto complessivo, Tavolo e Comitato hanno evidenziato come siano ancora necessari alcuni chiarimenti, mentre con riferimento alla rete di assistenza territoriale, restano in attesa di conoscere i dettagli di attuazione e come la Regione intenda raggiungere il fabbisogno di prestazioni necessario a soddisfare la domanda.

La verifica degli adempimenti per gli anni 2009 e 2010 è in corso, mentre risulta superata la verifica 2008. Al termine della riunione, Tavolo e Comitato hanno deciso di non erogare alla Regione alcuna somma.

FederLabItalia

Intervista a Binetti (Udc). Ticket. “Attenzione alla discriminazione tra ricchi e poveri”

“La rimodulazione dei ticket è necessaria. Ma pone nuove sfide sul piano dell’equità e della retta amministrazione per evitare la più odiosa delle discriminazioni, quella tra ricchi e poveri proprio sul piano della salute”. E per Balduzzi tre priorità: governo clinico, sprechi e medicina territoriale.

09 GEN - Un governo clinico più onesto e competente, lotta agli sprechi e potenziamento della medicina territoriale. Questi gli interventi più urgenti in sanità secondo l'onorevole **Paola Binetti** dell'Udc. Convinta che il sistema terrà perchè, nonostante la crisi e nonostante il fatto che la “sanità non possa tollerare ulteriori tagli”, il Ssn è formato da “gente eccellente che ci lavora con passione e dedizione”. E sulle liberalizzazioni del settore farmaceutico la Binetti aggiunge: “personalmente ritengo che vadano salvate almeno due condizioni essenziali, da un lato una selezione attentissima dei farmaci, che pur essendo di fascia C, possono essere venduti fuori dalle farmacie e dall'altro la qualità tradizionale del rapporto tra cliente-paziente e farmacista” che vede messo a rischio nella grande distribuzione.

Onorevole Binetti, l'Udc è forse il più convinto “alleato” del nuovo governo. Cosa pensa dei contenuti della manovra dell'esecutivo che secondo alcuni è troppo sbilanciata verso il rigore a danno dell'equità?

L'UdC è stata all'opposizione nelle ultime due legislature e si è sempre dichiarata contraria a quel bipolarismo aspro e conflittuale che ha certamente contribuito a rallentare il processo di modernizzazione del Paese, creando divieti incrociati per tutte le proposte di riforma, sia quelle proposte dal Governo di centrosinistra che quelle proposte dal governo di centrodestra. Non a caso davanti all'aggravamento della crisi, che si annunciava pesante e minacciosa fin dagli inizi di questa legislatura, aveva proposto da oltre un anno un governo di larghe intese affidato a persone di ampia e comprovata esperienza, cercando di salvare la dimensione intrinsecamente politica del Parlamento. Ancora una volta i divieti incrociati hanno spinto la crisi fino ad un punto di non ritorno, per cui si è reso necessario, urgente e improcrastinabile un governo tecnico, affidato ad un uomo le cui credenziali non possono essere messe in discussione da nessuno. Il Governo Monti sta ora cercando di risolvere due problemi fondamentali, le cui soluzioni in parte si intrecciano e si rafforzano mutuamente, ma in parte sembrano configgere e creare disorientamento nel Paese. La politica di rigore economico lascia gli italiani certamente più poveri di come non fossero qualche mese fa, senza che si intravedano all'orizzonte i frutti di una politica di investimenti concreti. Questi ultimi finora sono stati promessi, mentre le tasse sono reali e i loro effetti sono oggetto di esperienza quotidiana.

L'Equità che ci attendiamo a livello politico è quella che rimette in movimento l'economia del Paese, quella che crea posti di lavoro per i giovani e mantiene a livelli di buona occupazione le fasce comprese tra i 50 e i 60 anni, troppo spesso oggetto di licenziamento o nel migliore dei casi messi in cassa integrazione. E' questo il paradosso che la gente vive con maggiore disagio: nella nuova normativa per le pensioni si dovrebbe poter lavorare fino a 67-70 anni, mentre invece i posti di lavoro diminuiscono in modo sensibile. Equità vorrebbe che mentre si allontana l'età pensionistica, si riempisse l'età lavorativa di contenuti e di opportunità. Per questo i nostri occhi e le nostre aspettative sono tutte concentrate sul ministro Passera: aspettiamo le sue promesse alla prova dei fatti...

Qual è la sua valutazione del ministro Balduzzi?

Credo che ad oggi nessuno possa dare ancora un giudizio del suo lavoro facendo riferimento a iniziative concrete portate avanti da lui come Ministro. Il tempo è troppo breve per dare giudizi, anche se l'aver tutelato la sanità, evitando i tagli che si sono abbattuti su altri ministeri, è già un buon risultato. Ma la Sanità, come altri Ministeri, ha bisogno di tempi lunghi per mostrare la qualità del lavoro che svolge. La tutela della Salute è un obiettivo delicato, con una infinità di sfaccettature e bisogna stare attenti a salvaguardarla con un approccio di tipo globale, evitando squilibri che potrebbero compromettere alcuni settori a vantaggio di altri.

Speriamo che il Ministro individui alcune priorità su cui concentrare la sua attenzione nel tempo di governo a sua disposizione: poco più di un anno, per cui è necessario che individui bene gli obiettivi su cui vuole intervenire con

coraggio e con la necessaria determinazione. A me piacerebbe segnalargliene tre, non sono ovviamente gli unici!, ma possono avere un forte impatto sul piano del cambiamento di sistema: un segnale forte di lotta agli sprechi, tenendo conto che in sanità gli sprechi si identificano con quelle spese non-necessarie, che sembrano urgenti solo quando si vuole accontentare qualcuno, per soddisfare interessi personali o di area, certamente non quelli dei pazienti! Lo spreco diventa evidente quando si leggono con modalità comparativa i bilanci regionali della sanità e si confrontano i costi sostenuti a tutti i livelli: dal personale, alle ristrutturazioni di natura edilizia, dall'aggiornamento tecnologico all'acquisto di farmaci e di presidi vari. Sembra davvero che ci siano non una ma venti Italie... ognuna con i suoi privilegi e le sue storture, e non è accettabile; un segnale altrettanto forte sul piano del governo clinico, soprattutto per quanto attiene alle nomine di direttori e primari, e poi al giro di assunzioni del personale tutto. La competenza in sanità dovrebbe costituire uno dei quei valori non negoziabili che servono a tutelare la vita dei pazienti e in generale dei cittadini. Il vero scandalo in sanità non sono solo le nomine di natura politica – che andrebbero abolite –, quanto la complicità gravissima di una politica che, potendo scegliere i migliori, si accontenta di soddisfare le proprie piccole lobby elettorali, mettendo a repentaglio la vita della gente; un terzo segnale, infine, vorrei che venisse nei confronti dello spostamento del baricentro dalla assistenza ospedaliera ad alta tecnologia all'assistenza territoriale, includendo la medicina di famiglia e l'assistenza domiciliare; oggi gli anziani, le patologie croniche e degenerative, la disabilità e la medicina palliativa richiedono nuovi standard di attenzione e di cura; servono nuovi modelli di cura e di assistenza, che aiutino anche a rivitalizzare le iniziative di prevenzione, permettendo diagnosi precoci e interventi tempestivi.

La sanità per il momento è stata tenuta fuori da ulteriori tagli. Qualora il governo decidesse di intervenire in questa materia secondo lei, quali sarebbero gli interventi più urgenti?

Fermo restando quanto detto sopra: un governo clinico più onesto e competente, lotta agli sprechi, e potenziamento della medicina territoriale, credo che la sanità non possa tollerare ulteriori tagli. C'è piuttosto bisogno di maggiori risorse che potrebbero essere reclutate da altri settori del bilancio dello Stato, tenendo conto che la salute dei cittadini è un diritto previsto dalla nostra Costituzione, all'articolo 32.

Crede che il Ssn, così come altri importanti settori della PA, penso alla scuola, considerate le difficoltà economico-finanziarie sia a rischio tenuta?

Credo che quando il Presidente della Repubblica e il Capo del Governo si appellano ai cittadini chiedendo loro di fare la loro parte in un momento come questo, indubbiamente grave e difficile, in uno scenario del tutto nuovo del nostro quadro politico, non pensino solo alle maggiori tasse che tutti abbiamo già cominciato a pagare, ma anche ad un diverso modo di affrontare il lavoro e le sue responsabilità. Il Ssn, la Scuola, la PA per citare tre aspetti tra i più importanti del Paese, richiedono ai rispettivi operatori di fare ancora una volta uno sforzo di creatività, mettendo in gioco la propria disponibilità per farsi carico concretamente del Bene comune del Paese. Non si tratta di slogan facili, ma di impegni ben precisi, che definiscono il profilo di professionalità di ognuno di noi. Molta gente sta perdendo il proprio posto di lavoro, altrettanta gente non riesce a trovare un lavoro, chi invece ha un lavoro, un lavoro importante, concreto e prestigioso come è quello di chiunque lavori in sanità, o nella scuola e nei diversi ambiti della PA, dovrà provare a lavorare con rinnovato senso di responsabilità, risolvendo i problemi che si trova davanti con spirito di iniziativa, con senso di collaborazione e con una indubbia fantasia adattativa. Non sarà facile, ma anche da questi aspetti si deve notare la ripresa morale di un Paese, capace di aiutarsi da sé senza attendersi soluzioni miracolistiche. L'Italia in momenti drammatici ha già compiuto altre volte un vero e proprio miracolo proprio sul piano economico, e lo ha compiuto perché tutti si sono sentiti protagonisti di un progetto in cui nessuno diceva agli altri cosa occorresse fare, ma ognuno si sentiva chiamato in causa a dare il massimo di sé, pensando al proprio futuro, ai propri figli, ecc..

La scuola terrà, come terranno i nostri ospedali, e tanti altri settori, perché c'è gente eccellente che ci lavora con passione e dedizione, gente che ha sempre dato molto più di quanto non abbia ricevuto dallo Stato, anche quando era in condizioni migliore di queste...

Quali pensa che saranno i nodi più critici del confronto tra governo e regioni per il nuovo Patto per la Salute?

I punti critici del nuovo Patto per la salute tra Governo e Regioni penso che possano attestarsi sui tre classici aspetti che caratterizzano la dialettica Stato-Regioni. Il rispetto delle reciproche autonomie, in un contesto in cui le Regioni rivendicano la propria autonomia, senza essere in grado di assumersene sempre la rispettiva responsabilità; nonostante l'ampio dibattito sul federalismo fiscale ci si dimentica spesso con quanta facilità le regioni siano andate in rosso sul piano della sanità, venendo meno a dei precisi impegni presi con i cittadini della propria regione... E poi la complessiva riduzione delle risorse nel trasferimento dei fondi dallo Stato alle regioni, con tutte le difficoltà che questo ha creato soprattutto nel vasto campo delle politiche sociali, che hanno drasticamente ridotto i servizi o ne hanno abbassato il livello di qualità, scaricando sulle famiglie gli oneri di cura che non possono assolutamente essere differiti; c'è un bisogno ormai urgente di definire i nuovi LEA, per i quali per esempio il governo precedente non ha fatto nulla di concreto, salvo annunciarli di volta in volta...E infine l'azione di freno sui processi di modernizzazione indispensabili alle regioni per non essere tagliate fuori sia dalle politiche di sviluppo economico

indispensabili per reggere la concorrenza con contesti produttivi analoghi più sviluppati in altri Paesi, sia dalla qualità dei servizi da offrire ai cittadini, privati di beni che appaiono spesso essenziali per la loro sopravvivenza, in particolare per le fasce più deboli.

Il ministro Balduzzi nelle audizioni parlamentari ha parlato di compartecipazione alla spesa ipotizzando una rimodulazione dei ticket. Qual è la sua opinione in merito?

L'articolo 32 della nostra Costituzione mentre riconosce che la salute è un diritto di cui lo stato deve farsi carico, precisa con molta chiarezza che ciò implica "cure gratuite agli indigenti". E' evidente che oggi il bilancio dello Stato non è in grado di assicurare tutto gratis a tutti e quindi diventa necessario chiedere ai cittadini una certa compartecipazione alla spesa, anche attraverso la rimodulazione dei ticket. Ma questo pone nuove domande e nuove sfide sul piano dell'equità e della retta amministrazione, per evitare che si crei la più odiosa delle discriminazioni, quella tra ricchi e poveri proprio sul piano della salute. Già in queste prime settimane, ad esempio, abbiamo visto fiorire una babele di ticket nelle diverse regioni per le stesse prestazioni, a prescindere dalla qualità e dalla tempestività con cui vengono offerte. Evidentemente i ticket regionali dovrebbero essere in qualche modo uniformati sia per standard di qualità che per costo reale, ma poi dovrebbero fare riferimento a fasce di reddito diverse e su queste fasce di reddito andrebbe fatto un controllo scrupoloso. Basta pensare a quanto è accaduto in questi giorni davanti all'inasprirsi dei controlli fiscali, in cui abbiamo visto finti poveri godere di privilegi insopportabili. La sanità costituisce un costo molto pesante per i bilanci regionali, dove oscilla tra l'80 e il 90%, ma è un costo altrettanto pesante per le famiglie che messe davanti alla malattia di qualcuno dei familiari sono disposti a caricarsi qualsiasi costo pur di assicurargli le migliori cure possibili. Il Ssn dovrebbe continuare a garantire una assistenza di eccellenza, gratuita, a tutti gli indigenti, proprio come recita la Costituzione, impegnandosi a identificare le nuove classi di indigenti sulla base del reddito, come è ovvio, ma anche sulla base delle patologie di cui soffrono i cittadini. Un reddito al di sotto dei 1400 euro, come quello appena fissato dal recente decreto sulle pensioni, può risultare ridicolmente basso quando si debbono affrontare le cure di disabili gravi, di anziani non autosufficienti, o di malati cronici. Il livello di indigenza non può essere definito solo dall'entità del reddito ma anche dalle condizioni concrete in cui versa una persona o meglio ancora una famiglia. Una famiglia numerosa e un persona sola possono avere situazioni economiche molto diverse, ma non è detto che in certe occasioni la solitudine non costi più della numerosità familiare, mentre in altre situazioni il sommarsi dei bisogni di cura delle persone può rappresentare un livello insostenibile anche per una famiglia comunemente ritenuta benestante.

Qual è la sua valutazione della norma per la liberalizzazione dei farmaci di fascia C modificata nel corso dell'esame alla Camera?

Il Ministro Balduzzi più che di liberalizzazione dei farmaci di fascia C preferisce parlare di apertura del sistema, intendendo in questo modo ridurre la rigidità del sistema delle farmacie, senza però abbassare il livello di qualità del servizio, perché i farmaci non sono certamente un prodotto commerciale come tutti gli altri. Bisogna riconoscere che in precedenza il sistema delle liberalizzazioni aveva enormemente giovato alle farmacie, molte delle quali hanno un'offerta commerciale delle più differenziate. Oggi si va in farmacia per comprare prodotti di profumeria, magari perché li si considera migliori e più sicuri; oppure si va in farmacia a comprare giocattoli per bambini, ovviamente giocattoli selezionati che stimolino le capacità cognitive del bambino in modo più efficace; altre volte si va in farmacia per comprare scarpe, ortopediche ovviamente; o calze e canottiere, sempre rigorosamente elastiche o anallergiche; in farmacia si comprano prodotti dietetici selezionati, e così via... le farmacie, almeno alcune di loro, sono dei supermarket in miniatura, anche se sempre e strettamente al servizio diretto della salute.

Non stupisce che in questo clima le parafarmacie vogliano vendere i famosi prodotti di fascia C, tenendo conto che all'estero è abbastanza facile trovare questo tipo di farmaci anche nei grandi centri commerciali. Personalmente ritengo che vadano salvate almeno due condizioni essenziali, da un lato una selezione attentissima dei farmaci, che pur essendo di fascia C, possono essere venduti fuori dalle farmacie e dall'altro la qualità tradizionale del rapporto tra cliente-paziente e farmacista. Da sempre una parte significativa dell'educazione alla salute è fatta dal farmacista che risponde alle domande del paziente-cliente, che illustra gli effetti del farmaco, ne spiega le eventuali controindicazioni, magari avendo presente tutta la lista dei farmaci che il paziente assume. Verifica alcune condizioni della prescrizione, pone delle domande ben precise sapendo che il suo non è un ruolo puramente commerciale: per questo non sarebbe necessaria una laurea in farmacia, che resta comunque una laurea tutt'altro che semplice da conseguire. Si sente a tutti gli effetti responsabile della salute del paziente e non solo un mero operatore commerciale. Per questo serve anche un clima, un'atmosfera di serietà tutt'intorno che non sempre è ipotizzabile in un centro commerciale, dove potrebbe prevalere la fretta del compro e fuggo o del vendo e chiudo. Ci sono dei dati che evidenziano come la distribuzione di certi farmaci nei centri commerciali ne ha fatto aumentare il consumo, o per lo meno l'acquisto, in assenza di dati oggettivi sul piano della prescrizione o del quadro epidemiologico. Ci sono tipologie di pazienti che per le più svariate ragioni esigono un rispetto particolare in fatto di discrezione e di riservatezza e anche questo: sono anziani, oppure hanno malattie di cui si vergognano un po', o più

semplicemente sono particolarmente riservati e non vogliono intrusioni nella loro vita personale. Sono tutte condizioni che vanno tenute presenti proprio per rispetto alla dignità di ognuno, soprattutto quando è malato.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Liberalizzazioni. Catricalà: “Decreto il 20 gennaio”. Balduzzi: “Stavolta convinceremo tutti”

Liberalizzazioni avanti tutta. Il Governo conferma la volontà di procedere per decreto. E lo farà il 20 gennaio. Ma i farmacisti non ci stanno e ribadiscono che il settore è già ampiamente liberalizzato. Confronto serrato ieri sera in Tv alla vigilia dei nuovi provvedimenti della "fase 2".

10 GEN - Le liberalizzazioni che verranno sono state protagoniste ieri sera anche in Tv. Con il ministro della Salute **Renato Balduzzi** e la presidente di Federfarma **Anna Rosa Racca**, all'Infedele di Gad Lerner su La7 e il sottosegretario alla presidenza del Consiglio **Antonio Catricalà** da Bruno Vespa a Porta a Porta su Rai1.

La notizia l'ha data quest'ultimo, confermando le anticipazioni dei giorni scorsi: “Le nuove liberalizzazioni si faranno il prossimo 20 gennaio, per decreto legge, per consentire ai nostri cittadini di ottenere i giusti sconti, perché sulle farmacie non si tratta di ampliare i mercati ma di ridurre i prezzi”. E per ottenere questo risultato “ci sarà anche un aumento della pianta organica”.

Più soft e meno decisi i toni del ministro Balduzzi che ha comunque ribadito l'intenzione del governo di rimettere le mani alle norme sulle farmacie. “Ma ce la farete?”, l'ha incalzato Lerner. “Sì, perché crediamo nella bontà della proposta e nella sua forza culturale e politica, e riusciremo a far capire” anche in Parlamento “che non è una battaglia contro qualcuno ma una battaglia nell'interesse di tutti”. E sì, il Parlamento, perché è lì che il decreto Monti rischiava addirittura di cadere proprio sulle farmacie. Lo ricorda lo stesso Balduzzi: “Si era creata una forte spaccatura, molto netta, nella maggioranza che sosteneva il Governo Monti”, per questo “il Governo ha deciso di fermarsi. Ma non di fare marcia indietro. Solo di fermarsi per il momento”.

Nell'ambito dell'approvazione della manovra, le norme sulle liberalizzazioni stavano creando “una forte spaccatura, molto netta, nella maggioranza che sosteneva il Governo Monti”, mettendo a rischio l'iter di tutto il provvedimento. Per questo “il Governo ha deciso di fermarsi. Ma non di fare marcia indietro. Solo di fermarsi per il momento”.

Detto questo “nessuno ha mai pensato dentro il Governo di scardinare il sistema della dispensazione del farmaco nel nostro Paese – assicura Balduzzi - perché è un elemento importante del Servizio sanitario nazionale. Però il sistema farmacia è troppo rigido e troppo chiuso e i farmacisti stessi lo riconoscono”. Balduzzi ha quindi confermato che l'obiettivo è quello di garantire un vantaggio ai cittadini attraverso la possibilità di prezzi più vantaggiosi. Come in parte già garantito con la manovra approvata a dicembre. “Nell'art. 32 della manovra – ha spiegato il ministro - abbiamo inserito poi la possibilità di fare sconti sui farmaci di fascia C, a certe condizioni e con certe garanzie, proprio per non dare semplicemente l'impressione che si trattasse di una manovra volta solo a dare aria a danni di qualcuno ma che era una manovra volta all'interesse di tutti”.

Ma per **Racca**, tutto ciò deve avvenire “all'interno di una struttura, che è la farmacia”. “Monti – ha proseguito - ha parlato recentemente della necessità di un grande equilibrio nell'azione di governo. Noi siamo d'accordo con l'ammodernamento del sistema e sulla necessità di andare incontro alle esigenze dei cittadini e siamo stati i primi a dire di aprire più farmacie. Ma serve per l'appunto equilibrio e per le farmacie quell'equilibrio è stato fissato dall'Europa con due sentenze fondamentali della Corte di Giustizia europea che hanno stabilito che ci fosse una regolamentazione delle farmacie e che le farmacie fossero indipendenti. Queste regole hanno permesso di garantire l'assistenza farmaceutica in tutte le aree del paese attraverso 18 mila farmacie sparse su tutto il territorio nazionale”. “Lerner - ha poi chiosato Racca – adesso sono le 11 di sera, lo sa che ci sono 3 mila farmacie aperte per dare servizio e assistenza ai cittadini?”. E poi ricordiamoci che le “farmacie non hanno più il monopolio dei farmaci, e non lo hanno da tanti anni. Perché i farmaci innovativi sono distribuiti dalle strutture pubbliche, gli Otc e i Sop sono usciti dalla farmacia tanti anni fa, perché i vaccini sono distribuiti anche fuori dalle farmacie, perché anche la fascia C è stata comunque liberalizzata dalla scorsa manovra. E liberalizzata con ragionevolezza”. “Abbiamo apprezzato – ha sottolineato - la posizione del Governo, che ha affidato al ministero e all'Aifa il compito di stabilire quali farmaci rimarranno in farmacia e quali potranno invece uscire”. Insomma per Federfarma, la liberalizzazione è già in atto e non serve nessun'altra manovra.

Quanto a una delle questioni più contestate riguardanti le farmacie, cioè l'ereditarietà della sede, Racca ha poi precisato che “in realtà solo il 15% delle sedi viene ereditato. Il 65% è acquistato e il 20% vinto per concorso”. Ma, ha ribattuto il **ministro della Salute Balduzzi**, “è nei dettagli che l'ereditarietà dimostra i suoi limiti, come con la norma che prevede che per due anni, pur non avendo i requisiti, qualcuno possa tenere la titolarità o la quota della farmacia per eredità. Questo va assolutamente modificato”.

Il Sole
24 ORE

Sanità

10 gennaio 2012 - ore 6,13

Relazione sulla situazione economica del Paese 2010: frena la spesa sanitaria

Con un disavanzo di 2,32 miliardi il 2010 si conferma anche secondo i dati della Relazione sulla situazione economica del Paese, l'anno della maggiore frenata di spesa. Il dato è lo stesso già fornito prima dell'estate dalla Corte dei conti a cui l'Economia aggiunge nel dettaglio gli andamenti per singole voci di spesa (per le tabelle e gli approfondimenti v. IL SOLE-24 ORE SANITA' n. 1/2012).

Personale. La spesa ammonta a 36,618 miliardi, con un incremento dell'1,2% rispetto al 2009 (un incremento del 2,6% si era registrato nel 2009 rispetto al 2008) per l'incidenza degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dirigente 2008-2009 sottoscritti nel 2010 e l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale 2010. Sul 2009 aveva pesato, invece, il rinnovo contrattuale del personale non dirigente 2008-2009. La spesa del solo personale sanitario assorbe circa l'80% di quella complessiva per il personale.

Beni e servizi. A questa voce sono andati nel 2010 32,911 miliardi con un incremento dello 0,2% (nel 2009 rispetto al 2008 l'incremento era stato del 4,7%). Per quanto riguarda i "beni" l'incremento è stato del 4,8% rispetto al 2009 quando però si era registrato un aumento del 7,3% rispetto al 2008. Alla minore crescita hanno contribuito secondo la Relazione - oltre alla distribuzione diretta dei farmaci - le procedure di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie soprattutto nelle Regioni con Piani di rientro che hanno incentivato o coordinato l'aggregazione tra aziende negli acquisti, oltre che gli interventi di razionalizzazione dell'offerta sanitaria effettuati da alcune Regioni.

Per quanto riguarda i servizi la Relazione li distingue in sanitari e non sanitari, confermando la riduzione di spesa per quelli non sanitari già anticipata su Il Sole-24 Ore Sanità n. 34. Entrambi diminuiscono nel complesso dello 0,9% rispetto al 2009 contro l'incremento registrato in quell'anno del 4,9% sul 2008. Un risultato collegato soprattutto al minore ricorso alle consulenze sanitarie e non sanitarie. Ma a calare di più - o ad aumentare di meno - sono i servizi non sanitari: lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento ecc. salgono del 4,5% contro una crescita l'anno precedente del 6,9%; manutenzioni e riparazioni aumentano del 2,3% rispetto al 7,3% del 2009 sul 2008; il "godimento beni" di terzi aumenta del 3,3%

contro il 6,8% rispetto al 2008. La minore crescita è legata secondo la Relazione soprattutto al minor impiego delle forme di leasing e di "service" da parte delle aziende sanitarie. In diminuzione del 2,4% invece le spese amministrative e generali, assicurazioni, spese legali, utenze telefoniche, altre utenze che l'anno precedente erano aumentate del 4% rispetto al 2008. E si riducono sostanziosamente (da -38,9% a -22,5%) le spese per gli accantonamenti tipici, gli interessi passivi e gli oneri finanziari.

Medicina generale. Il costo complessivo di 6,539 miliardi è incrementato del 2,8% nel 2010, rispetto a un incremento del 4,8% nel 2009, anche in questo caso per l'incidenza dei rinnovi contrattuali contabilizzati in parte sul 2010.

Farmaceutica. Spesi 10,936 miliardi, con una diminuzione dello 0,6% rispetto al 2009. La dinamica dell'aggregato «è influenzata dal rafforzamento della distribuzione diretta dei farmaci in atto nei servizi sanitari regionali», spiega la Relazione.

Specialistica accreditata. È l'unica voce che nel 2010 aumenta di più che nel 2009: 6,1% rispetto al 4,3% dell'anno precedente. La causa: una maggiore «fruizione, in ambito ambulatoriale, di alcune prestazioni ritenute inappropriate in ambito ospedaliero» che affianca il rinnovo delle convenzioni Sumai.

Riabilitativa accreditata. Vale 1,971 miliardi, con un decremento nel 2010 dello 0,4%, in controtendenza rispetto al 2009 che aveva registrato un incremento dello 0,4% rispetto al 2008, anche per effetto di riclassificazioni contabili avviate dal 2008 in alcune Regioni, tra cui quelle sottoposte ai piani di rientro.

Integrativa e protesica accreditata. La spesa è di 1,869 miliardi, con un incremento dello 0,1%, rispetto al 3,3% registrato nel 2009 sul 2008.

Altra assistenza accreditata. Comprende: cure termali, medicina dei servizi, assistenza psichiatrica, agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, ai disabili e comunità terapeutiche. In tutto la spesa è stata di 6,296 miliardi, con un incremento del 5,2% nel 2010 (nel 2009 l'incremento rispetto al 2008 è stato del 5,9%). Anche in questo caso per il consolidamento degli effetti derivanti da alcune riclassificazioni contabili di alcune Regioni a partire dal 2008.

Ospedaliera accreditata. Comprende gli acquisti di assistenza ospedaliera da ospedali classificati, Ircs privati, Policlinici universitari privati e case di cura private accreditate. I costi ammontano a 8,992 miliardi, con un incremento dell'1,9% rispetto al 2009 contro un decremento dello 0,6% tra il 2009 e il 2008. All'incremento ha contribuito «sensibilmente» l'attività svolta, soprattutto dalle Regioni in Piano di rientro, per una migliore regolazione dell'accreditamento dei privati con l'assegnazione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget.

I risultati per le principali voci di spesa (miliardi di euro)

Personale		Beni e servizi	
2007	2010	Diff.	Diff. %
33,83	36,62	2,79	8,24
Medicina generale		Farmaceutica	
2007	2010	Diff.	Diff. %
6,01	6,54	0,53	8,84
Specialistica accreditata		Riabilitativa accreditata	
2007	2010	Diff.	Diff. %
3,73	4,33	0,60	16,04
Integrativa e protesica accreditata		Altra assistenza accreditata	
2007	2010	Diff.	Diff. %
1,67	1,87	0,20	12,18
Ospedaliera accreditata		TOTALE	
2007	2010	Diff.	Diff. %
8,71	8,99	0,29	3,29
102,96	110,46	7,50	7,28

Il Sole **24 ORE**

Sanità

10 gennaio 2012 - ore 6,23

Relazione sulla situazione economica del Paese 2010: l'intramoenia vale 1,13 miliardi

di Roberto Turno (da Il Sole-24 Ore)

Poco più di 1,055 miliardi sono andati ai medici e altri 74,1 milioni sono finiti nelle casse di ospedali e asl. Nel 2010 è costato complessivamente 1,13 miliardi agli italiani pagare di tasca propria ricoveri, interventi chirurgici e visite specialistiche in regime di attività libero professionale dei medici pubblici, la cosiddetta intramoenia. Una spesa che va dai massimi di 33,2 euro a testa in Toscana e di 32,5 in Emilia Romagna, ai minimi di 4,72 in Calabria e di 5 in Molise, per una media nazionale di 18,64 euro pro capite. Quasi 20 centesimi in meno a testa nel giro di 12 mesi. E circa un milione in meno come spesa totale sul 2009, ma con un incasso che per il Ssn è intanto gradualmente diminuito di 122 milioni rispetto al boom di guadagni (1,19 miliardi) del 2007, mentre per i medici e per tutto il personale interessato il ricavo nello stesso periodo è cresciuto di 56 milioni e oggi incassano il 94% dell'intera somma contro l'87% del 2004.

A rivelare per la prima volta l'andamento economico nel 2010 dell'attività libero professionale intramuraria dei medici pubblici - come anticipato in un ampio servizio del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» da oggi in distribuzione (www.24oresanita.com) - è la «Relazione generale sulla situazione economica del Paese nel 2010» del ministero dell'Economia, che curiosamente quest'anno è arrivata solo a fine dicembre proprio negli stessi giorni in cui il Consiglio dei ministri, col decreto legge milleproroghe, concedeva un anno in più di tempo (per tutto il 2012) per poter esercitare l'attività intramoenia negli studi privati dei medici e nelle strutture esterne e convenzionate con l'azienda sanitaria. Le Regioni in ritardo, peraltro, avranno tempo fino al 21 dicembre 2014 per attivare gli spazi per l'intramoenia all'interno di ospedali e asl: in cima alle inadempienti figuravano a fine 2010 Calabria, Sicilia, Campania e Abruzzo.

Stando ai dati ufficiali del Governo - che conferma il dato già noto del deficit sanitario totale 2010 di 22,32 miliardi - l'intramoenia ha segnato in questi anni un andamento a due velocità. Dal 2004 al 2007 c'è stata una vera e propria escalation: in quattro anni gli incassi sono saliti

da 931 milioni e 1,19 miliardi, con una quota per il personale cresciuta da 815,6 a 999,6 milioni, mentre la parte spettante ad asl e ospedali è salita da 115,6 a 196,7 milioni. Con i cittadini che intanto in quattro anni hanno pagato di tasca propria 4 euro in più a testa: dai 16 euro del 2004 ai 20,2 del 2007. Dall'anno del boom degli incassi per medici e Ssn, poi, con l'applicazione della legge 120 del 2007 la curva ha cominciato a scendere e sostanzialmente a stabilizzarsi: 1,121 miliardi totali nel 2008, 1,131 nel 2009 e quindi 1,129 nel 2010. Con la quota rimasta nelle casse del servizio pubblico che però è contemporaneamente precipitata dai 196 milioni del 2007 ai 59,4 del 2008, per risalire ancora a 66,3 milioni nel 2009 e a 74,1 nel 2010. Mentre per il personale sanitario il guadagno dal 2008 (1,061 miliardi) al 2010 (1,055) è rimasto pressoché stabile, ma con 56 milioni in più in tre anni e 240 milioni aggiuntivi dal 2004.

Tra le Regioni a incassare di più è la Lombardia con 218 milioni, seguita da Emilia Romagna (143,8) e Toscana (124,6). Mentre il Molise realizza appena 1,63 milioni e la Basilicata 4,4. Sempre in Lombardia ai medici va la quota totale più alta con 235 milioni, seguita da Emilia Romagna (114 milioni) e Lazio (112). Emilia Romagna (29,5 milioni) e Toscana (27,4) realizzano però i maggiori incassi in favore di asl e ospedali, anche più della Lombardia (16,8 milioni su 218 totali), e sono anche in testa alla classifica come spesa pro capite a carico dei cittadini. Al Sud, dove gli spazi per l'intramoenia pubblica mancano di più, se non del tutto, vanno gli incassi più bassi: appena 190mila euro per asl e ospedali in Molise, 500mila euro in Sicilia, 1 milione scarso in Calabria. Da dove, poi, gli abitanti emigrano di più in cerca di cure fuori regione.

Le cifre dell'intramoenia

Anno 2010. Incasso totale in milioni e in rosso spesa procapite in euro

Lombardia	218,24	22,03
Emilia R.	143,80	32,58
Toscana	124,69	33,26
Piemonte	112,85	25,34
Veneto	111,87	22,66
Lazio	102,75	17,93
Campania	49,07	8,41
Puglia	45,60	11,15
Sicilia	44,68	8,85
Liguria	39,99	24,74
Marche	35,93	22,70
Friuli V. G.	26,60	21,52
Abruzzo	16,02	11,95
Sardegna	15,01	8,96
Umbria	13,13	14,47
Trento	9,78	18,49
Calabria	9,49	4,72
Basilicata	4,44	7,55
Valle d'Aosta	3,27	25,58
Molise	1,63	5,09
Bolzano	0,97	1,92
Italia	1.129,85	18,64

Fonte: elaborazione Il Sole 24 Ore Sanità su dati della relazione generale sulla situazione economica del Paese nel 2010, dicembre 2011



SANITÀ

Pagamenti delle Asl: Napoli e Caserta maglia nera d'Italia

DI REDAZIONE IL DENARO – LUNEDÌ 9 GENNAIO 2012

Ritardi nei pagamenti dei fornitori di beni e servizi: □ la Asl Napoli 1 centro (con 1.676 giorni di ritardo di media) e l'azienda ospedaliera San Sebastiano di Caserta (con 1.414 giorni) sono maglia nera in Italia. La Asl metropolitana con 4 anni e sette mesi di ritardo segna un vero e proprio record storico (in negativo) che si ripercuote fortemente sulla tenuta del tessuto produttivo dell'indotto, siano essi fornitori di servizi (centri accreditati delle Asl) siano essi fornitori di presidi sanitari (sia Asl sia ospedali). I dati forniti dalla Cgia di Mestre non fanno altro che confermare quanto più volte denunciato dallo stesso assessore regionale al Bilancio Gaetano Giancane sulla drammatica situazione dei conti della Sanità soprattutto a Napoli 1. A Salerno, dove pure la situazione è grave, la cura messa in atto dal commissario Maurizio Bortoletti, fresco di conferma nel ruolo di commissario, sta dando buoni frutti attenuando l'onda d'urto della crisi finanziaria.

LA CLASSIFICA

La graduatoria dei tempi di pagamento applicati alle imprese fornitrici di dispositivi medici stilata dalla Cgia di Mestre sulle 286 aziende sanitarie d'Italia fotografa impietosamente la situazione. Solo due Asl su 286, pari allo 0,7 per cento del totale,

pagano le imprese fornitrici entro 60 giorni (sono quelle di Crema e Mondovì) così come previsto dalla recente direttiva europea che il nostro Parlamento deve ancora recepire. Due su tre Asl, peggiori pagatrici d'Italia, sono dunque in Campania. A seguito dei ritardi dei pagamenti è di circa 40 miliardi di euro l'importo che le aziende private avanzano dalle Asl italiane. Tra le realtà sanitarie che onorano le fatture ricevute dai propri fornitori dopo mille giorni, la Cgia segnala l'azienda ospedaliera Federico II di Napoli (1.321 giorni), l'ospedale di Cosenza (1.257 giorni), l'Asl di Salerno (1.157 giorni), l'Azienda Ospedaliera Pugliese di Ciaccio-Catanzaro (1.038 giorni) e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza (1.033 giorni).

CRISI DI LIQUIDITA'

I ritardi influiscono negativamente sulla liquidità e stanno complicando la gestione finanziaria delle imprese fornitrici. Inoltre, questi effetti negativi sono aumentati considerevolmente proprio in questi ultimi mesi di recessione economica, visto che l'accesso a qualsiasi forma di credito è diventato più difficile. Di regola le Pubbliche amministrazioni godono di flussi di entrate certe, prevedibili e continui rispetto alle imprese private. Per questo non sono più tollerabili questi tempi di pagamento, oltre a mettere in grosse difficoltà le aziende interessate, moltissime Asl stanno creando delle distorsioni alla concorrenza non più giustificabili".

Intanto, la Regione prosegue il cammino intrapreso per il ripiano del debito e a fine anno, a fronte di anticipazione di cassa effettuate nel corso dell'anno ha appostato in bilancio, sulla spesa corrente, liquidità per oltre 2 miliardi di euro. Per la maggior parte si tratta di somme relative a spese correlate ad entrate con vincolo di destinazione già accertate e non impegnate da iscrivere nel bilancio del corrente esercizio finanziario. Non solo, sempre a fine anno Palazzo Santa Lucia ha affidato a una ardita variazione di bilancio per l'ammontare di 41,5 mln in termini di cassa e per l'importo di euro 365,2 in termini di cassa una nuova iniezione di liquidità per le disastrose casse della sanità campana. Euro che servono a copertura della spesa corrente drammaticamente sottostimata rispetto al fabbisogno e comunque, come si legge nell'atto deliberativo (il n. 741 del 29 dicembre) "non sufficientemente dotato per far fronte ad obbligazioni in corso di perfezionamento o che si perfezioneranno nel corso dell'anno". In particolare l'atto di giunta rimanda ad una compensazione tra diversi capitoli del bilancio di cui due decurtati per 8,1 mln, il terzo tagliato per 41,5 mln e il quarto privato della dotazione di 357,1 mln. Fanno da contrappunto incrementi per 8,1 mln, 41,5 e 365,2 mln.

A ben leggere negli allegati a rimetterci non sono solo i capitoli di bilancio destinati a spese evitabili (dal settore raccolta dei funghi alle poste destinate al funzionamento di associazioni, da quelle per la gestione del Commissariato a quelle per vari comitati) ma anche i capitoli destinati all'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo e destinati ai malati terminali. Una misura, quest'ultima, che potrebbe rivelarsi un boomerang alimentando la migrazione extra regione. Incongruenza che non sfugge all'europarlamentare del Ppe Crescenzo Rivellini: "La decurtazione arriva

senza alcuna preventiva analisi della congruità e quantità delle somme. Si rischia di staccare la spina a chi oggi soffre e non ha la possibilità economica di sostenere le cure.” Rivellini chiede un appuntamento urgente con il commissario ad acta per la Sanità affinché “le spese essenziali vengano immediatamente ripristinate”. In effetti Caldoro è chiamato a fronteggiare una situazione grave: oltre allo sbilancio pregresso bisogna fronteggiare la drammatica carenza di liquidità a copertura della spesa corrente.

FORNITORI A SECCO

Non bastano dunque i 300 milioni del Fas impiegati dalla Regione prima di Natale per dare ossigeno ai fornitori di beni e servizi e per rispettare gli accordi stipulati all’inizio dello scorso anno finalizzati al progressivo azzeramento del debito pregresso. Gli operatori della sanità privata lamentano la mancata applicazione del decreto 12 del febbraio del 2011, relativo alla definizione del piano di pagamenti dei crediti sanitari in base alle previsioni del decreto salva-spesa n. 78 del 2010. Quest’ultimo da un lato stabiliva l’impignorabilità delle somme da parte degli erogatori del Servizio sanitario nazionale (prorogato fino a fine 2012) nelle azioni coattive volte al recupero giudiziale dei crediti, dall’altro impegna la Regione Campania, sottoposta al piano di rientro, a completare la ricognizione della massa debitoria entro e non oltre il 31 ottobre 2010. “Le associazioni di categoria, sin da allora, si sono adoperate a bloccare ogni forma di protesta – avverte Antonio Gambardella dirigente Aspat, ed a collaborare fattivamente alla stesura del citato provvedimento regionale, fissando i reciproci impegni nell’accordo del 16 maggio 2011.

A tutt’oggi la struttura commissariale non ha ancora predisposto l’accordo quadro transattivo sebbene le associazioni hanno fornito l’entità dei crediti vantati dalle strutture loro iscritte al 31 dicembre del 2010 e confermato la disponibilità dei Centri associati a dar luogo alla fase operativa”. L’Aspat, pertanto, invita la struttura commissariale a convocare le associazioni di categoria entro il 15 gennaio 2012 per la stesura degli accordi di attivazione del decreto 12 2011. “In caso contrario – conclude Pier Paolo Polizzi, presidente Aspat, non potremo evitare la ripresa delle iniziative di tutela legale e di lotta degli operatori per il riconoscimento dei loro diritti in tutte le forme consentite, finanche attraverso il ricorso alla Corte europea”.

Piani di rientro sanitario Rilievi alle Regioni

Ministero della Salute

Una serie di rilievi ai piani di rientro sul disavanzo sanitario di 5 Regioni (Lazio, Campania e Piemonte, Puglia e Calabria) sono stati fatti dai tecnici del ministero della Salute e dell'Economia nell'ultima verifica. Secondo fonti del ministero della Salute si tratta di verbali di monitoraggio «che periodicamente accertano l'andamento della situazione dei piani delle Regioni. Non si tratta di una bocciatura - hanno fatto sapere dal dicastero - ma è un giudizio articolato più complesso con luci e ombre che riguardano tutte le realtà locali». Il disavanzo sanitario rappresenta uno dei fattori di maggiore preoccupazione per la tenuta del bilancio regionale della Campania, ammonta infatti a circa un miliardo di euro, una cifra enorme. Per ripianare il deficit la giunta Caldoro ha effettuato una serie di importanti interventi di razionalizzazione e contenimento dei costi, azioni di risanamento che sono state intraprese d'intesa con il Ministero della Salute e quello dell'Economia.



PESCARA. «I dati della mobilità passiva che circolano sono parziali. I riferimenti economici fanno capo ai saldi (cioè al differenziale) fra mobilità attiva (in entrata) e mobilità passiva (in uscita)». Lo dice il segretario della Cisl Fp Sanità **Davide Farina**.

«Per cui quando impropriamente si afferma che la mobilità passiva per l'anno 2010 ammonta a 67 milioni di euro è errato e del tutto fuorviante. In verità l'esborso che la Regione Abruzzo avrà per questa voce si aggira sui 167 milioni di euro per il 2010, circa 180 milioni per il 2011 e 200 milioni per il 2012, ovvero circa il 10% della spesa sanitaria complessiva ed il 16% del costo di quello ospedaliero».

Il programma nazionale esiti dell'Agenas stabilisce che la mobilità passiva abruzzese è strutturata soprattutto per patologie di media e bassa complessità individuandole



Davide Farina, responsabile Cisl Sanità

Cisl Sanità: cresce la mobilità passiva

Farina: il dato reale è di 167 milioni. Incomprensibili i vincoli imposti al tetto di spesa dei privati per prestazioni extraregionali

per singole tipologie di ricoveri. Per la Cisl Fp, dice Farina, «allo scopo di ridurre detta passività, si dovrebbe in primo luogo lavorare sulla riorganizzazione ed efficientamento del servizio sanitario pubblico eliminando liste d'attesa, migliorando le dotazioni delle sale operatorie dei presidi ospedalieri unitamente a scelte dei vari Direttori delle Asl sul personale medico che

si attestino sulle qualità e sulle professionalità degli operatori piuttosto che sulle appartenenze o espressioni della politica. In secondo luogo occorre liberalizzare i vincoli imposti al tetto di spesa degli erogatori privati per prestazioni sanitarie extraregionali o, quantomeno, focalizzare tale libertà su quegli interventi che producono una reale passività in riferimento allo studio del-

l'Agenas». Resta dunque «incomprensibile», dice Farina «come per il secondo anno consecutivo si imponga un tetto di spesa per i "fuori regione" o ancor peggio, si stabilisca un budget per le cliniche private "indifferenziato" tra attività regionale ed extraregionale in assenza di "accordi di confine" con le regioni limitrofe che, viceversa, se stipulati, disciplinerebbero reciproca-

mente i flussi delle prestazioni sanitarie».

La Cisl Fp condanna la posizione «intransigente» assunta dal Commissariato Regionale alla Sanità, mentre «regioni a noi vicine come Marche in primis, Umbria, Emilia Romagna e Lazio, che nei confronti dell'Abruzzo si guardano bene dal sottoscrivere accordi in tal senso, hanno tra loro già firmato, addirittura dal 2006, patti di confine e quindi di "non belligeranza" che li pone al riparo da possibili "politiche aggressive" di sistemi sanitari rivali».

Sanità, è giusto sapere quanto costa curarsi

di **Guglielmo Giumelli**

Si discute in Valtellina e Valchiavenna sulla riforma del sistema ospedaliero. Ulteriore spunto per tale dibattito può essere l'intenzione della Regione Lombardia di consegnare, al momento delle dimissioni, ai cittadini ricoverati in strutture ospedaliere un documento da cui risultano diagnosi, cure da effettuare a domicilio e anche i costi sostenuti per il ricovero e gli interventi. Le discussioni che ne sono seguite hanno visto, grosso modo, due posizioni contrapposte: vi è chi vede in tale documento una violazione della privacy e una sorta di colpevolizzazione del cittadino e chi lo ritiene corretto e anche pedagogico. La legge garantisce a tutti i cittadini il diritto alla cura in caso di malattia, indipendentemente dal reddito. Il finanziamento viene garantito attraverso la tassazione a cui ogni cittadino deve contribuire sulla base del proprio reddito. Il diritto alla salute e alla sua cura (...)

segue a pagina **7**

≡ **[dalla prima pagina]**

Sanità, è giusto sapere...

(...) sancito anche dalla Carta Costituzionale (art. 32), è rimasto inapplicato per lungo tempo. Il sistema sanitario nazionale lo ha concretizzato, dotando l'Italia di una buona sanità, specie se questa viene posta a confronto con quella esistente in altri Stati, a esempio, gli Usa.

E' corretto conoscere quanto costano gli esami di laboratorio, la Tac, gli interventi chirurgici e tutto ciò che attiene la cura della salute in ricovero ospedaliero? Sì, è corretto poiché conoscere quanto costa la cura della propria salute in ospedale dovrebbe rendere più responsabili nella sua difesa.

Infatti, se la difesa di un bene è costosa, significa che tale bene è prezioso per cui va gelosamente custodito e difeso. E' corretto conoscere quanto è costato un intervento, un farmaco che ci ha salvato la vita. Quantificare tali costi in una società in cui, spesso e scorrettamente, tutto è ridotto a quan-

tità può essere utile. Aiuta a capire (quantificando) che non si può accettare sprechi, spesso anche consistenti, poiché questi potrebbero, specie in situazioni di scarse disponibilità finanziarie, negare il diritto alla cura della salute ad altre persone.

A volte ci si trova in situazioni in cui è obbligati a fare delle scelte stante la scarsità di disponibilità finanziarie. Tali scelte possono aiutare a comprendere che non è l'abbondanza di esami, di cure, di farmaci che garantisce la salute. Sono solamente esami, cure, farmaci che servono e che se sono veramente efficaci. La conoscenza dei costi può aiutarci a far sì che i soldi messi a disposizione non siano sprecati in esami, farmaci non sempre utili alla salute e che i risparmi che derivano dalla riduzione di tali sprechi possano garantire cure necessarie e ricerca e, quindi, far sì che il Sistema sanitario nazionale possa continuare a garantire a tutti il diritto alla salute.

Guglielmo Giumelli

NORD E SUD, CHI PUÒ PAGARE E CHI NO LA SANITÀ È SEMPRE PIÙ INEGUALE

 Sarà sempre più una Sanità a due velocità. Con cittadini di serie A e di serie B, in base alla Regione in cui si vive. Con differenti prestazioni in base alla disponibilità economica. Malati ricchi e malati poveri. A partire dai nuovi ticket: le Regioni si stanno regolando con tariffe diverse, ma non in base ai redditi. Bensì in base ai bilanci: quelle con i conti in rosso faranno pagare di più. E spesso sono anche quelle con la Sanità meno efficiente. Il ministero sta studiando un meccanismo basato su reddito e numero di familiari, ma per ora la logica è questa.

Poi le liste di attesa, che restano un problema drammatico nel nostro Paese: chi può pagare, ottiene privatamente le cure a cui non ha accesso immediatamente nella sanità pubblica, per tutti gli altri la prevenzione e gli accertamenti clinici stanno diventando quasi inaccessibili. Il tutto aggravato dalle disparità territoriali. Il Nord e il Sud della Sanità. Che emerge chiaro nell'accesso alle cure innovative, un problema che in oltre 30 manovre di tipo economico che hanno riguardato la Sanità negli ultimi dieci anni non è mai

stato affrontato efficacemente. Le prestazioni previste dai Livelli essenziali di assistenza (i famosi Lea) andrebbero verificate per non costringere i pazienti alla migrazione sanitaria, che spinge ogni anno circa un milione di persone dal Sud al Nord. Altro esempio: i prontuari farmaceutici. Ogni Regione ha il suo, basato sul principio di limitazione della spesa e non su quello di efficacia e qualità delle cure. Ne derivano paradossi inaccettabili: zone in cui non si accede a farmaci che invece sono prescrivibili in altre zone e in tutto il resto d'Europa. Eppure, basterebbe solo individuare i farmaci davvero innovativi. Diversi studi scientifici, infatti, indicano che solo il 28% dei nuovi prodotti è davvero tale.

Tornando alle liste d'attesa, perché non applicare correttamente la legge sull'attività libero-professionale che obbliga i medici a eseguire nel privato un numero di visite non superiore a quelle che svolgono nel pubblico? Già questo potrebbe ridurre liste ed attese.

Mario Pappagallo

© DI SOLUZIONE RISERVATA



Gli aumenti resteranno per tutto il 2012. L'addizionale Irpef sale ancora: Campania da record

Ticket, stangata confermata

Caldoro proroga i rincari: dovevano finire a dicembre

Confermati anche per tutto il 2012 i rincari sui ticket della Sanità. E' quanto ha deciso il governatore Caldoro, in qualità di commissario ad acta: i conti del comparto in Campania sono ancora in rosso e da Roma non arrivano risorse tali da poter garantire un riequili-

brio. I rincari dovevano invece cessare già a dicembre scorso, avendo peraltro un carattere di "straordinarietà". La manovra di Monti ha aumentato ulteriormente l'addizionale Irpef che era già la più cara d'Italia.

DE MAIO A PAGINA 9

Ticket, confermata la stangata

Prorogati i rincari che dovevano cessare a dicembre

LA REGIONE BATTE CASSA

di Clemy De Maio

Chi aveva creduto alle previsioni regionali, che limitavano a un anno gli aumenti straordinari sui ticket, deve ricredersi. La "stangata" continuerà, e resterà in vigore almeno per tutto il 2012.

Lo ha deciso il presidente della Regione, Stefano Caldoro, nella qualità di commissario *ad acta* per il piano di rientro dal deficit sanitario. Con un decreto commissariale, ha preso atto che i conti della sanità campana non sono ancora in equilibrio e che le nuove manovre finanziarie, autentica mannaia per i trasferimenti dallo Stato centrale alla periferia, fanno sentire i loro effetti anche sul fondo sanitario nazionale. Conseguenza: anche nel 2012 i cittadini campani pagheranno di più dei connazionali, sia per le ricette farmaceutiche che per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure termali e prestazioni di Pronto soccorso qualora la patologia sia qualificata come "codice bianco", priva cioè dei caratteri dell'emergenza.

Il provvedimento regionale

ha prorogato fino al 31 dicembre i decreti approvati nel settembre del 2010, che fissavano a due euro il contributo per l'acquisto di medicinali, a dieci quello per visite specialistiche e accertamenti, a cinquanta il ticket dei codici bianchi. Importi a cui vanno aggiunti - per visite e accertamenti - gli ulteriori dieci euro introdotti dalla normativa nazionale. La stangata del 2011 non è però bastata a mettere in pareggio i conti. «L'attività di razionalizzazione della spesa e di contrasto agli sprechi della sanità effettuata in Regione - si legge nel decreto che rinnova gli aumenti - ha permesso di conseguire apprezzabili risultati, tant'è che il deficit del settore sanitario regionale, pari a circa 1.800 milioni nel 2005, si è notevolmente ridotto, fino a 496 milioni nel 2010, con una previsione di disavanzo inferiore ai 300 milioni per il



2011». Tuttavia, «benché sia in corso una intensa e proficua attività di risanamento», «l'equilibrio non è ancora stato raggiunto». Il massimo che si è ritenuto di poter fare è stato non praticare ulteriori aumenti, con la promessa di rivedere l'applicazione dei ticket nel corso dell'anno. All'esame c'è infatti una rimodulazione che riduca il peso sulle famiglie meno abbienti e introduca un meccanismo graduale per cui l'importo da pagare sia commisurato al

valore delle prestazioni.

Per adesso questi accorgimenti non ci sono ancora. Ad essere in vigore è invece l'aumento regionale del bollo auto (più dieci per cento), che si aggiunge a un'addizionale Irpef che è la più alta d'Italia (insieme a Molise e Calabria). La

Campania non ha varato aumenti aggiuntivi, ma il rincaro generale deciso dal Governo fa schizzare l'addizionale dall'1,7 per cento al 2,03. In soldoni, chi ha un reddito lordo di 25mila euro pagherà 507 euro contro i precedenti 425, mentre per i redditi da 35mila euro si passa da 595 a 710 euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il presidente della Regione Stefano Caldoro

E la manovra del Governo ha aumentato l'addizionale Irpef che in Campania era già la più cara d'Italia

