

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 13.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Balduzzi convoca le Regioni per giovedì 15 sul nuovo Patto per la salute

«In riferimento ad alcune dichiarazioni dell'Assessore alla sanità della Regione Lombardia Luciano Bresciani, si precisa che il Ministro della Salute Prof. Renato Balduzzi ha già provveduto a convocare per giovedì 15 dicembre prossimo le delegazioni delle Regioni al Tavolo per la definizione del nuovo Patto per la Salute».

Questa la breve nota inviata dal ministero della Salute dopo che l'assessore lombardo Luciano Bresciani aveva lamentato oggi - a margine di un convegno internazionale su "Sostenibilità e innovazione nella sanità" del domani, in corso a Milano nella sede della Regione - il «silenzio» del nuovo ministro della Salute. «Il ministro - ha detto Bresciani - non si è ancora fatto vivo con gli assessori. Non li ha ancora convocati e noi abbiamo chiesto un incontro più di 10 giorni fa ormai. Non sappiamo nulla da lui. Starà senz'altro lavorando, ma non c'è nessuna condivisione - sostiene l'assessore - nonostante il Titolo V della Costituzione che dice che noi Regioni dobbiamo difendere i nostri raggiungimenti nel nostro territorio».

Da qui l'appello al ministro: «Bisogna che ricordi che dobbiamo lavorare insieme. Non sentire più il territorio sarebbe espressione di centralismo, non di federalismo». Bresciani ha precisato: «Non è tempo di litigi, ma di fare forza insieme per raggiungere gli obiettivi, esaltare le convergenze e neutralizzare le conflittualità».

Allo stesso convegno di Milano gli assessori alla salute hanno sottolineato la necessità di un ministero "forte" che difenda i Lea e il relativo finanziamento.

«Nel 2012, anche se bisogna valutare come andrà a finire l'assegnazione del Fondo sanitario nazionale, abbiamo in previsione un altro calo di risorse. Saremmo quindi ampiamente sotto il finanziamento del 2009, in un momento in cui l'inflazione ha ripreso a crescere». È la previsione di Daniela Scaramuccia, assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana. «Già nel 2011 - ricorda l'assessore - stiamo lavorando con l'1% di risorse in meno rispetto al 2010. Una riduzione dovuta a una serie di misure, dall'aumento dell'Iva alla riduzione del finanziamento legato ai ticket, e ad altre misure come il taglio dei fondi per la non autosufficienza». E «nel 2012 è in previsione un altro 0,5% in meno, che potrebbe essere anche di più», precisa Scaramuccia. La situazione, osserva, «non è semplice. In questo contesto serve un ministero forte che faccia non il mestiere di organizzatore, un'idea che mi

terrorizza, ma quello di regolatore. Penso a un ministero della Salute non subalterno a quello dell'Economia, che controbatta e sostenga il fabbisogno di finanziamento, che garantisca i Lea e dia equità nell'accesso al servizio sanitario. Un ministero - conclude l'assessore toscano - che misuri di più i risultati, che monitori gli indicatori di efficacia. È questa la direzione verso cui dobbiamo andare».

«Per effetto dei provvedimenti che si sono finora delineati, credo che noi» in sanità «abbiamo perso l'1,5% del finanziamento rispetto all'anno scorso», secondo lo stesso Luciano Bresciani. «Con queste operazioni - ha spiegato - cresce l'Iva, crescono le tasse e le nostre aziende devono per forza adeguarsi a questi nuovi costi. Maggiori costi corrispondono a minor capacità del finanziamento iniziale e questo ci darà qualche problema. Credo si parli dell'1,5%, ma i nostri tecnici stanno finendo le loro valutazioni. È chiaro che, con l'aumento dell'Iva e le altre misure, noi abbiamo meno soldi. Di conseguenza il finanziamento si riduce». Se le stime dovessero essere confermate, prosegue Bresciani, questa riduzione di risorse «ci renderà dura la vita e dovremo stare attenti».

Intanto il ministro Balduzzi ha affermato a margine di un convegno che si è svolto oggi a Pesacara che «forse, con qualche ritocco, anche in questo momento difficile, sarà possibile riprendere il discorso relativo ai nuovi Lea (livelli essenziali di assistenza), che sono stati fermi per tre anni e mezzo per ragioni serie di compatibilità economica».

«È un discorso che riguarda milioni di persone - ha aggiunto il ministro - perchè i nuovi Lea ampliano la possibilità di tutela nel socio sanitario, quella di andare incontro a portatori di malattie rare ed ampliano a tutta una serie di settori anche nuovi, come ad esempio l'epidurale. Quindi - ha concluso Balduzzi - è un impegno che io ho assunto».

Lazio. Manovra regionale taglia 1,7 mld. Ma Polverini esulta: “Per la prima volta abbiamo un avanzo in sanità”

La cifra è pari a 45 mln di euro. La governatrice lo ha annunciato nella conferenza stampa di presentazione della manovra 2012 che prevede tagli per 1,7 miliardi di euro. Ma Giulia Rodano (Idv) non si fida: “Prima di annunciare l'avanzo avrei atteso i bilanci consuntivi 2010 delle Asl”.

È stata approvata il 7 dicembre dalla Giunta regionale del Lazio la manovra finanziaria 2012. Il provvedimento, è stato illustrato in conferenza stampa dalla presidente Renata Polverini e dall'assessore al Bilancio Stefano Cetica. “Per la prima volta – ha affermato Polverini - abbiamo risorse che provengono dal disavanzo sanitario che possono essere riutilizzate. Dal prossimo anno potremmo parlare di cifre anche più alte”. Il provvedimento, approvato mercoledì dalla giunta, dovrà approdare ora in Consiglio regionale entro il 22 dicembre ed essere votato dall' aula entro il 31 dicembre.

Tagli per 1,7 miliardi. La finanziaria 2012 del Lazio taglia 1,7 miliardi di risorse, di cui 900 milioni di trasferimenti di parte corrente e 800 milioni di trasferimenti per investimenti. Previsto aumento dell'[addizionale Irpef \(che sale a quota 1,73%\)](#), del bollo auto (+10%) e meno fondi per i trasporti (-157 milioni). Previsto anche il rafforzamento della lotta agli evasori del ticket sanitario su cui si spera di ricavare 60 milioni di euro. Ma sulla manovra piovono le **critiche di Giulia Rodano (Idv)**: “Prima di annunciare 45 milioni di avanzo nella sanità, avrei atteso almeno i bilanci consuntivi delle Asl del 2010, tuttora non pervenuti, nonché le variazioni dell' Irpef regionale per il 2011 e 2012, su cui il Governo Monti ha spostato tutto l'aumento del carico fiscale”.

Da insediamento giunta Polverini circa 4 miliardi di tagli. “È una manovra da 1,7 miliardi di euro tra mancati trasferimenti sia in conto capitale che in liquidità – ha spiegato Polverini - Noi recuperiamo 300 milioni con nuove entrate, e riusciamo a non far soffrire i settori più sensibili, come il lavoro e le politiche sociali”. Polverini, nel corso della sua relazione, ha spiegato che l'impatto delle ultime quattro manovre, compresa quella dell'attuale governo, è pari appunto a -1,7 miliardi di euro complessivi, di cui 900 milioni di trasferimenti di parte corrente e 800 milioni di trasferimenti per investimenti. Vanno ad aggiungersi così ai 2 miliardi di tagli già coperti con le manovre precedenti di bilancio e assestamento, portando a circa 4 miliardi di euro i tagli effettuati dalla giunta Polverini dal suo insediamento. Secondo i calcoli della Regione il disavanzo 2011 di ospedali e Asl dovrebbe chiudersi intorno agli 850 mln per poi scendere sui 600 nel 2012.

Per la prima volta avanzo nella sanità. “Siamo riusciti a confermare tutti gli impegni in termini di investimenti” ha continuato Polverini, inoltre “per la prima volta nella storia di questa Regione abbiamo un avanzo in sanità rispetto alle altre manovre da 45 milioni di euro. Se continuiamo a lavorare in questa maniera sul disavanzo, possiamo dire che dal prossimo anno la Regione ricomincia a respirare”.

Dismissioni patrimonio immobiliare. La manovra prevede provvedimenti sulla dismissione del patrimonio immobiliare per estinguere il debito e finanziare gli investimenti, nuove scuole per i Comuni del Lazio realizzate oppure ristrutturate in project financing grazie ad un accordo con Cassa Depositi e Prestiti, il patto regionalizzato confermato per il 2012, l'armonizzazione dei bilanci e stabilizzazione dello stock del debito. Sono inoltre garantite le risorse per la raccolta differenziata e per fronteggiare il rischio idrogeologico.

Aumento bollo auto del 10% e lotta a evasori ticket sanitario. Tra le principali misure di entrata previste nella manovra finanziaria regionale, la lotta all'evasione fiscale sui ticket sanitari per cui è previsto un recupero di 60 milioni di euro, l'aumento del bollo auto del 10% da cui deriveranno altri 60 milioni di euro, l'istituzione di un'imposta sulla benzina per autotrazione su distributori carburante e compagnie petrolifere (40 mln) e il riversamento diretto dell'evasione Irap e addizionale Irpef dall'Agenzie delle Entrate (80 mln).

Tagli a Cotral, Atac e Ferrovie. La presidente ha ricordato come per quanto riguarda il trasporto pubblico locale, “siamo in attesa di risposte dal governo che al momento non garantisce la copertura necessaria. Il governo aveva parlato domenica scorsa di 2 miliardi. Ieri, invece, si parlava di 1,2 miliardi”. I minori trasferimenti hanno costretto la Regione a ridurre le risorse. "Su Cotral - ha spiegato l'assessore Cetica – abbiamo trovato una sintesi accettabile, un taglio dell'11%, passando da 233 milioni a 208. Per Atac si passa da 305 milioni a 188. Sulle Ferrovie concesse, da 94 milioni a 84 milioni. Abbiamo comunque deciso di non far gravare i tagli sulle società che gestiscono i trasporti nei piccoli Comuni". "Speriamo di poter avere una risposta per la correzione di bilancio entro la fine dell'anno, altrimenti si potrà intervenire in assestamento. Per la prima volta – ha rassicurato Polverini - abbiamo risorse che provengono dal disavanzo sanitario che possono essere riutilizzate.

Abolito il vitalizio per i consiglieri. Polverini ha infine annunciato la proposta sui vitalizi per i consiglieri regionali “che scatta al 60esimo anno di età” mentre oggi è previsto a 55 anni e con una decurtazione del solo 5% può essere richiesto a 50 anni. “Dalla prossima legislatura i vitalizi scompariranno del tutto – ha precisato Polverini - quindi questa norma vale per chi ha già maturato il diritto”. La proposta prevede anche l'aumento della trattenuta mensile al 27% ad una al 32%, e quella per il Tfr dall'1% all'8%.

FederLab Italia



Asl Na3 Sud, Da oggi prenotazioni e ticket in farmacia

Parte oggi il servizio di prenotazioni specialistiche e ticket nelle farmacie del territorio gestito dalla Asl Napoli 3 che opereranno come canale di accesso al Cup (Centro Unico di Prenotazione), agevolando il pagamento delle quote a carico dei cittadini. Il nuovo servizio – riporta una nota di Federfarma provincia di Napoli – viene istituito grazie all'accordo tra Asl Napoli 3 Sud, Federfarma e Assofarm e consentirà di veicolare le attività di prenotazione attraverso il Cup ed incasso ticket, direttamente presso la rete delle farmacie territoriali. “La scelta del direttore generale dell'Asl Na 3 Sud di conferire alle farmacie il CUP è l'ulteriore conferma – dichiara Michele Di Iorio, presidente di Federfarma Napoli – della centralità del ruolo delle farmacie all'interno del Servizio sanitario nazionale”.

IL PIANO DI RIENTRO

Balduzzi a Chiodi: più determinati sulla sanità

Il ministro: sono stati fatti passi in avanti, restano criticità come la mobilità passiva

PESCARA. «Il sistema sanitario abruzzese ha fatto passi avanti e altri ne ha da fare. Per questo a Chiodi dico di andare avanti con ancora più determinazione». A Pescara il ministro della salute, Renato Balduzzi, invita a non demordere nel difficile cammino verso il risanamento dei conti della sanità e lo fa durante il convegno "Dal piano di rientro al piano di sviluppo".

«Non possiamo che auspicare la fine del commissariamento in tempi brevi», ha continuato il ministro Balduzzi, «alcuni dati negativi possono essere migliorati attraverso qualche accorgimento e qualche intervento anche del governo nazionale. Penso alla mobilità passiva, che non è solo un problema dell'Abruzzo, ma riguarda situazioni e contesti diversi tra regioni cosiddette virtuose o meno. E' un problema di regole. Non possiamo negare che alla base ci sia la portabilità del diritto. Il diritto alla salute, se è tale, deve poter essere esercitato liberamente in qualsiasi parte del Paese e questo però comporta aggiustare il tiro sui rapporti tra questo e quel sistema sanitario regionale».

Il ministro non ha mancato di sottolineare criticità abruzzesi. «Se l'Abruzzo», ha detto, «ha ancora il 40 per cento di surplus di parti cesarei rispetto alla media, questo è qualcosa su cui intervenire. Non per risparmiare ma per tutelare la salute delle donne risparmiando».

Il ministro non ha però trascurato i punti di forza, come l'ospedale di comunità in sperimentazione a Pescina, o, approfittando della presenza del generale di brigata **Cosimo Piccinno**, comandante nazionale dei Nas, la sinergia tra i nuclei antisofisticazione e sanità dei carabinieri e il sistema sanitario, per il momento attivo con protocolli solo in Lombardia e Abruzzo.

Se, poi, a livello nazionale ci sono sfide come i nuovi livelli essenziali di assistenza, l'edilizia sanitaria e il piano nazionale di governo delle liste d'attesa, resta per l'Abruzzo una raccomandazione: «Il problema non è uscire

dal piano di rientro ma uscire bene, coniugando contenimento dei costi e miglioramento della qualità».

Colpisce, poi, quando in conclusione alla sub commissario **Giovanna Baraldi** dice: «Non si perda d'animo, L'Abruzzo le deve molto». Un tributo al lavoro fatto e poco prima riassunto in cifre dal presidente **Gianni Chiodi**, commissario ad acta per la sanità, a partire dal pareggio di bilancio 2010 con buone previsioni di crescita nel 2011. Parole e numeri anche sui livelli essenziali di assistenza.

«Siamo migliorati», afferma Chiodi, «nell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro, avvicinandoci ai livelli di riferimento ministeriali, così come nell'assistenza sanitaria e in quella ospedaliera. Il tasso di ospedalizzazione da oltre 200 ricoveri ogni mille abitanti del 2008 è passato a 180 nel 2010. Restano criticità, come le liste d'attesa, sulle quali stiamo intervenendo».

Cosa fare ancora? Un suggerimento lo ha dato **Fulvio Moirano**, il direttore dell'Agendas, agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali: «E' importante il dimensionamento delle discipline. Si parla tanto della chiusura dei piccoli ospedali», ha sottolineato, «eppure questi ultimi costano meno, in termini economici e qualitativi, di una cardiocirurgia o di una neurochirurgia eccedente».

Su questo punta anche la Baraldi. «Avere due discipline uguali vicine è uno spreco in termini di produzione di qualità», ha affermato a margine del convegno, quando sulla mobilità passiva ha concluso: «Occorre senz'altro migliorare la nostra efficienza ma anche intervenire

Il governatore: siamo migliorati nell'assistenza in ambienti di vita e lavoro. È diminuito il tasso di ospedalizzazione

Per evitare l'esodo dei pazienti fuori regione in campo accordi di confine e controlli sulle inapproprietezze

con misure opportune per fermare l'esodo. Tra queste ci sono gli accordi di confine e anche interventi sull'appropriatezza delle prestazioni. Più del 50 per cento dei ricoveri degli abruzzesi fuori confine sono inappropriati, effetto di una speculazione che va fermata».

E' toccato infine a **Carlo Perrucci**, direttore del programma nazionale esiti dare un quadro più generale della situazione abruzzese: «Alcuni reparti di grande eccellenza nazionale, le criticità di qualche struttura ospedaliera pubblica e i numeri non proprio esaltanti di qualche azienda sanitaria privata, ma anche i primi confortanti segnali frutto della complessa opera di risanamento, cerca di innovazione».

E' stato poi messo in risalto l'ottimo livello espresso dalle cardiocirurgie di Teramo e Chieti e la situazione complessivamente positiva della sanità abruzzese in relazione alle complicanze post operatorie (a trenta giorni) in chirurgia laparoscopica così come una valutazione positiva è stata fornita per i significativi volumi di attività chirurgica, riguardo ai tumori polmonari, che fanno registrare gli ospedali di Pescara e Teramo.

Sipo Beverelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: 310.000

il Centro

13-DIC-2011

Diffusione: 23.526

Dir. Resp.: Sergio Baraldi

da pag. 9

ASL IL TURNOVER DEL PERSONALE**COSTO MEDIO ANNUO**

FLUIDO ED AREA CONTRATTUALE	% CESSATI MEDIA ANNUA	2010			2011		2012	
		CESSATI	ASSUNTI	PERSONALE AL 31/12/2010	STIMA CESSATI	STIMA ASSUNTI	STIMA CESSATI	STIMA ASSUNTI
Personale Sanitario		340	92	10.158	289	137	264	176
Comparto	3	202	54	7.269	206	62	201	101
Dirigenza	3	138	38	2.889	83	75	83	75
Personale Tecnico		93	4	2.341	94	30	91	47
Comparto	4	93	4	2.323	92	28	89	45
Dirigenza	12	-	-	18	2	2	2	2
Personale Amministrativo		109	4	1.451	70	24	68	36
Comparto	5	100	4	1.420	67	21	65	33
Dirigenza	18	9	-	31	3	3	3	3
Personale Professionale		5	1	14	-	-	-	-
Comparto	12	2	1	3	-	-	-	-
Dirigenza	8	3	-	11	-	-	-	-
TOTALE	3	547	101	13.964	453	191	443	259

Personale Sanitario	48.314
Comparto	32.990
Dirigenza	65.848
Personale Tecnico	25.358
Comparto	25.117
Dirigenza	60.009
Personale Amministrativo	28.242
Comparto	26.930
Dirigenza	75.548
Personale Professionale	60.355
Comparto	31.416
Dirigenza	68.755
Altro personale	9.432
Contrattisti	20.245
Organi direttivi	129.527

COSTO TOTALE**780.991**

CIFRE IN MIGLIAIA DI EURO

Il subcommissario **Giovanna Baraldi**Il ministro **Renato Balduzzi** con **Gianni Chiodi** (Foto G. Carota)

CON BRESCIANI IN LOMBARDIA

NASCE L'EUROPA DELLA SANITÀ

ALLE PAGINE 2 E 3

Il progetto presentato ieri dall'assessore leghista Luciano Bresciani

SANITA', nascono qui le macroregioni

Al convegno tecnici da Baviera, Catalogna, Rhone Alpes, Serbia e Israele. Bossi: «Felice di vedere l'Europa dei popoli a Milano»

MILAN - Una macro-area europea delle Regioni sanitarie, un'alleanza che unisca in un progetto comune realtà autonome e indipendenti ma unite dalla stessa prospettiva di sviluppo sul tema dell'ICT e dell'e-health. È il progetto presentato ieri dall'assessore alla Sanità **Luciano Bresciani** nel suo intervento alla sessione pomeridiana del convegno internazionale, promosso da Regione Lombardia, su «Sostenibilità e innovazione nella sanità del domani», che ha visto la partecipazione, tra gli altri, anche di rappresentanti di Baviera (Germania), Catalogna (Spagna), Rhone Alpes (Francia), Serbia e Israele. Al primo giorno del convegno, che proseguirà oggi, ha assistito anche **Umberto Bossi**. «È finito l'eurocentrismo - è stato il suo commento - e sono felice di vedere qui oggi a Milano l'Europa dei popoli».

La base di partenza del progetto delle macro-

aree, ha spiegato Bresciani, è la forza del sistema sanitario lombardo, chiamato a servire una popolazione di 10 milioni di abitanti. Il sistema garantisce ogni anno 160 milioni di prestazioni ambulatoriali, 2,5 milioni di ricoveri, 70 milioni di prescrizioni farmaceutiche. Più del 10% delle prestazioni è per pazienti di fuori regione. Per rafforzare questo sistema, ha sottolineato Bresciani, è necessario trovare alleati in una logica di sussidiarietà orizzontale. Il primo alleato è la ricerca e per questo, ha argomentato l'assessore del Carroccio, «abbiamo unito in network le 6 università lombarde con facoltà di Medicina (5 pubbliche e una privata). Questo sistema universitario può contare su 14 macro aree di ricerca, 119 aree specifiche di ricerca e 1.234 brevetti. Secondo Bresciani, fondamentale sarà il ruolo dell'industria, che viene coinvolta nella piattaforma regionale investendo capitali su prodotti in grado di ottenere una certificazione di qualità dal Sistema sanitario regionale. Oltre al Sistema sanitario regionale, alle Università e alle aziende private, c'è un quarto attore che è Finlombarda, la finanziaria regionale che dà la propria qualificata com-

sulenza. Sono già 42 i progetti presentati su questa piattaforma di sviluppo tecnologico. Allo stesso tempo, ha proseguito Bresciani, la Lombardia si è mossa per stringere alleanze esterne. Quindi alle intese con le Regioni italiane (come Veneto e il Friuli), si sono affiancati gli accordi con le Regioni europee (Rhone Alpes, Andalusia, Catalogna, Canton Ticino) o addirittura Stati (come Israele), così da creare una «macro area europea delle regioni sanitarie». Altre intese sono poi in preparazione con il Piemonte, oltre che con Baden Wuerttemberg e Baviera per la Germania, Valencia per la Spagna, Sud Tirolo, Tirolo e Carinzia per l'Austria. Lo scopo non è solo lo scambio di esperienze ma anche e soprattutto la possibilità di essere protagonisti in Europa con progetti come ad esempio il programma Alias, dedicato alla telemedicina e che già unisce sette Regioni europee dell'arco alpino. «La macro-area europea - ha poi sottolineato Bresciani - ha come sua direttrice fondamentale il Corridoio 5, che va da Lisbona a Kiev, ed è intersecato dal Corridoio 24, quello che lega i due mari, dalla Danimarca a Genova e dal corridoio del Brennero. Questa è la macro-area delle Regioni europee in grado



Lettori: n.d.

laPADANIA

13-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Umberto Bossi

da pag. 1

attualmente di unire 60 milioni di cittadini e 87 miliardi di spesa sanitaria. Si tratta di soggetti autonomi e indipendenti ma che stanno su un percorso comune di sviluppo».

A margine del convegno, infine, l'assessore ha poi voluto affrontare il delicatissimo problema dei tagli alla sanità regionale. I fondi, infatti, potrebbero ridursi del 1,5% rispetto all'anno scorso per effetto delle varie manovre per fronteggiare la crisi e per i crescenti costi della sanità stessa. «Con queste operazioni - ha spiegato Bresciani - crescono l'Iva e le tasse e le nostre aziende devono quindi adeguarsi ai nuovi costi perché è chiaro che con questi aumenti noi abbiamo meno soldi, e quindi va a ridursi il finanziamento». Nel frattempo, ha infine fatto notare Bresciani, «il ministro Balduzzi non si è ancora fatto vivo con gli assessori anche se abbiamo chiesto un incontro più di 10 giorni fa. Non c'è nessuna condizionale, nonostante il titolo V della Costituzione dica che le Regioni devono difendere i raggiungimenti nel nostro territorio».

Il ministro
Balduzzi

Oggi il ministro a Pescara

Sanità, i costi
pesano
sulla riforma

A PAGINA 3

IL PIANO DI RIENTRO
DELL'ABRUZZOMobilità passiva per le liste d'attesa
ma parte dei ricoveri è inappropriata

Sanità, i costi frenano la riforma

Tre i nodi: personale, spesa farmaceutica e cure fuori regione

di Antonio De Frenza

PESCARA. Oggi il presidente **Gianni Chiodi** dirà al ministro della salute **Renato Balduzzi** (vedi box) che per il secondo anno consecutivo la Regione raggiungerà a fine dicembre il pareggio di bilancio della sanità. Meglio: ci sarà un leggero avanzo di 13 milioni di euro, dopo i 2,6 milioni del 2010. Un risultato importante che potrebbe convincere le Regioni e il governo a dare il disco verde alla conclusione del piano di rientro, che comporterà la fine del commissariamento, la nomina di un assessore regionale e la restituzione del suo ruolo al Consiglio regionale (oggi tutti i provvedimenti della struttura commissariale saltano l'assemblea per essere approvati dal tavolo di monitoraggio dei ministeri della Salute e dell'Economia).

La domanda che oggi Chiodi deve porsi, e con Chiodi gli abruzzesi, è se il risanamento della sanità regionale sia strutturale o meno. Cioè se abbia possibilità di tenuta nel tempo, ossia se gli interventi di riorganizzazione messi in campo hanno inciso sui costi in maniera duratura.

Il lavoro della subcommissaria **Giovanna Baraldi** va in questa direzione, ma non tutti i costi sono comprimibili, non tutti sono programmabili, non tutti sono prevedibili. Non è comprimibile oltre un certo limite il costo del personale che oggi incide per

quasi 780 milioni di euro l'anno, circa un terzo del totale. Il piano operativo Chiodi-Baraldi prevede una progressiva e lenta riduzione del personale (tabella in alto), ma gli effetti non saranno visibili se non nella media durata. Lo stesso si può dire della riconversione dei piccoli ospedali che ha valore più sul lato organizzativo e della qualità dell'offerta che sui costi (circa il 4% del totale della spesa). Una voce difficilmente programmabile è la spesa farmaceutica che la Regione ha difficoltà a imbrigliare e a riportare sugli standard nazionali. L'altra questione è la mobilità passiva, cioè il diritto del malato a farsi curare dove vuole, anche fuori regione, sempre che a pagare sia la Regione di provenienza. Questo diritto costa alle casse della Regione circa 133 milioni l'anno, compensati solo in parte dalla mobilità attiva, cioè da quei pazienti che partono da altre regioni per farsi curare in Abruzzo. Nel 2012 il saldo tra mobilità passiva e mobilità attiva toccherà i 90 milioni di euro secondo le stime della struttura commissariale. Come dice Chiodi è «solo» il 2,5% del fondo sanitario, ma sufficiente a far saltare i conti. Le ragioni dell'aumento della mobilità passiva sono note: liste di attesa troppo lunghe, questioni psicologiche (curarsi a Bologna o a Milano a qualcuno dà più fiducia), obiettive carenze nella qualità dell'offerta, marketing attrattivo da parte di case di cura priva-

te o di singoli medici.

Uno studio di qualche tempo fa dell'Università Tor Vergata, faceva rilevare che il 69,7% della mobilità passiva abruzzese è mobilità di vicinanza. È quella motivata soprattutto dalle liste d'attesa, dovute a carenze strutturali dell'offerta regionale, per esempio mancanza di sale operatorie. Ma una parte non piccola, attorno al 15% è anche mobilità inappropriata. Si tratta cioè di ricoveri non necessari, che in qualche modo aggirano i filtri dei controlli.

Solo una parte modesta della mobilità passiva abruzzese riguarda l'alta specializzazione, quindi la qualità dell'offerta. Un fenomeno che non si registra invece nelle regioni a più alta mobilità passiva come Calabria, Campania, Sicilia, dove ci si muove soprattutto alla ricerca della medicina d'eccellenza, verso mete lontane come Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana che da sole raccolgono il 48% della mobilità passiva delle regioni. In Abruzzo dunque non è l'eccellenza il problema. Ma per un servizio sanitario pubblico, una lista d'attesa ragionevole, e dunque la certezza della cura, dovrebbe essere la prima delle eccellenze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ASL IL TURNOVER DEL PERSONALE

RUOLO ED AREA CONTRATTUALE	% CESSATI MEDIA ANNI	2010			2011		2012	
		CESSATI	ASSUNTI	PERSONALE AL 31/12/2010	STIMA CESSATI	STIMA ASSUNTI	STIMA CESSATI	STIMA ASSUNTI
Personale Sanitario		340	92	10.158	269	137	284	176
Comparto	3	202	54	7.269	206	62	201	101
Dirigenza	3	138	38	2.889	63	75	83	75
Personale Tecnico		93	4	2.341	94	30	91	47
Comparto	4	93	4	2.323	92	28	89	45
Dirigenza	12	-	-	18	2	2	2	2
Personale Amministrativo		109	4	1.451	70	24	68	36
Comparto	5	100	4	1.420	67	21	65	33
Dirigenza	18	9	-	31	3	3	3	3
Personale Professionale		5	1	14	-	-	-	-
Comparto	12	2	1	3	-	-	-	-
Dirigenza	8	3	-	11	-	-	-	-
TOTALE	3	547	101	13.964	453	191	443	252

COSTO MEDIO ANNUO

Personale Sanitario	48.314
Comparto	32.990
Dirigenza	85.848
Personale Tecnico	25.358
Comparto	25.117
Dirigenza	60.009
Personale Amministrativo	28.242
Comparto	26.930
Dirigenza	75.549
Personale Professionale	60.335
Comparto	31.416
Dirigenza	69.755
Altro personale	40.432
Contrattisti	20.245
Organi direttivi	129.527

**COSTO TOTALE 780.991**

CIFRE IN MIGLIAIA DI EURO

► Regione. 2 ◀

Piano di rientro, il programma del 2012

Piano di rientro dal deficit: il presidente della Regione Stefano Caldoro, in qualità di commissario ad acta firma i programmi operativi 2011-2012. Il disco verde scatta in contemporanea alla validazione del documento da parte del tavolo interministeriale di verifica del Piano di rientro dal deficit. I piani saranno esaminati a latere del bilancio in un tavolo separato in Consiglio regionale parallelamente alla discussione della legge di Bilancio. L'articolato programma condiviso con i ministeri vigilanti, è già stato sottoposto ai direttori generali di Asl e aziende ospedaliere e viene ora trasformato in un decreto commissariale di prossima pubblicazione sul Bollettino regionale. Riqualficazione dell'assistenza territoriale, razionalizzazione della rete laboratoristica e di quella trasfusionale, potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle rete dell'emergenza 118. E ancora accordi tra medici e pediatri di libera scelta, prevenzione, medicina veterinaria e igiene collettiva, gestione del personale, contenimento della spesa per medici e infermieri e turn-over dei dirigenti, razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionale e ospedaliera oltre che gli interventi di sistema (accreditamenti, ticket, acquisti di beni e servizi), i contenuti del documento.

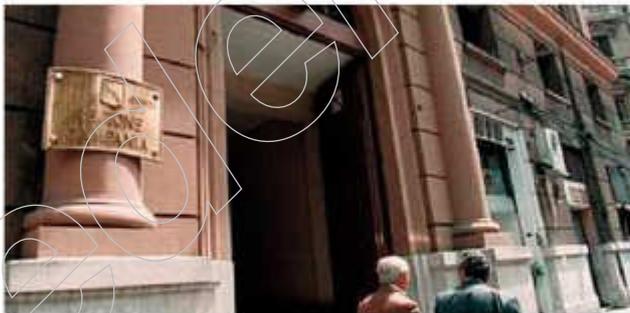
ALIQUOTE IRPEF

La Regione, per incrementare le entrate, nel 2012 potrà inoltre fare affidamento su un gettito dell'aumento delle aliquote Irpef, di circa 250 milioni. Per le regioni con i conti in rosso, Campania, l'imposta arriverà al 2,03 per cento (dallo 0,9 per cento a l'1,23 per cento (+0,33 per cento). La nostra regione è in compagnia di Calabria e Molise che toccano le stesse vette. Ma non va meglio a Lazio, Sicilia e Abruzzo, la cui addizionale per il 2011 toccherà quota 1,73 per cento. L'operazione, secondo le stime, dovrebbe rimpinguare le casse regionali per circa 2,5 miliardi di euro (250 milioni in Campania. Denari che saranno destinati a finanziare la sanità. La misura entrerà subito in vigore a partire dall'anno d'imposta 2011. E così, fin da gennaio i dipendenti e i pensionati inizieranno a vedere nella busta paga e nell'assegno previdenziale i primi effetti degli aumenti, mentre gli autonomi li pagheranno al momento della dichiarazione dei redditi (maggio-giugno). Una bella botta che, in maggior misura, andrà a colpire le tasche dei cittadini delle Regioni che hanno problemi di deficit sanitario e sono soggette a Piano di

rientro. Queste ultime, oltre che dall'aumento previsto dalla manovra, sono già gravate dall'incremento dello 0,30 per cento che è scattato in automatico a causa del disavanzo. Per tutte le Regioni, poi, resta invariata la facoltà di incrementare fino allo 0,50 per cento le addizionali per specifiche esigenze locali in base al reddito.

FONDO SANITARIO

Il fondo sanitario nazionale è salvo: niente tagli, nella manovra del governo, ai 106 miliardi di euro assegnati nel 2011 e dunque la Campania la fetta del riparto resta inalterata a quota 10 miliardi e 139 milioni di euro inseriti regolarmente in bilancio. Fondi vincolati che come è noto non possono essere spostati su altre poste di spesa. Quello del 2012 è l'ultimo riparto del fondo assegnato in base al criterio della quota procapite corretta in base all'anzianità della popolazione. Dal 2013, infatti, entrano in pista i cosiddetti costi standard previsti da uno dei decreti attuativi della legge delega sul federalismo fiscale che, alla Campania, assegneranno allo stato attuale circa 300 milioni in mano. Una stangata che però passa per l'unanimità della conferenza stato-Regioni. In assenza di accordo il sistema di riparto resterà, infatti, immutato.



Palazzo Santa Lucia, sede della Regione Campania



Stefano Caldoro



Il ministro **Balduzzi**: «Accelerata con le Regioni entro fine anno» - Ecco gli effetti del decreto salva-Italia

Corsia veloce per il Patto salute

Subito nel mirino: revisione dei ticket, tagli e aggiunte ai Lea, beni e servizi sotto controllo

Ministero e Regioni puntano a un nuovo Patto per la Salute entro fine anno: le risorse sanitarie non sono state tagliate dalla manovra, ma ora serve una riorganizzazione che consenta di erogare solo i Lea appropriati, di utilizzare i ticket nel modo più equo e di gestire al meglio la partita dei beni e servizi per riuscire a tenere la spesa sotto controllo senza rinunciare al progresso tecnologico. Lo annuncia il ministro della Salute **Renato Balduzzi** che traccia le linee del suo programma, fissando le priorità.

A PAG. 2-4

Il ministro illustra programma e priorità: subito Patto e Lea, ticket, farmaci, beni e servizi

Il metodo del professor Balduzzi

«La buona spesa è già un taglio» - A medici e categorie: «Cooperiamo»

Tra vecchie e nuove manovre

17 miliardi

Importi delle manovre fino al 2014

2,085 miliardi

Valore della super addizionale Irpef dello 0,33 per cento

23 miliardi

Disavanzo complessivo delle Regioni 2005-2010

“ **Federalismo fiscale a costi standard non hanno bisogno di “tagliandi” ma non si può chiedere loro quello che non possono dare** ”

“ **Manutenzione dei Lea vuol dire eliminare i più costosi e obsoleti a favore di quelli emergenti ma non si può assegnare un Lea a ogni bisogno** ”

Come solo sa un costituzionalista, calibra e soppesa tutte le parole, quasi suggerisce virgole e pause, non esce un attimo dal seminato del suo pensiero. Il ragionamento sembra solo tra le righe, invece le parole impiegate e le virgole e le pause, ce lo fanno leggere a caratteri corpo 18. Non gli sfugge di sicuro la delicatezza del momento, la sfida che lo attende. Che ci attende. Ma da buon difensore del Ssn con la maiuscola - purché equo (a farcela) e solidale (a farcela) - guarda avanti con l'ottimismo di chi prima di tutto mette il lavoro come leva possibile per il miglioramento. Ma che sfida, professor Balduzzi. Nel suo ministero a tempo, dovrà traghettarci come assistiti e contribuenti, verso la salvezza delle cure pubbliche in tempi di casse vuote. E verso la salvezza di chi le cure pubbliche le presta. Nella sua suadente decisione, il professore ha un sorriso impenetrabile. Patto, Lea, ticket, medici, fe-

deralismo fiscale, gli sprechi che chiama solo (solo?) inappropriato, li sogna la notte. E tutti noi con lui. Ecco cosa ci ha detto il ministro **Renato Balduzzi** due giorni dopo il varo della manovra.

Ministro, il Governo ha evitato i tagli alla spesa sanitaria ma gli italiani dovranno pagare comunque oltre due miliardi in più di addizionali regionali Irpef proprio per la Sanità. Se non è zuppa, è pan bagnato...



Lettori: n.d.

"Sole" **24 ORE** Sanità

13-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 2

Nella situazione economica attuale l'aumento delle imposte Irpef segue la logica della fiscalità generale: se la fiscalità è equa, anche un aumento dell'addizionale dello 0,33 risulta equo. Diverso sarebbe stato far concorrere direttamente gli ammalati, magari senza un quadro di omogeneità, di partecipazione e di equità della spesa.

La situazione dei conti pubblici è tale, insomma, che qualcuno doveva pagare.

Il ragionamento che ha guidato il Governo con questa manovra e che il presidente Monti ha espresso con grande chiarezza, è che nessuno può sentirsi escluso, ma che ciascuno deve poter concorrere in ragione della propria capacità contributiva. Ecco perché ad alcuni non è chiesto nulla, perché nulla si può chiedere a chi ha una capacità contributiva minima, e ad altri è chiesto molto di più.

Intanto con la manovra avete messo spalle al muro le Regioni sotto piano di rientro. Una penalizzazione a chi non fa niente per migliorarsi?

Attualmente le Regioni che fanno fatica a far quadrare i conti e ad assicurare un'assistenza di qualità, vedono, una volta entrate nei piani di rientro, accantonate quote di incentivo che sono loro riconosciute una volta che dimostrino che sono stati fatti passi avanti. Ma non c'è alcuna scadenza alla possibilità di avere accesso a queste quote premiali: per questo nel decreto si fissa un termine di cinque anni. Le Regioni hanno cinque anni per realizzare i miglioramenti capaci di far svincolare le quote premiali, non più un accesso infinito: passati i cinque anni, se non c'è un miglioramento i fondi vengono ripresi dalla collettività.

Insomma, chi non fa è perduto...

Serve anche a incentivare le Regioni a fare meglio. Non solo, questa norma ha riflessi contabili perché impedisce di poter considerare questi crediti come poste attive di bilancio: lo saranno quando effettivamente la Regione dimostrerà di aver fatto passi avanti. È una norma che in qualche modo chiude il cerchio dei piani di rientro dicendo che lo Stato non toglie le risorse, ma che queste sono incentivanti nella misura in cui si sa che non si ha un incentivo sine die. Tutto questo consente a un governo regionale di immaginare un orizzonte temporale in cui fare le proprie scelte.

Non crede che, tanto più nelle condizioni economiche e finanziarie generali del Paese, sia urgente avviare una spending review a tutto campo e fare un'elencazione netta di dove incidere per avere buona spesa, buona qualità, buona efficienza e non sprechi?

La strada è già indicata dal precedente Patto per la salute integrato dalla manovra estiva. Sono quattro i settori dai quali dobbiamo reperire risorse: farmaci nel senso di ticket e farmaceutica territoriale, dispositivi medici e beni e servizi. Queste quattro aree sono quelle dove la spending review si può esercitare. E deve esserlo su ciò che è già

indicato dalle manovre. Ma ricordiamo che, ancora una volta, il comparto sanitario anticipa tutti gli altri. Perché non solamente è capace di conoscersi e calcolarsi grazie a strumenti di analisi molto più raffinati degli altri settori, ma sta cercando di conoscere anche gli esiti della propria attività - un lavoro che l'Agenas sta portando avanti da anni - e sta affrontando la partita degli acquisti che in presenza di una situazione di forte sviluppo tecnologico e di aumento della richiesta di servizi innovativi non tocca solo l'ordinario, ma anche lo straordinario. Solo che per fare questo occorre una mappatura, occorre andare a identificare prezzi medi di riferimento.

Pensa agli acquisti di beni e servizi?

Per i beni e servizi occorre fare quello che da molti anni si fa nella farmaceutica, anche se è molto più difficile perché le voci sono più articolate e lo spread è condizionato dall'organizzazione dei fattori della produzione. Non si può dire che se un dispositivo medico costa 10 in una Regione o in un ospedale e 20 in un'altra, bisogna arrivare a 10. Bisogna vedere "come" costa dieci, cioè quali sono i fattori di costo. Ci vuole un po' di tempo. Non le calendare greche, solo un po' di tempo, il tempo che ci è dato: abbiamo il 30 aprile come deadline e tutto questo noi lo vogliamo inserire nel nuovo Patto per la salute, mandando anche in parallelo il Piano sanitario nazionale 2012-2014, e quindi eventualmente ritoccandolo in funzione di quello che stiamo facendo.

Per cui spending review sì, ma...

Bisogna intendersi su che cosa vuol dire esattamente spending review. Per quanto ci riguarda vuol dire soprattutto fare arrivare bene alla fine la partita dei beni e servizi.

Serve una riflessione sul federalismo fiscale e sui costi standard? Le Regioni chiedono di fare un "tagliando" al federalismo fiscale.

Forse non c'è bisogno di nessun tagliando. Si tratta di non chiedere ai costi standard e al federalismo fiscale quello che non possono dare. Nel sistema italiano federalismo significa autonomia finanziaria delle Regioni e loro responsabilizzazione. È una condizione importante per poter arrivare a tenere sotto controllo, a Roma e nelle periferie, la spesa e al tempo stesso la qualità dei servizi a cui quella spesa è correlata. Quindi nessun tagliando, ma la prosecuzione del processo avviato, inteso appunto secondo l'attuale sistema costituzionale.

Ma cosa è stato chiesto al federalismo e ai costi standard che non possono dare?

Quello di poter dire da un momento all'altro quale sia il valore ottimale di una prestazione di un bene e di un servizio. Invece quello che il meccanismo ideato aiuta a fare è una valutazione macro dei singoli sottosistemi, così che poi i decisori regionali, sulla base della loro responsabilità, possano fare le scelte più opportune. Che poi devono confrontare.

Quindi costi standard come benchmark e non come criterio di attribuzione delle risorse?

zione delle risorse?

D'altra parte questo vuol dire la parola standard.

Nel suo vocabolario, invece, sembra non esistere la parola "sprechi".

Forse perché è un'attenzione che c'è in tutto quello che si fa. Tutto il sistema è governato dalla parola appropriatezza, che non ho inventato io ma che è il cardine ormai da almeno un quindicennio dell'approccio italiano al servizio sanitario. L'appropriatezza riguarda l'approccio clinico: dare la prestazione sanitaria adeguata alle giuste condizioni. Ha un aspetto organizzativo: come una prestazione sanitaria deve essere data. E ha un aspetto di controllo di ciò che costa la prestazione. In questo senso, tutto ciò che non è essenziale è spreco. E se non è essenziale al bisogno si deve eliminare: non c'è una lotta agli sprechi che non sia così.

Tradotto: eliminare tutto ciò che non è essenziale e utile nei processi di gestione e di cura.

È questa la lotta agli sprechi.

Dovrà vedersela prestissimo col riparto dei fondi 2012. Il Sud reclama nuovi criteri. Bisognerà cambiare qualcosa?

Siamo all'antivigilia di un nuovo meccanismo che andrà a regime nel 2013. Forse l'approccio più saggio potrebbe essere quello di completare questo ciclo sulla base di prassi consolidate nei rapporti tra le Regioni, aiutate da un ruolo di impulso del ministero, piuttosto che immaginare per l'ultimo anno del ciclo, dunque per il 2012, uno stravolgimento significativo delle regole di base. Questo anno che abbiamo davanti potrebbe essere usato proprio per fare qualche approfondimento sui criteri della pesatura per il 2013.

Il suo è un ministero "a tempo", ma in questo tempo ci sono cose da gestire molto forti e pressanti: il Patto e i Lea prima di tutto. Che tempi prevede per il Patto e cosa ha in mente per i Lea?

Per il Patto la scadenza che ci è assegnata è il 30 aprile, ma noi vorremmo fare prima, molto prima, almeno relativamente a quelle decisioni che non richiedono gli approfondimenti di cui parlavamo. Se possibile, vorremmo avere già per fine anno un quadro generale del Patto e degli impegni precisi che prende il Governo e di quelli che prendono le Regioni. Stiamo concertando di accelerare i tempi per quelle parti che è possibile accelerare.

A quali partite si riferisce?

Anzitutto il disegno complessivo. Per quanto riguarda il sistema della compartecipazione sarebbe intendimento del Governo proporre una rimodulazione sulla base di tre criteri di equità, trasparenza e omogeneità: capacità di reddito, numerosità delle famiglie, appropriatezza delle cure. Per quanto riguarda il tema della lotta agli sprechi, visto nel senso della battaglia per l'appropriatezza, c'è bisogno ancora di qualche approfondimento su ciò che consente la decisione e la messa a regime degli strumenti per arrivare a tenere sotto con-

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE** Sanità

13-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

da pag. 2

trollo in modo serio gli acquisti di beni e servizi, però è importante definire il percorso con cui arrivarci. Tutto questo si fa in un quadro di sviluppo del Ssn, non di contenimento dello stesso. Il Ssn deve portare avanti la sua scommessa di fondo di riuscire ad assicurare i bisogni sanitari in un regime di equilibrio finanziario.

I Lea sono dunque lo snodo decisivo.

I nuovi Lea in questo senso sono evidentemente sul tavolo. È una delle priorità: sono ciò che ci consente di mettere insieme il tutto.

Ma subito quando?

In un sistema come il nostro - un sistema sanitario nazionale che è il complesso dei servizi sanitari regionali - non c'è il "centro" che possa dire che una cosa si fa entro un certo tempo. Il "centro" può dire che è una priorità. Perché è una priorità? Non solo perché sono tre anni e mezzo che i Lea galleggiano, ma perché la manutenzione dei Lea è interna al sistema, significa aver sempre presenti i bisogni sanitari e le risorse.

Ha già parlato in altre occasioni di "manutenzione dei Lea": cosa significa?

Manutenzione dei Lea vuol dire che alcuni livelli diventati costosi e obsoleti si perdono e ne se ne acquistano di nuovi. Quello che non si può fare è a ogni nuovo bisogno si assegna un Lea. Tutto va fatto all'interno di un ragionamento complessivo che alla fine faccia tornare i conti. Quindi malattie rare, disabilità, le emergenze di questi anni: queste debbono entrare nei nuovi Lea. Ma è inevitabile che qualcosa debba essere tolto, cercando di farlo con ciò che non riduce le garanzie e salvaguardando l'appropriatezza.

Poi ci sono i ticket, altra partita scottante. Quando deciderete cosa fare?

Aprile è il termine ultimo. E l'intendimento - condiviso dalle Regioni - è anche in questo caso di fare prima.

I ticket sui ricoveri sono un tabù?

Una volta che sul tavolo c'è il tema della rimodulazione della compartecipazione sulla base di tre principi di base che ho detto - capacità di reddito, numerosità della famiglia, appropriatezza delle prestazioni - in linea di principio nulla è escluso. Ma ciò che guida la manovra è realizzare un sistema che sia

sempre più coeso e ragionevole al proprio interno. Quindi è chiaro che l'approdo finale di questa manovra dovrà essere un rafforzamento del principio del Ssn universalistico equo e globale e non una sua riduzione. Nulla è escluso a priori, ma neanche nulla è incluso a priori.

Le farmacie sono sul piede di guerra contro le nuove liberalizzazioni della classe C.

Il mondo delle farmacie è un partner importante del servizio sanitario pubblico e credo che il testo finale, ben diverso da quello circolato inizialmente, meriti giudizi più meditati. Incontrerò i farmacisti. Col decreto abbiamo cercato di stare dentro i principi del Ssn e di prestare attenzione a tutti i legittimi interessi in gioco. Posto che la linea del Governo era di riprendere una proposta già inizialmente diventata norma di liberalizzazione, la preoccupazione è stata di incanalare l'indicazione politica nel quadro delle garanzie di salute che il ministero deve assicurare.

Ed è così nel testo finale?

La norma prevede la possibilità di vendere i farmaci C anche nelle parafarmacie nei Comuni sopra 15mila abitanti con determinate garanzie e precise regole di farmacovigilanza. Quindi c'è un farmacista e una distinzione netta tra le merci che vengono vendute, con regole che saranno oggetto di un ulteriore decreto della Salute che fissa i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Senza lasciare sottintesa l'esigenza di assicurare requisiti di vigilanza farmaceutica uguali dappertutto. Non è solo un segnale di liberalizzazione, ma un segnale che aiuterà anche i cittadini ad avere vantaggi dalla liberalizzazione. Vantaggi diretti, non solo indiretti.

C'è un invitato di pietra nella Sanità: il personale. I medici in particolare. Demotivati, sono sempre meno, lavorano con difficoltà, sotto stress da rischio clinico. È una categoria decisiva per il sistema sanitario.

Fin da subito ho detto al Senato che tra le mie priorità c'è tutta la partita del rischio clinico per ridurre alcuni comportamenti di medicina difensiva sia attiva che passiva. La medicina difensiva - prescrivere trattamenti con farmaci magari non utili o appropriati per coprirsi le spalle o non prescrivere alcuni

esami e trattamenti perché considerati a rischio - ha un impatto economico e molto pesante sulla salute. In più, le preoccupazioni che girano intorno alla medicina difensiva danno vita a un inquinamento della programmazione anche delle specialità mediche. Sappiamo benissimo che alcune specialità mediche sono oggi carenti di aspiranti candidati per le preoccupazioni professionali che generano nei medici. E questa situazione non può essere.

I medici hanno un lungo elenco di rivendicazioni, non semplicemente di "bottega" o di portafoglio.

Non ho ancora potuto ricevere le rappresentanze delle categorie professionali, né dei medici né di altri operatori e professionisti. Io credo fortemente che il problema della motivazione e della partecipazione degli operatori alla manutenzione del Ssn è decisiva. Altrimenti non si va da nessuna parte. Quindi non solo da parte mia assicuro ascolto. Ci sarà sempre confronto perché si possa arrivare a superare il paradosso che il nostro Ssn è il comparto della Pa che presenta elementi di innovazione riconosciuti anche all'estero tra i più importanti, mentre i suoi protagonisti fanno fatica ad avvertire questo come un vanto e un orgoglio e si sentono invece schiacciati, molte volte anche a ragione, dal sistema stesso.

Toccherà la libera professione?

È stata stralciata dalla discussione parlamentare alla Camera e se non sarà proposta come priorità in quella sede, io non la riprenderò.

Altrimenti?

Vedremo.

C'è ancora troppa ingerenza dei partiti e della politica nella gestione della Sanità?

C'è ancora poca trasparenza. Certe nomine non possono che essere politiche. I direttori generali, che a seconda delle Regioni amministrano dai due terzi ai tre quarti dell'intero bilancio regionale, è evidente che non possono non essere di nomina "fiduciaria", che vuole dire politica. Ma politica non vuol dire poca trasparenza o assenza di requisiti. Appoggerò la discussione parlamentare avviata alla Camera sul governo clinico perché arrivi a una conclusione rapida sulla base dei principi di trasparenza e di requisiti verificabili dei direttori generali. (R.Tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MANOVRA/3**Riparto, il Sud all'attacco**

No ai vecchi criteri: scontro sui finanziamenti 2012

Le Regioni del Sud si compattono nella battaglia sul Fondo 2012 che per il prossimo anno metterà in palio 106 miliardi. Una battaglia che si annuncia più dura del solito scontro che vede, come ogni anno, il "tutti contro tutti" al momento del ri-

parto del Fondo sanitario nazionale. Questa volta c'è la promessa, già non mantenuta l'anno scorso, di studiare nuovi criteri per ripartire le sempre più limitate risorse del Ssn.

A PAG. 8

I criteri per dividere i finanziamenti per il 2012 continuano a spaccare le Regioni

Riparto, il Sud va alla guerra

Pressing per inserire la deprivazione - Allo studio nuovi parametri

Sicilia, Molise, Campania, Calabria, Puglia e Basilicata. E con il Lazio pronto a entrare tra le fila. Il Sud comincia a compattarsi nella battaglia sul Fondo 2012 che per il prossimo anno metterà in palio 106 miliardi (108,7 se si calcolano anche le risorse vincolate). Una battaglia che si annuncia più dura del solito scontro che vede, come ogni anno, il "tutti contro tutti" al momento del riparto del Fondo sanitario nazionale. Questa volta c'è la promessa, già non mantenuta l'anno scorso, di studiare nuovi criteri per ripartire le sempre più limitate risorse del Ssn. Criteri da aggiungere ai soliti parametri impiegati (quote, procapite e pesatura per età) ritoccati, ogni anno e in extremis dopo sfiabanti trattative, con gli aggiustamenti del caso (il cosiddetto "metodo del lapis").

Il 2012 è infatti un anno cruciale visto che segna lo spartiacque prima dell'ingresso del Ssn nell'era dei costi standard annunciati dal federalismo fiscale. Per questo vincere questa battaglia può significare (forse) ipotecare la vittoria nella "guerra dei fondi" del futuro. È stato lo stesso **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, a parlare di «anno di transizione» a cui applicare «le migliori prassi degli ultimi anni». «Dobbiamo scervellarci ora - si è chiesto ancora Balduzzi - o conviene guardare in prospettiva» all'entrata in vigore delle «nuove regole» da-

te dal federalismo per il 2012 e usare il 2012 come «anno di transizione?».

Il Sud la risposta ce l'ha già chiara: bisogna subito cambiare le regole del gioco. O comunque aprire una riflessione più generale sulla sostenibilità del Ssn nelle Regioni del Sud, quasi tutte, alle prese con piani di rientro e con laici e laccioli sulla spesa e il personale che non gli consentono più di garantire i livelli essenziali di assistenza al cento per cento. Tutto è iniziato con l'invio alle Regioni nelle scorse settimane della proposta di riparto 2012 dell'ex **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**. Una proposta che in pratica percorre la solita strada e che le Regioni meridionali hanno giudicato subito irricevibile. Almeno finché non si prenderà in considerazione l'ormai famigerato criterio della deprivazione, l'indice sulle condizioni socio-economiche da tempo sbandierato dai governatori meridionali come parametro in più da prendere in esame, accanto all'età, per ripartire i finanziamenti del Ssn. E con le altre Regioni più o meno in ordine sparso divise tra chi punta al criterio della cronicità (la frequenza sul territorio di patologie come tumori o malattie cardiovascolari) o insiste sul peso dell'invecchiamento dei propri abitanti o su nuovi criteri. Tra tutti il Veneto, il più acerrimo nemico dell'indice di deprivazione. I tecnici regionali stanno

studiando, in particolare, una batteria di indicatori (si veda la tabella qui a fianco) da impiegare sui vari fronti dell'assistenza (territoriale, farmaceutica, specialistica, ospedaliera). Restano in particolare ancora da attribuire nuovissimi criteri come gli indicatori di «carattere sociale-economico, compresa la struttura della famiglia», la presenza dell'accreditamento, premi di virtuosità, la dimensione territoriale e abitativa (da qui anche l'idea di un fondo per le piccole Regioni). E ovviamente la «deprivazione - problemi ambientali». La sensazione comunque è che ogni Regione, pur di non perdere neanche un euro, punti a inserire un criterio ritagliato sulle proprie esigenze. Con il rischio più che concreto di far finire il riparto in un vero e proprio cul de sac. Nel mirino del confronto tra i tecnici regionali è finito anche il tradizionale calcolo della popolazione che quest'anno potrebbe essere rivisto in base al censimento che sta effettuando l'Istat. Tanto che già si pensa a una possibile sterilizzazione delle proiezioni Istat.

La patata bollente passa ora al **ministro Balduzzi** a cui le Regioni già da tempo stanno chiedendo un incontro urgente. Sullo sfondo c'è ovviamente il nuovo Patto della salute a cui forse toccherà il compito difficile di disinnescare questa bomba.

Marzio Bartolini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

13-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 8

La batteria di criteri allo studio delle Regioni	
Ambiti di applicazione	Criteri
Prevenzione	Per fasce d'età
Territoriale	Tasso di mortalità
	Cronicità
Farmaceutica	Per fasce d'età
	Cronicità
Specialistica	Per fasce d'età
	Cronicità
Ospedaliera	Per fasce d'età con correzione per morbosità, con particolare riguardo ai tumori
	Per fasce d'età
	Per fasce d'età e fattori familiari
Da attribuire	Indicatori di carattere sociale-economico, compresa la struttura della famiglia
	Accreditamento
	Fondo piccole regioni
	Virtuosità (equilibrio di bilancio ed erogazione Lea)
	Deprivazione - problemi ambientali
	Dimensione territoriale e densità abitativa
Popolazione	La popolazione all' 1/1/2011
	Estensione delle fasce d'età anziane >75 anni

A PAG. 27**Consiglio di Stato****Prevedere
i ripiani solo
per i centri
pubblici
non viola
la parità
con i privati****CONSIGLIO DI STATO/ No all'appello di un ospedale classificato contro il Lazio**

Ripiani solo per il pubblico

La parità dell'accreditato resta anche se è escluso dal "salvataggio"

La parità tra ospedali pubblici e classificati non è inficiata da una norma regionale che preveda il ripiano dei disavanzi soltanto per i primi. Perché le strutture pubbliche «rappresentano la vera e propria ossatura del Servizio sanitario nazionale, e il vero e proprio intervento diretto del Servizio sanitario nazionale nei confronti della collettività», come previsto dalle leggi 833/1978, e devono essere «per quanto possibile messe in condizione di lavorare». Mentre le altre «sono tutte in misura maggiore o minore complementari» dello stesso sistema.

Ma c'è un'altra ragione per cui i privati classificati non possono invocare il salvataggio dai disavanzi: «Il suddetto ripianamento compete al soggetto che ha la proprietà degli stessi, mentre le strutture private, per quanto classificate, hanno una diversa proprietà, alla quale compete, ai sensi della normativa generale, il prendere in considerazione la copertura delle eventuali perdite riscontrate».

A chiarire il senso e la portata della "parificazione" tra ospedali pubblici e classificati è stata la quinta sezione del Consiglio di Stato che, con la **decisione n. 6085/2011** del 18 novembre, ha respinto l'appello di una struttura classificata contro la Regione Lazio per la riforma di una sentenza del Tar. Oggetto del contendere è la delibera regionale 731/2005 sul riparto del fondo sanitario di quell'anno e la definizione delle tariffe per gli erogatori pubblici e privati, nonché il recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

L'ospedale si era rivolto al Tar Lazio contestando la ripartizione dei finanziamenti regionali tra le varie strutture pubbliche e private. A suo avviso, la parità riconosciuta tra gli ospedali avrebbe dovuto imporre uguali finanziamenti mentre per i pubblici la delibera aveva previsto in più il ripiano dei disavanzi. Un'aggiunta con cui, secondo la struttura, la Regione aveva violato varie norme del Dlgs 502/1992, della legge 241/1990 e della legge 724/1994 "peccando" di eccesso di potere, disparità di trattamento e violazione del principio di buon andamento della pubblica amministrazione.

Una tesi respinta prima dal Tar e adesso dal Consiglio di Stato. Nel merito - si legge nella decisione - non c'è alcun dubbio che gli ospedali classificati «siano parificati in tutto e per tutto agli ospedali pubblici». Ma è altrettanto vero che la delibera «in nessun punto afferma una differenziazione tra le due categorie di strutture sanitarie e anche l'individuazione del budget non è assolutamente effettuata sulla base di tale differenziazione ma invece è stata determinata sulla base di classi di operatività».

L'unica esclusiva riconosciuta ai pubblici è quella del ripiano dei disavanzi. Legittima, secondo Palazzo Spada, proprio perché l'ossatura del sistema va messa in condizioni di poter reggere e resistere. E perché il "proprietario" non è un privato ma lo Stato.

Manuela Perrone

© 2011 FEDERLAB ITALIA



Pronto per l'intesa lo schema di decreto Economia-Salute che attua il federalismo fiscale

Regioni virtuose, ecco i premi

Lo 0,1% del fondo accantonato per centrali d'acquisto e pareggio di bilancio

Come si assegnano i "premi"

- La quota premiale è stabilita nello 0,1% delle risorse ordinarie di finanziamento al Ssn che quindi viene accantonato
- Il 50% della somma disponibile è assegnato alle Regioni che hanno centralizzato almeno il 70% degli acquisti di beni e servizi (primo obiettivo)
- Il 50% della somma disponibile è assegnato alle Regioni con aziende che abbiano chiuso il bilancio in pareggio o in avanzo (secondo obiettivo)
- Il criterio di riparto è in base alla quota percentuale del finanziamento ordinario indistinto che spetta alla Regione nell'anno di riferimento
- In caso nessuna Regione raggiunga gli obiettivi la somma è assegnata all'altro e nel caso nessuna Regione raggiunga nessuno dei due obiettivi è riassegnata al fondo e ripartita tra tutte le Regioni sempre in base alla quota del finanziamento indistinto spettante

Ci sono circa 107 milioni pronti per le Regioni che potranno essere "premiati" per aver raggiunto gli obiettivi indicati nel Dlgs di applicazione del federalismo fiscale su premi e sanzioni. Si tratta dello 0,1% del fondo sanitario (in questo caso riferito al 2012) che lo stesso provvedimento dispone di accantonare per essere successivamente ripartito secondo la quota percentuale di accesso al fondo sanitario proprio di ogni Regione che lo dovesse meritare.

I due obiettivi "premiati" da raggiungere sono la realizzazione della centrale unica di acquisti per beni e servizi e il pareggio (o l'avanzo) di bilancio.

I criteri sono iscritti nello schema di decreto interministeriale Economia-Salute che è stato trasmesso a fine novembre ai governatori e che dovrà essere esaminato nella prossima Stato-Regioni per raggiungere nel caso un'intesa che riprende le indicazioni del Dlgs 149/2011 (premi e sanzioni, appunto).

I premi andranno alle Regioni «che istituiscano una centrale regionale per gli acquisti - si legge nel Dlgs - e l'aggiudicazione di

procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore a un importo determinato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'articolo 4, commi 8 e 9, del Dlgs 502/1992, e successive modificazioni, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione». La quota assegnata per ciascun "premio" è pari al 50% della somma accantonata (poco più di 50 milioni quindi per il 2012).

Per quanto riguarda gli acquisti centralizzati vale sia l'attivazione degli acquisti centralizzati tramite la centrale di acquisto regionale, sia quelli previsti dalla Finanziaria 2007 con le centrali regionali e la Consip Spa in un sistema "a rete". Per centrare l'obiettivo le Regioni dovranno aver trasferito a queste modalità di acquisto almeno il 70% del volume di acquisti di beni e servizi sanitari nell'anno di riferimento. A controllare il risultato sarà il tavolo tecnico per gli adempimenti

regionali in base alle certificazioni verificate da Consip.

Stesso meccanismo per le quote premiali legate all'equilibrio di bilancio. La Regione che potrà "riscuotere" dovrà avere sul suo territorio aziende (compresi Policlinici e Irccs pubblici) che abbiano chiuso in pareggio o in avanzo il proprio bilancio. Alle verifiche questa volta provvederà il solo tavolo di verifica degli adempimenti regionali in base ai dati dei modelli del conto economico consuntivo.

Il decreto prevede anche un trasferimento di risorse dall'uno all'altro obiettivo in caso uno dei due non abbia nessuna Regione da "premiare" oppure la riassegnazione - e il conseguente riparto secondo le procedure ordinarie - della somma se in tutti e due i casi non dovessero essere stati ottenuti risultati premiali.

A stilare la tabella in base alla quale l'Economia erogherà le relative somme di eventuale assegnazione dei premi saranno il Comitato Lea e il tavolo per la verifica degli adempimenti regionali.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

Il Sole
24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

13-DIC-2011

da pag. 4

Piani di rientro finiti gli sconti

Gli aumenti del fondo sanitario (premiati) accantonati per le Regioni con piani di rientro in attesa delle verifiche saranno "a tempo": se dopo 5 anni il piano non sarà rispettato la Regione inadempiente li perderà.

A PAG. 4

MANOVRA/ Gli effetti del decreto salva-Italia - Entro sabato il voto in aula alla Camera

Tagli evitati, ora subito il Patto

Regioni al lavoro sulle priorità - Piani di rientro: risorse premiali "a termine"

Manovra al voto in aula a Montecitorio entro sabato 17 dicembre. Nel fine settimana appena trascorso intanto la commissione Bilancio ha lavorato sui circa 1.300 emendamenti presentati, di cui circa la metà tra Lega e Idv. Le ultime firme al Dl 201 del 6 dicembre 2011 (pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 284 del 6 dicembre) dovrebbero essere quelle che secondo le previsioni più quotate al momento di andare in stampa con questo numero del settimanale venerdì 9 dicembre, potrebbero ritoccare l'indicizzazione delle pensioni, mentre i partiti sono spaccati sulle liberalizzazioni dei farmaci di fascia C.

Intanto la scorsa settimana le commissioni Bilancio di Camera e Senato hanno svolto una serie di audizioni sulle principali materie oggetto del provvedimento.

Regioni: bene l'assenza di tagli alla Sanità. Le Regioni hanno tirato un sospiro di sollievo per la manovra senza tagli alla Sanità, ma ora serve un nuovo Patto per la salute perché le risorse ridotte negli ultimi anni hanno portato i bilanci sull'orlo del default e ci si deve riorganizzare. Lo hanno detto all'audizione i rappresentanti dei governatori.

Intanto, a fronte dell'aumento della base Irpef dallo 0,9 all'1,23% deciso dal Governo, alcune Regioni si stanno organizzando per cercare di non caricare i cittadini anche delle aliquote aggiuntive fino a oggi decise a livello locale. La prima a decidere di coprire lo 0,2% finora applicato sul suo territorio in base al reddito è stata l'Umbria, che in settimana approverà un pacchetto di provvedimenti per dare copertura alle risorse legate al mancato incasso dell'aliquota locale. Le aliquote extra previste a livello locale valgono in tutto poco meno di 800 milioni e interessano undici Regioni.

Pensioni: mantenere la garanzia a 30 anni. Sempre nelle audizioni alle

commissioni Bilancio, l'Adepp, l'associazione degli enti previdenziali privati, ha chiesto di mantenere regole di sostenibilità a 30 anni, anziché a 50, per la i bilanci delle casse pensionistiche private. Le casse hanno chiesto anche di posticipare al 30 giugno 2012 (invece del 31 marzo 2012) il termine entro cui quelle di diritto privato devono adottare provvedimenti funzionali a garantire l'equilibrio. In assenza di tali provvedimenti infatti, la manovra obbliga gli enti ad adottare il metodo contributivo pro rata e un contributo di solidarietà dell'1% sulle pensioni erogate.

Aifa: primi in Europa per la fascia C fuori farmacia. Con l'allargamento del mercato dei farmaci fascia C deciso dalla manovra, l'Italia fa da precursore in Europa: sarà l'unica a vendere questa tipologia di medicinali nei supermercati. Un onore, ma anche una responsabilità secondo quanto spiegato dall'Aifa all'audizione nelle commissioni Bilancio. Tuttavia, ha sottolineato ancora l'Agenzia, abbiamo anche la classe di farmaci da banco più ridotta rispetto agli altri.

Le priorità dei governatori per il Patto. Regioni e ministero intanto sono già al lavoro per arrivare entro fine anno se non alla stesura di un nuovo Patto per la salute vero e proprio, alla definizione delle priorità che esso dovrà contenere e su queste raggiungere l'accordo con il Governo. Nel nuovo Patto sono tre i nodi da sciogliere secondo i governatori: finanziamento, edilizia sanitaria, entrambi ritoccati al ribasso in modo unilaterale del Governo rispetto alle previsioni del Patto 2010-2012 e i piani di rientro. Su questi le Regioni vogliono un recupero di responsabilità nella gestione delle procedure, discorso questo già avviato con il "vecchio" Patto, ma che per ora ha visto la gestione a senso unico del Governo.

Piani di rientro, risorse a termine. Intanto sui piani di rientro nella

manovra ci sono già alcune novità. Gli aumenti del fondo sanitario (risorse definite premiali), sono stati accantonati finora in attesa del riscontro positivo del tavolo di monitoraggio sull'effettiva attuazione degli adempimenti previsti. Il meccanismo con la manovra non cambia, ma l'accantonamento è "a tempo": se dopo cinque anni dall'esercizio a cui sono riferiti gli aumenti la Regione in piano di rientro non avrà realizzato tutte le misure previste, il fondo "premiato" sarà del tutto revocato e riassegnato alla collettività delle Regioni. Nel primo triennio dei piani di rientro a esempio si tratta di aumenti che in totale, tra il 2007 e il 2009, ammontano in tutto a circa 11 miliardi. Di questi il 33% in media è per le Regioni con piani di rientro: circa 3,6 miliardi che sarebbero rimasti nei cassetti dell'Economia "a tempo" e che in caso di inadempimenti sarebbero ripartiti tra le altre Regioni.

Gli effetti del super-Irpef. La previsione dell'aumento Irpef dello 0,33% porta la base dell'aliquota dallo 0,9% previsto nel Dlgs su finanza regionale e costi standard all'1,23%. Il maggior gettito di 2.085 milioni che le Regioni incasseranno alza la quota prevista per il 2012 a 8,57 miliardi dai 6,48 già scritti nella prima ipotesi di riparto del fondo sanitario e la maggiorazione sarà compensata con una riduzione di uguale importo del trasferimento Iva alle amministrazioni locali, attualmente stabilito con il meccanismo del Dlgs 56/2000 e che sempre per il 2012 era previsto in 55,76 miliardi.

E visto che aumentano gli incassi anche per le Regioni a statuto speciale, per queste è prevista una maggiorazione della compartecipazione al fabbisogno sanitario, quantificata in 860 milioni per Valle d'Aosta e Friuli e in 60 milioni per Trento e Bolzano. Per la Sicilia, che ancora incassa una quota dal fondo, il maggior gettito di circa



Lettori: n.d.

13-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

da pag. 4

130 milioni sarà stomato dalla quota che la Regione incassa dallo Stato.

Con l'aumento all'1,23% in alcune Regioni si raggiunge anche un'aliquota del 2,03% (Calabria, Campania, Molise per le quali erano scattate le maggiorazioni oltre il massimo per l'eccesso di disavanzo sanitario). I nuovi incassi passerebbero così, a esempio, dagli 1,38 miliardi della Lombardia con le vecchie aliquote (la Regione ha aliquote scalari in base al reddito) a circa 1,85 miliardi con le nuove o ancora dai 97 milioni pre-manovra dell'Umbria ai circa 130 post-manovra. Il tutto si traduce in un aumento medio per i cittadini che va dai 178 euro l'anno in Basilicata ai 379 del Lazio, con una media nazionale di 293 euro contro i 231 delle aliquote precedenti (62 euro medi in più quindi).

Sulla maggiorazione Irpef è intervenuto anche il Servizio Bilancio della Camera, sottolineando che «andrebbe chiarito in primo luogo se la quantificazione del gettito dell'aumento dell'addizionale Irpef (2.085 milioni) si riferisca alle sole Regioni a statuto ordinario o a tutto il territorio italiano». Nel primo caso, secondo l'analisi, si dovrebbe chiarire l'ammontare di gettito delle Regioni a statuto speciale. Se coincide con gli 860 milioni chiesti a queste, va chiarito se l'importo è una maggiore entrata per indebitamento netto e fabbisogno ed è un risparmio di spesa solo per il saldo netto da finanziare. Nel caso invece la somma si riferisce all'intero territorio nazionale e gli 860 milioni fosse la parte delle Regioni a statuto speciale «la quantificazione degli effetti positivi in capo queste ultime Regioni risulterebbe duplicata, con conseguente sovrastima degli effetti positivi dell'intervento».

Red. San.

© DIREZIONE FEDERLAB

Le novità per il settore sanitario nel Dl 201/2011

Aumento dell'Iva (articolo 18)

A copertura ulteriore della clausola di salvaguardia prevista dalla delega per la riforma fiscale e assistenziale e aumentata del 2% Iva su tutti i beni dal 1° ottobre 2012 e di un ulteriore 0,5% dal 1° gennaio 2014.

Suppressione enti (articolo 21)

L'Agenzia per la sicurezza nucleare è incorporata nel ministero per lo sviluppo economico d'intesa con il ministero dell'Ambiente. L'Irpidip (Fondo previdenziale dei dipendenti pubblici a cui fanno capo i dipendenti del San) è incorporato nell'Inps.

Pensioni (articolo 24)

È esteso a tutti il sistema contributivo, si innalza l'età pensionabile e si allineano la combinazione età-contributi per il calcolo del limite, le pensioni di vecchiaia e si danno limiti all'indicizzazione dei trattamenti.

Finanziamento della Sanità: aumento Irpef (articolo 28)

Per compensare una riduzione sulla partecipazione delle Regioni all'Iva pari a 2,085 miliardi a far carico sul fondo sanitario si innalza dallo 0,9% all'1,23% (+0,33%) l'addizionale Irpef alla quale possono poi essere comunque aggiunte le addizionali regionali.

Regioni con piani di rientro (articolo 28)

Per le Regioni con piani di rientro per le quali si sta accantonando una quota (preziale) del fondo sanitario in attesa delle verifiche sull'effettiva attuazione del Piano, le risorse rimangono accantonate in bilancio fino alla realizzazione delle condizioni previste per l'erogabilità e comunque per un periodo non superiore al quinto anno successivo a quello di iscrizione in bilancio.

Farmacie (articolo 32)

I corner Gdo e le parafarmacie dei Comuni con più di 15 mila abitanti collocati fuori dalle aree rurali come individuate dalle Regioni dotati di requisiti ad hoc che saranno fissati con decreto potranno vendere i farmaci di fascia C, con esclusioni della sostanza psicotrope, i farmaci con ricetta non ripetibile e i prodotti iniettabili. Farmacie e parafarmacie potranno liberamente praticare sconti sul prezzo al pubblico su tutti i prodotti venduti purché lo sconto sia esposto e praticato a tutti gli acquirenti.

Ordini (articolo 33)

Se non sarà attuata la riforma degli Ordini professionali con Dpr entro il 13 agosto 2012 (legge di stabilità) saranno abolite tutte le norme che regolano gli Ordini inattivi.

Effetti dell'addizionale Irpef (articolo 28): prospetto riepilogativo (milioni di euro)

Co.	Maggiori entrate	Saldo netto da finanziare			Fabbisogno			Indebitamento netto		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
	Regioni statuto ordinario - add. Reg. Irpef	-	-	-	2.085	2.085	2.085	2.085	2.085	2.085
2	Regioni statuto speciale - add. Reg. Irpef	-	-	-	130	130	130	130	130	130
	Minori spese correnti	5.000	5.000	5.000	2.785	2.785	2.785	2.785	2.785	2.785
1	Regioni statuto ordinario	2.085	2.085	2.085	-	-	-	-	-	-
2	Regioni statuto speciale	130	130	130	-	-	-	-	-	-
3	Regioni statuto speciale	920	920	920	920	920	920	920	920	920
8	Provincia	415	415	415	415	415	415	415	415	415
7	Comuni	1.450	1.450	1.450	1.450	1.450	1.450	1.450	1.450	1.450
Totale articolo		5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000

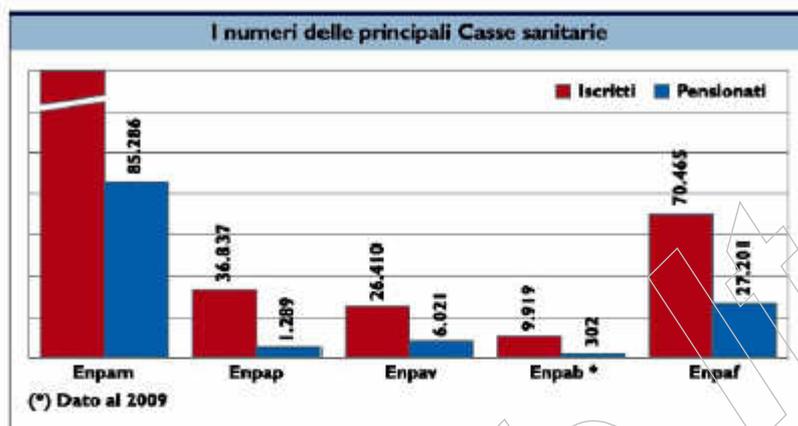
Le nuove aliquote e il loro effetto

Regioni	Aliquota iniziale	Aliquota finale	Aumento pro capite (euro)	Regioni	Aliquota iniziale	Aliquota finale	Aumento pro capite (euro)
Abruzzo	1,4	1,73	275	Molise	1,7	2,03	298
Basilicata	0,9	1,23	178	Piemonte	0,9-1,4	1,23-1,73	303
Bolzano	0,9	1,23	248	Puglia	0,9	1,23	231
Calabria	1,7	2,03	282	Sardegna	0,9	1,23	202
Campania	1,7	2,03	329	Sicilia	1,4	1,73	268
Emilia R.	1,1-1,4	1,43-1,73	328	Toscana	0,9	1,23	236
Friuli	0,9	1,23	236	Trento	0,9	1,23	237
Lazio	1,4	1,73	370	Umbria	0,9-1,1	1,23-1,43	256
Liguria	1,4	1,73	346	V. Aosta	0,9	1,23	248
Lombardia	0,9-1,4	1,23-1,73	298	Veneto	0,9	1,23	236
Marche	0,9-1,4	1,23-1,73	218	Totale/media	1,2	1,53	293

MANOVRA/ Gli enti previdenziali dovranno garantire saldi positivi su un arco di 50 anni

Per le Casse la sfida dei conti

L'adeguamento entro marzo - L'Enpam è già sulla buona strada



Per l'Enpam e le altre Casse private del settore sanitario (Enpaf, Enpap, Enpab, Enpav) sale da 30 a 50 anni l'arco temporale in cui garantire l'equilibrio dei conti. In caso contrario, dal 2012 gli iscritti passeranno obbligatoriamente al metodo contributivo e i medici in pensione si vedranno applicare per due anni (il prossimo e il successivo) un contributo di solidarietà pari all'1% del trattamento. A dettarlo è la manovra presentata dal Governo, **Mario Monti**.

Il decreto legge, all'articolo 24 contenente «disposizioni in materia di trattamenti pensionistici», dà agli enti dei professionisti tempo fino al 31 marzo 2012 per adottare «misure volte ad assicurare l'equilibrio tra entrate contributive e spesa per prestazioni pensionistiche secondo bilanci tecnici riferiti a un arco temporale di 50 anni».

L'efficacia degli interventi individuati rispetto all'obiettivo dei 50 anni dovrà essere verificata dai ministeri vigilanti. In caso di parere negativo o nell'eventualità in cui la cassa privata non formulasse un pacchetto di interventi entro il termine indicato, scatterebbero automaticamente alcune penalizzazioni.

Per cominciare, gli iscritti all'ente si vedrebbero applicare dal 1° gennaio del nuovo anno il metodo contributivo anziché retributivo (trattamento pensionistico commisurato a quanto versato anziché agli ultimi emolumenti percepiti), in secondo luogo, i professionisti già in pensione si vedrebbero chiedere per due anni - 2012 e 2013 - un «contributo di solidarietà» pari all'1% del trattamento ricevuto. Il tempo richiesto per l'aggiornamento per le modifiche da apportare appare particolarmente stringente. Era già difficile e complesso il precedente processo di attuazione dei bilanci tecnici a 30 anni, diventa ancora più complicato portarli a 50 anni e in così breve tempo.

Molte Casse professionali avevano già iniziato a modificare i propri sistemi previdenziali, e, in particolare, l'Enpam, l'ente dei medici, ha prodotto una vera e propria riforma, peraltro suggerita dallo stesso nuovo premier, **Mario Monti**, e dal ministro, **Elsa Fornero**, che avevano valutato favorevolmente sia l'attuale sistema reddituale proprio dell'Istituto che le modifiche indicate dal Consiglio d'amministrazione.

La riforma, varata dall'ente a novembre, già prevede come obiettivo la sostenibilità a trent'anni con proiezione fino a cinquanta, ragion per cui la Fondazione non dovrebbe avere difficoltà ad allinearsi ai nuovi criteri. Restano tuttavia nell'ambito generale del settore alcune perplessità che riguardano la non considerazione, nel decreto, del patrimonio (per l'Enpam si tratta di oltre 11 miliardi di euro) che è nato proprio per sopperire a eventuali deficienze di bilancio.

L'assenza di tale riferimento fa sorgere il dubbio, ad alcuni esponenti delle Casse, che la procedura intrapresa dal decreto possa essere il prologo verso un "accaparramento" da parte dello Stato del tesoretto degli istituti pensionistici dei professionisti.

Ricordiamo che il saldo previdenziale, cioè il rapporto fra entrate per contributi e spese per pensioni, è la prima indicazione di solvibilità degli enti. Ma, in alcuni casi, è possibile sopperire all'eventuale deficit proprio utilizzando il patrimonio.

Il problema delle Casse professionali e in questo caso anche dell'Enpam, resta, comunque, quello dell'andamento della demografia e delle stime di richiesta di servizi professionali in un Paese che appare non crescere opportunamente.

C. Test.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Accreditamenti, il Tar rimanda il giudizio

Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie: in attesa che la legge regionale approvata in Aula il 30 novembre scorso (modifiche alla legge n. 4 del 4 agosto 2011) sia pubblicata sul Bollettino regionale, il Tar (Tribunale amministrativo regionale), adito dalle associazioni di categoria avverso il decreto commissariale n. 75 del 2011 (riguardante l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie in attuazione della precedente legge e già sospeso il 31 ottobre su apposito ricorso delle associazioni di categoria) riunitosi in camera di Consiglio il 7 dicembre scorso rinvia al 21 dicembre la trattazione del ricorso. La presentazione della domanda, per il tramite della Piattaforma informatica Soresa Spa, dovrà avvenire entro venti giorni dalla pubblicazione del relativo decreto attuativo e quest'ultimo dovrà essere emanato entro 10 giorni dall'entrata in vigore delle modifiche alla Legge Regionale (art. 237 quinquies), ovvero 10 giorni della pubblicazione del testo approvato in Consiglio regionale (per le strutture di ricovero e specialistiche ambulatoriali). Per tutte le altre strutture vale il termine del 30 aprile. Sono nulle le istanze presentate dalle strutture sanitarie sulla piattaforma applicativa informatica Soresa in data precedente alla entrata in vigore della legge.

