

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



## Rassegna Stampa del 21.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

## **Patto per la salute. Per le Regioni percorso in salita con 17 miliardi di tagli delle varie manovre**

**A tanto ammonterebbero i tagli ai finanziamenti della sanità fino al 2014, conseguenti alle diverse manovre economiche. Una tara che rischia di rendere molto difficoltoso il nuovo Patto per la salute. Ecco tutte le criticità anticipate dalle Regioni nell'ultimo incontro con Balduzzi.**

**20 DIC** - Il finanziamento del Fondo sanitario nazionale, l'edilizia sanitaria, i ticket e i piani di rientro. Sarebbero queste le quattro priorità da affrontare che le Regioni hanno presentato al Governo nel corso del primo incontro per il nuovo Patto per la Salute, svolto la scorsa settimana, secondo quanto riportato da un lancio dell'Ansa che cita un documento delle Regioni.

Il punto di partenza per valutare la sostenibilità del sistema sta nelle manovre finanziarie che, tra il 2012 e il 2014, produrranno, secondo le Regioni, un taglio alla sanità di 17 miliardi di euro, di cui 3 nel 2012, 5,5 nel 2013 e 8,4 nel 2014, per i quali la Conferenza delle Regioni aveva formulato una proposta non recepita di reintegro integrale dei tagli previsti.

Per l'edilizia sanitaria invece i tagli lineari hanno reso impossibile definire tutti gli Accordi di Programma presentati dalle Regioni. Circa i piani di rientro, invece, le regioni lamentano come "l'intero procedimento sia incentrato sugli aspetti economico-finanziari, senza valorizzare un reale percorso di riorganizzazione sul territorio dell'intero sistema".

Quanto ai ticket era stata ribadita la richiesta di reintegro del finanziamento di 381,5 milioni di euro da reperire applicando una maggiore accisa sui tabacchi. Ammonta invece a 2 miliardi annui il risparmio stimato dai nuovi ticket sui farmaci e le altre prestazioni sanitarie previsti dal 2014.

Altro punto critico è la spesa farmaceutica. Per le Regioni è mancata infatti "la ridefinizione del tetto della farmaceutica ospedaliera (confermato al 2,4%), sistematicamente sottostimato". Per questo, aggiunge il dispaccio dell'Ansa, ne avevano proposto una revisione. Il tetto della spesa farmaceutica territoriale dal 2013 è stato invece ridotto al 12,5% del fabbisogno. "Gli interventi sulla farmaceutica non agiscono sui costi dell'assistenza ospedaliera che registra una crescita sostenuta - dicono - mentre si limitano ad operare in ambito territoriale senza portare un reale beneficio sulla spesa farmaceutica complessiva".

## La sanità italiana è vicina al punto di rottura. Ma quando ce ne renderemo conto?

**Periodo difficile, ma non impossibile per salvare il SSN. Occorre analizzare la realtà con verità e prepararci per il futuro. Il nostro SSN ha delle solide fondamenta, scritte nella carta costituzionale e nelle leggi di riforma, ma ha bisogno di rinforzare con qualche pilastro aggiuntivo**

**20 DIC** - Abbiamo letto i risultati del rapporto sullo [stato di salute del paese](#), che ha fotografato la situazione dell'Italia che invecchia e porta con sé il suo carico di patologie croniche-degenerative quale grande variabile sulla quale parametrare le azioni strategiche future. Del resto già l'OCSE, uno sguardo alla salute 2011, aveva tracciato un quadro ben preciso a tale riguardo. La scheda Italia è stata enfatizzata dalla stampa italiana (anche da [Quotidiano Sanità](#)), solo su una parte dei dati al grido di "quanto siamo bravi, stiamo un po' sotto la media, 9,5% rispetto al 9,6% in termini di incidenza della spesa globale sul PIL, i nostri tassi di mortalità ospedaliera, a seguito di un attacco cardiaco o di un ictus sono inferiori alla media OCSE, così pure nei limitati ricoveri ospedalieri ad alto costo per malattie croniche, quali asma, malattia polmonare ostruttiva cronica o diabete ed infine nella speranza di vita alla nascita e nell'abbassamento dell'incidenza del tasso di mortalità a seguito di tumori al seno".

**Tutto vero, ma non si è detto che la componente pubblica della spesa italiana, 77,9%** è al di sopra della media OCSE, che è del 71,7, che il 22,1% di spesa privata, per l'Italia, almeno nell'Europa a 27, costituisce una anomalia perché è quasi tutta proveniente dalle tasche dei cittadini, mentre in Europa è intermediata maggiormente da forme integrative di assistenza, attraverso Fondi, casse e mutualità di territorio. Non si è detto che la spesa cresce, a partire dal 2007/2008/2009, con un'incidenza sul PIL che è stata progressivamente dall'8,7% nel 2007 fino ad arrivare al 9,5% nel 2009, più della crescita della ricchezza nazionale prodotta.

**Mentre il nostro paese non ha centrato nessun obiettivo di crescita, previsto dal precedente Governo.** Siamo dovuti arrivare alla nota correttiva di settembre per rivedere al ribasso tutte le stime di crescita previste nel triennio, che per la sanità ha comportato tagli già previsti per il 2012 e per il 2013 di circa 8 miliardi, introduzione del tickets sulla specialistica per complessivi 814 milioni di euro, il prolungamento a 5 anni del blocco dei contratti di lavoro e delle convenzioni, con conseguente perdita del potere d'acquisto di circa il 20%, ulteriore precarizzazione del rapporto di lavoro e proroga della facoltà da parte delle amministrazioni di pensionamento coatto, a prescindere dalla età anagrafica, spesso inferiore ai 60 anni con la penalizzazione del mondo medico e sanitario ormai a sovraccarico di lavoro, stress, errori medici e medicina difensiva.

Ora, il Governo Monti ha già dovuto rivedere la crescita prevista per il prossimo anno a -0,4%. Siamo in recessione, la bestia nera da affrontare con coraggio, è la risalita della crescita.

Ma sempre tornando all'analisi OCSE, non si è detto che per l'Italia il numero di tecnologie radiodiagnostiche non ha precedenti paragonato al resto del mondo: il numero delle risonanze magnetiche è di 21,6 per milione di abitanti per l'Italia, la media OCSE è del 12 per milione di hb, così come per le TAC e tutta la diagnostica per immagine, il cui rapporto in Italia è di 31,7 per milione di hb e la media OCSE è di 22,1 per milione di abitanti. Fumo, Obesità di adulti e adolescenti, ci vedono ancora con percentuali elevate rispetto alla media OCSE, mentre va meglio per il fumo: Italia 23,3% OCSE 22%; per l'obesità siamo passati dal 7% del 1994 al 10,3 del 2009 con maggiori costi per i ben noti fattori di rischio da diabete di tipo 2 e patologie correlate cardiocircolatorie.

Se poi leggiamo i dati oltre il 2009 la situazione è più pesante, perché la bassa crescita e la recessione ci pongono

[www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)

in una enorme difficoltà.

### **Realtà e cifre con cui fare i conti:**

I dati a consuntivo che troviamo nella relazione della Corte dei Conti sui bilanci della P.A. pubblicati nella G.U. del 5 agosto u.s. ci dicono che siamo a 113miliardi e 457milioni di euro a consuntivo 2010 e che la spesa privata si attesta a 29miliardi e 564 milioni; inoltre la Corte esaminando il primo semestre 2011 prevede una tendenza alla crescita intorno ai 114miliardi per l'anno in corso e circa 30 miliardi di spesa privata; nel contempo l'ISTAT ci dice che le famiglie italiane si impoveriscono a causa della crisi, soprattutto nel sostenere spese sanitarie e sociali, legate alla non autosufficienza e alla paura dell'invecchiamento e delle malattie cronico degenerative, che terrorizza il 63% degli italiani over 65 anni.

La prima fase applicativa del ticket, anche se alcune Regioni lo hanno previsto modulato in forma più equa rispetto al reddito, ha comportato notevoli disagi e costi amministrativi con cui si dovrà fare i conti tra entrate e uscite a fine anno. Circa 8 miliardi di tagli previsti per il 2013 e il 2014 pendono sul SSn, anche se apparentemente è stato scongiurato il pericolo di veder anticipato al 2012 il taglio di 2,5 miliardi previsto per il 2013.

**Le Regioni hanno fretta e sentono il fiato sul collo dei costi sanitari**, occorre ridefinire il patto per la salute, anticipato [nell'incontro del 15 dicembre](#). Si tenta disperatamente di porre rimedio ad una situazione, ormai fatta di razionamenti continui, di lunghe liste d'attesa, di tickets e aumenti di Irpef regionali, che soprattutto nelle regioni con obbligo di piani di rientro, raggiungono un livello di guardia oltre il quale difficilmente si potrà andare nel breve e medio periodo. Le misure di contenimento del decreto "Salva Italia" del governo Monti obbligano le Regioni di innalzare l'IRPEF regionale dall'attuale 0,9 fino al 1,23%, in media l'aumento costerà 76 euro a testa ed inciderà pesantemente, perché le addizionali si calcolano sull'imponibile lordo, quindi prima delle detrazioni e dei vari carichi familiari. Lo sconto previsto sull'IRAP di 10.600 euro è destinato giustamente a quelle imprese che assumeranno donne e giovani sotto i 35 anni a tempo indeterminato, per stimolare insieme ad altre misure previste, la crescita. In buona sostanza si chiede e ci si accorda con il Governo Monti, di fare la faccia feroce, su ciò che molte regioni, non sono riuscite a fare per non pagare il costo di decisioni impopolari, ma non più eludibili.

**L'esempio più lampante è la mia Liguria**, ormai in preda a tagli, ristrutturazioni, razionamenti, con la giunta da anni impegnata alla ricerca di una quadra impossibile, che ottiene piccoli risultati di risparmio, che si arrendono di fronte ad una verità ineludibile: abbiamo concentrati nella mia regione, gli anziani più anziani di Italia, siamo una piccola Regione, le risorse sono sempre più scarse, gli investimenti in sanità esigui e la domanda di salute di una popolazione che invecchia è sempre più costosa con buona pace del coefficiente di Gini sull'equità e del morbo di Baumol sull'elasticità della domanda sanitaria.

Ma si è voluto risparmiare e tagliare oltre il possibile per non aumentare l'irpef regionale ed ora c'è qualcun altro, che si chiama Monti, che lo fa in luogo della giunta ligure, ma i disservizi e la popolazione ligure attraversano da oltre tre anni un calvario inaccettabile ed emigrano in Toscana, Piemonte, Lombardia per ricevere le cure di cui hanno bisogno oggi, non tra 9 mesi od un anno.

C'è chi ha voluto intravedere nell'aumento dell'irpef regionale un ripensamento proprio del meccanismo di finanziamento del sistema: il passaggio di ricommisurare il reddito d'impresa e spostarlo su quello delle persone.

**Peccato che la pressione fiscale nel nostro paese è già troppo elevata** e pesa quasi esclusivamente su pensioni e redditi da lavoro dipendente, con una delle più elevate evasioni d'Europa, intorno ai 125 miliardi euro e peccato che l'Irap è a tutt'oggi uno dei pilastri del finanziamento del SSN. Ma che senso ha enfatizzare lo sganciamento dal PIL come una grande inversione di tendenza?

La ricchezza nazionale prodotta è data dalla crescita complessiva di un paese: produzione, lavoro, tasse che si devono pagare per l'uso di grandi beni pubblici dalla salute, all'istruzione, alla giustizia. E' quindi con il binomio Entrate ed Uscite che occorre sempre fare i conti.

**Perciò non rimane che squarciare i veli e dire la verità.** I LEA vanno rivisti certo che sì, ma rifuggendo ciò che si è fatto in questi anni, aggiungere senza togliere. Razionalizzare al massimo e lottare contro inefficienze e sprechi, sì, ma centrando obiettivi concreti di risparmio su beni e servizi e sui dispositivi medici, che non mettano in crisi, ma selezionino in base al rapporto qualità -prezzi, settori di sviluppo del paese, peraltro remunerati in tempi biblici per le forniture.

Tecnicalità organizzative e gestionali? Certo, e molte buone pratiche ci sono e devono fare "modello" chiamando in causa il costo efficacia dei servizi e delle prestazioni, verso cui la classe medica ha un ruolo determinante nel definire linee guida, modalità operative, responsabilità degli atti clinici.

**Appropriatezza è la parola magica del momento.** E' ormai ampiamente dimostrato che in molti settori della medicina le prove di evidenza sono scarse, con l'eccezione delle sperimentazioni farmacologiche per alcune tipologie di farmaci, dove gli investimenti delle industrie sono stati rilevanti. Ciò significa che l'appropriatezza è il frutto di un lavoro costante di audit tra il personale sanitario che porta a condivisi percorsi assistenziali, adattati alle singole realtà, che risentono dell'esperienza dei singoli professionisti. Non esiste l'appropriatezza astratta calata

dall'alto. Mi sono domandata come si farà ad ampliare da 43 a 108 i DRG che presentano un alto rischio di inappropriata, che dovrebbero passare dal regime di degenza ordinaria ospedaliera, che per ora è gratuito a quello in regime diurno o ambulatoriale, sapendo che se si sposta in ambulatoriale un'altra quota di tickets ancorché pensati con maggiore equità ricadranno sulle spalle dei cittadini dopo aver recentemente sborsato la maggiorazione dei tickets prevista da i decreti luglio ed agosto. Tra DRG chirurgici e medici ad elevato rischio di inappropriata, è possibile stimare, secondo uno studio che sta perfezionando la Dott.ssa Mastrobuono, direttore sanitario del Policlinico di Tor Vergata e che sarà prossimamente pubblicato sulla rivista italiana di chirurgia generale, un introito da maggiori tickets di circa 373.473.532 milioni di euro a carico dei cittadini, che si andrebbero ad aggiungere agli oltre 814 000 già previsti dalla precedente manovra di luglio. Maggiore equità rispetto al reddito e ai componenti il nucleo familiare, ma anche rispetto al doppio sistema di esenzione, per reddito e patologie, a tecniche chirurgiche che si fanno in videolaparoscopia che coesistono in parallelo alle tradizionali tecniche a cielo aperto, ad analisi biochimiche fatte sul territorio che si ripetono in ospedale a distanza di pochi giorni, a triadi diagnostiche dalla sequenza impressionante di RX,TAC; RMN che spesso non giustificano la ricerca approfondita di una vera diagnosi.

**I tavoli tecnici della Conferenza Stato Regioni** hanno intensamente lavorato alla ridefinizione dei LEA anche se il lavoro non ha mai visto la luce, per 2 ragioni fondamentali:

1) le prestazioni ambulatoriali ancorché rese dalle strutture ospedaliere, sono comprese nel "livello distrettuale" con distorsioni informative ed economiche importanti; la criticità maggiore è relativa alla corretta attribuzione dei costi tra i vari livelli assistenziali. Una recente ricerca FIASO ha fatto emergere che i costi ospedalieri salgono di oltre il 50% del costo pesato per residente, se all'interno sono compresi i costi delle prestazioni ambulatoriali rese dalle aziende ospedaliere.

2) i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi della chirurgia ambulatoriale non sono ancora stati definiti, nonostante ciò fosse stato previsto nel DPCM del novembre 2002, né sono definite la raccolta, la conservazione, le modalità di trasferimento dei dati e delle informazioni.

In particolare bisognerà definire indicatori di offerta e standard organizzativi di riferimento e indicatori di risultato. In tutti i casi qualsiasi rivisitazione dei LEA richiede un'analisi parallela tanto delle risorse disponibili quanto dei sistemi di finanziamento.

**Lo scenario che si prospetta sia in Italia che negli altri paesi europei si basa su 2 presupposti:**

La domanda sanitaria e sociosanitaria, e conseguentemente la spesa, sono destinate ad aumentare, le risorse sono limitate e le modalità di finanziamento attuali insufficienti o inadeguate a reggere la grande variabile dell'invecchiamento con il suo carico di cronicità e malattie neurodegenerative.

A ciò si aggiunga che la domanda sanitaria è profondamente diversa da quella di solo 10 anni fa, a seguito di un cittadino più consapevole dei propri diritti, più informato, che richiede qualità ed efficienza da parte del SSN, che va su internet alla caccia sempre più affannosa sull'origine delle patologie, su dove sono i centri migliori per farsi curare, su chi sono i medici più bravi in certi campi e non solo i più rinomati, che ricerca anche in Groupon i costi più bassi e nelle prestazioni low cost la risposta alla crisi da basso reddito, che non gli consente magari uno o più impianti perché afflitto da edentulia. E' difficile pensare che spesa sanitaria e spesa sociale possano aumentare, sia per effetto della bassa crescita che per i vincoli interni ed europei derivanti dal patto di stabilità e dal nostro elevatissimo debito pubblico, almeno per i prossimi 5 anni.

**Per tutte queste motivazioni il problema può essere affrontato in 2 modi diversi:**

1) Con un approccio restrittivo e correttivo, ma non strutturale, caratterizzato da interventi di razionamento, limitando il ricorso e la fruizione dei servizi, delle attività e delle prestazioni del SSN da parte della collettività. Ciò che più o meno sta avvenendo oggi.

2) Approccio strutturale e sistemico, caratterizzato da una visione globale dei LEA e delle risorse finanziarie necessarie, in cui il paradigma dell'invecchiamento e la integrazione sanitaria e sociale, assumano il ruolo di variabile dipendente da cui far derivare le priorità di intervento, i modelli organizzativi, l'analisi dei costi, introducendo forme integrative dell'attuale modello di finanziamento delle prestazioni e delle attività, attingendo alla spesa privata, riorientandola alla costruzione di una cultura della socializzazione del rischio futuro da cure di lungo termine, LTC. Malgrado la crisi, che i macrodati testimoniano, nei paesi europei più attenti alle innovazioni ed ai mutamenti sociali in ambito sanitario, si è aperta da alcuni anni la riflessione sugli spazi di responsabilità individuale e collettiva per la tutela della salute, non solo favorendo forme individuali e collettive per la corresponsabilizzazione dei cittadini nell'uso dei servizi e delle prestazioni che i vari sistemi offrono in materia di protezione della salute, ma anche attraverso l'adozione di tassazioni di scopo al fine di scoraggiare comportamenti dannosi alla salute, volti a migliorare gli stili di vita che non compromettano la salute futura generando costi non sostenibili per la collettività. Come hanno già fatto alcuni paesi europei, per la lotta all'obesità, il fumo, gli alti tassi di zucchero in alcuni alimenti, i grassi aggiunti. Si vedano i provvedimenti presi dalla Danimarca, Francia, Svezia, dove oggi un pacchetto di sigarette costa 8 euro.

**Mantenere un sistema di tipo universale ha dei costi** che devono essere equamente distribuiti attraverso la

fiscalità generale ed implementati da quote di risparmio individuale e collettivo, Fondi, casse, mutue, nonché da forme di partecipazione al costo per la propria salute, che non possono essere forme di copayment ai costi dei servizi e delle prestazioni, che come è noto variano a seconda delle innovazioni scientifiche e tecnologiche, sempre più costose, ma anche in rapporto alle capacità di ognuno di responsabilizzarsi sui fattori di rischio che danneggiano la salute individuale e della collettività perché prevalga la prevenzione.

**Il secondo approccio è quello che ha preso più campo in Europa negli ultimi cinque anni**, a prescindere dagli storici modelli di tipo beveridgeriano o bismarkchiano, in cui in entrambi i modelli sono aumentati i fondi sanitari integrativi o complementari di derivazione negoziale: secondo la ricerca Employee health and benefit condotta in 14 paesi europei, nel 2010 si è verificato un incremento del 3,3% soprattutto in Irlanda, nel Regno Unito con il 4,9%, seguiti da Spagna, Portogallo e Italia con l'aumento del 2,3%. I benefit legati alla salute includono coperture mediche odontoiatriche, prestazioni oculistiche e sostegno al reddito in caso di gravi malattie.

La mutualità di territorio, ha avuto un'esplosione, così come documenta la commissione europea, che ha preparato un Dossier quest'autunno: "The role of Mutual Societies in the 21st century" per il Parlamento, affinché delibere lo Statuto della mutualità europea. Attualmente le mutue offrono copertura a 230 milioni di cittadini europei, rappresentano 180 miliardi di euro di quote associative con cui o direttamente o acquistando sul mercato, offrono servizi e prestazioni ai propri soci e alle loro famiglie, dando lavoro a 350.000 persone. Harmonie mutuelle vede aderire in Francia 4 milioni di cittadini, Benenden in U.K. 1.200.000 cittadini e circa 6 milioni per le cure di lunga durata che vengono gestite con contratti con i PCT attraverso cui fornire assistenza domiciliare, semiresidenzialità, RSA per anziani. In Svezia, le società di purchasing gestiscono con le contee tutto il ciclo di cura degli anziani non autosufficienti e acquistando la nuda proprietà dei possessori anziani di immobili, gestiscono le rette per le RSA.

**Inoltre in Europa le forme di copayment da parte dei cittadini sono molto più ampie che in Italia** sia per farmaci, che per visite specialistiche che per le cure ospedaliere e recentemente in costanza della crisi, hanno vissuto aumenti sia in Inghilterra, che in Germania, Danimarca, Francia.

Dunque le basi di finanziamento dei sistemi di protezione sanitaria e sociale, al di là dei modelli storici culturali dei paesi d'origine, si sono ampliati ovunque, assumendo mix di pubblico e privato, che ha consentito ai cittadini europei di fronteggiare meglio la crisi dal 2007. Da noi, ancorché previsto dalla legge il sistema a tre pilastri, abbiamo privilegiato il primo a scapito degli altri due.

Solo con i decreti Turco del 2008 e Sacconi del 2009 si sono poste le basi per regolare e riorientare i fondi sanitari negoziali, le casse e le SMS in funzione di alcuni rilevanti settori di prestazioni non coperte o poco coperte dal SSN, l'odontoiatria e la non autosufficienza o per risarcire il costo dei tickets o delle prestazioni in libera professione intanto, che allargata come esiste in Italia, non c'è da nessuna parte in Europa. Altra anomalia del caso Italia, perché altrove esiste la libera professione nei propri studi professionali e ove prevista è veramente dentro le mura. E noi, ormai andiamo di proroga in proroga su questo tema, ormai al limite del ridicolo. Per il resto si è vissuto e si vive con la gigantesca anomalia di 30 miliardi di euro, di cui più di 23 miliardi escono direttamente dalle tasche dei cittadini, nonostante la crisi.

**Adesso siamo vicini alla rottura del break event point**, non solo nelle regioni in piani di rientro, ma anche in quelle considerate virtuose; occorre accelerare tutti i processi non solo di efficientizzazione, di appropriatezza, di equità dentro il sistema e verso il sistema, ma andare fino in fondo nella costruzione del secondo pilastro, perché tra qualche mese non sia troppo tardi.

Non è confortante pensare, scrivere, analizzare, studiare proposte per salvare il SSN e consolarsi con "l'avevo detto", c'è sempre una ammissione di fallimento quando non passano o sono ignorate, su cui confesso spesso non trovo giuste obiezioni sul piano tecnico a livello macro o micro. A luglio di quest'anno proposi, con calcoli alla mano, l'aumento del prezzo delle sigarette, Lusenti assessore alla sanità della regione Emilia Romagna me ne ha dato atto pubblicamente in un recente convegno a Reggio Emilia, ma non se ne è fatto niente, ancorché le Regioni lo abbiano richiesto a gran voce. Ora si agisce un po' sul trinciato, meglio che niente, ma il maggior uso o se vogliamo l'abuso per la propria salute e le proprie tasche si fa sulle mitiche "bionde".

**Quando ebbi responsabilità di governo** ingaggiai con l'allora sottosegretario Giarda in occasione della finanziaria 2001, una battaglia durata fino alle 2 di notte per ottenere gratuitamente per alcune fasce di popolazione gli screening preventivi tumorali per il seno, l'utero, il carcinoma polmonare e del colon e 31 miliardi di investimenti sull'art. 20 ex legge 67 per poter fare l'intanto dentro le mura e 10 miliardi per stabilizzare i ricercatori precari dell'istituto superiore di sanità, che è il nostro fiore all'occhiello per l'indipendenza della ricerca pubblica.

Una battaglia durissima, m'è testimone il Dott. De Giuli, allora Direttore generale della Programmazione del Ministero della Salute, con il quale, dopo ore di discussione con i tecnici del ministero dell'economia e con Giarda, che non volevano saperne, decisi di abbandonare la Commissione Bilancio della Camera dei Deputati in segno di protesta contro la sordità a volere reperire le risorse in altro modo che non fossero i triti e ritriti tickets. Giarda ci rincorse, trovammo le risorse necessarie e a me rimase di quella battaglia, non solo la soddisfazione di aver fatto la cosa giusta, ma anche un bel libro con dedica di Piero Giarda, che conservo gelosamente, sulle eroine nel melodramma; si perché, il sottosegretario amava la lirica e riconosceva che le donne avevano avuto un ruolo

determinante nei personaggi verdiani e pucciniani dell'epoca. Oggi in presenza di una crisi così aspra lo scenario è difficilissimo da tenere insieme, ma non impossibile se anche alla sanità si applica il trinomio rigore, equità, crescita. Sì, proprio crescita, non in termini di maggiore incidenza della spesa pubblica, ma di riorientamento di quella privata verso il bene comune, un invecchiamento con maggiore qualità di vita e rilancio della ricerca biomedica in funzione della crescita di un settore che può dare un notevole contributo alla ricchezza nazionale, sia in termini di maggior reddito che di lavoro qualificato per i nostri giovani e soprattutto speranza di trapiantare nuove cure efficaci per le patologie più rilevanti di cui oggi ci si ammala.

**Con minore salute o con maggiore incidenza delle cronicità e della disabilità**, come si può pensare di stringere la cinghia e produrre di più? Il nostro SSN ha delle solide fondamenta, scritte nella carta costituzionale e nelle leggi di riforma, ma ha bisogno di rinforzare con qualche pilastro aggiuntivo, come la legge aveva già previsto dalla Riforma Bindi e che Livia Turco ha cominciato a regolamentare. Pilastri, che lo possano rendere più solido nel tempo e con i mutamenti che esso reca con sé, mettendo in campo gli altri provvedimenti di Governance del sistema che la legge prevede. Non si può continuare solo a governare l'offerta, ma occorre cimentarsi con il riorientamento della domanda, che in tema di salute non può declinare il solo paradigma del chi più ha meglio si cura, a partire dalle responsabilità istituzionali e dalle responsabilità individuali, costruendo un circuito virtuoso, comunicante e solidale tra risorse pubbliche, risparmio individuale e negoziale, mutualità e terzo settore per un nuovo patto della salute, sottoscritto tra tutti gli attori in campo con l'obiettivo di trapiantare le migliori risposte possibili perché vivere a lungo significhi maggiore qualità di vita.

## Veneto. Cambia il sistema di remunerazione per prestazioni a pazienti extra regione

**Dal 1° gennaio 2012 le cure a pazienti provenienti da altre Regioni saranno remunerate non più secondo quanto previsto dai Drg regionali, ma in base al tariffario nazionale per la compensazione interregionale. Per l'assessore Coletto è previsto "un risparmio di circa 10 milioni di euro".**

**20 DIC** - Anche il Veneto si uniforma alla Lombardia e all'Emilia Romagna: le cure a pazienti provenienti da altre Regioni italiane verranno remunerate agli erogatori pubblici e privati convenzionati secondo il tariffario previsto a livello nazionale dal testo unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria (Tuc) e non più secondo quanto previsto dai Drg regionali. Le misure scatteranno a partire dall'1 gennaio 2012.

È quanto ha stabilito la Giunta regionale, che oggi ha approvato una specifica delibera, su proposta dell'assessore alla sanità Luca Coletto. "Una scelta – sottolinea Coletto – che va nel senso di una maggiore appropriatezza delle prestazioni e che comporterà un risparmio per le casse regionali di circa 10 milioni di euro. Sinora infatti – aggiunge Coletto – il sistema di remunerazione sulla base delle nostre Drg era penalizzante rispetto alle tariffe previste dalla Tuc, ed in un momento di massima razionalizzazione ed ottimizzazione della spesa, era una situazione che andava corretta. Accadeva infatti che la Regione pagava agli erogatori la prestazione secondo il costo previsto dai Drg, mentre le Regioni di provenienza rimborsavano la Regione Veneto secondo le regole e le tariffe previste dal Tuc, molto spesso più basse".

La delibera regionale prevede due possibilità a seconda che gli erogatori siano pubblici o privati convenzionati. Gli erogatori pubblici (Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e Istituto Oncologico Veneto), il cui finanziamento non avviene per quota capitaria ma "a prestazione", verranno remunerate non più secondo i Drg regionali, ma secondo quanto previsto dal Tuc. Gli erogatori privati accreditati, equiparati e non equiparati al pubblico, potranno scegliere tra due modalità: avere la remunerazione prevista dalla Tuc vigente nell'anno di riferimento, oppure utilizzare le Drg regionali vigenti nell'anno di riferimento fino ad un tetto costituito dal valore economico dell'attività erogata a pazienti non residenti in Veneto consolidata del 2009, con una decurtazione del 30%.

## Balduzzi: “Stato versa già a Regioni fondi per mobilità sanitaria”

**Il ministro della Salute replica al presidente della Lombardia, che [ieri ha sollevato il problema dei ritardi nei rimborsi](#) per le cure ai pazienti provenienti da altre Regioni. Balduzzi ricorda poi che l'aggiustamento della tariffazione delle prestazioni è competenza delle Regioni stesse.**

**20 DIC** - “Il Ministero della Salute è ampiamente disponibile a promuovere un ulteriore miglioramento dell'attuale regolazione degli aspetti economico finanziari della mobilità sanitaria interregionale. Tuttavia è utile precisare che già oggi la compensazione finanziaria tra Regioni per tale mobilità avviene a livello nazionale in sede di riparto annuale delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale”. È quanto afferma il ministro della Salute, Renato Balduzzi, in risposta al presidente della Lombardia, Roberto Formigoni, che ieri ha sollevato il problema dei ritardi nei rimborsi per le cure ai pazienti provenienti da altre Regioni.

“Ad esempio – spiega la nota del ministero della Salute - nella proposta di riparto per l'anno 2012 per la Regione Lombardia, rispetto all'importo derivante dalla numerosità della popolazione residente parzialmente pesata per età, è previsto un importo aggiuntivo di oltre 400 milioni di euro proprio in relazione al fenomeno della mobilità. In sostanza ogni anno alle Regioni con mobilità attiva vengono assegnate risorse aggiuntive (con corrispondente sottrazione alle Regioni con mobilità passiva). Rispetto a tale assegnazione annuale viene poi operato successivamente un conguaglio, il cui ammontare è comunque del tutto marginale”.

Insomma, ribadisce Balduzzi, “già oggi lo Stato versa direttamente alle Regioni con mobilità attiva i fondi finalizzati al pagamento delle prestazioni rese ai cittadini di altre Regioni. Per quanto riguarda la tariffazione di tali prestazioni, le Regioni, in sede di auto coordinamento, operano annualmente degli aggiustamenti rispetto alla cosiddetta tariffa unica nazionale. Ciò nell'intento di garantire pienamente il rimborso delle prestazioni richieste dai pazienti extraregionali, riconoscendo al massimo le prestazioni di alto profilo tecnico e qualitativo e scoraggiando migrazioni sanitarie improprie legate ad eventuali comportamenti opportunistici degli erogatori”.

Il Sole **24 ORE**

# Sanità

## Mobilità dei pazienti: il Veneto adotta la "Tuc"

A partire dall'1 gennaio 2012, così come già accade nelle Regioni Lombardia ed Emilia Romagna, anche in Veneto le cure a pazienti provenienti da altre Regioni italiane verranno remunerate agli erogatori pubblici e privati convenzionati secondo il tariffario previsto a livello nazionale dal testo unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria (Tuc) e non più secondo quanto previsto dai drg regionali. Lo ha deciso la Giunta veneta, che oggi ha approvato una specifica delibera, su proposta dell'assessore alla sanità Luca Coletto. "Una scelta - sottolinea Coletto - che va nel senso di una maggiore appropriatezza delle prestazioni e che comporterà un risparmio per le casse regionali di circa 10 milioni di euro. Sinora infatti - aggiunge Coletto - il sistema di remunerazione sulla base delle nostre drg era penalizzante rispetto alle tariffe previste dalla Tuc, ed in un momento di massima razionalizzazione ed ottimizzazione della spesa, era una situazione che andava corretta. Accadeva infatti che la Regione pagava agli erogatori la prestazione secondo il costo previsto dai drg, mentre le Regioni di provenienza rimborsavano la Regione Veneto secondo le regole e le tariffe previste dal Tuc, molto spesso più basse". La delibera regionale prevede due possibilità a seconda che gli erogatori siano pubblici o privati convenzionati. Gli erogatori pubblici (Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e Istituto Oncologico Veneto), il cui finanziamento non avviene per quota capitaria ma "a prestazione", verranno remunerate non più secondo i drg regionali, ma secondo quanto previsto dal Tuc. Gli erogatori privati accreditati, equiparati e non equiparati al pubblico, potranno scegliere tra due modalità: avere la remunerazione prevista dalla Tuc vigente nell'anno di riferimento, oppure utilizzare le drg regionali vigenti nell'anno di riferimento fino ad un tetto costituito dal valore economico dell'attività erogata a pazienti non residenti in Veneto consolidata del 2009, con una decurtazione del 30%.

Il Sole **24 ORE**

# Sanità

## Toscana: ok a Piano socio sanitario integrato

Nella seduta di ieri la Giunta regionale della Toscana ha approvato il nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012-2015, che individua gli obiettivi e le strategie che ispireranno la Sanità toscana nei prossimi anni. Il Piano dovrà poi passare all'approvazione del Consiglio. Gli assessori regionali al diritto alla salute e al sociale, Daniela Scaramuccia e Salvatore Allocca, illustreranno le linee portanti e i contenuti del nuovo PSSIR nel corso di una conferenza stampa, che si terrà domani, mercoledì 21 dicembre, alle ore 12, nella Sala stampa di Palazzo Strozzi Saccati, in piazza Duomo 10 a Firenze.



## **Debiti Asl, fondo fantasma da 132 mln a Na 1**

REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 20 DICEMBRE 2011

E' per ora un fondo fantasma ma da giorni si parla di uno stanziamento straordinario da 132 milioni per la Asl Napoli 1. Secondo fonti autorevoli, il presidente della Regione Stefano Caldoro avrebbe firmato, in queste ore, una variazione di bilancio da 132 milioni di euro aggiuntivi per la sola Asl Napoli 1 a valere sul Fas (Fondo per le aree sottoutilizzate che per 500 milioni di euro sono destinati al ripiano del disavanzo registrato nel 2009). La Asl Napoli 1 è già destinataria di una fetta che ammonta a 60 milioni della più ampia torta (300 milioni) sbloccata nei giorni scorsi ultima tranche dei fondi di affiancamento previsti dal Patto per la Salute. In totale dunque, lo stanziamento straordinario per la Asl ammonterebbe a 192 mln milioni che corrisponderebbe al fabbisogno richiesto dal commissario Maurizio Scoppa. Lo stanziamento per tutte le asl crescerebbe dunque a quota 432 milioni. La Campania incassa comunque per intero la posta da 450 mln relativa al rispetto del Piano di rientro di cui 280 mln già erogati ai quali ora si aggiungono 56 mln per il recepimento della nomina dei direttori generali con provvedimento del Commissario vistato dai subcommissari, 57 mln per l'adozione del decreto di modifica delle parti della legge regionale n. 4 del 2011 in contrasto con i programmi operativi (accreditamenti), 57 mln per l'adozione del decreto contenente le misure per il superamento delle criticità in materia di attuazione del progetto tessera sanitaria.



## **Patto per la Salute, tappa di fine anno**

REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 20 DICEMBRE 2011

Nuovo round a stretto giro tra Regioni e ministero della Salute per il rinnovo del Patto per la Salute. Dopo il primo faccia a faccia di giovedì scorso una nuova plenaria è già prevista il 27 dicembre (anche se manca ancora la convocazione ufficiale). Tra i nodi da sciogliere, oltre alla rimodulazione dei ticket e i nuovi Lea, anche il blocco del turn-over, che scatta in automatico per le Regioni in piano di rientro, giudicato insostenibile dai rappresentanti delle autonomie. In prima fila proprio la Regione Campania da almeno quattro anni ferma sul fronte delle nuove assunzioni.

Poco più di quattro mesi a partire da oggi. E' questo il tempo a disposizione di Regioni e Governo per evitare che scattino in automatico i tagli alla Sanità della manovra di luglio. Spesa, fondo sanitario ticket e livelli essenziali di assistenza gli altri nodi da sciogliere. La data da segnare in rosso sull'agenda di governatori e strutture commissariali è il 30 aprile 2012. Dopo, se non ci sarà un nuovo Patto per la salute (qui la pianificazione di premi e sanzioni è su scala triennale) scatteranno in automatico tutti i tagli della manovra Berlusconi non modificati dal decreto Monti. Al primo punto c'è senza dubbio la questione della sostenibilità economica e finanziaria del Ssn da tenere strettamente collegata alla qualità delle prestazioni erogate ai cittadini. E il confronto tra le parti comincerà senz'altro da qui. Per il momento è ancora presto per capire come e cosa cambierà.



## **Fornitori e Pmi: arrivano 300 milioni**

REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 20 DICEMBRE 2011

**Piano di rientro dal deficit, boccata d'ossigeno per gli ex convenzionati: semaforo verde a un'altra fetta della torta da 1,7 miliardi a valere sul fondo di ripiano del 2009**

In arrivo un finanziamento straordinario per le Aziende sanitarie regionali per il pagamento più urgente delle strutture private accreditate e dei fornitori di beni e servizi. Il decreto commissariale è il n. 80 del 16 dicembre del 2011 ed è stato pubblicato sul bollettino regionale di ieri. Si tratta di 300 milioni di euro destinati alle strutture della sanità privata in Campania per il pagamento alle strutture convenzionate fino al luglio 2011. Per l'Asl Napoli 1 e quella di Benevento, dove si registrano i maggiori ritardi nei pagamenti i trasferimenti, sono destinati rispettivamente 60 mln e 30 mln. "Nonostante le difficoltà economiche – spiega Achille Coppola, subcommissario alla Sanità della Regione – l'ente è riuscito a produrre un ulteriore sforzo per venire incontro alle legittime aspettative delle strutture sanitarie private convenzionate". La rimessa comunque non risolve l'annosa vertenza, ma rappresenta un bel segnale, anche perché consente il riallineamento anche di quelle Asl (Benevento e Napoli 1) laddove, notoriamente, si registrano i maggiori ritardi nei pagamenti. Molti dei problemi legati ai pagamenti sono dovuti alle somme che la Regione vanta dal Governo, in termini di trasferimenti, e che si attesta sui 3 miliardi circa. "Lo sblocco – conclude Coppola – è legato a un sistema che prevede, tra le altre cose, il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro dal deficit. Il disavanzo nel settore sanitario della Regione Campania, conferma il trend positivo di riduzione e per il 2011 andrà ad attestarsi sui 250 -300 milioni di euro.

### **MANAGER A RAPPORTO**

Per definire il piano dei pagamenti i direttori generali delle Asl e delle aziende ospedaliere sono stati convocati a Palazzo Santa Lucia. L'obiettivo è dare luogo ai mandati di pagamento prima della pausa natalizia e allineare le azioni della manovra di ripiano. Intanto tredicesime a rischio per i lavoratori di Kuadra, che lavora in appalto con l'Asl Napoli 1 per il servizio di pulizie negli ospedali partenopei. L'azienda sanitaria deve complessivamente 30 milioni di euro all'Ati. A Kuadra, che impiega oltre 1.100 risorse ad oggi non sono stati pagati i corrispettivi contrattuali dal mese di settembre 2010 a tutto il mese di dicembre 2010, mentre risulta corrisposto soltanto il 60 per cento di quanto spettante per i soli mesi di gennaio, febbraio, marzo ed aprile 2011.

### **I FARMACISTI**

Segno che la boccata d'ossigeno disposta per le Asl deve dare respiro a troppi polmoni per bastare a sedare gli animi di tutti i fornitori, Il giorno di Natale saranno esattamente 13 mesi che Regione ed Asl non pagano i farmacisti

napoletani. “Una situazione assolutamente insostenibile – avverte Michele Di Iorio presidente di Federfarma Napoli – aggravata dalle norme sull’impignorabilità dei crediti Asl”. I dati di Federfarma parlano di 12 mesi di arretrati nell’Asl Na 1, 10 mesi nell’Asl Na 2 e 8 nell’asl Na 3. Una situazione oramai insostenibile alla quale va aggiunto il carico dell’enorme lievitazione dei tassi d’interesse. “Sollecitiamo – è la richiesta di Michele Di Iorio, presidente di Federfarma Napoli – il Governo centrale a rimodulare l’entità dei flussi finanziari inviati alla Regione Campania sul capitolo della spesa sanitaria”.

E.M.

FederLab Italia

La manovra fiscale in Abruzzo. Per il governatore l'aumento dell'aliquota è stata decisa da Monti

# Chiodi: Irpef più alta per la sanità

*Il presidente critica il Centro ma ammette: cerchiamo i 40 milioni*

**PESCARA.** «Non posso diminuire l'Irpef, è stato il governo Monti ad aumentarla a causa della sanità»: il governatore Gianni Chiodi sbandiera una copia del *Centro* e si arrabbia per il titolo che attribuisce alla Regione la decisione di portare l'addizionale sui redditi dall'1,4 all'1,73%. Chiodi sottolinea al nostro giornale che potrà abbassare l'aliquota solo quando Roma certificherà l'equilibrio di

bilancio nella sanità nell'aprile 2012. Il governatore ammette l'esistenza di un problema attorno ai 40 milioni di euro della sanità che sarebbero stati impiegati per coprire altre spese. «Ma lo stiamo risolvendo», dice. Intanto sale lo scontro politico sul bilancio e sulla stessa Irpef.  
(A pagina 10)

## LA MANOVRA FISCALE IN ABRUZZO

# Chiodi: l'Irpef cresce a causa della sanità

*Il presidente: «Aumenti decisi dal governo. I 40 milioni distratti? Stiamo indagando»*

di Andrea Mori

**PESCARA.** «Guardate questo titolo di prima pagina, "La Regione aumenta l'Irpef". Questa notizia determina un impatto come se fosse la Regione ad aumentare l'Irpef. La Regione invece non aumenta nessuna Irpef, non ci sarà alcun aumento nella finanziaria regionale, chi ha deciso gli aumenti è il governo». Il presidente della giunta regionale Gianni Chiodi sbandiera la copia di ieri del *Centro* in cui viene riportata la notizia della maggiorazione dell'aliquota dell'imposta sui redditi dall'1,4 all'1,73% per il 2012. L'aumento è determinato dall'1,23% previsto dalla manovra Monti e dalla sovraliquota dello 0,50% imposta alle Regioni che, come l'Abruzzo, stanno portando avanti il piano di risanamento della Sanità. Il governatore è arrabbiato. E dice: «Far passare la Regione per quella che vuole tassare i cittadini, quando invece abbiamo fatto di tutto per non farlo pur in una situazione disastrosa, visto che eravamo la prima regione per indebitamento, è un fatto che ritengo molto grave. Si può fare legittimamente una critica, ma non si può alterare la realtà».

Al *Centro* Chiodi spiega che la Regione non poteva fare altrimenti che applicare la sovraliquota. Che, cioè, avrebbe potuto decidere di abbassarla in modo da tamponare l'ennesimo sacrificio che viene chiesto agli abruzzesi, ma che una scelta del genere avrebbe comportato gravi conseguenze sul bilancio della sanità pubblica e quindi su quello regionale: «Avremmo compromesso quanto di buono abbiamo fatto finora nella sanità avendo raggiunto il pareggio nel 2010 e prevedendo di portare in equilibrio il bilancio 2011 ad aprile 2012, quando ci sarà certificato il pareggio strutturale dei nostri conti», afferma. «Solo allora», prosegue, «potremo pensare di abbassare l'aliquota Irpef 2013. Io sono per abbassare le tasse ma se l'avessimo fatto oggi, a parte il fatto che Roma non ce lo avrebbe concesso, avremmo subito automaticamente dei ta-

gli alla sanità dal momento che l'aliquota Irpef serve ad incrementare il fondo sanitario nazionale. Io comunque ci ho provato», rivela, «ma per scherzo».

Chiodi sottolinea quanto sia importante l'appuntamento del 2012 «perché sarà il coronamento di un percorso virtuoso che non ha portato un euro di debito». «Mai abbiamo sottratto fondi della Sanità per il bilancio regionale e mai lo faremo», ripete andando a toccare la polemica sui 40 milioni di euro che il Pd sostiene siano stati prelevati per coprire altre spese.

Fino ad oggi la Regione aveva smentito questa ipotesi. Chiodi fa un'ammissione: «Siamo stati noi, Regione, a dirlo per primi in occasione del tavolo di monitoraggio sulla Sanità». Di che cosa si tratta? «C'è una conciliazione aperta nella Asl Avezzano-Sulmona che risale a quando le due Asl erano separate e quindi a un po' di tempo prima che la giunta che presiedo si insediò alla Regione. In sostanza, nella fase di verifica dei crediti e dei debiti delle due Asl abbiamo scoperto delle criticità contabili che stiamo cercando di ricostruire. Se dovessero restare queste criticità che valgono 40 milioni dovremo trovare il modo di porvi riparo come abbiamo fatto per tutte le altre conciliazioni che ci siamo dovuti accollare. Io confido che non ci siano queste "mambrucate" e comunque l'area di rischio è piuttosto ristretta».

Quanto possono pesare questi 40 milioni sull'obiettivo di aprile?



Lettori: 310.000

**il Centro**

21-DIC-2011

Diffusione: 23.526

Dir. Resp.: Sergio Baraldi

da pag. 1

«Non possono incidere sul raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, sono tranquillo. L'Abruzzo, grazie alla nostra politica virtuosa, è diventato più competitivo e ha ottenuto la dignità che gli mancava. Anche perché adesso sono le altre Regioni a dover aumentare le tasse».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### LE TASSE IN ABRUZZO



Addizionale sul Gas metano	1.000.000,00	Imposta dei beni del demanio	200.000,00
Imposta sulla benzina per autotrazione	500.000,00	Imposta per il demanio marittimo	650.000,00
Concessioni regionali	5.000,00	Imposta sulle attività produttive - Irap	750.000.000,00
Esercizio venatorio	750.000,00	Addizionale Irpef	161.400.000,00
Licenza per la pesca nelle acque interne	210.000,00	Irap - finanziamento servizio sanitario regionale	297.660.956,24
Tassa per la ricerca dei tartufi	320.000,00	Irap - finanziamento funzioni regione	114.332.043,76
Concessione per farmacie	100.000,00	Irap - finanziamento aggiuntivo corrente servizio sanitario regionale	68.307.000,00
Tassa automobilistica	145.000.000,00	Finanziamento servizio sanitario regionale	100.000.000,00
Diritto allo studio universitario	6.000.000,00	Finanziamento servizio sanitario regionale	40.000.000,00
Tributo rifiuti solidi	3.000.000,00	Compartecipazione regionale all'iva finanziamento servizio sanitario regionale	1.399.800.000,00
Tassa per l'esercizio professionale	65.000,00	Compartecipazione al gettito dell'accisa sul gasolio per autotrazione	47.537.888,85
Quota concessioni per la coltivazione degli idrocarburi	400.000,00		



Lettori: n.d.

il Giornale Milano

21-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

da pag. 8

## PAZIENTI EXTRA

**Il ministro assegna  
alla Regione  
400 milioni in più**

«Il ministero della Salute è ampiamente disponibile a promuovere un ulteriore miglioramento dell'attuale regolazione degli aspetti economico-finanziari della mobilità sanitaria interregionale». Così il ministro della Salute Renato Balduzzi risponde al presidente lombardo Roberto Formigoni che ha chiesto un'anticipazione dei finanziamenti per i pazienti che arrivano da fuori regione. A causa dei ritardi nei pagamenti, nelle casse del Pirellone mancano infatti 1,2 miliardi di euro. Il ministero è disponibile e precisa che «nella proposta di riparto per l'anno 2012 per la Regione Lombardia, rispetto all'importo derivante dalla numerosità della popolazione residente parzialmente pesata per età, è previsto un importo aggiuntivo di oltre 400 milioni di euro proprio in relazione al fenomeno della mobilità».



**PALERMO** La Sicilia è la regione italiana che ha effettuato i maggiori risparmi

## Russo: cala la spesa sanitaria grazie alle gare centralizzate

Prossimo obiettivo: sviluppare e razionalizzare le attività ospedaliere in rete

**PALERMO.** «La Sicilia ha già invertito il trend nell'acquisto di beni e servizi. Proprio in questi giorni il Censis ha documentato che la sanità siciliana ha contenuto la spesa più di tutte le altre regioni, con un meno 10%. Siamo stati tra i primi a credere nello strumento delle gare centralizzate e già nel 2009 abbiamo dato vita a una delle più consistenti gare europee su piattaforma informatica per l'acquisto di farmaci ospedalieri che ha prodotto consistenti risparmi».

Lo ha detto l'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, al convegno dal titolo "I processi di acquisti accentrati di beni e servizi nelle aziende sanitarie: luci ed ombre nella fase di processo", ospitato a Palazzo Steri di Palermo, al quale hanno partecipato il presidente del Cergas Università Bocconi di Milano Elio Borgonovi, il direttore dell'Agenas Fulvio Moirano e il presidente nazionale di AssoBiomedica Stefano Rimondi.

«Abbiamo intuito la portata innovativa di questo strumento - ha proseguito Russo - prevedendo l'aggregazione delle aziende sanitarie in due grandi bacini per gestire al meglio la programmazione di beni e servizi ma anche per sviluppare e razionalizzare le attività ospedaliere in rete. Adesso siamo consapevoli che lo strumento della gara centralizzata va ulteriormente affinato ed è proprio per questo che abbiamo voluto ospitare questo convegno, in collaborazione con il Cergas della Bocconi: è evidente che si tratta di un sistema che funziona e dal quale non è più possibile tornare indietro ma bisogna sviluppare le opportune rifles-

sioni per raggiungere il perfezionamento dei modelli di applicazione con un adeguato lavoro di coinvolgimento delle aziende sanitarie. Ad esempio, per far sì che la sanità costi di meno anche un volano per l'economia della nostra regione, stiamo studiando il modo per favorire la partecipazione delle aziende regionali - attraverso adeguamenti e aggregazioni - alle gare di appalto in forma centralizzata».

Il direttore generale del dipartimento pianificazione strategica dell'assessorato della Salute, Maurizio Guizzardi, ha ricordato come lo scorso anno sia stato sottoscritto un protocollo d'intesa con le associazioni dei fornitori rappresentanti di categoria ed è stato istituito un tavolo permanente di confronto sugli acquisti per discutere i temi relativi al processo di centralizzazione in un'ottica di confronto con il mercato farmaceutico, biomedicale e diagnostico.

«L'obiettivo - ha aggiunto Guizzardi - è la ricerca della riduzione del costo unitario di beni e servizi attraverso risparmi sulla base d'asta o sul prezzo storico o con un decremento del costo globale del processo dovuto ad esempio all'abbattimento dei costi di transazione. Sul versante organizzativo l'aggregazione consente un più efficiente utilizzo del personale dedicato e una revisione generale dell'intero processo d'acquisto».

Al convegno, organizzato dall'assessorato regionale della Salute, ha partecipato anche Fabio Amatucci che, insieme a Stefania Mele, ha pubblicato un volume sul processo di acquisto dei beni e servizi e sulla ricerca di soluzioni innovative ◀



**SCANDALO SANITÀ****«Vendola e Tedesco  
spartivano i posti  
delle Asl pugliesi»***Il verbale dell'ex manager accusa  
anche il governatore della Regione***Gian Marco Chiocci**

a pagina 3

**«Le mani sulla sanità  
di Vendola e Tedesco»  
Così spartivano i posti***Il verbale senza omissis della ex manager Asl fa tremare il governatore:  
«Primari imposti col Cencelli. Se non obbedivo mi avrebbero fatto fuori»***La vicenda****La «bomba» in Regione**

Il primo dei vari filoni d'inchiesta sulla sanitopoli pugliese esplose a febbraio 2009. Tra gli indagati c'è l'assessore alla Salute, il Pd Alberto Tedesco, che si dimette.

**L'ex vice in manette**

Il nuovo colpo alla giunta Vendola arriva un anno dopo, a marzo del 2010: viene arrestato l'ex vicepresidente della squadra, Sandro Frisullo, anche lui Pd.

**Il ruolo di Tarantini**

Le due inchieste si intrecciano con quella su Gianpaolo Tarantini e le escort. Gianpi avrebbe fatto favori sessuali a Frisullo in cambio di agevolazioni per gli appalti della sanità.

**TALPÈ IN PROCURA****Il Pd sapeva in anticipo  
delle indagini. Atti  
trasmessi a Lecce****Gian Marco Chiocci****nostro inviato a Lecce**

■ C'è un interrogatorio dirompente per l'immagine di Nichi Vendola e della sua giunta. Un verbale che i magistrati di Bari hanno in gran parte riempito di omissis, e che è finito a Lecce perché si parla anche di alcune toghe interessate a vario titolo alle inchieste collega-

te a Gianpi Tarantini. A rivelare la mala gestione della cosa pubblica pugliese è Lea Cosentino, un tempo fedelissima del leader di Sel, già potente manager della Asl di Bari coinvolta nelle inchieste sulla sanità che hanno travolto la giunta regionale, a cominciare dall'allora assessore alla sanità, oggi senatore del Pd, Alberto Tedesco (sulla cui testa da ieri pende nuovamente una richiesta di arresto a Palazzo Madama da parte del tribunale del Riesame di Bari).

La Cosentino che sembra aver pagato molto più di altri per le ma-



Lettori: 728.000

# il Giornale

21-DIC-2011

Diffusione: 173.220

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

da pag. 1

gagne "politiche" della sanità regionale, viene ascoltata l'8 aprile 2011 dal pm Digeronimo, Bretone e Quercia. Dopo essersi soffermata sulle pressioni ricevute da Tedesco per la nomina del professore Antonio Acquaviva a primario di oculistica, la manager vuota il sacco sull'applicazione, da parte di Vendola & Co, dei favori ai compagni in camice bianco. Prima veniva il partito, poi la professionalità. «Il manuale Cencelli si applicava fin dal 2005 in questo modo: quando una Asl andava in quota Ds con il direttore generale, poi il direttore amministrativo e il direttore sanitario dovevano essere di area o della Margherita o socialista o di Rifondazione, e viceversa. Vendola e Tedesco ci chiamavano e ci dicevano chi nominare: noi direttori generali non conoscevano le persone che nominavano né la loro professionalità (...). Dal 2007 è diventato più stringente il sistema di accontentare i partiti della maggioranza poiché con la ristrutturazione delle Asl i posti erano stati diminuiti: quindi furono costituiti dei posti di sub-commissario per accontentare le varie correnti: su ogni Asl che era stata accorpata nominarono un sub-commissario in modo da aumentare i posti». E via con gli esempi: «Il sub commissario di Altamura, Capozzolo, era in quota al professor Fiore (successore di Tedesco alla Sanità, ndr), il sub-commissario Rocco Canosa era in quota Rifondazione, il dottor Pansini ex Ba5 in quota Tedesco e ai Ds, Rosato in quota introna (ex presidente consiglio regionale, assessore ai lavori pubblici, Sel, ndr) (...). Questo avveniva anche nelle altre Asl». Quanto ai politici che avrebbero influenzato le

scelte sulle nomine del management arrivando a determinare l'espulsione di questo o quel Dg non allineato, la manager non si sottrae: «Su Bari Tedesco, Minervini (all'epoca assessore al personale, oggi ai Trasporti, Pd) e Loizzo (all'epoca ai Trasporti, Pd), per Lecce Frisullo (ex Ds, già vicepresidente del Consiglio regionale, arrestato nell'inchiesta Tarantini, ndr), per Taranto Pelillo (Pd), per Brindisi Saponaro, per Foggia l'assessore Gentile (Pd). Anche l'onorevole Grassi, parlamentare della Margherita (Gero Grassi, deputato Pd) interloquiva per le nomine». Ed è anche a conoscenza degli imprenditori a cui erano legati? chiede il pm. «Alberto Intini (dalemiano, il suo nome spunta in varie inchieste anche legate a Tarantini) è collegato a Loizzo, Partipilio e Columella a Tedesco, per le forniture sanitarie la Draghera Tedesco così come le società di proprietà dei figli; Grassi a Pierino Inglese (...). La Cosentino va oltre: «Ebbi timore a espletare gare di appalto, infatti ne ho fatte pochissime, avendo percepito proprio che scontentare un imprenditore sponsorizzato dal politico di turno avrebbe determinato un disequilibrio negli assetti di giunta e dei politici sul territorio nonché avrebbe prodotto ritorsioni nei miei confronti. Per questi motivi preferivo prorogare i contratti (...). Sulle nomine era assolutamente implicito che se non avessi obbedito sarei stata fatta fuori».

Ma dove il verbale diventa esplosivo è al capitolo delle «fughe dinotizie» in procura. «Il 25 giugno 2009 vengo perquisita alle sei del mattino dalla Gdf, al termine chiamai l'assessore Fiore per informar-

lo, ma rimasi turbata perché mi disse che era stato informato di tutto e mi chiese di raggiungerlo in assessorato». Chi lo aveva informato? E come faceva ad esser stato edotto «di tutto»? Vediamo. «In assessorato dove mi disse di esser stato informato alle 7.30 dalla Gdf e che poi era andato in procura e aveva avuto contezza della vicenda. Poi ho scoperto successivamente, leggendo le carte, che Fiore era stato sentito quella stessa mattina tra le 9 e le 10 ed era stato edotto dell'intercettazione ambientale dell'incontro all'hotel De Russie» fra lei, Tarantini e Intini, l'imprenditore vicino a D'Alema. Una scelta anomala, sia perché l'assessore non c'entra con quel summit e poi perché Fiore viene incredibilmente messo a conoscenza di atti secretati dal pm Scelsi. Ma c'è di più: il 30 giugno Vendola dice alla Cosentino d'aver letto le intercettazioni (secretate?) e dunque, le fa capire che sarebbero utili le sue dimissioni. Nemmeno un mese dopo il pm Scelsi nel chiedere l'archiviazione del procedimento rivelato a Fiore finisce per mettere a disposizione della Regione, che nel frattempo è costituita parte offesa, la visione di tutti gli atti d'indagine che riguardano la Regione stessa. Un bel boomerang, visto che poi l'indagine riprende quota. A proposito di toghe baresi, la Cosentino fa presente che «le sue paure venivano valorizzate dalla particolare durezza della misura cautelare a me applicata da parte del gip Giulia Romanazzi (...) da me conosciuta in occasione di due cene con il Tarantini, ospite alla mia festa di compleanno a cui avevano partecipato anche l'assessore Tedesco e Tarantini». E chi vuole capire, capisca.

**IL MINISTRO BALDUZZI: EQUITÀ E TRASPARENZA****Sanità, ticket "su misura"  
(proporzionati ai redditi) ▶ PAG. 5****IL TITOLARE DELLA SALUTE PROPONE DI RENDERLI PROPORZIONALI AL REDDITO****Balduzzi: rimodulare i ticket sanitari****Cinzia Sebastiani  
ROMA**

Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ribadisce che i ticket saranno rimodulati sulla base della composizione familiare e del reddito; «L'orientamento che lo ho proposto alla Conferenza delle Regioni è di darci dei tempi piuttosto contenuti. Il termine massimo è il 30 aprile, noi vorremmo possibilmente anticiparlo».

Sui ticket proporzionali al reddito è però contrario il Pdl che, per bocca del vicepresidente alla Camera, Osvaldo Napoli, sottolinea come tale misura avrebbe «un'impronta dichiaratamente socialista rispetto alla quale il Pdl deve alzare la vigilanza». Favorevole invece ad una revisione dei criteri del sistema dei ticket si è detto il presidente della Regione Campania Stefano Caldoro.

Inoltre il ministro Balduzzi, in riferimento alla ventilata ipotesi di estendere in Sanità il blocco del turn-over anche nelle Regioni non sottoposte ai piani di rientro, precisa in una nota che «tale argomento non è assolutamente all'ordine del giorno e che anzi nella prima occasione di confronto con le delegazioni delle Regioni la scorsa settimana a Roma per il nuovo Patto per la Salute è stato riaffermato il valore decisivo che ha per il Servizio sanitario nazionale il ristabilimento di un normale accesso dei giovani alle professioni sanitarie».

Ma la sola ipotesi basta per accendere la polemica. «L'ipotesi di estendere, in caso di necessità, il blocco del turnover in sanità anche alle Regioni non sottoposte a piano di rientro, per tagliare le spese delle Regioni, sarebbe - afferma il segretario della Fp-Cgil Medici Massimo Cozza - una scelta irresponsabile». Per la Cgil, inoltre, è «assolutamente urgente un incontro con il ministro, per aprire un tavolo di confronto che si occupi anche di favorire l'ingresso dei giovani medici».

Rincarare la dose Costantino Troise, dell'Anaa-Assomed: «Pensare di estendere il blocco del turnover quando già in sostanza interessa la maggior parte delle Regioni condannerebbe al collasso dell'intero Servizio sanitario nazionale».

Nell'agenda del ministro figura anche la revisione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), rispetto ai quali ha ribadito la necessità di «risparmiare, ma senza deprimere il Servizio sanitario nazionale». Più in generale, la «ricetta» indicata da Balduzzi resta quella di gestire meglio la sanità eliminando gli sprechi. ♦



Il ministro Renato Balduzzi



Lettori: n.d.

Corriere Nazionale

20-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Duccio Rugani

da pag. 3

## Stangata sulla sanità Prossima settimana si lavora a nuovi ticket

TORINO - «Abbiamo già avviato il tavolo di confronto con le Regioni sul patto per la salute e quindi ci confronteremo già a partire dalla prossima settimana». Lo ha detto il ministro della Salute Renato Balduzzi, a Torino a margine di un convegno dell'Anaa, interpellato dai giornalisti sui tempi dei nuovi ticket. «Essendo un tavolo di confronto con le Regioni - ha detto il ministro - i tempi si decidono insieme. L'orientamento che io ho proposto alla delegazione regionale è di darci dei tempi piuttosto contenuti. Il termine massimo è il 30 aprile, noi vorremmo possibilmente anticiparlo».

«Io credo che oggi all'ordine del giorno in tutte le Regioni ci siano riorganizzazione e ristrutturazioni che dovrebbero cercare di combinare al meglio le due esigenze: quella di stare dentro le compatibilità finanziarie e quella di assicurare la funzionalità dei servizi e la loro appropriatezza. Le scelte più specifiche dipenderanno da cosa succede nelle prossime settimane. Non è una decisione che noi possiamo predefinire».



## Sanità, Patto per la Salute: rivedere i piani di rientro

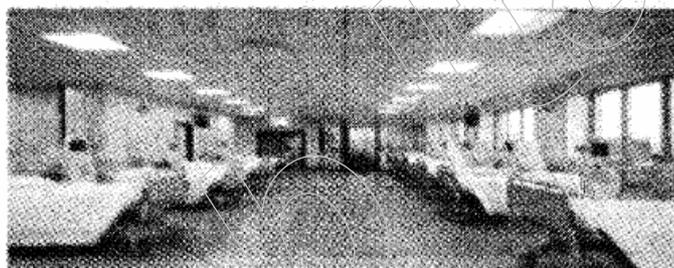
I governatori chiedono modifiche all'impianto della norma in vigore da cinque anni per fronteggiare il debito per i servizi sanitari  
 Fondi per l'edilizia, ticket, riparto nazionale gli altri nodi da sciogliere

DI MAURO TONETTI

Rivedere i piani di rientro e le loro regole di gestione a 5 anni dalla loro introduzione: è questa una delle richieste che le Regioni hanno presentato al Governo nell'inizio di discussione sul nuovo Patto per la salute, avviata la scorsa settimana. Nel documento si fa il quadro della situazione e ci sono le proposte delle Regioni sulla sanità, concentrate su 4 punti: il finanziamento del Fondo sanitario nazionale, l'edilizia sanitaria, i ticket e i piani di rientro. Il punto di partenza è che, in virtù delle manovre finanziarie, tra il 2012 e il 2014 la sanità subirà un taglio di 17 miliardi di euro, di cui 3 nel 2012, 5,5 nel 2013 e 8,4 nel 2014.

La Conferenza delle Regioni aveva formulato una proposta non recepita di reintegro integrale dei tagli previsti. Per l'edilizia sanitaria invece i tagli lineari hanno reso impossibile definire tutti gli accordi di Programma presentati dalle regioni. Circa i piani di rientro le regioni lamentano come "l'intero procedimento sia incentrato sugli aspetti economico-finanziari, senza valorizzare un reale percorso di riorganizzazione sul territorio dell'intero sistema". Quanto ai ticket era stata ribadita la richiesta di reintegro del finanziamento di 381,5 milioni di euro da reperire applicando una maggiore accisa sui tabacchi.

Ammonta invece a 2 miliardi annui il risparmio stimato dai nuovi ticket sui farmaci e le altre prestazioni sanitarie previsti dal 2014. Altro punto critico è la spesa farmaceutica. Per le regioni è man-



**Basta ai tagli:  
i governi locali  
puntano  
a valorizzare  
percorsi  
di riorganizzazione  
sul territorio  
dell'intero sistema  
Ribadito il reintegro  
di 380 mln  
dell'accisa  
sui tabacchi**

cata infatti "la ridefinizione del tetto della farmaceutica ospedaliera (confermato al 2,4 per cento), sistematicamente sottostimato".

Per questo ne avevano proposto una revisione. Il tetto della spesa farmaceutica territoriale dal 2013 è stato invece ridotto al 12,5% del fabbisogno. "Gli interventi sulla farmaceutica non agiscono sui costi dell'assistenza ospedaliera che registra una crescita sostenuta - dicono - mentre si limitano ad operare in ambito territoriale senza portare

un reale beneficio sulla spesa farmaceutica complessiva". Dopo il primo faccia a faccia di giovedì scorso una nuova plenaria è già prevista il 27 dicembre (anche se manca ancora la convocazione ufficiale). Tra i nodi da sciogliere, oltre alla rimodulazione dei ticket e i nuovi Lea, anche il blocco del turnover, che scatta in automatico per le Regioni in piano di rientro, giudicato insostenibile dai rappresentanti delle autonomie. In prima fila proprio la Regione Campania da almeno quattro anni ferma sul fronte delle nuove assunzioni.

Poco più di quattro mesi a partire da oggi. E' questo il tempo a disposizione di Regioni e Governo per evitare che scattino in automatico i tagli alla Sanità della manovra di luglio. Spesa, fondo sanitario ticket e livelli essenziali di assistenza gli altri nodi da sciogliere. La data da segnare in rosso sull'agenda di governatori e strutture commissariali è il 30 aprile 2012. Dopo, se non ci sarà un nuovo Patto per la salute (qui la pianificazione di premi e sanzioni è su scala triennale) scatteranno in automatico tutti i tagli della manovra Berlusconi non modificati dal decreto Monti. Al primo punto c'è senza dubbio la questione della sostenibilità.

**Esenzione.** Per le attività introdotte nel 2009

## Servizi in farmacia senza Iva

**Renato Portale**

■ Sono esenti da Iva le prestazioni sanitarie rese dalle farmacie, consistenti nella messa a disposizione di operatori socio-sanitari, infermieri e fisioterapisti per svolgere specifiche prestazioni professionali nei confronti di clienti-pazienti.

Il beneficio è applicabile oggettivamente, perchè i servizi sono riconducibili alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione della persona e per il fatto che sono prestati da soggetti qualificati e sottoposti a vigilanza prevista dalle leggi sanitarie.

La stessa esenzione si applica anche a monte, alle prestazioni effettuate dai professionisti sanitari nei confronti della farmacia e indipendentemente dal fatto che i professionisti stessi siano strutturati in forma societaria o di cooperativa. L'esenzione, a tutto campo, è

**A TUTTO CAMPO**

Stesso trattamento per le prestazioni dei professionisti indipendentemente dall'organizzazione

stata riconosciuta dall'agenzia delle Entrate con la risoluzione 128/E di ieri, che si basa su un orientamento costante a seguito della giurisprudenza della corte di Giustizia Ue.

Con il decreto legislativo 153/2009, sono stati definiti i nuovi servizi erogabili dalle farmacie nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Tra questi è stata prevista in farmacia l'erogazione di nuove prestazioni ad alta valenza socio-sanitaria, come la partecipazione all'assistenza domiciliare integrata, la partecipazione a programmi di educazione sanita-

ria e prevenzione, l'effettuazione di autoanalisi di prima istanza e così via. Alcune organizzazioni territoriali hanno sottoscritto con strutture rappresentative delle professioni sanitarie, quali infermieri e fisioterapisti, contratti di mandato con rappresentanza, per consentire agli utenti delle farmacie di poter accedere alle prestazioni rese da tali professionisti sanitari.

L'Agenzia, richiamando precedenti orientamenti, ma in particolare la sentenza della Corte UE 10 settembre 2002 relativa alla causa C-141/00, ha riconosciuto che l'esenzione prevista dall'articolo 10, n. 18 del Dpr 633/1972 ha carattere oggettivo e si estende a tutti i rapporti che intervengono tra il professionista e il cliente paziente e quindi anche ai rapporti intermedi tra il professionista e la farmacia.

Le stesse conclusioni sono valide anche nel caso in cui la farmacia utilizzi, per la prestazione dei servizi sanitari nei confronti del cliente-paziente, una struttura societaria, eventualmente organizzata in forma di società cooperativa, che effettua le prestazioni tramite propri professionisti sanitari.

La questione, che in passato aveva creato diversi contrasti tra l'Amministrazione finanziaria e i contribuenti ha trovato, a livello comunitario una soluzione con l'intervento della sopra richiamata sentenza dei giudici di Lussemburgo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA