

TAVOLO DI LAVORO ASSESSORI-SALUTE-ECONOMIA

Pronto lo "snellimento" delle verifiche sui Lea

Non si possono accantonare adempimenti come il controllo della spesa farmaceutica, il vincolo di crescita del 2%, il contenimento della spesa 2010 per il personale e la riduzione della sua consistenza organica se la Regione ha raggiunto l'equilibrio economico. L'Economia ha detto "no" alla richiesta delle Regioni di evitare percorsi di verifica per una serie di adempimenti previsti per lo sblocco delle risorse accantonate ogni anno sul fondo sanitario.

Le richieste sul percorso di semplificazione è stato messo nero su bianco dalle Regioni e dai ministeri di Economia e Salute. Anche perché molte modifiche proposte, se accettate, hanno bisogno di un cambio nelle norme per entrare in vigore.

Il documento elaborato da Regioni e Governo prevede alcune osservazioni di carattere generale per la semplificazione degli iter di verifica (v. tabella), ma entra poi nel dettaglio dei singoli adempimenti.

E se su alcuni sembrano tutti d'accordo (obblighi informativi, posti letto, appropriatezza, conferimento dati al Sis, distribuzione diretta dei farmaci, Piano nazionale prevenzione, Pia-

no di aggiornamento del personale sanitario, implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, Lea aggiuntivi, edilizia sanitaria, accreditamento, tutela della salute e prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, Sanità penitenziaria, consumi ospedalieri dei medicinali), nel senso che vanno mantenuti così come sono, verifiche comprese, su altri - come a esempio quelli economici - la partita è aperta.

Il no alla richiesta di annullare alcuni adempimenti se la Regione ha i conti a posto, a esempio, è stato motivato dall'Economia per il fatto che gli adempimenti sono previsti da leggi nazionali e rafforzati nelle ultime manovre finanziarie e quindi non possono essere superati.

Anche sui beni e servizi le Regioni hanno chiesto di semplificare le procedure non aumentando le categorie merceologiche oggetto della rilevazione e anzi eventualmente eliminando quelle poco significative (arredi per ufficio e autoveicoli a noleggio a lungo termine). Ma anche su questo fronte l'Economia ha respinto la proposta perché «il flusso informativo delle rilevazioni deriva da due diver-

se piattaforme: Consip e Osservatorio dei contratti pubblici».

Al contrario è stata concordata una modifica normativa per eliminare l'adempimento di verifica del Patto di stabilità a livello sanitario in quanto «estraneo alla materia», così come è stata accolta la proposta di unificare la verifica del monitoraggio delle prescrizioni con i ricettari on line che fanno entrambi capo al progetto Tessera sanitaria.

Ci sono poi alcuni adempimenti "obsoleti". È il caso della previsione della predisposizione da parte delle aziende di piani sui volumi di intramoenia con particolare attenzione alle condizioni di esercizio, ai criteri che regolano l'erogazione e le priorità di accesso alle prestazioni. Le Regioni ne hanno chiesto l'abrogazione, ma la risposta dei ministri è stata chiara: la sentenza della Consulta 371/2008 ha dichiarato illegittimo l'articolo della legge 120/2007 e quindi l'adempimento «non esiste». Anche se finora aziende e Regioni avevano lavorato per rendere conto del suo rispetto.

P. D. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le semplificazioni di carattere generale

Proposta Regioni	Osservazioni Economia e Salute
Modificare la tempistica	
Definire con un congruo anticipo (e comunque prima della conclusione dell'anno da verificare) le modalità di verifica e la documentazione per il tavolo di verifica: l'eventuale modifica normativa (all'intesa 23 marzo 2005) dovrebbe prevedere come data delle indicazioni il 30 marzo dell'anno da verificare ed eventuali adempimenti aggiuntivi successivi e le relative modalità devono essere portate a conoscenza delle Regioni	La proposta non è stata accolta perché: la verifica degli adempimenti è effettuata ex post e prende in considerazione anche atti adottati nel periodo nel quale si svolge; è condivisibile un anticipo dell'emana-zione del documento adempimenti; non è condivisi-bile illustrare parametri e soglie di valutazione non stabiliti da norme ma condivisi nei Tavoli tecnici per evitare eventuali effetti distorsivi nel comporta-mento delle aziende sanitarie; i tempi richiesti non appaiono coerenti con i tempi di approvazione di alcuni atti fondamentali alla verifica (intesa sul riparto, mobilità)
Uniformare gli strumenti di trasmissione	
La trasmissione delle informazioni e della documenta-zione richiesta può avvenire con maggiore semplicità ed efficienza tramite l'utilizzo di un specifico applica-tivo web, analogo a quello attivato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea. In particolare sarebbe utile la disponibilità di un ques-tionario predefinito e guidato, che consenta alle Regioni di comunicare informazioni standardizzate e di non ripetere la trasmissione della documentazione già inoltrata al Tavolo di verifica negli anni precedenti	La proposta è stata accolta e il <u>ministero della Salute</u> , nel dare piena disponibilità all'utilizzo di uno specifico applicativo web, ha specificato che le moda-lità di esecuzione verranno rese note nelle prossime riunioni in quanto è necessario reperire fondi ad hoc



Proposta Regioni	Osservazioni Economia e Salute
Raggruppare argomenti omogenei e tabelle	
<p>Migliorare la lettura del Documento adempimenti raggruppando e/o unificando adempimenti sulla base di argomenti omogenei. Sarebbe inoltre utile che il Tavolo integrasse il Documento con tabelle riepilogative dei dati da utilizzare relative, in particolare, a: contributi in conto esercizio, indistinti e vincolati; comunicazioni Aifa circa il valore del pay back e calcolo dei tetti della spesa farmaceutica; saldi di mobilità</p>	<p>La proposta è stata accolta con la specificazione che tali modalità di verifica potranno essere risolte con il nuovo applicativo web, previsto al punto precedente</p>
Eliminare la trasmissione dati già disponibili presso il ministero	
<p>Il Nsis ha già a disposizione i flussi dei dati inviati dalle Regioni per una serie (almeno 7). Andrebbe verificato solo l'invio dei flussi informativi da parte della Regione e quindi i dati non dovrebbero essere ricompresi tra gli adempimenti richiesti</p>	<p>La proposta delle Regioni è stata accolta dai ministeri</p>
Preventiva verifica delle criticità	
<p>La verifica degli adempimenti regionali potrebbe essere facilitata prevedendo che il Tavolo, dopo avere effettuato un primo esame della documentazione, informa le Regioni sui punti di criticità prima degli incontri di verifica (soprattutto per adempimenti che richiedono specifiche competenze tecniche)</p>	<p>Sulla proposta delle Regioni l'Economia ha precisato che viene inoltrata preventiva mail con le criticità. Le Regioni hanno specificato che la richiesta è di effettuare una verifica preventiva attraverso un'istruttoria aperta e condivisa prima delle riunioni del Tavolo. La Salute svolge incontri preventivi prima della riunione del Comitato Lea</p>

LE RISPOSTE DEL SSN

Servizi e cure, luci e ombre di un sistema a molte velocità

Prendono corpo interventi strutturati ma serve più omogeneità

**Focus sul rapporto
ospedale-territorio,
prevenzione,
urgenza e fragilità**

*pagine a cura di
Barbara Gobbi
Manuela Perrone*

Dalla prevenzione dei principali fattori di rischio - obesità, abuso di alcol e di sostanze psicotrope, abitudine al fumo - alla lotta strutturata a big killer come malattie oncologiche e cardiovascolari, fino alla riorganizzazione delle cure primarie e del critico servizio di emergenza-urgenza. Per approdare agli obiettivi in ambito riabilitativo, alla tutela degli anziani fragili e delle disabilità e di particolari categorie, come i pazienti in stato vegetativo o i cittadini con problematiche di salute mentale.

È un vero e proprio caleidoscopio l'insieme delle risposte offerte dal Ssn, raccontate dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese. Che elenca una a una, mettendo in luce quanto già fatto, le principali aree grigie e le prospettive d'intervento. Molto è già in campo e una forte accelerazione è stata impressa al sistema negli ultimi anni: basti pensare ai vari piani nazionali per affrontare con una strategia uniforme le grandi patologie (come il Piano oncologico 2010-2012) o all'ultimo Piano nazionale prevenzione (relativo allo stesso triennio del precedente) che mira a contrastare le abitudini sbagliate e al contempo a promuovere corretti stili di vita, incentrando il principio della "salute in tutte le politiche".

È ancora un cantiere più che aperto la riorganizzazione delle cure primarie, tassello fondamentale per garantire l'appropriatezza degli interventi e della spesa. Parallelamente all'impegno assunto in Conferenza Stato-Regioni a ridurre la percentuale di posti letto ospedalieri, dando luogo a una struttura a rete dell'assistenza, basata sull'intensità di cure, va affrontato il nodo territorio. Perché la scommessa è di offrire in quella sede le risposte a tutti i bisogni che non siano acuzie e alte specialità. Fondamentale il passaggio dalla medicina d'attesa a quella d'iniziativa, l'organizzazione di una risposta in rete con la gestione integrata delle cronicità e in piena sintonia con le strutture di ricovero. In questo senso si sono mossi l'ultimo accordo collettivo nazionale, del 2009, e l'accordo dell'8 luglio 2010, che conferma la centralità del Mmg. Crescono, secondo questo schema, le soluzioni che danno spazio a interventi alternativi al ricovero. Come l'Adi, che dal 2007 segna un aumento del 10% delle persone prese in carico.

Incompleto, a 20 anni dall'istituzione, il sistema di emergenza-urgenza. La Relazione dà conto dei passi avanti fatti verso l'integrazione dei servizi, ma allo stesso tempo ricorda, nero su bianco, le profonde carenze legate alla ancora scarsa integrazione, in troppe realtà, tra ospedale e territorio. Così come sottolinea il ricorso improprio e perciò eccessivo ai pronto soccorso, imputabile anche all'assenza di una

rete di assistenza primaria adeguata. Servono dunque, come si legge nel testo, nuovi percorsi organizzativi integrati, così come l'attivazione del Numero unico 112 e una sistematica rilevazione delle prestazioni erogate, delegata del resto al flusso informativo Emur che metterà a disposizione, già dal 2012, informazioni utili ai fini programmatici. Al 2010, 12 Regioni avevano inviato i dati sul 118 e 15 avevano spedito quelli sul pronto soccorso.

Altro settore cruciale ma ancora caratterizzato più da luci che da ombre è l'ambito delle cure palliative e della terapia antalgica. A dieci anni dall'entrata in vigore della legge 39/1999 di conversione del Dlgs 450/1998 che ha previsto, tra l'altro, un programma nazionale di strutture residenziali di cure palliative, «i risultati non possono essere considerati sufficienti», si legge nel documento. Poco più della metà gli hospice realizzati a fronte dei 201 programmati. Anche se ai 117 già attivi vanno sommati i centri creati con fonti di finanziamento regionale, privato o di altra origine. Ancora, si legge, «il progetto "Ospedale senza dolore" del 2001 non ha prodotto generalmente i risultati attesi, e non si dispone di informazioni sul numero dei Comitati ospedale senza dolore attivati. Il pianeta "cure palliative" è l'emblema di quell'Italia "a macchia di leopardo" che troppo spesso ricorre, nella descrizione delle cure e dell'assistenza. Idem per i settori trasfusioni e trapianti.

Nel primo caso, malgrado i buoni risultati raggiunti (l'implementazione del Sistra) - l'adozione del terzo Programma nazionale di autosufficienza nazionale e l'istituzione della Rete nazionale di banche per la conservazione di sangue ombelicale - non tutte le Regioni e in particolare Sardegna (per motivi epidemiologici), Lazio e Sicilia sono ancora in affanno. Mentre «la riduzione della disomogeneità esistente nell'attività di donazione tra Nord e Sud» rientra tra gli obiettivi della rete nazionale trapianti. Ma la stessa assistenza domiciliare integrata, elemento-chiave per la presa in carico sia dell'anziano critico sia in generale delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza, è uno strumento ancora adottato in modo difforme, sia nelle strutture sia nelle ore di cura erogate per caso trattato. Ma i capitoli in sofferenza non sono ancora finiti: resta da implementare un'adeguata rete di prevenzione e di interventi a favore della tossicodipendenza. Infine, ma non certo in ordine di importanza, la tutela della salute mentale. Che necessita di strumenti di accreditamento e valutazione di qualità dei servizi, nonché del potenziamento dei Dsm per la presa in carico di tutti i disturbi psichiatrici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Attività domiciliare integrata (Anno 2009)

Regione	Casi trattati	Casi per 100.000 abitanti	Di cui anziani %	Di cui pazienti terminali %
Piemonte	30.096	679	77,2	17,8
Valle d'Aosta	166	131	60,8	34,3
Lombardia	93.766	962	85,2	7,4
Pa di Bolzano	650	130	55,4	38,0
Pa di Trento	1.915	368	57,4	42,2
Veneto	56.829	1.163	82,0	10,2
Friuli Venezia Giulia	25.069	2.037	88,1	2,3
Liguria	16.273	1.008	91,7	5,2
Emilia Romagna	89.933	2.073	90,6	1,2
Toscana	24.505	661	78,3	17,0
Umbria	18.074	2.021	87,0	9,1
Marche	15.043	958	85,0	13,8
Lazio	51.324	912	86,2	7,9
Abruzzo	16.892	1.266	80,2	12,2
Molise	2.108	657	81,3	16,2
Campania	22.434	386	76,7	12,7
Puglia	17.991	441	83,7	13,7
Basilicata	7.382	1.250	81,5	16,2
Calabria	11.708	583	81,4	12,3
Sicilia	14.697	292	67,9	25,5
Sardegna	9.713	581	76,2	14,8
Italia	526.568	877	84,0	9,4

Fonte: ministero della Salute - Direzione generale del sistema informativo - Ufficio di Statistica

BALDUZZI**«TICKET PIÙ LIEVI
PER LE FAMIGLIE E
PESINO I REDDITI»**

Fa discutere la proposta del **ministro della Sanità, Renato Balduzzi**, di rimodulare i ticket sanitari in base al reddito e al nucleo familiare. Il Pd teme nuovi balzelli, il Pdl è diviso. Il ministro propone dunque di «vincolare al reddito l'esenzione per patologia o per età». E di prevedere «più fasce di reddito in base al nucleo familiare, per numero di componenti o per presenza di anziani o disabili». Per Ignazio Marino, presidente pd della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario, «è un errore introdurre altri ticket. Prima si devono eliminare le spese inutili: nei 400 mila interventi programmabili l'anno c'è almeno una notte di ricovero non necessaria, che costa 1.000 euro». «Sono assolutamente d'accordo a rivedere le esenzioni – dice il governatore pdl della Campania, Stefano Caldoro – a tutela dei più deboli: paghi chi ha di più, verificando familiari e anziani a carico». Di tutt'altro parere il vicepresidente pdl alla Camera Osvaldo Napoli: «Dalla casa alla sanità, e presto scuola e Università, è un fiorire di iniziative del governo con un'impronta dichiaratamente socialista rispetto alla quale il Pdl deve alzare la vigilanza pronto a stoppare norme per noi indigeribili».



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

SANITÀ, NON BASTA TAGLIARE

L'anno che verrà sarà duro. Soprattutto per le persone meno protette, per chi non ha un lavoro sicuro, per le pensionate e i pensionati. La manovra del governo Monti, chiamato a fare "il lavoro sporco" per rimettere in carreggiata un Paese disastroso, colpisce più o meno tutti e coinvolge ogni settore. E quindi anche la sanità. I tagli previsti sono tosti, con 8 miliardi in meno per il Fondo nazionale da qui al 2013. Però una politica economica e sociale di soli tagli non porta crescita. Nella sanità poi si possono risparmiare vari miliardi, perché è il regno della inefficienza e degli sprechi. Come sanno assessori, dirigenti ospedalieri, medici, dipendenti del Ssn. Allineare le uscite ai costi standard delle Regioni più virtuose sarebbe la via maestra per spendere di meno e trovare risorse per migliorare i servizi, per ridurre le liste di attesa (che favoriscono la pratica privata dell'intramoenia e penalizzano i cittadini), per aiutare le famiglie con persone non autosufficienti. Curare bene l'Italia e gli italiani si può, ma oltre alle competenze tecniche servono impegno, fantasia, scelte coraggiose. E speranza. La mia è che il 2012 sia meno peggio di quanto si pensi. Auguri.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PROMESSA DI BALDUZZI**«Ora facciamo un Patto»***Avviato il tavolo - I governatori: sostenibilità a rischio*

Promessa mantenuta del **ministro della Salute** Balduzzi: il tavolo per mettere a punto il nuovo Patto per la salute 2013-2015 è avviato. Anche se lo sprint sperato (per una chiusura di fine anno) probabilmente non ci sarà a causa di un nodo difficile da sciogliere in questo momento: la sostenibilità economica rispetto alla necessità di mantenere prestazioni che garantiscano il livello di qualità

fin qui raggiunto dal Ssn. E molti tra i temi principali su cui i tecnici sono già al lavoro non hanno una soluzione immediata: nuovi ticket, Lea da garantire a tutti gli assistiti, edilizia sanitaria e investimenti, le liste d'attesa, farmaci e costi standard che proprio dal 2013, primo anno del nuovo Patto, faranno il loro ingresso sulla scena sanitaria.

A PAG. 4

Primo incontro Salute-Economia-Regioni per definire al più presto l'intesa 2013-2015

Il nuovo Patto scalda i motori

Il nodo è la sostenibilità finanziaria - Al lavoro sui livelli essenziali

Prima riunione per il nuovo Patto per la salute 2013-2015 la scorsa settimana tra Economia, Salute e Regioni. Che vogliono fare presto e già un altro incontro è assicurato prima della fine dell'anno, anche se le distanze su alcuni punti (finanziamenti in testa) tra Governo e Regioni e su altri (criteri di riparto dei fondi) tra le stesse Regioni rendono improbabile la definizione del testo già entro l'anno.

L'equilibrio tra sostenibilità finanziaria e qualità del sistema universalistico hanno frenato l'entusiasmo iniziale che aveva fatto sperare in una messa a punto veloce, anche prima della fine del 2011. E sul tavolo ci sono altri argomenti che hanno bisogno di un'analisi dettagliata: spesa farmaceutica, rapporto tra assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, Lea, rimodulazione dei criteri di riparto del fondo sanitario, ticket.

Su questi la salute invierà a breve un "indice" alle Regioni che farà da guida ai tecnici per la messa a punto dei documenti.

«Un'agenda di lavoro tecnico e politico impegnativo», come l'ha definita il presidente dei governatori **Vasco Errani** dopo l'incontro con il **ministro della Salute Renato Balduzzi** e il sottosegretario all'Economia **Gianfranco Polillo**, «ferma restando la verifica della coerenza finanziaria» dei capitoli stessi, perché «ribadiamo che il finanziamento per la Sanità previsto dalla manovra del precedente Governo è insufficiente».

«È stata una riunione molto costruttiva e positiva» ha affermato Balduzzi. «Abbiamo fatto una ricognizione dell'indice, ma soprattutto abbiamo condiviso la necessità di tenere strettamente legati la sostenibilità finanziaria con la qualità delle prestazioni e la

necessità di assicurare la tutela della salute nel modo più largo possibile, tenendo conto della condizione economica attuale. Abbiamo inserito nei contenuti del Patto della salute il tema dei nuovi Lea, un'acquisizione importante», ha sottolineato il ministro.

La lista è lunga: nuovi ticket, Lea da garantire agli assistiti che abbandonano così la veste del Dpcm per assumere quella dell'intesa Stato-Regioni in cui il **ministro della Salute** ha promesso di inserire al più presto le nuove 109 malattie rare già previste nei Lea approvati nel 2008 e che sono rimaste in stand by con il provvedimento. E poi investimenti, liste d'attesa che il **ministro Balduzzi** ha esplicitamente chiesto di inserire nel Patto alle Regioni, farmaci, costi standard, sono solo alcuni degli argomenti con cui Regioni e ministero avranno a che fare nelle prossime settimane. Il tutto

tenendo sempre ben presente il rapporto tra fabbisogno e finanziamenti reali, l'equilibrio da assicurare tra sostenibilità economica e qualità-quantità delle prestazioni, come ha sottolineato il ministro.

E già si traccia la via su cui dovranno camminare le nuove proposte. Sui ticket il Governo intende procedere a una revisione che punti su reddito, composizione delle famiglie e appropriatezza delle prestazioni, con regole valide a livello nazionale. Mentre sui Lea, più che sul taglio delle prestazioni, si punterebbe sulla migliore organizzazione e qualità dei servizi per evitare uno smantellamento delle attuali garanzie. Anche se i tagli in cantiere con la manovra estiva sono pesanti: circa 8 miliardi tra il 2013 e il 2014.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sul tavolo del confronto Governo-Regioni

Finanziamento. Nel Patto vanno scritte le risorse complessive disponibili per il Ssn (comprese le somme vincolate e finalizzate) per gli anni 2013, 2014 e 2015 dopo che la manovra estiva (legge 111/2011) ha tagliato 2,5 miliardi per il 2013 e circa 5 per il 2014

Fabbisogno. È il finanziamento per l'erogazione dei Lea. In questo capitolo rientrano anche i nuovi criteri di riparto che potrebbero essere lasciati invariati per il prossimo anno ma che dal 2013 dovranno fare i conti con il meccanismo dei costi standard

Livelli essenziali di assistenza. I nuovi rispetto a quelli in vigore dal 2001, sono stati approvati nel 2008, ma sono rimasti fermi nei cassetti dell'Economia. Unica anticipazione è stata lo stralcio dei Drg a rischio di inappropriatazza passati dai 43 dei primi Lea agli oltre 100 dell'ultima versione. Nella bozza di Lea del 2008 era comunque già previsto un intervento su alcune tipologie di prestazioni (densitometria ossea, chirurgia refrattiva ecc.) che potrebbero subire riduzioni

Lea organizzativi. È un capitolo nuovo. I Lea normali si occupano delle prestazioni assi-

stenziali, quelli organizzativi dovrebbero occuparsi degli standard di gestione del Ssn

Ticket. Obiettivo del ministro è, a gettito invariato, mettere mano su tutte le forme attuali di copayment (e altre sono previste dal 2014 con la manovra estiva), introducendo nei meccanismi equità, omogeneità e trasparenza

Investimenti. Si tratta dell'edilizia sanitaria e dell'ammodernamento tecnologico, rimasti al palo dal punto di vista dei finanziamenti per il mancato rispetto del vecchio Patto che assegnava un miliardo in più di risorse, che di fatto molte Regioni hanno già "impegnato" con accordi di programma sottoscritti, ma fermi per mancanza di fondi

Federalismo e costi standard dal 2013. È il capitolo più delicato e riguarda i criteri di applicazione del Dlgs 68/2011 (finanziamento regionale e costi standard) per stabilire le modalità di scelta delle Regioni benchmark

Rapporto salute/economia. Si tratta di definire in modo inequivocabile se le prestazioni erogabili dal Ssn debbano essere determinate

a monte o a valle della definizione della disponibilità di risorse

Personale. In presenza del blocco del turn over si sono create negli anni carenze di organico che rischiano di vanificare il livello e la qualità dei servizi erogati. Questa voce dovrebbe essere rivista anche alla luce della revisione complessiva che le Reg. hanno chiesto da tempo per i meccanismi legati ai piani di rientro

Liste d'attesa. L'inserimento di previsioni uguali per tutti che superino anche i criteri - spesso non applicati - del piano approvato nel 2010 è ritenuto prioritario dallo stesso ministro che ha esplicitamente chiesto alle Regioni di inserire la materia tra quelle "vincolate" dal Patto per la salute

Farmaci e dispositivi. La manovra estiva ha stabilito che il tetto della farmaceutica territoriale è rideterminato al 12,5% del Fsn. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in questo caso potrebbe essere proprio il Patto. Sempre dal 2013 si fissa un tetto di spesa anche per i dispositivi medici e anche in questo caso è necessaria un'intesa Stato-Regioni per individuare il risparmio da realizzare

La salute di Natale

Siamo un Paese vecchio, vecchissimo. La Relazione sullo stato sanitario del Paese ci ha appena detto che l'Italia ha tagliato il traguardo dei 60 milioni di abitanti. E che venti persone su cento hanno più di 65 anni. Merito dei progressi nelle cure, certamente. Ma anche della prevenzione, il tasto su cui bisogna spingere per essere più sani oltre che più longevi.

In filigrana, però, la Relazione ci ha anche fatto notare altro. Che una società sempre più anziana farà esplodere la domanda di salute. Che l'offerta non può ampliarsi a dismisura. Che il Servizio sanitario rischia di collassare. Il ministro **Renato Balduzzi** ha parlato di appropriatezza e di riqualificazione. Non ha smesso di citare la legge 833, segno che la strada vecchia non si cambia. E allora, nel 2012, speriamo di ricevere in dono un Patto che sia veramente per la salute. Nuovi Lea che siano garanti di livelli di assistenza essenziali e omogenei. Regioni che siano davvero responsabili. Perché, lo ha ricordato Balduzzi, dove si spende di più la qualità dei servizi è inferiore. Non conta ormai il quantum ma il come. La partita è apertissima e difficile ma vale la pena giocarla. Buon Patto e buon Natale. (M.Per.)



CONSULTA/ULTIM'ORA**Tavolo farmaci, illegittimo escludere le Regioni****ON LINE****I testi delle sentenze****www.24oresanita.com**

«**N**o» al "tavolo farmaci" previsto dalla manovra estiva dello scorso anno: la norma che lo ha istituito (articolo 11, comma 6-bis del Dl 78/2010, convertito con la legge 122/2010) è costituzionalmente illegittima nella parte in cui «non prevede alcun coinvolgimento delle Regioni», privandole della possibilità «di differenziare, con determinazionale amministrativa e per il proprio territorio, il livello di rimborsabilità dei farmaci».

La Corte costituzionale (**sentenza n. 330/2011**, depositata il 16 dicembre) ha così accolto il ricorso della Toscana, che aveva impugnato il decreto che affidava al confronto tecnico tra **ministero della Salute**, Economia, Aifa e associazioni di categoria la revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica.

Per la Consulta, la disposizione investe una pluralità di ambiti, dalla determinazione dei Lea, in cui rientra l'erogazione dei farmaci, alla tutela della salute, fino al coordinamento della finanza pubblica. In presenza di una simile sovrapposizione di materie e nell'impossibilità di individuare una prevalente - ricordano i giudici costituzionali, richiamando molti precedenti - il legislatore statale «avrebbe dovuto attribuire adeguato rilievo al principio di leale collaborazione» predisporre «adeguati strumenti di coinvolgimento delle Regioni, a salvaguardia delle loro competenze». Non facendolo, ha violato l'articolo 118 della Costituzione.

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pillole/ 2
**Osmed:
 più spesa
 in ospedale
 fa risparmi**
 A PAG. 2-3

RAPPORTO OSMED

Più farmaceutica ospedaliera serve a fare risparmi

«**N**essun problema con la fuoriuscita di parte dei farmaci C dal canale farmacia sotto il profilo della sicurezza e della tracciabilità: i punti vendita dei farmaci da banco sono già monitorati». A garantirlo, gettando acqua sul fuoco delle polemiche esplose attorno all'ampliamento del fuori canale farmaceutico è **Roberto Raschetti** (Centro nazionale di epidemiologia Iss), coordinatore del gruppo di lavoro Osmed (Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali) che la settimana scorsa ha presentato i dati riferiti al periodo gennaio-settembre 2011. Dello stesso parere anche Anna Maria Marata (Ceveas), uno dei curatori del rapporto, che sottolinea comunque «l'esigenza che i farmacisti interagiscano di più con i pazienti per evitare usi inappropriati, il che dovrebbe essere assicurato anche nei supermercati, visto che è prevista la presenza di un farmacista».

Corner e vicinato a parte, il rapporto evidenzia non tanto una corsa all'acquisto di medicinali su ricetta di tasca propria da parte dei cittadini quanto piuttosto un aumento delle prescrizioni dei farmaci erogati dalle strutture pubbliche, che nei primi nove mesi del 2011 sono aumentate del 32,8%, con un aumento della spesa ospedaliera dell'8,1% rispetto allo stesso periodo del 2010.

L'aumento - spiegano gli esperti dell'Iss - riguarda soprattutto le Regioni sottoposte a piani di rientro e il perché è presto detto: molte Asl preferiscono sfruttare la distribuzione diretta e lo sconto maggiorato garantito agli ospedali per un miglior controllo della spesa. A confermare l'analisi sono anche i dati sulle categorie terapeutiche a maggior impatto sulle casse pubbliche: in cima alla lista ci sono antineoplastici e immunomodulatori (29,6 euro pro capite), seguiti dai farmaci antimicrobici (14,6 euro pro capite), categorie che da sole costituiscono il 56% della spesa per i farmaci erogati dalle strutture pubbliche. In crescita - sempre nell'ottica del "risparmio" - anche l'uso dei farmaci equivalenti che da inizio anno hanno assorbito il 32% della spesa e il 55% delle prescrizioni, grazie anche alla recente scadenza della copertura brevettuale di molecole importanti come il valsartan fra i sartani, la levofloxacina fra i chinoloni e l'enoxaparina fra le

eparine a basso peso molecolare. Trend al ribasso, invece, per la spesa territoriale lorda di classe A, costata 154,6 euro pro capite, con una riduzione del 3,7% rispetto allo stesso periodo del 2010 a fronte di consumi in leggera crescita (+0,6% di ricette, +0,8% di confezioni, +1,2% di dosi).

Del resto l'analisi delle componenti della spesa evidenzia un lieve aumento delle quantità di farmaci prescritti (+1%), una diminuzione dei prezzi (-5,2%), ma non emerge alcuno spostamento della prescrizione verso specialità più costose (effetto mix +0,1%).

Come è tradizione, infine, i farmaci cardiovascolari rappresentano la principale categoria terapeutica sia in termini di dosi (47% del totale) che di spesa pro capite (36% del totale), seguiti da quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (15% del totale sia per i consumi sia per la spesa), categoria che ha fatto registrare l'aumento più elevato nella prescrizione rispetto al 2010 (+3,2%).

Aggiornati la settimana scorsa anche i dati di mercato relativi ai prodotti di automedicazione. Il preconsuntivo 2011 diffuso da Anifa conferma per i senza ricetta il trend stagnante dell'ultimo biennio per i farmaci senza obbligo di ricetta: sempre meno confezioni dispensate (-2,3%) e fatturati lumaca (+1,0%) con la classica disparità tra Otc e Sp, distizione tutta italiana tra senza ricetta pubblicizzabili e non. I secondi perdono solo lo 0,8% contro il 2,8% dei primi. Complessivamente, i farmaci senza obbligo di ricetta costituiscono il 16,6% a volumi e l'11,4% a valori delle vendite nazionali di farmaci, per un giro d'affari di circa 1,6 miliardi. Aggiornato anche il dato relativo al giro d'affari nei diversi canali che conferma la leadership della farmacia con una quota di mercato del 91,7% a volumi e del 92,6% a valori.

Anche nei primi mesi del 2011 le parafarmacie sono tuttavia riuscite a erodere nuove quote di mercato, per una crescita delle confezioni vendute pari al 4,0% e un aumento dei fatturati del 6,5%, contro il +0,7% delle farmacie e il +2,5% dei corner.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il mercato dei farmaci senza obbligo di prescrizione nei diversi canali (gennaio-settembre 2011; sell out)

Canali	Volumi			Valori (in p.p)			Prezzo medio *	
	(000)	Quota	±%	(000)	Quota	±%	Euro	±%
Farmacie	208.091	91,7	-2,6%	1.506.735	92,6	0,7%	7,2	2,69%
● Farmaci automedicazione	156.019	75,0	-3,1%	1.140.773	75,7	0,9%	7,3	2,75%
● Farmaci Sp	52.071	25,0	-1,4%	365.962	24,3	0,1%	7,0	2,54%
Parafarmacie	11.056	4,9	4,0%	75.740	4,7	6,5%	6,9	2,59%
● Farmaci automedicazione	8.365	75,7	3,2%	59.550	78,6	6,2%	7,1	2,59%
● Farmaci Sp	2.691	24,3	6,6%	16.190	21,4	7,6%	6,0	2,58%
Gdo	7.837	3,4	-0,7%	44.791	2,7	2,5%	5,7	4,69%
● Farmaci automedicazione	6.302	80,4	-2,5%	37.197	83,0	1,3%	5,9	4,82%
● Farmaci Sp	1.535	19,6	7,8%	7.594	17,0	8,7%	4,9	4,09%

(*) Per il calcolo dei trend utilizzo dell'Indice dei prezzi di Laspeyers (base = dicembre 2010)

Fonte: elaborazioni Anifa su dati Ims health



Elenco delle principali azioni messe in atto dalle Regioni per contenere la spesa farmaceutica

Regione	Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	I ciclo	Ticket	Prezzo di riferimento per inibitori di pompa	Limite prescrittivo (1 pezzo per ricetta)
Piemonte	Si	Si	Si	Si	No	No
Val d'Aosta	Si	Si	No	No		
Lombardia	Si	Si	Si	Si		
Pa Bolzano	Si	Si	No	Si		
Pa Trento	Si	Si	Si	No		
Veneto	Si	Si	Si	Si	No	No
Friuli V.G.	Si	Si (solo 2 Asl)	Si	No		
Liguria	Si	Si	Si	Si	No	No
Emilia R.	Si	Si	Si	Si (29/8/2011)	No	No
Toscana	Si	Si	Si	Si (23/8/2011)		
Umbria	Si	Si	Si	Si (12/9/2011)	No	No
Marche	Si	Si	Si	No	No	No
Lazio	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Abruzzo	Si	No	Si	Si	Si	
Molise	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Campania	Si	Si	Si	Si	Si	Si*
Puglia	Si	Si	Si	Si	No	
Basilicata	Si	Si	Si	No		Si
Calabria	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sicilia	Si	No	Si	Si	Si	Si
Sardegna	Si	Si	Si	No	No	

(*) Statine, antipertensivi, antibiotici dal 12/7/2011

Rapporto Aiop Più della metà dei pazienti non lombardi sceglie i privati

Pazienti dalle altre regioni Formigoni: ci paghi lo Stato

Il governatore: ritardi insostenibili nei rimborsi

127.000

I pazienti di altre regioni che ogni anno scelgono di farsi curare negli ospedali lombardi. Un esodo che rischia di essere bloccato dal taglio delle tariffe

770

milioni, il valore dei rimborsi dovuti alla Lombardia dalle altre Regioni per i ricoveri dei pazienti: pagamenti in cronico ritardo

52

per cento, la quota dei pazienti extra-regione che in Lombardia scelgono di farsi ricoverare in istituti privati accreditati

Il confronto sulla sanità



Roberto Formigoni
Ci stiamo impegnando a fondo affinché la Conferenza Stato-Regioni integri il tariffario unico nazionale



Gabriele Pelissero
È giusto che una Regione virtuosa riceva più fondi e li investa in una rete ospedaliera di eccellenza che cura tutti gli italiani

Servono soluzioni, perché da qualche tempo curare i 127 mila malati che arrivano qui dal resto d'Italia è diventato un problema di soldi: gli ospedali della Lombardia li ricoverano, ma il Pirellone deve anticipare i rimborsi per le cure prestate, con il rischio di recuperare i fondi dalle Regioni di provenienza dei pazienti solo parzialmente e dopo anni. È un sistema di pagamento che, con i cordoni della borsa che si sono stretti, non funziona più: «L'auspicio è che nel futuro lo Stato versi direttamente alla Lombardia — dice il governatore Roberto Formigoni — una parte dei fondi adesso dati alle altre Regioni per cittadini in realtà curati da noi».

Il problema si trascina dallo scorso luglio, quando il Pirellone ha deciso di tagliare i rimborsi per le cure prestate ai pazienti provenienti dal resto d'Italia, uniformandoli alle tariffe nazionali spesso più basse. Di qui l'allarme lanciato dai medici: «Così diventa economicamente insostenibile l'esecuzione di cure costo-

se come le protesi ortopediche e quelle valvolari cardiache».

In attesa che lo Stato valuti la possibilità di far confluire i soldi direttamente nelle casse lombarde, per il 2012 s'annunciano comunque correzioni al ridimensionamento delle tariffe. L'ha assicurato ieri lo stesso governatore, durante la presentazione del 9° Rapporto sul sistema sanitario stilato su dati 2010 dall'Associazione ospedalità privata lombarda (Aiop), guidata da Gabriele Pelissero. «Siamo fortemente determinati a risolvere la criticità che si è venuta a creare — sottolinea Formigoni —. Ci stiamo impegnando a fondo affinché la Conferenza Stato-Regioni integri entro il prossimo aprile il tariffario unico nazionale, soprattutto per le categorie attualmente più penalizzate».

Del resto, l'indiscusso primato italiano della Lombardia nell'attirare pazienti da fuori non può rischiare di sgretolarsi: pena un danno d'immagine per la Regione e un tracollo finanziario per gli



ospedali. In termini economici i viaggi della speranza valgono 770 milioni di euro l'anno. I ricoveri extra regionali, in ripresa dopo il calo degli scorsi anni, rappresentano il 9,1% del totale (più 0,1% rispetto al 2009). Il 52% dei pazienti (66.549) sceglie di farsi curare nel privato: la percentuale è in crescita dell'1% rispetto all'anno precedente. «Nessuna Regione e nessun ospedale pubblico o privato vuole arricchirsi con l'attrattività regionale — ribadisce il presidente di Aiop Lombardia, Gabriele Pelissero —. Ma è giusto che una Regione virtuosa riceva più fondi e li investa in una rete ospedaliera di eccellenza che cura tutti gli italiani». Sullo sfondo, emerge il trend degli ultimi 15 anni: il tasso di ospedalizzazione in Lombardia si è ridotto del 30 per cento (127 ricoveri per mille abitanti contro i 177 per mille abitanti del '97).

Simona Ravizza

sravizza@corriere.it

NEGRAR. Lutto all'ospedale Sacro Cuore per la scomparsa del direttore del dipartimento

Si è spento Marco Venturini primario dell' Oncologia

Aveva 57 anni, lascia
la moglie e due figli
Era anche presidente
nazionale dell'Aiom

È mancato ieri mattina Marco Venturini, direttore del dipartimento di Oncologia dell'ospedale Sacro Cuore di Negrar. Venturini era stato eletto il 7 novembre scorso presidente nazionale dell'Aiom, l'associazione italiana di oncologia medica, di cui aveva già ricoperto il ruolo di presidente eletto per il biennio 2009-2011. Nato a Carrara il 6 settembre 1954, Venturini si è laureato in medicina e chirurgia nel 1982 all'Università di Pisa e si è poi specializzato in Oncologia nel 1985 all'Università di Genova. Dal 1986 al 2006 ha ricoperto varie qualifiche all'interno dell'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova. Dal 2006 era arrivato in provincia di Verona proprio per dirigere il dipartimento di oncologia dell'ospedale di Negrar.

Venturini è stato segretario nazionale dell'Aiom, coordinatore del gruppo italiano del carcinoma della mammella e del gruppo italiano del carcinoma renale, coordinatore delle linee guida nazionali dell'Aiom sul carcinoma mammario, membro della commissione di esperti dell'Esmo (European Society of Medical Oncology) per il carcinoma mammario (dal 2001). È stato, inoltre, autore di oltre 170 articoli scientifici, relatore invitato a circa 345 corsi e congressi nazionali ed internazionali. Il 6 dicembre aveva presentato, alla presenza del ministro Renato Balduzzi, il volume «I numeri del cancro 2011», all'auditorium del ministero della Salute. Lascia la moglie, Lucia Del Mastro, oncologa, e due figli gemelli di 12 anni, Marcherita e Carlo Andrea. **✦ C.M.**



Marco Venturini

