

Rigore e crescita



GIORGIO NAPOLITANO: «Ho apprezzato Saccomanni, nessuno ha la bacchetta magica. Assurdo non vedere il successo dell'Italia nell'Ue»

Sanità e statali, pronti i risparmi Lorenzin: «Ticket da rivedere»

Esenzioni rimodulate. E D'Alia accelera sui 7mila esuberanti nella Pa

Matteo Palo
ROMA

POTATURA dei ticket, costi standard, soluzione del dilemma dei precari della Pa e del rebus delle piante organiche. Mentre il ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni, lavora per rimettere in campo la revisione della spesa pubblica italiana, due suoi colleghi stanno già individuando i costi da limare. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin e il responsabile della Funzione pubblica Gianpiero D'Alia ieri hanno dato una decisa accelerazione ad alcuni dossier strategici.

SI PARTE dall'aumento dei ticket di due miliardi, programmato per il prossimo primo gennaio. Secondo il ministro Lorenzin sarà certamente scongiurato: «Saccomanni mi ha telefonato per dirmi che sarà garantita la copertura nel fondo sanitario. In cambio dovremmo metterci intorno al tavolo con le Regioni per chiudere al più presto un nuovo patto della salute che riprogrammi sia la governance che la spesa sanitaria». Per compensare quei due miliardi, i 110 miliar-

di di spesa sanitaria pubblica fissata per il 2013 andranno sfiorati da molti lati. Il ministro pensa di poter mettere insieme almeno 10 miliardi, ma il risultato potenziale è più alto.

Dovranno cambiare, anzitutto, proprio i ticket; troppe le esenzioni, serve una rimodulazione in base al nuovo Isee. La chiave sarà il patto per la salute con le Regioni, fermo ormai da mesi sul tavolo del governo. Chiudere quell'accordo consentirebbe di operare numerose riduzioni. Il primo obietti-

vo è ridurre il numero dei ricoveri e potenziare le cure domiciliari, coinvolgendo maggiormente ambulatori e medici di famiglia. In questo modo si stima di risparmiare tra gli 800 e i 3mila euro a ricovero. C'è, poi, la partita del passaggio ai costi standard, i livelli predefiniti di spesa, organizzati per tipologia di prestazione: serviranno a eliminare gli squilibri esistenti tra le diverse regioni. La piena applicazione di questo modello potrebbe valere tra il 15 e il 30% del totale dei costi: oltre 10 miliardi. E c'è la questione della sanità elet-

tronica, l'e-health. Alcuni sistemi come il fascicolo sanitario elettronico, l'anagrafe degli assistiti e le ricette elettroniche potrebbero, a regime, portare risparmi per almeno 12 miliardi.

DAL LATO della Funzione pubblica, le partite strategiche sono due: quella dei precari della Pa e quella delle nuove piante organiche, con relativi esuberanti. Sul primo fronte, D'Alia individua un orizzonte di medio periodo: «Dobbiamo risolvere definitivamente, nell'arco di tre anni, il problema del precariato e, con la graduale ripresa del turnover, recuperare i vincitori dei concorsi mai immessi in servizio».

Mentre, sul fronte delle piante organiche, la situazione appare più chiara: «Abbiamo oltre 7mila esuberanti. Il 40% sarà assorbito attraverso i prepensionamenti, il resto attraverso la mobilità, che è volontaria entro un certo limite perché chi non accetta di essere ricollocato in altre amministrazioni, si avvia poi verso la graduale procedura di uscita». Il dicastero, dopo una lunga attesa, sta per sbloccare la procedura: «Stiamo lavorando per definire criteri di mobilità condivisi da sindacati e dipendenti».

AUMENTO

2

MILIARDI DI EURO
È l'aumento del ticket sanitario che dovrebbe scattare il primo gennaio e che pare scongiurato

STANDARD

10

MILIARDI DI EURO
Tanto si risparmierebbe se in tutte le regioni adottassero gli stessi livelli di spesa standard

SALUTE

12

MILIARDI DI EURO
È il risparmio che si può ottenere utilizzando ricette e fascicolo sanitario elettronici

La stretta

Sanità, la spesa non cala: 1914 euro a paziente

Meno «costosi» i cittadini della Campania: duecento euro in meno rispetto al resto del Paese

Carla Massi

ROMA. Alla vigilia della "fase 2" del governo, quella su come procedere tra necessità di nuove coperture e rilancio della crescita, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin mette le mani avanti e dice che, di tagli, la sanità ne ha subiti già troppi. «Siamo riusciti a ridurre moltissimo i margini di discrezionalità - fa sapere - e dobbiamo fare di più applicando i costi standard. Ma i tagli lineari, come è noto, non si possono fare». E aggiunge ricordando che «la spesa sanitaria è quella più aggredita e conosciuta».

Gli incontri della settimana faranno capire se sarà possibile non far abbattere la scure sulle corsie, le sale operatorie, il turn over del personale, gli acquisti. Su tutte quelle voci che, anche poco modificate, cambiano l'offerta dei servizi negli ambulatori come negli ospedali.

Anche se, in quattro anni, la sanità ha tagliato quattro miliardi di deficit sui sei previsti, gli analisti del servizio sanitario prevedono che entro un paio di anni il debito dovrebbe essere cancellato. La speranza che la sanità possa uscire quasi indenne dalla "fase 2" arriva dall'analisi del sistema sanitario firmata dalla Corte dei conti riferita al 2012.

Detto in sintesi: la lievitazione della spesa sanitaria è stata bloccata ma gli interventi che sono stati effettuati «non sono ancora in grado di favorire il ridimensionamento». Come dire che è stato fatto molto ma che non può bastare.

Le voci sanitarie che pesano di

più sulle casse dello Stato sono quelle riferite al personale e ai beni e servizi. È il costo medio per ogni assistito che continua, in modo costante, a crescere: oggi è arrivato a 1.914 euro a paziente. Meno costosi, invece, i residenti in Campania (1.713 euro), Calabria (1.731 euro) e Sicilia (1.743 euro). Cinque anni fa la cifra media nazionale oscillava intorno ai 1.700 euro. Il balzo è dovuto, in gran parte, alla crescita della popolazione over 70 e dell'innalzamento, tra gli over 85, della non autosufficienza.

La Corte dei conti, comunque, lascia pochi margini e si mostra prescrittiva per il futuro prossimo venturo: «Per la sua impostazione e per le modalità di organizzazione il sistema richiede senza dubbio la disponibilità di ingenti risorse per il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza». La sanità rappresenta un'area di intervento che «richiede un forte impegno di risorse» per i suoi aspetti critici che sono «numerosi e complessi».

I primi dati di consuntivo: il complesso delle risorse acquisite l'anno scorso è di circa 112,6 miliardi (un punto percentuale in meno rispetto al 2011). A fronte del volume generale di spesa, attestandosi a 113,7 miliardi, comporta un disavanzo complessivo nazionale di settore pari ad un miliardo. Un risultato considerato il più basso degli ultimi anni, con un saldo negativo interamente a carico delle Regioni. Proprio di una standardizzazione di alcune spese per le Regioni è tornato a parlare il ministro della Salute Lorenzin che ha indicato la strada nella standardiz-

zazione dei costi. Strada non nuova ma di difficile percorribilità. In particolare per gli acquisti.

Certo è che il costo medio per ogni paziente cresce, con punte del 20% in alcune Regioni. Basta controllare quanto ogni amministrazione sborsa per una giornata media di ricovero: dai 2.265 di Taranto ai 1.731 della Calabria. Il maggior volume di spesa, per la Corte dei conti, è gestito da Lombardia, Lazio e Campania.

Quando la magistratura contabile si riferisce a «situazioni complesse» mette insieme una serie di servizi fragili del servizio sanitario nazionale (derivati direttamente alle difficoltà economiche): le liste d'attesa, il funzionamento dei pronto soccorso, la renitenza delle assicurazioni a impegnarsi nella sanità.

Su un punto il governo non potrà cambiare rotta: quella dei ticket (oggi circa 150 euro a testa all'anno). Ed è stata la Corte costituzionale a deciderlo. La manovra finanziaria del 2011 prevedeva di chiedere ai cittadini un contributo ulteriore alle spese sanitarie per arrivare ad una cifra quantificata in due miliardi. Ma, una sentenza della Corte costituzionale nel 2012, ha stabilito che lo Stato ha usato uno strumento non legittimo. Proposta cancellata, dunque.

Il Documento di economia e finanza di quest'anno ha, così, corretto il capitolo ticket. Con l'intento di andare a controllare perché per gli specialisti e per gli esami paga la tassa sanitaria solo il 25% degli italiani.

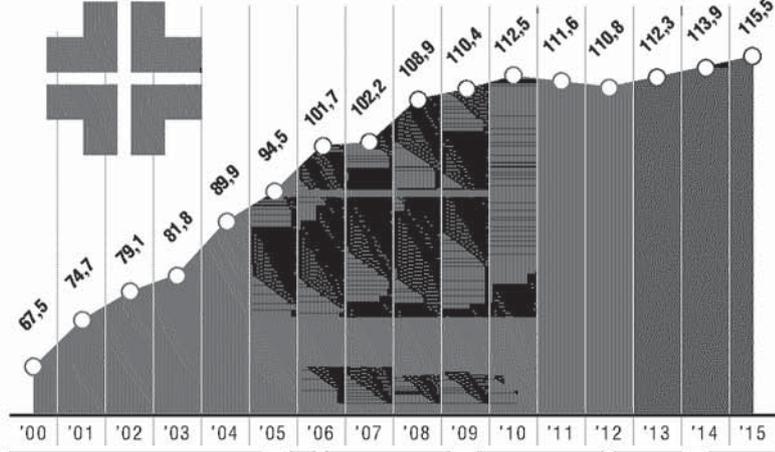
I giudici
La Corte dei conti «Bloccata la lievitazione dei costi ma il deficit persiste»

I costi
Raffica di incontri per evitare di effettuare tagli lineari e ridurre i servizi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La spesa sanitaria Amministrazioni pubbliche

In miliardi di euro



Variazione media annua per periodo

+7%
2000-2006

+1,4%
2006-2012

+1,4% *
2012-2015

Fonte: Mef - * stima Def 2013

ANSA-CENTIMETRI



Sanità

La spesa continua a salire

► Il costo medio per assistito a 1.914 euro a paziente. Lorenzin: no a sforbiciate lineari

IL FOCUS

ROMA Alla vigilia della "fase 2" del governo, quella su come procedere tra necessità di nuove aperture e rilancio della crescita, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin mette le mani avanti e dice che, di tagli, la sanità ne ha subiti già troppi. «Siamo riusciti a ridurre moltissimo i margini di discrezionalità - fa sapere - e dobbiamo fare di più applicando i costi standard. Ma i tagli lineari, come è noto, non si possono fare». E aggiunge ricordando che «la spesa sanitaria è quella più aggredita e conosciuta».

Gli incontri della settimana faranno capire se sarà possibile non far abbattere le scure sulle corsie, le sale operatorie, il turn over del personale, gli acquisti. Su tutte quelle voci che, anche poco modificate, cambiano l'offerta dei servizi negli ambulatori come negli ospedali.

I SACRIFICI

La Corte dei conti. Anche se, in quattro anni, la sanità ha tagliato quattro miliardi di deficit sui sei previsti. Gli analisti del servizio sanitario prevedono che entro un paio di anni il debito dovrebbe essere cancellato. La speranza che la sanità possa uscire quasi indenne dalla "fase 2" arriva dall'analisi del sistema sanitario firmata dalla Corte dei conti riferita al 2012. In sintesi: la lievitazione della spesa sanitaria è stata bloccata ma gli interventi che sono stati effettuati «non sono ancora in grado di favorire il ridimensionamento». Come dire che è stato fatto molto ma che

non può bastare. Le voci sanitarie che pesano di più sulle casse dello Stato sono quelle riferite al personale e ai beni e servizi. E' il costo medio per ogni assistito che continua, in modo costante, a crescere: oggi è arrivato a 1.914 euro a paziente. Cinque anni fa la cifra oscillava intorno ai 1.700 euro. Un balzo dovuto, in gran parte, alla crescita della popolazione over 70 e dell'innalzamento, tra gli over 85, della non autosufficienza.

LE RISORSE

La Corte dei conti, comunque, lascia pochi margini e si mostra prescrittiva per il futuro prossimo venturo: «Per la sua impostazione e per le modalità di organizzazione il sistema richiede senza dubbio la disponibilità di ingenti risorse per il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza». La sanità rappresenta un'area di intervento che «richiede un forte impegno di risorse» per i suoi aspetti critici che sono «numerosi e complessi». I primi dati di consuntivo: il complesso delle risorse acquistate l'anno scorso è di circa 112,6 mld (un punto percentuale in meno rispetto al 2011). A fronte del volume generale di spesa, attestandosi a 113,7 mld, comporta un disavanzo complessivo nazionale di settore pari ad un miliardo. Un risultato considerato il più basso degli ultimi anni, con un saldo negativo interamente a carico delle Regioni. Proprio di una standardizzazione di alcune spese per le Regioni è tornato a parlare il ministro della Salute Lorenzin che ha indicato la strada nella standardizzazione dei co-

**OLTRE 200 EURO
IN PIÙ DI ESBORSO
PROCAPITE
IN CINQUE ANNI
DOVUTI
ALL'INVECCHIAMENTO**

sti. Strada non nuova ma di difficile percorribilità. In particolare per gli acquisti. Certo è che il costo medio per ogni paziente cresce, con punte del 20% in alcune Regioni. Basta controllare quando ogni amministrazione sborsa per una giornata media di ricovero: dai 2.265 di Taranto ai 1.731 della Calabria. Il maggior volume di spesa, per la Corte dei conti, è gestito da Lombardia, Lazio e Campania. Quando la magistratura contabile si riferisce a «situazioni complesse» mette insieme una serie di servizi fragili del servizio sanitario nazionale (derivati direttamente alle difficoltà economiche): le liste d'attesa, il funzionamento dei pronto soccorso, la ritenenza delle assicurazioni a impegnarsi nella sanità.

LE ESENZIONI

Su un punto il governo non potrà cambiare rotta: quella dei ticket (oggi circa 150 euro a testa all'anno). Ed è stata la Corte costituzionale a deciderlo. La manovra finanziaria del 2011 prevedeva di chiedere ai cittadini un contributo ulteriore alle spese sanitarie per arrivare ad una cifra quantificata in due miliardi. Ma, una sentenza della Corte costituzionale nel 2012, ha stabilito che lo Stato ha usato uno strumento non legittimo. Proposta cancellata, dunque. Il Documento di economia e finanza di quest'anno ha, così, corretto il capitolo ticket. Con l'intento di andare a controllare perché per la specialisti e per gli esami paga solo il 25% degli italiani.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I costi della sanità'

Le uscite (in miliardi di euro)



Il finanziamento

FONTI: Corte dei conti e Ministero Salute

83% dalla fiscalità (53 miliardi da Iva, Irap e 40 miliardi da addizionali regionali Irpef)

17% da altri trasferimenti da pubblico e privato (10,4 miliardi), integrazioni a carico dello Stato (4 miliardi), l'apporto di ricavi e delle entrate proprie (3,1 miliardi)



Spese ticket (in miliardi di euro)



4,4 la cifra spesa dagli italiani per ticket nel 2012

2 per i farmaci

755 per visite ed esami in strutture private convenzionate

1,5 per visite ed esami in ambulatori ed ospedali pubblici



SANITÀ

LA PARTITA DEI RISPARMI

“Sì alla revisione dei ticket purché ci siano le risorse”

Il presidente della Toscana Rossi: non si frigge con l'acqua
Bisogna arrivare a liste d'attesa uniche tra pubblico e privato

Intervista

”

PAOLO RUSSO
ROMA

Riformare i ticket, facendo pagare meno ma pagando tutti o quasi. L'idea lanciata dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nell'intervista a *La Stampa* «è ampiamente condivisibile» per il governatore della Toscana, Enrico Rossi. Discorso verde ma a una condizione: «che si mettano nel piatto le risorse, soprattutto per tornare ad investire in innovazione e nel personale rinnovando i contratti. Perché non si frigge con l'acqua».

Ridurre il numero degli esenti per alleggerire i superticket su visite e analisi. Si può fare?

«L'impostazione mi sembra ampiamente condivisibile. Del resto noi qui in Toscana abbiamo già iniziato a collegare le esenzioni al reddito Isee anziché a quello Irpef che è meno veritiero della reale condizione di ricchezza delle famiglie. Sarebbe bene ampliare il metodo su scala nazionale, stando però attenti alle gravi patologie dove non è

facile mettere le mani. Però bisogna cambiare perché si è visto che così il sistema non funziona. Su visite e accertamenti i ticket sono troppo alti, creano problemi di esclusione sociale. Però è un tema sensibile. Dovremo discuterlo anche con le parti sociali».

Intanto sembrano assicurati 2 miliardi in più per evitare che il mancato aumento dei ticket ricada sulle Regioni. Soddisfatto?

«È una buona notizia. Ma diciamo anche che il fondo sanitario così com'è non regge. Per la prima volta nel 2013 il finanziamento ha fatto il passo del gambero. Il prossimo anno devono aumentare le risorse. E non solo per scongiurare l'aumento dei ticket».

Quali sono le altre priorità?

«Come Toscana quest'anno ce la faremo ancora a stare in pareggio ma servono risorse per tornare a investire in Sanità. Le spese per investimenti in tecnologie e ristrutturazione degli ospedali spesso vecchissimi sono ferme da anni. E poi c'è il personale. Senza gli operatori della salute non si fa nessuna spending review sanitaria. Bisogna trovare al più presto le risorse per sbloccare il contratto, che attende di essere rinnovato da troppi anni».

Il ministro dice che ottimizzando cure e servizi si possono risparmiare 10 miliardi...

«Parecchie delle cose che annuncia la Lorenzin, co-

me la deospedalizzazione, le centrali d'acquisto, gli studi di famiglia in rete con gli ospedali, noi qui le abbiamo già fatte. E grazie a questo nel 2012 abbiamo migliorato il 65% degli indicatori di qualità dei servizi. Ma dico anche che i processi di ottimizzazione in Sanità richiedono tempo. E poi bisogna formare il personale. I risparmi non arrivano dall'oggi al domani».

E gli studi dei medici di famiglia aperti 24 ore restano una chimera?

«Da noi sono già una realtà. Abbiamo una rete di 120 case della salute aperte 16 ore al giorno, sette giorni su sette, dove abbiamo integrato medici di famiglia con quelli di guardia medica e con gli infermieri. Fanno filtro rispetto agli ospedali e hanno rilanciato la medicina d'iniziativa. Quella che invece di relegare i medici al ruolo di compilaricette li attiva a contattare gli assistiti a maggior rischio di ammalarsi. Fra tre anni avremo sotto controllo tutta la popolazione a rischio. Ma abbiamo investito. Non si fanno le riforme friggendo con l'acqua».

Sulle liste d'attesa il Ministro invece passa la palla alle Regioni. Che si può fare per impedire lo scandalo?

«Con il nostro assessore alla Salute, Luigi Marroni, abbiamo fatto una rivoluzione che il Tar della Toscana ha appena dichiarato legittima: abbiamo creato delle liste d'attesa uniche per chi deve ricoverarsi, senza distinzioni tra



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

chi si è fatto visitare in regime di servizio pubblico o dal medico ospedaliero in forma privata. Chiediamo al ministro uno scatto di coraggio per promuovere una legge nazionale in questo senso, che consente di ridurre le liste d'attesa nel pubblico. Il principio è che l'attività libero professionale dei medici deve garantire la libertà di scelta degli assistiti, non quella di aggirare le liste d'attesa».



Esenzioni

In Toscana, spiega Rossi, sono legate al reddito Isee: «L'Irpef rispecchia meno la realtà»

Ieri su La Stampa



■ Su La Stampa di ieri il ministro della Salute Lorenzin ha proposto di rivedere le esenzioni sui ticket.

Lunedì 29 GIUGNO 2013

Malattie reumatiche. Colpiti 700mila italiani ma solo 50mila hanno accesso ai nuovi farmaci

E tutto ciò, oltre alla sofferenza per i malati, ha un costo indiretto per la collettività di 1,7 miliardi l'anno. Per colpa delle giornate di lavoro perse (3 ore al giorno) e della ridotta capacità produttiva. Ma da noi per i nuovi farmaci biologici si spendono solo 500 milioni l'anno. Molto meno che nel resto d'Europa.

‘Assenti’ per dolore dal lavoro e dalla vita circa 4 ore ogni giorno. Non hanno la forza di sfilare in corteo o alzare striscioni per chiedere le migliori cure possibili, quelle a cui avrebbero diritto. Hanno una malattia di cui non si muore ma a causa della quale si soffre molto per tutta la vita. Anche se volessero protestare non potrebbero farlo, perché devono lottare ogni giorno contro il dolore e l'invalidità provocati da artrite reumatoide, spondilite o artrite psoriasica, malattie reumatiche immunoinfiammatorie fra le più gravi e disabilitanti.

Nel nostro Paese sono oltre 700mila e, secondo le indicazioni delle più recenti Linee Guida nazionali e internazionali, 150mila pazienti, pari al 20% che non risponde alle terapie convenzionali protratte per 3 mesi, dovrebbero ricevere i farmaci biologici, le cure più innovative ed efficaci in grado di neutralizzare le cellule coinvolte nel processo infiammatorio e di ridurre o fermare la progressione delle malattie. Ma in Italia vengono trattati appena 50mila pazienti. Infatti, dei 70mila con artrite reumatoide che avrebbero bisogno dei biologici appena 20mila sono in trattamento; dei 40mila malati di spondiloartrite elegibili ricevono i biologici solo in 20mila, e dell'analogo numero dei pazienti con artrite psoriasica da trattare con biologici, solo 10mila di essi praticano tale terapia. Lo hanno denunciato gli esperti in occasione del convegno "L'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici quale strumento di risparmio per la collettività", sottolineando che nei pazienti trattati con biologici, a distanza di un anno dall'inizio della terapia, decresce la disabilità grave, le assenze dal lavoro diminuiscono di 10 ore a settimana, con un risparmio stimato intorno a 500 milioni di euro e la produttività aumenta di 110 euro a settimana, con un altro mezzo miliardo di risparmi possibili. Purtroppo, l'Italia è il fanalino di coda dell'Europa industrializzata nell'impiego di queste terapie all'avanguardia: nel nostro Paese si spendono appena 500 milioni di euro contro 1,5 miliardi della Germania, circa 950 milioni della Francia, circa 800 milioni della Spagna e 700 milioni del Regno Unito.

“L'introduzione di queste terapie ha rappresentato una vera rivoluzione per i malati reumatici, incidendo molto favorevolmente sulla loro qualità di vita - ha spiegato **Giovanni Minisola**, past President della Società Italiana di Reumatologia e Primario della Divisione di Reumatologia dell'Ospedale di Alta Specializzazione San Camillo di Roma – Sono terapie costose, perché un anno di trattamento con biologici costa circa 10mila euro a paziente; tuttavia, il risparmio possibile erogandole agli ulteriori 100mila italiani che ne avrebbero bisogno ma che attualmente ne sono esclusi, abbatterebbe i costi indiretti pari a 1,7 mld di euro, aumentando la capacità lavorativa e la produttività delle persone colpite, con un risparmio di 1 mld di euro all'anno. Ogni giorno, infatti, i pazienti con una malattia reumatica cronica di grado severo non trattati, impiegano un'ora e mezza in più rispetto a chi non è malato solo per iniziare la giornata: pettinarsi, prendere un caffè, lavarsi. Ognuno di loro, inoltre, se non trattato in maniera adeguata, perde in media 12 ore di lavoro a

settimana e 216 euro per mancata produttività. Per lo Stato tutto ciò ha un impatto economico enorme: ogni anno vanno in fumo 1,7 miliardi di euro per colpa delle giornate lavorative perse (600 milioni di euro) e della ridotta efficienza produttiva (1,1 miliardi di euro)".

La maggioranza dei pazienti con patologie reumatiche ha fra i 45 e i 64 anni, è cioè nel pieno della vita lavorativa attiva. Le malattie reumatiche sono oggi la prima causa di assenze dal lavoro e la seconda causa di invalidità, responsabili della metà delle assenze superiori ai tre giorni, del 60% dei casi di inabilità al lavoro e del 27% delle pensioni di invalidità erogate dallo Stato. "Per i pazienti tutto questo si traduce in un dramma personale e familiare: quattro su dieci sono costretti prima o poi a rinunciare al lavoro o a cambiarlo e per il 10% le entrate economiche si riducono drasticamente, senza contare le difficoltà quotidiane da superare dovendo convivere con malattie che limitano i movimenti e provocano dolore - ha detto Minisola - Purtroppo, oggi in Italia c'è una scarsa attenzione nei confronti dei problemi che le malattie reumatiche creano e c'è scarsissimo interesse dei decisori rispetto alle esigenze dei pazienti, mentre è eccessiva e poco oculata l'attenzione dedicata ai costi dei farmaci. Potremmo risparmiare, se avessimo la lungimiranza di curare con i farmaci biologici tutti coloro che ne hanno bisogno e ne potrebbero perciò trarre grande giovamento: costa di meno trattare questi pazienti che affrontare le perdite dovute al calo di produttività connesso a malattie curate in modo tardivo e inappropriato". Oggi spendiamo circa 500 milioni di euro per le terapie con biologici e si prevede che investiremo sempre meno per le cure se la tendenza attuale non sarà modificata. Nello stesso tempo, però, cresceranno i costi indiretti proprio a causa di terapie inadeguate e insufficienti.

"Le conseguenze socioeconomiche e lavorative di queste patologie sono ben più pesanti rispetto ai costi sostenuti per curarle. Eppure in Italia, rispetto agli altri Paesi europei, i biologici sono ancora usati poco e con una estrema disparità da regione a regione - ha fatto notare l'esperto - Mantenere il benessere dei pazienti, quindi, non è importante solo per tutelare la loro salute e la loro qualità di vita, che pure devono essere obiettivi primari della cura, ma anche per preservare la loro produttività: la salvaguardia della salute deve rappresentare un investimento e non un costo. L'analisi dei dati scientifici ed epidemiologici a nostra disposizione dimostra che la soluzione al problema deve passare attraverso tre linee d'intervento: l'organizzazione di una rete assistenziale che consenta una diagnosi precoce, una terapia tempestiva, un adeguamento alle linee guida dell'intervento terapeutico. Anche l'industria farmaceutica sta ipotizzando proposte per far sì che i costi diretti correlati alle cure siano più affrontabili dallo Stato, anche in tempi di spending review: ne sono esempio il 'cost sharing', attraverso il quale si pratica uno sconto sul prezzo per il ciclo iniziale della terapia erogata a tutti i pazienti eleggibili, e la 'success fee', formula simile a una sorta di "soddisfatti o rimborsati" per cui l'azienda anticipa il pagamento e l'ospedale spende solo se c'è una risposta terapeutica".

Il monitoraggio. I dati di Assobiomedica

Certificazione in ritardo per Asl e Regioni

Paolo Del Bufalo

■ Vita difficile per le imprese creditrici delle aziende del Servizio sanitario nazionale. Prima di settembre, nonostante la scadenza di fine giugno prevista dal decreto sui debiti Pa, non si aspettano alcuna novità sul versante del pagamento di fatture che, in media, viaggiano con 300 giorni di ritardo. E sono convinte che se qualcosa arriverà in cassa non sarà prima di fine anno. In più, nella maggior parte dei casi non sono nemmeno state concluse tutte le procedure previste dal decreto: tra le aziende regna il pessimismo.

Assobiomedica, l'associazione delle imprese del biomedicale (dalle siringhe alle risonanze magnetiche) che hanno crediti scoperti per quasi cinque miliardi con aziende sanitarie che in alcuni casi hanno ritardi di oltre 1.600 giorni (l'Asl Napoli 1 Centro, a esempio), parla chiaro: entro il 29 aprile le amministrazioni pubbliche avrebbero dovuto, (tutte), iscriversi alla piattaforma telematica dell'Economia, preconditione per pubblicare l'elenco dei debiti, poter procedere alla loro certificazione (entro il 15 settembre) e quindi al pagamento. Ma al 7 maggio (ultima data ufficiale, anche se la situazione non è molto diversa ora) l'iscrizione era stata completata solo da un terzo: 196 Enti sanitari su 268. E anche se alcune Regioni non hanno chiesto anticipazioni (Lombardia, Marche e Basilicata e le province di Trento e Bolzano), le conseguenze della mancata iscrizione sono molteplici, spiega Assobiomedica. Prima tra tutte l'impossibilità di certificare i crediti, bloccando l'iter e lasciando tempi e importi ancora nella nebbia.

«L'unica nostra soddisfazione è che, anche grazie a Confindustria, l'argomento dei ritardi di pagamento su cui ci battiamo da più di venti anni abbia ottenuto l'attenzione del Governo. Ma le note positive per la sanità finiscono qui», spiega Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica. Per tre ragioni. La prima è che a fronte di un debito riconosciuto nel Ssn di 40 miliardi a fine 2012, ne sono stati finanziati solo 14, un terzo quindi, e per di più entro il 2014, an-

300 giorni

Tempo medio di attesa
Per il pagamento delle fatture
ai fornitori dei dispositivi medici

corandoli alla certificazione. La seconda è che non è stata chiarita l'ambiguità di ciò che accade per i crediti non certificati. «Finora sono stati - spiega Rimondi - il vero punto dolente: le Regioni con il maggior disavanzo sanitario sono responsabili della maggioranza del debito (per noi due terzi) e sono anche quelle commissariate, che non possono certificare e verso le quali non possiamo svolgere azioni legali». Terza ragione sono i tempi. «Il ministro dello Sviluppo economico Zanonato - afferma Rimondi - ha detto che la pubblica amministrazione comincerà a pagare dopo l'estate: tradotto nulla arriverà in cassa prima di fine anno. Così ora - conclude - siamo sulla riva del fiume a vedere se tra qualche mese passerà una "barchetta" o solo il cadavere di questo provvedimento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SACCOMANNI E GLI SPRECHI

Tagliare la spesa si deve Ecco dove usare la scure

il commento ⇨

SANITÀ E PENSIONI, ECCO DOVE SI PUÒ TAGLIARE

di Francesco Forte

Leragioni per essere pessimisti sui tagli alla spesa, purtroppo ci sono: le ha esposte, con amarezza, Vittorio Feltri, ricordando che le *spending review* sono rimaste nel cassetto e che si sono aumentate le imposte, creando recessione. Ma ci sono anche ragioni per insistere nella politica liberale di riduzione della spesa, perché la situazione diversamente sarà sconcertante. E ci sono anche motivi di ottimismo, perché in passato ci sono stati ministri coraggiosi del Pdl come Mariastella Gelmini, che hanno operato tagli e migliorato l'efficienza. Anche nel settore dei beni culturali Sandro Bondi stava facendo economie dispendiose. E senza opposizioni feroci, avrebbe potuto fare di più. Ai sacri cultori dell'arte chiedo:

non è forse vero che se legare di appalto non fossero macchinose, si potrebbero spendere per Pompei i cento milioni messi a disposizione dall'Ue?

Il ministro dell'Economia Saccomanni può trovare alleati in ministri del Pdl come Beatrice Lorenzin. Non s'appella alla retorica della Costituzione, ma dice che il sistema dei ticket deve cambiare perché metà degli assistiti ne è esente e consuma l'80% delle prestazioni. È evidente che chi non paga il ticket si fa dare più farmaci del necessario. Modificando il sistema tenendo conto dei carichi familiari, si può ridurre il consumo di farmaci e aumentare il provento dei ticket senza rincarrarli. La Lorenzin prospetta anche risparmi di spesa di 10 miliardi. Dati i deficit dei bilanci sanitari di parecchie regioni, molti risparmi di spesa servono

per andare a pareggio ed evitare nuovi debiti occulti. Ma bisogna anche contenere il Fondo sanitario che lo Stato dà alle Regioni e la spesa aggiuntiva che le Regioni fanno, prendendo esempio dalla Lombardia, che ha affidato ad aziende sanitarie private la gestione di molti servizi.

Analogha riflessione urge per i rifiuti solidi urbani, per i quali è giusto stabilire che la tassa copra interamente il costo del servizio, ma è anche necessario che questo sia reso efficiente mediante i termovalorizzatori, che producono elettricità e bruciano i rifiuti, con costi minori delle discariche. Il problema degli esodati non va risolto con nuove spese, ma con la norma che pare il governo stia valutando e che io proposi nel 1993, che si possa andare in pensione anche con 35 anni di anzianità,

prima dei 65 anni di età, con una pensione ridotta in proporzione. Aggiungo che vanno esonerati dai contributi sociali i pensionati quando superati i 65 anni lavorano. Ciò farà emergere molta economia sommersa e ridurrà le spese sociali. Nel bilancio dello Stato ci sono oltre 5 mila voci di trasferimenti correnti e contributi agli investimenti di imprese per 25 miliardi di euro. A ciò si aggiungono le sovvenzioni delle Regioni e degli enti locali alle imprese. E qui si entra nel mondo opaco delle imprese pubbliche non ancora collocate in borsa: Ferrovie, Anas, Poste, degli enti superflui e delle aziende regionali e comunali. Ci sono molti altri ambiti da disboscare. Se non si attua questa sfida liberale alla falsa socialità e a quella dei contratti di lavoro tipo Marchionne, l'Italia sciupa i soldi pubblici e rischia di finire come la Grecia.



LA POLEMICA

Rinviati i test su Stamina Sul metodo è già scontro

Il governo nomina il comitato scientifico, ma il presidente della Fondazione Vannoni contesta gli esperti chiamati a giudicarlo: «Protocollo da riadattare»

il caso

di Francesca Angeli

Slitta ancora l'avvio della sperimentazione del metodo Stamina. Davide Vannoni, presidente di Stamina Foundation, ha fatto sapere che non andrà all'incontro fissato per domani all'Istituto Superiore di Sanità proprio allo scopo di consegnare il protocollo del metodo alle autorità scientifiche che devono coordinare la sperimentazione perché ha bisogno di tempo per «riadattare» la metodica. L'avvio era previsto per il 1 luglio ma a questo punto la vicenda sembra complicarsi.

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intanto ha firmato il decreto di nomina del Comitato Scientifico al quale è materialmente affidata la gestione e la supervisione della sperimentazione. Dentro ci sono ovviamente i tre organismi ministeriali già individuati nel primo decreto approvato dal Parlamento: quindi Fabrizio Oleari, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss); Luca Pani, direttore dell'Agenzia nazionale del Farmaco (Aifa); Alessandro Nanni Costa, direttore del

Centro nazionale trapianti (Cnt). Accanto a loro dieci esperti ovviamente nel campo della ricerca sulle staminali. E proprio su questi nomi la Stamina Foundation potrebbe puntare i piedi perché, sempre secondo Vannoni, «il conflitto di interessi non deve valere soltanto per Stamina ma anche per tutti coloro che si sono già espressi contro Stamina».

Il nodo è questo: in base agli accordi gli esperti di Stamina potranno supervisionare e monitorare la sperimentazione ma non gestirla direttamente perché ci sono «ovvi conflitti di interesse». A questo punto però Vannoni eccepisce che nel Comitato Scientifico entrino scienziati che abbiano già pubblicamente bocciato il metodo Stamina. Un bel pasticcio dunque visto che praticamente tutto il mondo scientifico ufficiale ha definito il metodo Stamina privo di presupposti scientifici e dunque è davvero assai difficile trovare esperti che non si siano espressi in modo critico. Uno dei nomi che Vannoni riterrebbe inaccettabile è

quello del genetista Bruno Dalpiccola che in un'intervista ha bocciato il metodo Stamina. Il ministro Lorenzin comunque sottolinea che le istituzioni sono pronte mentre «Vannoni non ha ancora consegnato il protocollo», che erano attesi appunto per domani. Ma Vannoni ha già comunicato di-

ministro Lorenzin - Ma in questo momento abbiamo anche il dovere di non alimentare illusioni». Un nuovo incontro dunque dovrà essere fissato quando la metodica sarà pronta. Intanto però Vannoni e la Stamina Foundation si muovono anche su un altro fronte che è quello delle cosiddette cure compassionevoli. Ovvero di quelle terapie autorizzate e colpite da sentenze di tribunale e già in corso agli Spedali Civili di Brescia mentre altri ricorsi sono ancora sospesi. Vannoni ha lanciato una sorta di appello per incontrare il ministro e «al di là della sperimentazione discutere della situazione di Brescia».

rettamente al presidente dell'Iss, Oleari, che dopo l'incontro del 25 luglio si è reso conto di dover lavorare «alla metodica per semplificarla e renderla applicabile in Gmp», dove Gmp indica le *good manufacturing practice* ovvero le procedure e le norme di sicurezza previste dagli standard internazionali per la produzione di farmaci. «La mia speranza è che i risultati alla fine siano positivi - dice il

Vannoni sostiene che ci sono centinaia di famiglie in attesa di ottenere le cure oltre alle 84 famiglie che hanno già ottenuto il via libera. Qui la situazione è davvero problematica visto che in pratica si sta somministrando una terapia che non ha alcun riconoscimento scientifico ufficiale che sarebbe comunque necessario anche nel quadro delle cure compassionevoli.

84

È il numero dei pazienti sottoposto a terapia per infusioni di staminali agli Spedali Civili di Brescia

LA VICENDA

Una cura imposta soprattutto dai giudici

Roma Il metodo Stamina fu inizialmente bloccato dall'Aifa perché non sperimentato. Tra l'altro i medici che lo hanno messo a punto sono finiti sotto inchiesta da parte del pm torinese Raffaele Guariniello per truffa.

L'applicazione della terapia è stata sbloccata, caso per caso, da diversi giudici che hanno accolto i ricorsi di genitori di bimbi affetti da patologie prive di una cura ufficialmente riconosciuta. Queste terapie sono applicabili nell'ambito delle cure compassionevoli.



L'IDEATORE Davide Vannoni



www.ecostampa.it

097156

Ospedali

Oggi ortopedici in sciopero

ROMA Si profila un luglio agitato per la sanità pubblica che si prepara ad una raffica di scioperi per protestare contro i continui tagli e la poca considerazione della dignità professionale, cui fa da contraltare un contenzioso diventato «ormai insostenibile» come commentano i sindacati. I primi a scioperare saranno i settemila ortopedici italiani (Nuova Ascoti) che hanno proclamato per oggi uno stop di 24 ore: duemila gli interventi programmati che salteranno, oltre a migliaia di visite ambulatoriali. Uno dei motivi principali che porta gli ortopedici a scegliere la via estrema della protesta è la questione della responsabilità professionale. La stessa strada era stata percorsa all'inizio dell'anno dai ginecologi, ma «purtroppo non ha portato risultati», ha detto Michele Saccomanno, ex senatore Pdl e presidente del sindacato degli ortopedici che ha proclamato lo sciopero. Il calendario delle agitazioni proseguirà lunedì 22 luglio quando tutti i 115 mila medici e veterinari si fermeranno per 4 ore insieme a 20mila dirigenti sanitari, amministrativi e tecnici.



quotidiano**sanità**.it

Lunedì 01 LUGLIO 2013

La Croazia è nella UE. Vediamo il suo sistema sanitario

Da oggi il paese balcano è il 28° stato membro dell'Unione. Sulla sanità con la riforma del 2008 si è lavorato sulla sostenibilità del sistema universalistico, agendo sui prezzi di rimborso dei medicinali, introducendo DRG ospedalieri e informatizzando l'assistenza di base.

Brindisi a Zagabria per l'ingresso nella UE della Croazia, da oggi membro a tutti gli effetti dell'Unione. Proviamo a conoscere, sotto il profilo sanitario, l'organizzazione di questo Paese. Il servizio sanitario nazionale croato è di tipo universalista. È controllato e gestito dal governo centrale, attraverso gli ospedali (statali) e i centri medici (circoscrizioni periferiche). Il Ministero della Sanità croato ha responsabilità in materia di legislazione, pianificazione sanitaria annuale e nazionale, monitoraggio e controllo, orientamento, ispezione, controllo igienico antisofisticazioni ed educazione.

Vediamo ora alcuni dati per avere un quadro generale:

La Croazia ha una popolazione di 4.290.612 abitanti (censimento 2011) con una densità di 83 ab./km². La speranza di vita è di 73 anni per gli uomini e 79 per le donne, mentre la probabilità di morire sotto i cinque anni, è di 5 ogni 1 000 nati vivi. La spesa pro capite per la salute si attesta intorno ai 1514 \$ (dato 2010) e, in termini di Pil, viene speso per la sanità il 7,8% (dato 2010).

Ci sono centinaia di strutture sanitarie in Croazia, tra le quali 79 tra ospedali e cliniche, per un totale di 23.967 posti letto. Gli ospedali e le cliniche curano oltre 700 mila pazienti all'anno e danno lavoro a 5.205 medici, dei quali 3.929 sono specialisti. Ci sono 6379 uffici studi privati, per un totale di 41.271 operatori sanitari nel Paese. Le unità di servizio di emergenza medica sono 63 e rispondono a più di un milione di chiamate.

Il finanziamento del sistema sanitario croato è attuato attraverso diverse forme contributive, è presente, ad esempio, un sistema assicurativo obbligatorio per tutti i cittadini lavoratori e per i loro datori di lavoro. Figli e persone a carico nella famiglia sono coperti dai contributi pagati dai familiari occupati. Pensionati e persone a basso reddito o disoccupati sono invece esenti dal pagamento dei contributi. Servizi, come quello odontoiatrico, non sono convenzionati e devono essere pagati di tasca propria.

Ogni circoscrizione municipale possiede un proprio centro sanitario, al quale fanno riferimento anche servizi specialistici di ginecologia e odontoiatria, più un sistema di unità sanitarie di prima necessità. Il centro sanitario e le unità sanitarie devono poter offrire trattamenti urgenti, diagnostica ed educazione sanitaria. Ogni città possiede un proprio ospedale, finanziato attraverso dei sistemi contrattuali con l'Istituto Sanitario Assicurativo Croato, suddivisi principalmente in ospedali generali e ospedali specialistici.

Va infine sottolineata la grande riforma sanitaria del 2008. Mentre le precedenti riforme del sistema sanitario croato avevano prestato poca attenzione alle cause profonde che erano alla base dell'insostenibilità finanziaria del sistema, questa riforma ha cercato di affrontare il problema attraverso una serie di misure riguardanti sia la domanda che l'offerta di salute. La sua importanza è sottolineata dalla recessione economica che il paese ha subito nel recente passato e che ha

compromesso gravemente la capacità del governo di reperire fondi aggiuntivi per il sistema sanitario. L'attuazione della riforma ha richiesto scelte difficili, come il sostanziale aumento dei finanziamenti privati, ma sono stati messi in campo interventi mirati a risolvere alcune inefficienze, ad esempio migliorando la regolamentazione dei prezzi e il rimborso dei medicinali, introducendo il DRG negli ospedali e informatizzando l'assistenza sanitaria di base.

Giovanni Rodriquez