

RASSEGNA STAMPA Martedì 1 Ottobre 2013

SSN da riformare: ci vuole un'agenzia
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Mingardi: "Per gli italiani la sanità è la priorità. Ma la politica è assente".
Serve una svolta
QUOTIDIANO SANITA'

Sigm, bene Osservatorio Fnomceo ma non sia isolato
DOCTORNEWS

Lo stop ai tagli piace a tutti ma i conti del Def non tornano
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Solo "manutenzione" per il SSN
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Farmacia. Cittadinanzattiva: "Tetto ospedaliera troppo basso. Assistenza a rischio"
QUOTIDIANO SANITA'

Test medicina, con graduatoria unica sempre più candidati vanno al Sud
DOCTORNEWS

L'INTERVENTO**Ssn da riformare: ci vuole un'agenzia**

La risposta a un'interpellanza sulla situazione dell'assistenza sanitaria nella Regione Calabria, esplicitata alla Camera lo scorso 20 settembre a firma del sottosegretario alla Salute **Piolo Fadda**, la dice lunga sullo stato dell'arte della Sanità. Il sottosegretario ha giudicato assolutamente precario l'intervento sostitutivo del Governo, esercitato ex articolo 120 della Costituzione a opera del presidente della Giunta regionale. Ha dato atto delle gravi contestazioni mosse al suo operato dai Tavoli di monitoraggio, atteso l'elevato disagio assistenziale recato ai calabresi, nonostante il perdurante incremento delle aliquote fiscali (Irap e addizionale Irpef) sopportato dai medesimi. Contestazioni che dimostrano la reiterata mancata esigibilità dei Lea da parte della collettività residente, tale da prevedere la sostituzione dell'attuale commissario ad acta, per come legislativamente sancito. Un evento conclamato che, tuttavia, non ha prodotto fino a oggi alcun esito in tal senso.

La risposta del sottosegretario ha però sottolineato altresì il profondo limite organizzativo e finanziario dell'attuale sistema sanitario nazionale prodotto dalla sua regionalizzazione, rea di avere accentuato le disuguaglianze. Un'eccezione che, proprio perché promana da un così alto rango politico, necessita di un'accurata ricerca delle migliori soluzioni alternative.

Del resto, che la gestione del Ssn andasse modificata è nella convinzione di tutti. Troppo costoso, progressivamente malfunzionante e molto dipendente dalla politica, che ne ha fatto sino a oggi un uso improprio e diffuso.

Il problema è tuttavia rappresentato dall'individuare una riforma strutturale che salvaguardi la compatibilità del cambiamento con la tutela del diritto alla salute, così come costituzionalmente protetto e garantito dalla legge 833/1978, istitutiva del Ssn.

È ovvio che una tale soluzione comporterebbe la modificazione di quella attuale attraverso una profonda trasformazione del vigente qua-

dro normativo, sino ad arrivare - nell'ipotesi di derogionalizzazione del sistema - a una sostanziale revisione della Costituzione, più esattamente del novellato articolo 117. Ciò in relazione al disegno di riportare la Sanità a una gestione centralistica, ritenuta da molti meno dispendiosa, più efficiente e meno territorialmente discriminatoria.

Una siffatta opzione necessiterebbe, naturalmente, della soppressione dell'attuale aziendalismo che ha, invero, prodotto pessimi risultati, quanto a erogazione dei Lea e mancato equilibrio dei conti, generando un indebitamento plurimiliardario. La migliore soluzione sarebbe, pertanto, quella di agenzificare il Ssn. Il tutto, prevedendo agenzie regionali direttamente dipendenti da quella nazionale e interagenti con le Regioni e i Comuni, rispettivamente, in termini di programmazione dell'intervento e di gestione della salute, da ricondurre in un unico servizio, garante dell'integrazione del socio-sanitario con il socio-assistenziale.

Nel nostro ordinamento, così come in altri europei - con i dovuti distinguo, in Inghilterra e in Francia - non mancano esempi di buon funzionamento di servizi agenzificati.

A sostegno della tesi, basta analizzare l'organizzazione e i risultati ottenuti da quella dell'Entrate. Perfettamente ripetibile con i necessari accorgimenti, atteso che ha fornito prova di razionalizzazione della spesa e di efficienza, anche in termini di controllo permanente. Entrambi risultati positivi che, tra l'altro, eviterebbero quelle inutili destinazioni di risorse utilizzate altrove, spesso impropriamente. D'altronde, il diffuso ricorso all'Agenas in materia di supporto alla programmazione regionale, senza che la stessa abbia la necessaria conoscenza dei territori e dei bisogni relativi, è l'ulteriore prova del mancato funzionamento dell'attuale sistema regionalizzato e di una Sanità che va regolata altrimenti.

Ettore Jorio*Università della Calabria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanità.it

Martedì 30 SETTEMBRE 2013

Mingardi: "Per gli italiani la sanità è la priorità. Ma la politica è assente". Serve una svolta

Non ampliare il ventaglio delle prestazioni offerte, stabilire procedure fallimentari che consentano il passaggio di mano di quegli ospedali cronicamente inefficienti, favorire fusioni realizzate da attori che pagherebbero da sé per gli eventuali errori. Questi i punti fermi proposti dal direttore generale dell'Ibl Alberto Mingardi.

"Alla vigilia delle elezioni politiche, nei sondaggi sulle priorità degli elettori, la sanità viene sempre al primo o al secondo posto. I politici però non ne parlano mai, perché è un tema complesso e anche pericoloso: ogni promessa fatta si presta a una spietata verifica. Per questa ragione, il dibattito che si è aperto in Lombardia sul futuro della nostra sanità è una bella sorpresa. Se ci sono visioni del mondo diverse, è bene che si confrontino: e nel modo più trasparente possibile". Così il direttore generale dell'Istituto Bruno Leoni, **Alberto Mingardi**, in una lettera al *Corriere della Sera*, apre un dibattito sul futuro del sistema sanitario mettendo alcuni 'punti fermi' dai quali poter partire.

"La legge del 1997 rappresenta una rarità, in Italia: una riforma che ha funzionato. La qualità del servizio offerto è elevata. Scegliendo la strada della separazione fra erogatori e Asl, la Lombardia è stata l'unica regione a valorizzare la libertà di scelta del paziente. Ciò ha fatto sì che il privato fosse chiamato a svolgere un ruolo non residuale, ma paritario all'interno del servizio pubblico - ha spiegato Mingardi - Tutto è migliorabile: e senz'altro lo è il nostro modello sanitario. Il fatto che l'equilibrio fra operatori pubblici e privati rimanga inalterato da anni (la quota di mercato del pubblico è invariata e non scende sotto i due terzi della rete ospedaliera) suggerisce che sia opportuno un nuovo stimolo alla concorrenza. Sotto questo profilo, la fusione delle Asl può essere utile: aiuta a creare regole più uniformi, e quindi un terreno di gioco più favorevole. Nelle discussioni di questi giorni, sarebbe opportuno fissare due punti fermi".

Il direttore generale dell'Ibl passa poi in rassegna i suoi 'punti fermi'. "Primo, in questo quadro di finanza pubblica, la politica dovrebbe astenersi dalla sua più ricorrente tentazione: ampliare il ventaglio delle prestazioni offerte. La ricerca del consenso spinge in quella direzione, ma rischia di essere una promessa impossibile da mantenere, a causa dei vincoli finanziari. Secondo, non pensare che i problemi si risolvano con accorgimenti di carattere meramente organizzativo. La riorganizzazione della rete ospedaliera si può fare dall'alto o dal basso. Dall'alto: con la squadra e il righello. Dal basso: stabilendo chiare procedure fallimentari, che consentano l'eventuale passaggio di mano di quegli ospedali che si dimostrano cronicamente inefficienti. L'una cosa e l'altra - ha proseguito - richiedono più trasparenza nei bilanci, perché effettivamente si possa conoscere per deliberare. In un caso, si presume che la Regione disponga di tutte le informazioni necessarie per una pianificazione efficiente. Nell'altro, si parte più concretamente dai bisogni espressi dai cittadini".

"Quando fusioni e consolidamenti, nell'economia di mercato, 'funzionano', è perché sono 'a trazione imprenditoriale': riflettono un progetto ben ponderato, realizzato da attori che pagherebbero da sé per gli eventuali errori. In settori più opachi, abbiamo visto molti consolidamenti pensati per creare gruppi 'troppo grandi per fallire', costruiti sulla promessa implicita di un salvataggio in caso di bisogno. Il

pericolo - ha concluso Mingardi - è tanto maggiore quando si discute di realtà come gli ospedali, pubblici e intimamente legati alla gestione del consenso. L'opinione pubblica tenga gli occhi aperti".

Sigm, bene Osservatorio Fnomceo ma non sia isolato

Bene l'indagine conoscitiva della Fnomceo sull'ingresso dei giovani nella professione medica purché non resti un'iniziativa fine a se stessa.

Lo sottolinea in una nota l'Associazione italiana giovani medici (Sigm): «Da qualche tempo a questa parte si assiste al proliferare di Osservatori all'interno della Professione medica, - affermano i Giovani Medici - ma non possono essere questi gli unici strumenti utili a superare le attuali criticità».

Infatti, secondo l'associazione non sindacale più rappresentativa della componente giovane della professione «soltanto dotando Ministero della Salute e Regioni di strumenti intellegibili per effettuare la programmazione del fabbisogno di professionalità mediche e dei bisogni formativi dei camici bianchi sarà possibile effettuare una "programmazione formativa efficace ed adeguata ai fabbisogni reali della Professione"».

Non a caso, da anni Sigm, continua la nota, sostiene tale proposta presso il Ministero della Salute e chiede che la Fnomceo la faccia propria come segnale di un rilancio delle politiche professionali.

Un tema emerso anche nell'incontro di settimana scorsa con l'ex ministro della Salute Beatrice Lorenzin l'ultimo atto dell'offensiva dei Giovani medici per arrivare a una riorganizzazione del sistema formativo professionalizzante post laurea di medicina, dalla formazione specialistica a quella in medicina generale. «Abbiamo

formulato l'auspicio di una maggiore interazione tra il ministero della Salute e il Miur su tutte le problematiche attinenti alla formazione post-laurea del medico» ha spiegato nell'occasione il presidente dell'Associazione Walter Mazzucco.

«Il ministro dell'Istruzione, università e ricerca ha istituito una commissione ministeriale che sta lavorando su questo tema; noi abbiamo proposto di estenderla anche a componenti del ministero della Salute».

LA PAROLA ALLE CATEGORIE

Lo stop ai tagli piace a tutti ma i conti del Def non tornano

Critiche dai sindacati e l'industria approva il rilancio degli investimenti

Le aziende: più tecnologia e integrazione socio-sanitaria

Lo stop ai tagli e il rilancio degli investimenti piacciono un po' a tutti. Quello che lascia perplessi alcuni degli interlocutori interpellati da Il Sole 24 Ore Sanità è la relazione tra lo scenario dipinto dal ministro e quello, più tetro, del Def 2013.

Per il presidente di Fnomceco, **Amedeo Bianco**, «nell'intervista il ministro **Lorenzin** evidenzia che la sanità ha dato moltissimo al risanamento della finanza pubblica e che oltre non si può andare. Mi pare altresì che colga appieno l'insidia insita in alcune affermazioni, come l'universalismo selettivo».

Quello che propone **Lorenzin**, secondo **Annalisa Silvestro** presidente **Federazione nazionale Collegi Ipasvi**, è «una rivoluzione rivoluzionaria del Ssn. Ma leggendo la pagina sanitaria della bozza del Def, si nota una soluzione di continuità. Qual è la vera impostazione che il ministro vuole dare? Il governo e il presidente del Consiglio dei ministri in quale posizione si trovano? Io sposo l'intervista».

L'industria sottolinea la valorizzazione del Ssn come volano dell'economia. Secondo **Massimo Scaccabarozzi**, presidente di **Farmindustria**, «Come aziende farmaceutiche, stiamo ancora subendo gli effetti di interventi decisi da governi precedenti e auspichiamo che le nuove scelte per il settore prevedano l'adeguamento dei tetti di spesa - in particolare quello dell'ospedaliera - ai consumi reali, altrimenti ci saranno aziende che chiuderanno».

Apprezzamenti da **Assobiomedica**, ma con un appunto sulla libera concorrenza: «Abbiamo molto apprezzato la posizione del ministro - sottolinea il presidente **Stefano Rimondi** - con un grosso punto di attenzione sulla centralizzazione degli acquisti: perché per il settore dei dispositivi medici una centralizzazione esasperata rischierebbe di non soddisfare il requisito fondamentale di una buona sanità: dare a ciascuno la cura (e quindi il prodotto) più appropriato alle specifiche esigenze. Inoltre, in un mercato in cui il servizio pubblico è il principale cliente, centralizzare gli acquisti significa agevolare la nascita di monopoli».

Annarosa Racca, presidente **Federfarma**, sottolinea il ruolo delle farmacie. «Le farmacie sono pronte e disponibili a essere parte attiva nel processo di deospedalizzazione. Ma anche per queste esiste ormai un fattore sostenibilità perché la spesa farmaceutica ha subito vari tagli negli anni».

Piovono critiche dalle sigle sindacali. Dura la Cgil: «Le rassicurazioni del ministro **Lorenzin** sono apprezzabili - sottolineano **Vera Lamonica** segreta-

ria confederale e **Stefano Cecconi** responsabile Politiche della Salute Cgil nazionale - ma se la sanità è davvero un investimento prezioso, bisogna adeguare il finanziamento (tra i più bassi in Europa). Inoltre il Ministro immagina di allargare l'intervento dei fondi privati per compensare la riduzione dei Lea? Ma questa non sarebbe una sanità integrativa, ma una sanità privata parallela al Ssn pubblico costretto a ritirarsi».

Più investimenti sulla riorganizzazione della rete ospedaliera sono auspicati da **Cimo Asmd**: «Siamo assolutamente d'accordo che dopo anni di tagli - dichiara **Riccardo Cassi**, presidente **Cimo Asmd** - si ricominci a reinvestire in in sanità. Non si può infatti riorganizzare la rete ospedaliera e territoriale senza investimenti nelle strutture e nelle tecnologie».

Roberto Lala, segretario del **Sumai** difende il sistema pubblico e denuncia il lungo stallo delle convenzioni. «Sulla sanità integrativa - spiega - non ho pregiudizi, ma rimango convinto che il nostro sistema pubblico, soprattutto rispetto al problema delle cronicità, se ben riorganizzato, può far fronte ai nuovi bisogni di salute dei cittadini. Rispetto all'invito del Ministro a fare tutti un passo indietro: sono quasi 5 anni che le convenzioni sono bloccate».

Anche **Costantino Troise**, segretario nazionale **Anao Assomed** punta il dito sulla rimozione del valore-lavoro: «Continua a colpirmi la pervicace omissione delle parole lavoro, valore-lavoro, medico, professionalità come se la sanità non fosse un sistema a elevato know how professionale che si regge su competenze e capacità di risorse umane».

Per **Giacomo Milillo**, segretario **Fimmg** non bastano i fondi, bisogna capire in che direzione andranno: «Sono e saranno le Regioni a decidere la destinazione dei fondi e tra loro io vedo una paralisi di fantasia. La mia preoccupazione è che i fondi andranno ad alimentare interessi elettorali».

Valerio Fabio Alberti, presidente **Fiaso** concorda con il ministro sull'individuazione di alcune criticità: «a partire dall'affermazione che il Ssn ha già dato e quindi non è più comprimibile il finanziamento al Ssn. Altra questione condivisibile: con i bassi investimenti attuali in tecnologie e strutture si rischia l'obsolescenza del patrimonio esistente».

Federsanità Anci punta sulla mancata integrazione sociosanitaria. «In questa visione della sanità che verrà deve trovare spazio una rivoluzione che renda l'integrazione sociosanitaria il vero perno del Ssn attuale».

Graffiante **Nino Cartabellotta**, presidente **Fondazione Gimbe**: «Ancora sotto shock per il traumatico messaggio nascosto tra le righe del Def 2013, le buone intenzioni di una "ragazza generosa" - ma con il portafoglio gestito da **Saccomanni** - non tranquillizzano affatto gli addetti ai lavori, anzi offendono l'intelligenza di chi ha compreso perfettamente quanto previsto dal Def».

© RIPRODUZIONE INTERVISTA



CREA-TOR VERGATA/ Nella IX edizione del Rapporto Sanità prospettive e priorità del settore

Solo «manutenzione» per il Ssn

Universalismo senza equità - Cinque priorità di sistema - Ticket da salvare

Alla salute degli italiani servono certezze, non rivoluzioni o finti miracoli. Il "tutto a tutti gratis" «non è efficiente» e non è «neppure l'unico modello capace di promuovere l'equità». Allora, con l'universalismo old style ormai alle corde e con buone performance, patrimonio indiscutibile del Ssn, l'unica via d'uscita non è la rivoluzione ma la "manutenzione".

A sostenere - numeri e ragionamenti alla mano - che il grande malato Ssn ha solo bisogno di una sana cura di realismo per garantirsi l'immortalità è la IX Edizione del Rapporto Sanità dei ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata", presentato giovedì scorso a Roma, frutto di una partnership tra il Consorzio universitario per la Ricerca economica applicata in Sanità (Crea Sanità), il Centro per l'Economia e gli studi internazionali (Ceis) e la Fondazione Economia "Tor Vergata", con il sostegno incondizionato di alcune aziende sensibili a sostenere la ricerca e il dibattito sulle politiche sanitarie.

Obiettivo dello studio, fornire elementi di valutazione sulle performance del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, nel momento - delicatissimo - in cui la prospettiva di una eventuale "boccata d'ossigeno" potrebbe «far dimenticare gli scricchiolii del nostro Welfare sotto la pressione della recessione».

L'invito a «recuperare la funzione originaria del Welfare come fattore di riequilibrio e coesione sociale» è contenuto a chiare lettere nelle circa 400 pagine del volume che passa in rassegna dati di performance, bilanci di settore e ricadute industriali, chiudendo con l'invito a non trascurare le lezioni fornite dalla crisi. L'obiettivo - spiegano nella presentazione Vincenzo Atella (direttore Ceis), Luigi Paganetto (Fondazione Economia Tor Vergata) e Federico Spandonaro (presidente del consorzio Crea e curatore del Rapporto) - deve essere

quello di «difendere il sistema sanitario dalla crisi, ma anche di far divenire la Sanità un volano di crescita e non un'area di rendita inefficiente».

E proprio dall'analisi dei dati e delle questioni storicamente irrisolte del sistema sanitario emerge l'agenda delle cinque priorità che il Servizio sanitario nazionale deve affrontare se vuole evitare il rischio - condiviso con analoghi modelli di Welfare - di essere considerato ipertrofico e additato come una delle cause determinanti di crisi, quando invece dovrebbe sostenere lo sviluppo sociale ed economico».

Cinque punti strategici messi a fuoco raccomandando al decisore politico di non cedere alla tentazione di liquidare senza discussione un copayment inaccettabile e da riformare specie sul lato delle esenzioni, ma difficilmente sostituibile con ulteriori "risparmi" che aprirebbero la «deriva verso il disinvestimento in settori chiave per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei momenti di cura».

Cinque priorità, dunque, per «ammodernare» senza «sciupare» il sistema:

- 1 riflettere sulla declinazione del concetto di Universalismo, che coinvolge il regime delle compartecipazioni e delle esenzioni;
- 2 integrare nel sistema sanitario il settore dell'assistenza per la non-autosufficienza;
- 3 accelerare sulla prevenzione e sulle politiche non strettamente sanitarie che incidono sulla Salute;
- 4 rilanciare gli investimenti in edilizia e innovazione, che languono e fanno correre al Ssn pubblico un forte rischio di obsolescenza strutturale e tecnologica;
- 5 garantire la coerenza tra politiche sanitarie e industriali (in particolare per quelle in materia di innovazione) e chiarire quale possa essere il ruolo della Sanità nelle ipotesi di rilancio della economia nazionale.

Il «convitato di pietra» di

tutto il ragionamento resta l'andamento dell'economia nazionale. «Le politiche assistenziali si sono spesso asservite all'obiettivo di allineare l'operatività del settore alle risorse, più o meno scarse, disponibili - sottolinea il Rapporto - trascurando che la Sanità è anche il terzo settore industriale del Paese per valore aggiunto prodotto, e che occupa oltre un milione di addetti (comprendendo l'indotto), rappresentando gran parte della media e grande impresa italiana, ed è quindi a sua volta un determinante significativo della produzione di risorse».

«Nessun Paese avanzato può rinunciare ad avere una propria politica industriale in un settore knowledge intensivo come è quello della Sanità», segnalano i ricercatori.

E non a caso individuano nell'ambito della visione "produttiva" del Ssn anche l'aspetto della crescente mobilità internazionale dei pazienti. «Nel 2014 entra in vigore la Direttiva sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera - ricordano le conclusioni-agenda - che pur non stravolgente nei contenuti, richiede alcuni passi importanti sui quali siamo probabilmente già in ritardo; ma ciò che più conta è che la Direttiva indica come in prospettiva i Sistemi, pur non potendo esportare la produzione, potranno sempre più "importare" la domanda».

L'idea in più, insomma, è che un sistema sanitario come quello italiano che dà buoni risultati a prezzi bassi (il gap della spesa sanitaria pubblica pro-capite rispetto ai Paesi Ue14 è del 22%) potrebbe almeno sfruttare da un punto

di vista economico questa opportunità.

Tanto più alla luce della scelta già compiuta da quei Paesi che stanno già impostando politiche per il turismo sanitario, offrendo in modo integrato cura, riabilitazione, relax/benessere, turismo.

«Sembrirebbe proprio una tipica vocazione italiana, ma non si potrà sviluppare senza un razionale e strutturato intervento».

Capisaldi di quest'ultimo, la standardizzazione della spesa e l'accreditamento.

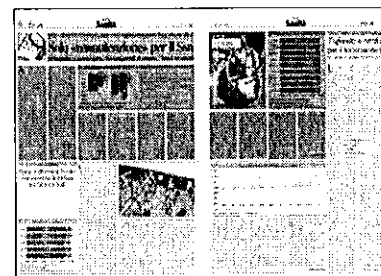
La prima indispensabile per ridare credibilità al teorema-chimera dei costi standard. Il secondo vistosamente segnato dall'essere rimasto tale e quale agli esordi degli anni '90 e dunque caratterizzato «da una logica "minimalista", laddove - in un sistema che ormai dispone di buoni dati sulla qualità - vanno potenziate le componenti di accreditamento tese all'eccellenza».

A maggior ragione in un sistema ormai divenuto federalistico nel cui ambito «va potenziato e regolato il sistema degli accordi bilaterali, che oggi si limitano agli accordi di confine (regionale), trovando una ragionevole mediazione fra tutela del principio della libertà di scelta del cittadino ed esigenze di programmazione regionale».

Insomma, da una eventuale inclinazione commerciale (a fin di bene) dei servizi trarrebbe vantaggio anche il cittadino-utente del Ssn. E la "manutenzione" dell'universalismo punterebbe dritto dritto a un'eccellenza priva di ideologie e (chissà) equa davvero.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmaci. Cittadinanzattiva: "Tetto ospedaliera troppo basso. Assistenza a rischio"

E per sollevare la questione l'associazione lancia un'iniziativa inedita: un "Manifesto dei diritti e dei doveri" rivolto ai cittadini e alle istituzioni. Obiettivo: quello di responsabilizzare i consumi ma anche quello di superare il contenimento costante della spesa farmaceutica e le disparità di accesso ai farmaci.

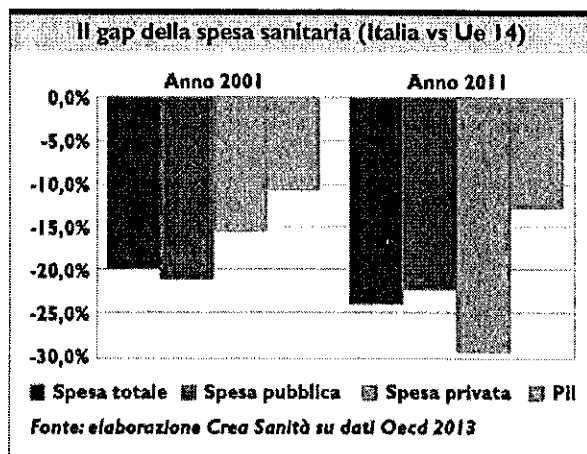
01 OTT - Portare all'attenzione pubblica le criticità che incontrano i cittadini nell'aver accesso a farmaci e terapie farmacologiche. Ampliare l'attenzione sul tema. Responsabilizzare il cittadino rispetto all'assunzione del farmaco ponendo attenzione anche ai doveri, al fine di contribuire ad una maggiore sostenibilità del sistema (es. attraverso l'aderenza terapeutica, stili di vita corretti, monitoraggio della patologia, ecc.). Superare l'approccio di contenimento costante della spesa farmaceutica, affermando all'interno del dibattito politico e tecnico, il primato di un Diritto alla Salute equo ed uniforme. Questi i quattro obiettivi del "Manifesto dei diritti e dei doveri dei cittadini per un accesso sostenibile, equo, uniforme e tempestivo alle terapie farmacologiche", ispirato ai Diritti contenuti nella Carta Europea dei Diritti del Malato e messo a punto da Cittadinanzattiva attraverso le reti del Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici e del Tribunale per i diritti del malato (TDM).

"Le difficoltà di accesso alle terapie farmacologiche segnalate ripetutamente negli anni da cittadini e associazioni di pazienti trovano oggi l'ennesima conferma nei dati del recente Rapporto Osmed dell'AIFA 2012", ha dichiarato **Tonino Aceti**. "Lo sfioramento del 101% rispetto al tetto fissato 2,4% per l'assistenza farmaceutica ospedaliera nel 2012 certifica infatti l'inadeguatezza del tetto rispetto al reale fabbisogno di salute, che si dimostra essere una delle principali fonti di ritardi per l'approvazione a livello nazionale di farmaci già approvati a livello europeo, nonché dei mancati/ritardati inserimenti dei farmaci approvati a livello nazionale all'interno dei Prontuari terapeutici regionali" ha continuato.

Anche il 2013 sembra andare nella stessa direzione, con una spesa farmaceutica ospedaliera che si sta attestando al 4,5% sul FSN rispetto al 3,5% che è la disponibilità finanziaria prefissata. Tale situazione andrà ad aggravare le già esistenti differenze di accesso ai farmaci ospedalieri - innovativi tra le Regioni delineando di fatto cittadini di serie A e cittadini di serie B.

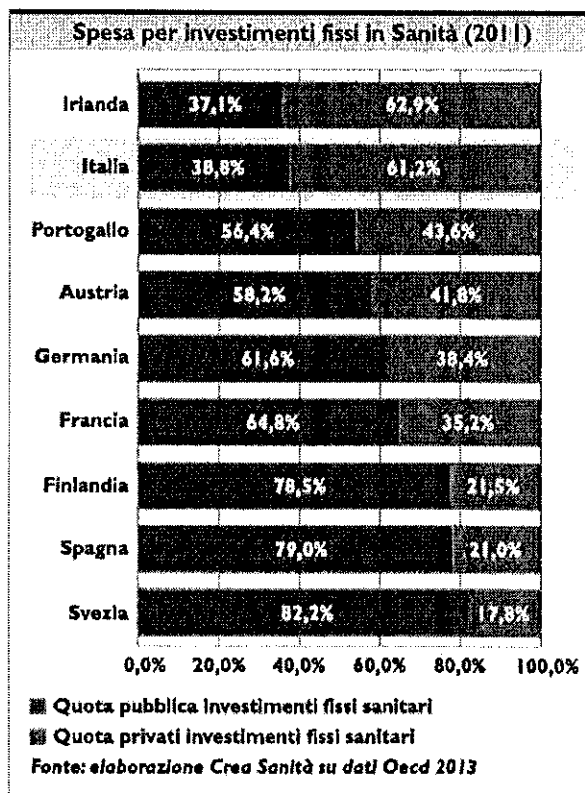
Allegati:

■ Manifesto di Cittadinanzattiva



L'agenda per la manutenzione del Welfare

1	Non ridurre ulteriormente il finanziamento pubblico
2	Sostenere gli investimenti pubblici pluriennali e in particolare quelli di prevenzione primaria, anche con interventi di educazione a corretti stili di vita
3	Ripensare il sistema non accantonando frettolosamente l'ipotesi del ticket, che però andrebbe profondamente riformata
4	Integrare la non autosufficienza nel Ssn a iniziare dalle indennità di accompagnamento
5	Promuovere politiche assistenziali rispettose della competitività industriale e definire le politiche industriali nazionali nel settore della salute



Test medicina, con graduatoria unica sempre più candidati vanno al Sud

Studenti del Nord obbligati a spostarsi a Sud per coronare il sogno di una laurea in Medicina. È questo il primo responso della graduatoria nazionale, pubblicata settimana scorsa, che per la prima volta ha messo in fila gli oltre 69mila candidati da nord a sud e non più, come negli anni scorsi per ateneo o per ambiti regionali o interregionali.

Nel test svolto lo scorso 9 settembre, più di metà il 56%, degli oltre 10mila ammessi alla facoltà di Medicina e di Odontoiatria hanno sostenuto la prova in un ateneo pubblico del nord Italia ma ciò nonostante, se ammessi, in molti casi dovranno fare le valigie alla volta di un ateneo del sud.

Perché i posti disponibili in Lombardia, Veneto o Piemonte non basteranno per tutti.

Un fatto atteso e non particolarmente sorprendente, spiega Angelo Mastrillo, segretario della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. «Gli studenti migliori, è n dato di fatto, sono a Nord-est e a Milano in particolare.

Il problema non è tanto di “materia prima”» sottolinea Mastrillo «quanto di una preparazione spesso inadeguata, con punte isolate a Palermo, Napoli e Bari.

Non è quindi un problema di posti disponibili» spiega l'esperto «quanto dell'effetto della graduatoria unica nazionale. Un risultato inevitabile ma, dal mio punto vista, del tutto positiva.

I ragazzi meritevoli, infatti, avranno un'opportunità che negli anni passati non avrebbero avuto».

Quest'anno la domanda di iscrizione al test prevedeva la scelta delle sedi con un ordine di preferenza: tra tutti coloro che hanno scelto come prima opzione un determinato ateneo verranno esauditi soltanto quelli che rientreranno tra i posti messi a concorso per il singolo ateneo.

Tutti gli altri, se in posizione utile, saranno destinati alle successive opzioni.

E la maggior parte delle università dove rimangono posti liberi è al sud. «Come effetto si determinerà una mobilità verso sud di cui non abbiamo precedenti. Staremo a vedere quello che succederà.

Di certo il gap culturale tra nord e sud è ancora lontano dall'essere colmato» conclude Mastrillo.

Marco Malagutti