

RASSEGNA STAMPA Martedì 24 settembre 2013

Conferenza Stato Regioni, seduta 26 settembre.
QUOTIDIANO SANITA'

"Fermare tagli e ticket": la Cgil attacca la nota di aggiornamento al Def
IL SOLE 24 ORE SANITA'

"Mai più proroghe per l'intramoenia allargata": la promessa di Beatrice Lorenzin
IL SOLE 24 ORE SANITA'

La grande mangiatoia che il Def non vede
IL MANIFESTO

Personale, retribuzioni in altalena
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Senza risorse anti-ticket Regioni in default
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Confindustria: tempo di Fondi. Sostenibilità SSN
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Farmaci, 28 mln in vigilanza
IL SOLE 24 ORE SANITA'

La spesa per pensioni sorveglianza speciale
IL SOLE 24 ORE

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

quotidianosanità.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Conferenza Stato Regioni, 26 settembre. I documenti.

Le regole sull'elenco nazionale dei direttori di struttura complessa per il conferimento dei "primariati", gli indirizzi per il programma di farmacovigilanza attiva, il programma nazionale per l'autosufficienza di sangue e plasma. Questi e altri ancora i provvedimenti che saranno esaminati nella prossima seduta.

23 SET - Piatto ricco per la sanità nella prossima Conferenza Stato Regioni del 26 settembre.

Oltre ai i provvedimenti non approvati nel corso dell'ultima seduta – ossia le intese di deliberazione Cipe per l'assegnazione alle Regioni della quota vincolata per gli extracomunitari irregolari a valere sul Fsn 2011 e 2012, e quella sulle modalità operative di funzionamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende avicole – arrivano sul tavolo di Governo e Regioni l'accordo sulla nomina dei primari di struttura complessa (allegato) (vedi anche anticipazione su Quotidiano Sanità), e quello sulle nuove regole che consentiranno alla farmacovigilanza italiana di compiere un giro di boa (vedi anteprima su Quotidiano sanità).

L'Accordo sull'"Elenco nazionale dei direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per i profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario" prevede che sia istituito presso il ministero della Salute l'elenco nazionale dei direttori di struttura complessa che potranno far parte delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di "primario". È sancito inoltre l'obbligo per le Regioni di alimentare e aggiornare l'elenco, attraverso un disciplinare ad hoc, entro il 30 giugno e il 30 dicembre di ogni anno.

Per quanto riguarda l'accordo sulla farmacovigilanza saranno finanziati attività e progetti che partendo dalle amministrazioni regionali, coinvolgeranno anche operatori sanitari e cittadini. Il tutto sotto l'occhio attento dell'Aifa. Non solo, sono previsti nuovi requisiti per l'istituzione e la manutenzione di Centri Regionali di Farmacovigilanza.

E ancora, all'esame della Conferenza il Programma annuale per l'autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2013.

Allegati:

- Accordo "Elenco nazionale dei direttori di struttura complessa ai fini della composizione delle commissioni di valutazione per il conferimento degli incarichi di struttura complessa"
- Elenco direttori di struttura complessa, il disciplinare tecnico

«Fermare tagli e ticket»: la Cgil attacca la nota di aggiornamento al Def

23 settembre 2013

«Bisogna fermare tagli e ticket e considerare la sanità e il sociale preziosi investimenti per garantire diritti, creare buona occupazione e sostenere la ripresa economica». Il segretario confederale della Cgil, Vera Lamonica, commenta così la nota di aggiornamento del Def approvata dal Consiglio dei ministri che prevede per i prossimi anni - ricorda la dirigente sindacale - «una progressiva ma inesorabile riduzione della spesa sanitaria in rapporto al Pil che passerebbe dall'attuale 7,1% al 6,7% nel 2017».

Il Governo ha due facce, sottolinea la Cgil. Da una parte propone «la scelta giusta di rendere sostenibile il sistema sanitario nazionale riorganizzando l'assistenza sanitaria in modo appropriato: più prevenzione e più assistenza territoriale». Dall'altra si smentisce, parlando di «sistema sanitario selettivo, cioè di ridisegnare il perimetro dei Lea, ovvero le prestazioni cui hanno diritto i cittadini». Un obiettivo che non può non tradursi - afferma il sindacato - in nuovi tagli ai servizi e al personale. Ovvero nella conferma delle «politiche di austerità di questi anni che stanno paralizzando l'Italia». E che paiono ignorare i tanti segnali d'allarme che arrivano dal Paese, dove «dopo anni di tagli lineari, milioni di persone rinunciano a curarsi per motivi economici, anche per il continuo aumento dei ticket».

La tutela della salute, conclude Lamonica, «non è garantita a tutti i cittadini, soprattutto in alcune Regioni. Insistiamo: bisogna fermare tagli e ticket e considerare la sanità e il sociale preziosi investimenti, per garantire diritti, creare buona occupazione e sostenere la ripresa economica».

Approfondimenti articoli

- Sempre meno «tutto a tutti»: la sanità nell'aggiornamento al Def

Sanità

23 settembre 2013

[Stampa l'articolo](#) [Chiudi](#)

«Mai più proroghe per l'intramoenia allargata»: la promessa di Beatrice Lorenzin

«Mai più proroghe per l'intramoenia allargata: la legge c'è e va applicata». Parola della ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenuta oggi alla presentazione del libro "La mangiatoia. Perché la sanità è diventata il più grande affare d'Italia", scritto dai giornalisti di Repubblica Michele Bocci e Fabio Tonacci. La promessa della ministra pare una risposta a chi chiedeva un'altra proroga esplicita al 31 dicembre per l'avvio della riforma approvata con la legge 189/2012 dall'ex ministro Renato Balduzzi, che prevede per i medici la possibilità di effettuare la libera professione nei propri studi a condizione che siano collegati in rete con l'ospedale.

Ma la riforma, ovvero il tentativo di fissare regole e paletti per contenere la libera professione intramuraria dei medici il più possibile all'interno delle strutture sanitarie, non è affatto partita, nonostante il successivo decreto firmato da Balduzzi con cui è stata delineata l'infrastruttura di rete per il supporto all'organizzazione delle attività intramoenia.

Al tema, spinoso e molto sentito dai medici, è dedicato uno dei tavoli di lavoro previsti nell'ambito del Patto per la salute. Un confronto cruciale, quello con le Regioni, in attesa della riorganizzazione definitiva dell'organizzazione del lavoro dei camici bianchi prevista entro il 2015.

«Credo che gli sprechi si possano tagliare facendo tagli chirurgici e non lineari e in questo senso vanno le misure come i nuovi costi standard e il Patto per la salute», ha aggiunto infatti la ministra. «Posso assicurare di avere la volontà di volere fare certe cose, disinnescando o scuotendo certi sistemi - quelli denunciati nel libro inchiesta presentato a Roma - ma le Regioni ci devono seguire in un percorso virtuoso avviato e sarà necessario far partire anche anche la terza gamba della Sanità, quella delle assicurazioni integrative».

Lorenzin ha anche richiamato l'importanza delle responsabilità individuali. «È un dovere tenersi sani», ha detto. Facendo l'esempio dell'attività fisica più banale: «Camminare 30 minuti al giorno e mangiare in modo sano allontana il diabete alimentare che ci costa 3 miliardi l'anno che si possono risparmiare e utilizzare in modo migliore».

23 settembre 2013

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

La grande mangiatoia che il Def non vede

SANITA'

Letta taglia ma non sprechi e corruzione

La spesa sanitaria bloccata al 7,1% del Pil fino al 2014 e poi in calo fino al 6,7% nel 2017.

Il governo Letta taglia, ridimensiona l'universalismo, ma non tocca l'enorme budget di 10 miliardi che alimenta sprechi e corruzione

Ivan Cavicchi

Arriva la bestia nera della *selettività*, s'è sparito il malato che ha diritto e compare quello che ha «effettivamente bisogno». Il governo Letta, ma c'era da aspettarselo ridimensiona l'universalismo. Con le larghe intese va in scena dopo 35 anni di sanità pubblica, la regola di «non si può dare tutto a tutti» cioè la vera controriforma. Una desolante imbecillità politica, come dicono le cifre della crisi: spesa sanitaria bloccata al 7,1% del Pil fino al 2014 e poi in calo fino al 6,7% nel 2017.

Con le larghe intese il definanziamento della sanità pubblica continua ma con in più la riduzione delle tutele. Le tappe successive saranno fondi integrativi, mutue e assicurazioni e le cure così diventeranno funzione del reddito. Lo prevede il Def appena approvato dal governo. A questo punto mi chiedo cosa farà il Pd da sempre il paladino dell'universalismo e a che serve fare un patto per la salute tra regioni e governo dal momento che ormai è tutto deciso.

Dalle Regioni che fino ad oggi hanno strappalato di universalismo come valore irrinunciabile minacciando di fronte a nuovi tagli di non firmare nessun accordo con il governo, servirebbe un sussulto di dignità. E dal Pd quanto meno una manifestazione di civile disobbedienza. Comprendo che è oggettivamente improbabile con un Pil che cala più del previsto e con le difficoltà finanziarie legate a Imu e Iva, e con quel 3% invalidabile, trovare altri soldi per la sanità, ma le strade che il Def vuole imboccare ci porteranno ad una tragedia sociale.

Né al governo, né al Pd e meno che mai alle Regioni viene in mente che una soluzione alternativa potrebbe essere quella di trovare i soldi dove sono i soldi. E in

sanità complessivamente i soldi non sono pochi. 110 miliardi di fondo sanitario sono sempre 110 miliardi. L'indagine appena resa nota di Transparency International Italia, in collaborazione con Risc e Ispe-Sanità ci dice che la nostra sanità è la più grande «mangiatoia» del paese, per citare il titolo del libro inchiesta appena uscito di Bocci e Tonacci e quello di Daniela Francese «Sanità Spa». Ma che la sanità fosse una mangiatoia e una Spa ce lo aveva ripetutamente detto già la Corte dei Conti. Il Def sulla corruzione non dice praticamente niente. E' vero che è difficile calcolare esattamente il suo costo, ma è sicuro che anche le stime più caute vanno ben oltre i valori di definanziamento previsti dal governo Letta. Oltre ai costi della corruzione si devono aggiungere le disconomie e le antieconomie cioè i servizi inutili, i doppioni, gli sprechi, i primari di partito, le organizzazioni del lavoro regressive, e da ultimo i costi assurdi come «la medicina difensiva», cioè gli operatori che per difendersi dal rischio professionale, ci costano, dicono le stime, ben 10 miliardi di euro. Per cui penso che a fronte di questa «ricchezza negativa» di cui le Regioni e le aziende, da loro nominate, sono direttamente responsabili, sia possibile rifinanziare e migliorare il sistema senza prendersela né con i diritti e né con l'universalismo quindi con la povera gente. Questo Def sulla sanità è il prodotto di una doppia incapacità riformatrice: quella del governo che di fronte a quella delle regioni, taglia corto e ridisegna i diritti. Una logica semplicemente cinica: il governo, in sanità, presume e non a torto che vi siano tante risorse da liberare; ma dimentica che per liberarle sono necessari cambiamenti profondi, addirittura riforme, che sino ad ora le Regioni hanno dimo-

strato di non saper adottare perché non hanno uno straccio di strategia. Sono anni che tirano a campare con politiche marginali senza rendersi conto della loro drammatica insufficienza.

Oggi il Def, a sua volta senza idee, addirittura ripropone queste politiche, ma sapendo che sono armi spuntate, decide di cauterarsi mettendo mano alla controlla. Come andrà a finire se non si raddrizza il tiro? La sanità sarà ulteriormente definanziata, non si riuscirà a liberare le risorse liberabili, e la corruzione, le disconomie e le antieconomie, continueranno imperturbabili ad essere finanziate con meno diritti.

Supponendo un residuo di dignità istituzionale, di fronte a questo Def le Regioni dovrebbero andare dal Presidente della Repubblica a restituire il mandato sulla sanità per tre fondamentali motivi: 1) Il Def dà un colpo mortale alle loro titolarità in materia sanitaria, quindi apre sperimentalmente una grave questione istituzionale contro riformando di fatto il Titolo V della costituzione. 2) Per dare una disponibilità al paese per un rinnovamento morale. 3) Per trovare un equilibrio tra le necessità finanziarie impellenti del sistema e un progetto che inizi sul serio a riformarlo.

L'accordo va trovato non sul rifinanziamento dell'invarianza come sino ad ora è stato fatto con i «patti per la salute», ma sulla riformabilità del sistema cioè proponendo un progetto di cambiamento vero sul terreno della governance, della moralità pubblica, del sistema dei servizi e del lavoro in questi servizi. Se le Regioni beveranno il Def addio universalismo ma anche addio Regioni... dal momento che senza diritti non ci sarebbero più motivi per lasciare loro i poteri per tutelarli.



I primi risultati dello studio della Stem su costi e numerosità degli operatori del Ssn nel 2011

Personale, retribuzioni in altalena

Il range tra Regioni arriva anche a 50mila euro - La causa: le indennità accessorie

Nel 2011 la spesa per il personale del Ssn - Irap inclusa - è in calo dell'1,3%, così come, per i blocchi del turn over, si riduce anche la numerosità degli operatori. Le retribuzioni sono stabili (+0,4%) anche per effetto del blocco della contrattazione. La differenza a livello di media generale tra Regioni (esclusa Bolzano) è di 14mila euro. Diversa è la situazione però, se si confrontano i singoli ruoli: in questo caso il range tra Regioni raggiunge i 30mila euro, mentre all'interno della stessa Regione si raggiungono anche i 50mila euro. E la colpa è soprattutto della diversa composizione dei fondi integrativi a disposizione delle singole aziende.

Per i medici, la retribuzione media (in calo pressoché in tutte le aree) supera i 113mila euro contro i quasi 96mila dei dirigenti non medici e i circa 45mila del personale del comparto. E dopo i medici a "guadagnare" mediamente di più sono i dirigenti amministrativi che superano i 110mila euro, mentre chi incassa meno è il personale del ruolo tecnico che si ferma a poco più di 34mila euro.

Sono questi, in estrema sintesi, i principali risultati di uno studio su costi e numerosità del personale elaborato della Stem, la struttura tecnica di monitoraggio del Ssn, in collaborazione con l'Agenas, presentato da Laura Pellegrini, presidente della Stem, all'audizione per l'indagine conoscitiva della Camiea (commissioni Bilancio e Affari sociali) sulla sostenibilità del Ssn.

Il personale è nel mirino dell'analisi perché, spiega lo studio, assorbe circa un terzo dei finanziamenti per la Sanità (oltre 36 miliardi) ed è quindi «uno dei principali fattori su cui incidere per la razionalizzazione della spesa».

La "colpa" della variabilità regionale dei costi è, secondo lo studio, soprattutto della contrattazione integrativa aziendale (indennità e compensi accessori hanno una valore medio del 26,4% delle retribuzioni con il massimo tra Regioni a 32,8% e il minimo a 23,6%), dell'errata determinazione dei relativi fondi e di una non corretta applicazione degli incrementi contrattuali. L'esempio lo studio lo fa proprio con i medici. Con meno di 5 anni di servizio la retribuzione si ferma a poco

più di 70mila euro mentre raggiungono i 130mila per i direttori di struttura complessa e la variabilità è anche maggiore in base all'incarico e all'anzianità. Per questo, se in un'azienda c'è maggiore concentrazione di personale con anzianità di servizio elevata, i costi medi sono più alti rispetto a un'altra "lavorativamente" più giovane.

Lo studio dedica anche un capitolo alla dirigenza di vertice delle aziende sanitarie. E conclude che i costi per direttori generali, sanitari e amministrativi (sempre Irap inclusa) dipendono non da valori nazionali, ma esclusivamente dalle scelte politico-finanziarie delle Regioni.

Medici e veterinari. La retribuzione media 2011 per i medici e i veterinari è di 113.705 euro pro capite, in leggero calo (-0,7%) rispetto al 2010. Escluse Trento, Bolzano e Valle d'Aosta, il range tra valore minimo e massimo tra le Regioni è pari a poco più di 20mila euro. La variazione complessiva di costi 2011/2010 è del -2,9% e quella degli organici, sempre in media, del -2,8%.

Dirigenti non medici. Il costo medio 2011 pro capite è di 95.566 euro, in lieve calo rispetto al 2010 (-0,7%). Escluse Trento e Bolzano, il range tra minimo e massimo nelle Regioni si attesta intorno a 30mila euro. La variazione di costo è in media del -2,7% e quella della numerosità del -2,7%.

Personale. La retribuzione media pro capite nel 2011 è di 44.676 euro, in lievissimo aumento rispetto al 2010 (+1%). Escluso Bolzano, il range tra valore minimo e massimo è circa 6.000 euro. Il costo complessivo è in calo rispetto al 2010 dell'1,7% e in diminuzione del 3,3% è anche la dotazione di personale.

Dirigenti ruolo tecnico. Nel 2011 la retribuzione media pro capite è stata di 96.969 euro (+5,2% rispetto al 2010). Escluse Trento e Valle d'Aosta, il range tra minimo e massimo tra Regioni è poco più di 30mila euro. La variazione media di costo è del -7,9% e quella della numerosità del -5,4%.

Comparto ruolo tecnico. Nel 2011 la retribuzione media pro capite è di 34.391 euro. Il range tra minimo e massimo è circa 15mila euro. Il costo medio a

livello nazionale è cresciuto dell'1%, con la maggior parte delle Regioni che presentano valori in aumento. La variazione del costo tra il 2011 e il 2010 è del -2,3% e quella della numerosità del -3,5%.

Dirigenti ruolo professionale. La media nazionale di retribuzione 2011 è di 103.385 euro, in aumento del 2,5% rispetto al 2010. Nel 2011 il range tra minimo e massimo nelle Regioni è di quasi 50mila euro. Il costo medio è in lieve calo per la media nazionale (-0,9%), ma con forti variazioni. Per la numerosità il calo medio è del -4%.

Dirigenti del ruolo amministrativo. Il costo medio nel 2011 è di 110.176 euro pro capite in aumento del 3,9% rispetto al 2010. Il range tra le Regioni è poco più di 30mila euro. Tutte le Regioni, comunque, presentano una certa variabilità al loro interno, con punte massime di 80mila euro, in un ruolo che dovrebbe essere piuttosto standardizzato quanto a funzioni svolte e retribuzioni erogate. La variazione dei costi è del -6,6%, quella della numerosità del -9,7%.

Comparto ruolo amministrativo. La retribuzione media è di 37.195 euro pro capite, in lieve aumento rispetto al 2010 (4,7%). Nel 2011, esclusa Bolzano, il range minimo-massimo tra le Regioni è di quasi 8mila euro. La variazione del costo è del -1,9% e riguarda praticamente tutte le Regioni. La variazione della numerosità del -2,8%.

Dirigenti generali. Il costo medio 2011 pro capite è di 206.082 euro, in calo rispetto al 2010 del -4,3%. Escluse Trento e Bolzano, il range tra minimo e massimo tra le Regioni arriva fino a 80mila euro.

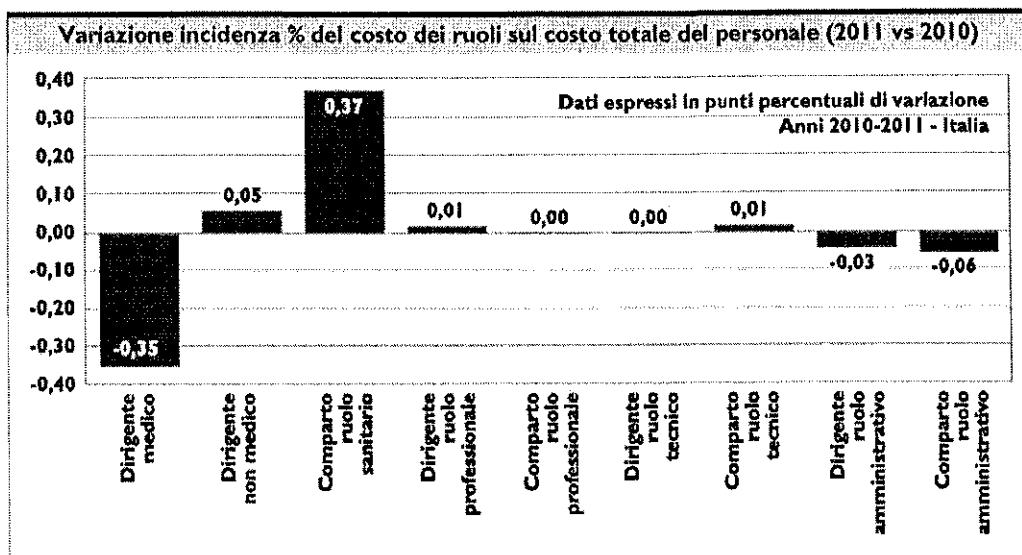
Dirigenti amministrativi. Il costo medio pro capite 2011 è 170.292 euro in diminuzione del -4% come per i Dg, ma con differenze più evidenti tra le Regioni. Escluse Trento e Bolzano, il range minimo-massimo è circa 84mila euro.

Dirigenti sanitari. Il costo medio pro capite 2011 è di 174.367 euro, in calo rispetto al 2010 del -3,6%. Escluse Trento e Bolzano, il range minimo-massimo tra le Regioni è di circa 82mila euro.

Paolo Del Bufalo

© PIRELLONE E PIRELLONE





AUDIZIONE ALLA CAMERA

«Senza risorse anti-ticket Regioni in default»

La sostenibilità del Ssn è appesa a un filo e tutte le Regioni andranno in default se il Governo non assicurerà i 2 miliardi promessi per evitare, dal 1° gennaio 2014, l'introduzione dei ticket. Lo ha detto l'assessore alla Salute della Toscana, Luigi Marroni, in rappresentanza della Conferenza delle Regioni, all'audizione davanti alla Commissione Bilancio e Affari Sociali alla Camera.

«Secondo me tutte le Regioni andrebbero in default. Due miliardi complessivi in meno - spiega - significano, per la Toscana, 120 milioni in meno, per la Lombardia 250 milioni, tanto per far capire».

Garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria, tenendo conto delle risorse finanziarie, è l'impegno che le Regioni e le Province autonome, mettono in campo nei loro territori. Ma «la crisi economica non può mettere in discussione il sistema universalistico e solidaristico del nostro Ssn», continua Marroni. «Le ultime manovre - aggiunge - hanno agito profondamente sul fabbisogno del sistema, generando effetti negativi sull'erogazione dei servizi essenziali di assistenza».

Tra il 2011 e il 2015 le Regioni hanno subito tagli in Sanità per oltre 31 miliardi, tra blocco dei contratti, economie di spesa, tagli dovuti alla spending review e riduzione dei finanziamenti. Nel 2013, in particolare, il Fondo sanitario nazionale è stato ridotto, con la spending review e la Legge di stabilità, di oltre 1,8 miliardi rispetto al 2012. «Le ultime manovre - ha spiegato Marroni - hanno vanificato quanto previsto dal Patto per la salute per il 2010-2012». Il Fondo per le risorse finanziarie previsto dal Patto per la salute nel 2012 è passato da 111,8 miliardi originari a poco più di 109 miliardi; poi è sceso a circa 108 miliardi con la spending review per poi essere infine ridotto a 107,9 miliardi. A questo, per l'assessore, si sono aggiunte ulteriori misure che gravano sui bilanci regionali come l'aumento di due punti dell'Iva, la crescita del prezzo della benzina e delle tariffe per beni e servizi. «Siamo insomma in una fase di fortissima sofferenza di risorse», ha sintetizzato l'assessore. La richiesta delle Regioni «è tornare a risostenere il Fondo sanitario e di alleggerire l'aggravio indiretto di costi dovuto a nor-

mative che appesantiscono il sistema».

I tasselli del puzzle che ancora vanno messi sul tavolo sono molti: la sostenibilità del Ssn si deve basare su una concatenazione di elementi: dall'edilizia sanitaria agli investimenti, dai costi standard alla partecipazione della spesa, dai Piani di rientro all'assistenza ospedaliera e territoriale, dalla gestione e sviluppo del personale al sistema di certificazione dei bilanci delle Asl. Ma il primo e fondamentale tassello mancante resta il Patto per la salute. Per stilarlo «sono al lavoro 10 commissioni congiunte Governo-Regioni - spiega Marroni - che in tempi rapidi dovranno produrre una serie di scelte e di definizioni sul Patto stesso. È uno strumento importante, con il quale si ritornerà a una certa normalità. Sono comunque necessari strumenti innovativi. È il momento di avere visioni più innovative su molte delle cose che stiamo affrontando».

Per le Regioni, comunque, è fondamentale continuare a garantire, con le misure che saranno previste nel prossimo Patto, l'universalità del Servizio sanitario nazionale che deve assicurare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) in modo appropriato e uniforme su tutto il territorio nazionale.

L'assessore ha aggiunto che «non ci sono più finanziamenti per l'edilizia sanitaria. Il ministero della Salute stima in 5 miliardi in 3 anni il fabbisogno necessario in questo settore. Il tema sta diventando cruciale, c'è un enorme patrimonio edilizio da mettere in sicurezza e da riqualificare. Non ci sono segnali di finanziamento ma noi crediamo sia un tema da Piano di grandi opere pubbliche, non è tema esclusivamente sanitario».

Per quanto riguarda infine i Piani di rientro dal debito, secondo le Regioni «è necessario superare la progettualità persa in questi anni. Finora il risanamento - ha detto Marroni - è stato solo economico ed è derivato dall'aumento di aliquote e ticket senza riuscire a incidere sui livelli delle prestazioni da erogare. Insomma, in molti territori si è trattato solo di una compressione economica. È necessario riequilibrare questi aspetti».

Rosanna Magnano

● RIPRODUZIONE RISERVATA



*Ricetta Confindustria
per la sostenibilità
del sistema sanitario:
Fondi integrativi
e sgravi alle imprese*

A PAG. 4

SOSTENIBILITÀ SSN/ Il Dg, Marcella Panucci, ascoltata dalle commissioni V e XII della Camera

Confindustria: tempo di Fondi

Secondo pilastro indispensabile al settore - Legge di stabilità banco di prova

Basta con le «manutenzioni precarie del Ssn» e i tagli ai privati: bisogna di aprire un confronto che dia «stabilità, sostenibilità e prospettiva» al settore sanitario «in una logica industriale incentrata sulla qualità di prestazioni e servizi». E per una sostenibilità di lungo periodo la medicina dei fondi integrativi è l'unica strada possibile, senza tradire l'universalità del sistema. Confindustria è tornata con forza a indicare quella che da tempo giudica la cura ottimale per la sopravvivenza del Ssn nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica, in corso presso le commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera. In audizione il direttore generale di Confindustria, Marcella Panucci, che ha individuato subito un obiettivo prioritario: lo stop ai tagli lineari che hanno condito le scelte di politica economica nell'ultimo biennio. «Il primo banco di prova, soprattutto per quanto riguarda il tema delle risorse - ha detto - sarà già l'ormai imminente legge di stabilità, con la quale Governo e Parlamento dovranno dare un segnale di forte discontinuità rispetto al metodo seguito in passato e fornire un orientamento chiaro sul percorso da seguire in futuro».

«È compito della politica - ha proseguito - individuare soluzioni credibili e sostenibili, spiegando le decisioni ai cittadini e a tutti gli stakeholder, prima che si allarghi nel Paese l'insostenibilità sociale nei confronti di un sistema sociosanitario che, pur essendo ancora nel novero dei migliori, presenta ormai vistose differenze nei livelli di prestazioni e costi e che, invece di cercare soluzioni strutturali a problemi ormai evidenti, ha privilegiato spesso ratti temporanei rispetto a una seria revisione della spesa ed eliminazione delle troppe inefficienze e sprechi».

Tre gli indirizzi di policy caldeggiani dal direttore generale Confindustria: «Superare la frammentazione regionale delle competenze, potenziando il

ruolo dello stato a difesa dell'interesse nazionale della tutela della salute»; organizzare un pilastro privato integrativo per bilanciare la composizione della spesa sanitaria e rendere più efficiente il sistema nel suo complesso; adottare idonee politiche fiscali che «favoriscono l'afflusso di risorse da parte di famiglie e lavoratori verso il secondo pilastro e incentivo un impegno crescente da parte delle imprese, compensato sul piano fiscale».

Elemento indispensabile e urgente della nuova stagione invocata da Confindustria anche l'efficientamento del sistema, con l'occhio puntato alla revisione complessiva della rete dei servizi integrando grandi e piccole strutture e servizi nel territorio «per garantire prossimità, efficienza ed equità» e all'adeguamento infrastrutturale e tecnologico. «Obiettivi - ha sottolineato la Panucci - che non potranno essere conseguiti con la logica ragionieristica ed emergenziale dei tagli lineari che hanno fortemente danneggiato settori che sostengono la competitività del Paese, come la farmaceutica o i beni strumentali sanitari». Vanno invece «rimossi i troppi sprechi del sistema, con attenzione ai costi standard e al procurement pubblico», potenziati i controlli e il monitoraggio di gestione, ripensata la governance «rafforzando i meccanismi di coordinamento e il ruolo statale nel garantire omogeneità di costi, prestazioni e controlli».

Una strategia che dovrebbe funzionare come antidoto a uno dei problemi più spinosi affrontati dalla Panucci: la pressione fiscale sulle imprese - con addizionali Irap divenute «un fenomeno pesante, per non dire insopportabile, presente nelle numerose Regioni sottoposte a piani di rientro» - e costi della Sanità pubblica gravanti sul settore privato che tra tagli e ritardi di pagamento ammonteranno per il periodo 2012-2015 a ben 8,4 miliardi di euro.

Sara Todaro

DI RIPRODUZIONE RISERVATA



Spesa sanitaria totale per fonte di finanziamento (2010 - valori %)

Paesi	Composizione spesa privata				
	Spesa pubblica	Spesa privata	Assicurazioni private	Out of the pocket	Non profit, altro
Olanda	85,7	14,3	36,2	38,8	25,0
Norvegia	85,5	14,5	-	100,0	0,0
Danimarca	85,1	14,9	10,8	88,7	0,5
Regno Unito	83,2	16,8	18,8	53,1	28,2
Svezia	81,0	19,0	1,4	89,8	9,9
Islanda	80,4	19,6	-	93,0	7,2
Italia	79,6	20,4	5,2	87,3	7,5
Austria	77,1	22,9	20,6	73,6	5,8
Francia	77,0	23,0	59,6	31,7	8,6
Germania	76,8	23,2	40,1	56,7	3,2
Belgio	75,6	24,4	19,7	79,5	0,8
Finlandia	74,5	25,5	8,4	75,5	16,1
Spagna	74,2	25,8	21,4	76,2	2,4
Eu-27	72,6	27,4	13,6	78,4	8,4
Polonia	71,7	28,3	2,4	77,9	19,7
Irlanda	69,5	30,5	41,6	57,0	1,5
Portogallo	65,8	34,2	12,8	76,1	11,1
Svizzera	65,2	34,8	24,7	72,2	2,9
Ungheria	64,8	35,2	7,0	74,3	18,7
Grecia	59,4	40,6	5,5	94,5	-

Fonte: Oecd health data 2012; Who global health expenditure database

Affidata ai tecnici regionali la bozza d'accordo che finanzia la crescita della rete

Farmaci, 28 mln in vigilanza

Centomila euro a Regione - Nuovi centri e analisi di genere allo starter

Un salto di qualità da 28.634.472 euro per il sistema nazionale di farmacovigilanza, per superizzare la performance del 2012 - quando mezza Italia ha superato il gold standard Oms delle oltre 360 segnalazioni per milione di abitanti (v. «*Il Sole-24 Ore Sanità*» n. 32/2013) - e allineare tutta la rete agli standard europei.

Questo l'obiettivo della bozza di accordo da poco all'esame dei tecnici regionali che stanzia 18,73 milioni per il 2010 e circa 10 milioni per il 2011 per il potenziamento della rete e la prosecuzione o l'avvio di progetti regionali e nazionali in materia.

Ogni Regione potrà contare sull'erogazione di 100mila euro nel corso del biennio da utilizzare per lo svolgimento omogeneo delle attività di farmacovigilanza sull'intero territorio nazionale.

Il budget residuo sarà invece ripartito su base capitaria tra le diverse Regioni seguendo tre direttive: una tranne pari al 40% sarà destinata al mantenimento o alla creazione dei Centri di riferimento di farmacovigilanza di cui la bozza d'accordo indica anche i requisiti minimi (v. tabella); un altro 30% sarà erogato alla stipula delle convenzioni con l'Aifa per la realizzazione dei progetti e in tal caso almeno il 30% dell'erogato dovrà essere utilizzato per lo studio delle reazioni avverse; il restante 30% servirà a finanziare le Regioni che aderiranno a progetti a valenza nazionale o multi-regionale, con una Regione capofila. Il 5% dell'intero fondo disponibile sarà trattenuto dall'Aifa per coprire le spese di coordinamento dell'intero programma di potenziamento della farmacovigilanza in Italia.

Tra gli obiettivi previsti nelle linee genera-

li della bozza di accordo figurano - oltre alla manutenzione/istituzione dei centri di farmacovigilanza - lo studio delle reazioni avverse ai farmaci - con un occhio particolarmente attento alle Adr verificatesi dopo somministrazione di vaccini - la valutazione dell'uso dei farmaci sia in ambito territoriale che ospedaliero, le attività di formazione e informazione, volte a sensibilizzare sia il personale sanitario che i cittadini sull'attività di segnalazione spontanea delle Adr.

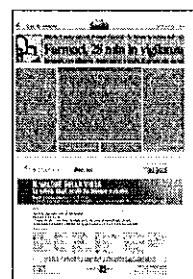
Affidato all'Agenzia il monitoraggio su tutti i progetti avviati a livello nazionale e locale: l'attività di controllo prevede anche visite in situ, presso i centri regionali, gli assessorati e le strutture sanitarie per verificare lo stato di avanzamento dei lavori e audit periodici presso i singoli centri coinvolti nella rete. Le Regioni relazioneranno annualmente all'Aifa sullo stato dei singoli progetti e produrranno a conclusione di ciascuno di essi un rapporto finale che sarà pubblicato sul sito dell'Agenzia in una sezione dedicata.

Secondo le indicazioni contenute nella bozza di accordo inviata dal ministero, ogni Regione dovrà elaborare almeno un progetto o avviare attività mirate in riferimento a specifici gruppi di popolazione, a esempio bambini, anziani con polipatologie, pazienti istituzionalizzati, donne in gravidanza e/o allattamento.

Tutte le Regioni devono assicurare la partecipazione ad almeno un progetto multi-regionale, che saranno almeno due nel caso di Regioni con un numero di residenti superiore a 3 milioni.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I requisiti minimi dei centri regionali di farmacovigilanza (Crfv)

Definizione. Il Crfv è una struttura di farmacovigilanza, riconosciuta dalla Regione di appartenenza (con atto formale) che partecipa quale parte integrante in modo stabile e continuativo alle attività del sistema nazionale di farmacovigilanza facente capo all'Aifa, nel rispetto dei requisiti di qualità e secondo modalità standard previste nelle linee guida europee sulle buone pratiche di farmacovigilanza. In alternativa la Regione può scegliere di affidare le previste attività a un centro di un'altra Regione con cui esista possibilmente contiguità territoriale.

Ruolo e compiti. Il Crfv verifica delle segnalazioni inserite nella Rete nella propria Regione, con particolare riferimento alla qualità dell'inserimento e alla codifica delle informazioni (farmaci e reazioni avverse); supporta i responsabili locali per i problemi relativi alla rete; inserisce in rete le segnalazioni in caso di difficoltà della struttura locale; valuta il nesso di causalità (almeno per le reazioni gravi) e la notorietà delle segnalazioni; supporta le attività di formazione/informazione di ritorno rivolte ai segnalatori nonché quella gestita dall'Aifa; effettua l'analisi semestrale dei potenziali segnali derivanti dalle Adr presenti nella rete in collaborazione con l'Aifa. L'istituzionalizzazione di un Crfv quale parte integrante del sistema nazionale di farmacovigilanza comporta ovviamente l'obbligo della confidenzialità: prima di divulgare dati e/o segnali, il Crfv deve avvisare l'Agenzia perché potrebbero emergere obblighi dell'Aifa verso le altre autorità regolatorie o verso le imprese.

Collocazione e composizione. La scelta è affidata alla Regione che dovrà dotare il centro di personale operante in modo stabile e continuativo, dotato di risorse strumentali adeguate: l'Ons calcola che il tempo medio di valutazione di un caso segnalato è di circa un'ora; il numero delle unità di personale addetto varierà in rapporto con il numero di strutture sanitarie da supportare e al numero di abitanti della Regione). Le competenze dovranno essere multidisciplinari (mediche, farmacologiche ecc.) e dovranno prevedere anche conoscenze specifiche a esempio sui sistemi di codifica e i metodi di valutazione utilizzati in farmacovigilanza. Per la valutazione relativa ai vaccini, il Crfv, oltre a prevedere la presenza di specifiche competenze, dovrà essere strettamente interconnesso con le strutture di prevenzione. Dovrà essere comunque presente un responsabile scientifico strutturato che sarà il referente del Crfv nella rete e almeno un'unità per le attività amministrative.

Def. Al 16% del Pil

La spesa per pensioni sorvegliata speciale

Davide Colombo

■ Resterà la sorvegliata speciale per lungo tempo la spesa pensionistica, con una curva che la colloca stabilmente oltre il 16% del Pil fino al 2017 e oltre il 15% fino al 2030. L'ultimo andamento di quest'aggregato, che copre oltre un terzo della spesa corrente (dal 33,7% di quest'anno al 35,1% del 2017), è stato fotografato nella nota di aggiornamento al Def. E vale come pro-memoria per i decisi pubblici che in vista della legge di stabilità si accingono a presentare nuovi interventi in materia pensionistica.

La stabilità realizzata con le riforme degli ultimi vent'anni mette le finanze pubbliche al riparo della prevista transizione demografica negativa (maggior invecchiamento e allungamento delle aspettative di vita). Tant'è vero che, legislazione invariata, da qui al 2060 il rapporto spesa/Pil scenderà dello 0,9% in Italia contro l'aumento medio dell'1,6% previsto negli altri paesi Ue. Ma si tratta di una stabilità all'livello da brivido, con prestazioni monetarie annue che fluttueranno dai 255 miliardi previsti quest'anno ai 284,7 del 2017: tanto per stare sul corto termine. Ese è vero che è stato anche az-

zerato il rischio politico sull'entrata in vigore degli stabilizzatori automatici (coefficienti di trasformazione e accesso al pensionamento in funzione della speranza di vita; due parametri che verranno adeguati automaticamente per via amministrativa), il problema che rimane da risolvere riguarda le condizioni macroeconomiche e demografiche necessarie affinché la tenuta si realizzi davvero. Lo scenario Istat di riferimento utilizzato dall'Economia per dire che la spesa pensionistica andrà come andrà, prevede un tasso di crescita del Pil di lungo periodo che si assesterà in termini reali su un livello non inferiore all'1,5% medio annuo. Mentre il tasso di occupazione dovrebbe crescere di circa dieci punti rispetto al livello del 2010 (ovvero dal 56,9% al 66,9%). Non basta? Al netto dell'aumento della speranza di vita, dovrebbe ritornare a crescere il tasso di fertilità (all'1,6 contro l'1,39% attuale) con flussi migratori in calo dai 280 mila dei prossimi 10 anni ai 180 mila di quelli successivi. A queste condizioni e a legislazione invariata, la spesa sarebbe stabile. Ma sui massimi europei.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

