

RASSEGNA STAMPA Martedì 1 aprile 2014

Tagli alla sanità per un miliardo. Ipotesi slittamento di Irap e rendite
IL MESSAGGERO

Regioni: Lea e costi in altalena
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Patto salute, Coletto: risparmi sanità restino alle Regioni
DOCTORNEWS

Tagliamo la sanità inutile investiamo in ricerca medica
LA REPUBBLICA

Beni e servizi si taglano così
Le proposte delle Regioni per la razionalizzazione della spesa per gli acquisti nel SSN
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Le misure del Def Un miliardo dai risparmi sulla Sanità

ROMA Renzi ha confermato che da maggio i lavoratori che guadagnano fino a circa 25 mila euro avranno 80 euro in più in busta paga. Il decreto arriverà subito dopo il Def, il documento di economia e finanza che sarà approvato l'8 o il 9 aprile. Per quanto riguarda le coperture, un parte dei soldi arriverà da tagli alla sanità. L'obiettivo è quello di risparmiare almeno un miliardo di euro per il 2014. La scure calerà soprattutto sulla spesa «alberghiera» del sistema sanitario nazionale: per pasti, pulizia, lenzuola e altri servizi, ogni anno si spendono infatti circa quattro miliardi di euro.

Bassi e Cifoni a pag 6

**IL DOCUMENTO
DI ECONOMIA E FINANZA
SARÀ APPROVATO
TRA UNA SETTIMANA
CRESCITA RIVISTA
TRA LO 0,8% E LO 0,9%**

Tagli alla sanità per un miliardo Ipotesi slittamento di Irap e rendite

►Renzi: a maggio 80 euro in busta paga, decreto prima di Pasqua
Risparmi sulla spesa per pasti, lenzuola e pulizie degli ospedali

IL PROVVEDIMENTO

ROMA Il cantiere per il taglio dell'Irap proseguì a pieno regime. Ieri Matteo Renzi ha confermato che dal 27 maggio i lavoratori che guadagnano fino a circa 25 mila euro avranno 80 euro in più in busta paga. Il decreto con gli sgravi fiscali arriverà la settimana di Pasqua, subito dopo il Def,

il documento di economia e finanza, che sarà approvato l'8 o il 9 aprile. Intanto continuano ad emergere particolari sulle coperture. Una buona fetta dei soldi che serviranno per ridurre il peso delle tasse sui lavoratori dovranno arrivare da tagli alla sanità. Renzi e il suo braccio destro, Graziano Delrio, hanno dato come obiettivo al ministro Lorenzin un risparmio di almeno un miliardo di euro per il 2014. Molto di più dei 300 milioni indicati nelle slides presentate dal Commissario alla spending review, Carlo Cottarelli. Dove calerà le forbici Lorenzin? Soprattutto sulla spesa «alberghiera» del siste-

ma sanitario nazionale. Per pasti, pulizia, lenzuola ed altri servizi, ogni anno si spendono circa 4 miliardi di euro. L'obiettivo sarebbe dimezzare questa cifra in un triennio. I risparmi dovrebbero essere ottenuti aumentando le categorie merceologiche assoggettate alle gare Consip. Altri risparmi dovrebbero essere ottenuti con l'efficientamento che dovrebbe passare soprattutto attraverso una revisione informatica.

LO SCONTINO PIENO

Il provvedimento del governo arriverà dunque in tempo utile per permettere a produttori di software e sostituti d'imposta di aggiornare le procedure relative all'Irap, in modo tale da assicurare l'effetto sulle buste paga di maggio. Mentre potrebbe avere tempi meno immediati l'intervento destinato alle imprese. Non è nemmeno escluso che slitti di fatto al prossimo anno, con effetto però sui redditi del 2014, per la diversa tempistica dei versamenti: in questo caso anche l'entrata in vigore della stretta sulle rendite finanziarie potrebbe essere rinviata al primo gen-

naio dell'anno prossimo, il che semplificherebbe le relative operazioni tecniche.

Per l'imposta sul reddito delle persone fisiche è confermato l'intervento sulle detrazioni per lavoro dipendente: lo sconto pieno (80 euro al mese e 1000 l'anno a regime) verrebbe applicato fino ad un imponibile di 24 mila euro o poco meno, e andrebbe poi a decrescere gradualmente. Restano esclusi dai benefici gli incapienti, ossia coloro che avendo redditi bassi (fino a poco più di 8 mila euro l'anno per i contribuenti senza carichi familiari) non pagano Irap e dunque non possono trarre vantaggio da maggiori detrazioni.

L'intervento sul cuneo fiscale avrà un costo ma dovrebbe anche produrre un effetto positivo sulla domanda. Se ne terrà conto in qualche modo anche nella stima di crescita del Pil, posizionata allo 0,8-0,9 per cento del Pil ossia un po' più in alto rispetto alle stime delle organizzazioni internazionali.

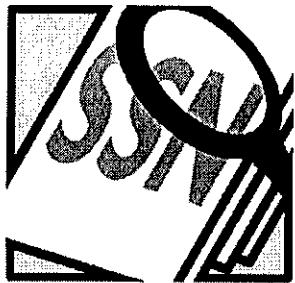
Andrea Bassi
Luca Cifoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RAPPORTO ISSIRFA-CNR/ Controllo di spesa assicurato ma ci sono carenze nei servizi

Regioni: Lea e costi in altalena

Risparmi da dedicare alla riorganizzazione: dove si taglia l'assistenza vacilla



Tagli di spesa o stabilizzazioni delle risorse, regionalismo o centralizzazione, ospedale o territorio: i dilemmi fondamentali del Ssn continuano a riproporsi negli anni della crisi economica più grave del Dopoguerra, come altalene a moto perpicio. Il Rapporto sulle Regioni 2013 dell'Issirfa - Cnr (Istituto di studi sui Sistemi regionali federali e sulle autonomie) si confronta con questi problemi nel capitolo sulle politiche sanitarie.

Oggi ci si interroga sull'esito del confronto tra ministro della Salute, presidente del Consiglio e commissario alla spending review. Le cifre delle revisioni di spesa non appaiono allarmanti (300 milioni nel 2014, 800 nel 2015 e 2.000 nel 2016), ma sono al netto dei risparmi sugli acquisti di beni e servizi. L'aspetto cruciale è se le risorse saranno reinvestite nella sanità o meno. L'insufficiente delle Regioni sui tagli si

spiega con l'ampiezza delle misure introdotte tra il 2010 e il 2012, che dovrebbero garantire una correzione di circa 9 miliardi a regime, al netto dell'aumento dei ticket bocciato dalla Corte costituzionale. Il Rapporto ricostruisce le manovre del 2012: la spending review, con le regole per l'abbattimento degli esborsi per acquisti di beni, servizi e prestazioni, l'ennesima riduzione dello standard di posti letto, la cui disponibilità già nel 2010 era inferiore alla media europea, gli ulteriori interventi sulla farmaceutica e sul personale.

I dati mostrano che il controllo sull'evoluzione della spesa è assicurato. Negli anni 2000 il trend è stato uno dei più moderati nell'area Ocse e i sistemi regionali hanno ottenuto un insperato riconoscimento dalla Ragioneria generale dello Stato, che in audizione presso la commissione Igiene e Sanità nel maggio scorso ha dato atto della nuova responsabilizzazione finanziaria delle Regioni e del superamento del vincolo di bilancio soft, con un tasso di crescita della spesa più che dimezzato tra il 2002-2006 (5,8% in media) e il 2006-2010 e lievemente negativo nel 2010-2012, e una riduzione del disavanzo dal 6,5 al 2% del finanziamento effettivo in 6 anni.

Il Rapporto sottolinea che le Regioni sono attive nel campo della tutela della salute (nel 2012 soprattutto su prevenzione e controllo, ser-

vizi socio-sanitari, più in generale programmazione e riordino); nel tempo si potrà valutare meglio l'efficacia di tale sforzo, i cui risultati non appaiono tuttavia ancora soddisfacenti. Non si possono infatti nascondere le carenze nella gestione di alcuni servizi sanitari regionali e gli squilibri territoriali, evidenziati dal monitoraggio dei piani di rientro e dei Lea, come pure dalla Corte dei Conti: dalle criticità sulla certificazione dei debiti alle cante contabili non regolarizzate, alle spese tenute dal bilancio regionale e non trasferite al Ssr; dalle insufficienze nella sistemazione delle reti, nel riordino dell'ospedaliera, nella gestione del personale, nella regolazione dei rapporti con i privati e nell'applicazione delle manovre ai tempi di pagamento troppo lunghi e alle incertezze nell'attuazione del piano di rientro. Ritardi nel riordino dei Ssr e blocco permanente del turn-over hanno reso difficile garantire i Lea nelle Regioni con piano di rientro: solo il Piemonte tra queste è stato completamente adempiente nel 2011, mentre Calabria, Campania e Puglia sono state valutate in posizione critica. Forti divergenze tra le Regioni emergono anche sulle prestazioni aggiuntive (l'Issirfa ha raccolto informazioni con un questionario, realizzato in collaborazione con l'Isfol).

È vero allora che il federalismo

ha accresciuto le distanze territoriali? Difficile rispondere, dal momento che la sua realizzazione si è incrociata con le politiche di austerità degli ultimi anni. Le Regioni comunque si sono schierate a difesa del Ssn e del suo universalismo, confermando che in fasi di arretramento del welfare i governi subnazionali possono rappresentare un argine allo smantellamento dei sistemi sociali e sanitari.

Al di là delle manovre di bilancio, nel 2012 da parte del Governo è stato avviato uno sforzo di riorganizzazione del Ssn, in particolare attraverso il decreto Balduzzi, che tra l'altro doveva affrontare la questione del trasferimento di prestazioni dall'ospedale al territorio e del rafforzamento dell'assistenza primaria e distrettuale, ma la mancata allocazione di risorse su questo intervento ne limita drasticamente la portata. La battaglia agli sprechi nella sanità va continuata, ma le risorse recuperate sono indispensabili per rafforzare i servizi territoriali, superare il blocco del turn-over e attuare i necessari processi di riordino dell'ospedaliera senza l'osessione di un eccessivo taglio dei posti letto. L'altalena del Ssn non deve perdere l'equilibrio.

Stefania Gabriele
dirigente di ricerca Issirfa-Cnr

OPPOSIZIONE BURRATA

COSTI E DISAVANZI

I conti al setaccio tra virtù e razionalizzazioni

Nel 2012 la spesa è aumentata a tassi compresi tra l'1 e il 2% in Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Sardegna e nelle Province autonome di Trento e Bolzano, mentre il decremento più consistente si è avuto in Liguria (3,2%) e Basilicata (2,3%), e riduzioni di circa un punto percentuale si sono verificate in Piemonte, Toscana, Marche, Molise, Campania, Puglia. Altrove la spesa è ri-

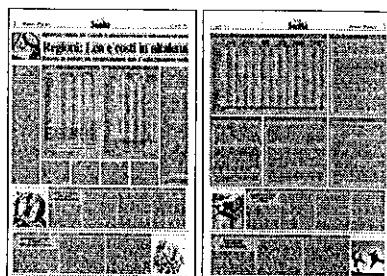
masta sostanzialmente stabile. Il disavanzo, secondo dati coerenti con i risultati del Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, al netto degli importi relativi a situazioni degli anni pregressi, si è ridotto di più di 500 milioni (-20%), fermandosi sotto i 2,2 miliardi. Per più di tre quarti il calo è stato assicurato nelle Regioni con piano di rientro (il 30% dal Piemonte, il 20% dal Veneto e altrettanto dal Lazio), mentre nelle Regioni a statuto speciale e Province autonome si è avuto, nel complesso, un aumento del disavanzo (il passivo di questi enti rappresenta nel 2012 ben il 44%

del deficit totale). Tuttavia è sempre il Lazio a detenere la quota più alta delle perdite (circa il 30% del totale nel 2012), e seconda resta la Sardegna (17%), seguita dalle due Province autonome, dove si è prodotto più del 20% (complessivamente) delle perdite complessive. Si osservi che il saldo negativo della mobilità sanitaria è quasi raddoppiato nelle Regioni in piano di rientro.

Dal lato del finanziamento, quello effettivo (comprendendo delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle inglobate nel finanziamento ordinario) è stato pari a 109,3 miliardi nel 2012, con

un aumento dell'1% rispetto all'anno precedente.

In rapporto al finanziamento effettivo il disavanzo è passato dal 6,5% del 2006 al 2% nel 2012, riducendosi soprattutto nelle Regioni sotto piano di rientro (escludendo quelle con piano "leggero", Piemonte e Puglia, e quelle uscite dai piani, Liguria e Sardegna, è calato dal 15,3% al 2,8% nel periodo, come evidenzia la Rgs). Il disavanzo è invece aumentato in rapporto al finanziamento nel complesso delle Regioni a statuto speciale e Province autonome (non includendo la Sicilia, in piano di rientro).



NORME STRUTTURALI E DI CONTENIMENTO

Scendono in campo le misure della spending review

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, lo standard di posti letto è stato ridotto a un massimo del 3,7 per mille abitanti (di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza), contro i 4 indicati come obiettivo dal Patto per la salute (che aveva ridotto il tetto di 0,5). Nell'Ue27, in media, i posti letto erano 5,4 per mille abitanti nel 2010, contro i 3,5 dell'Italia. Ben metà della riduzione deve essere realizzata nelle strutture pubbliche, mentre una norma promuove la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza per ridurre la spesa, attraverso sinergie pubblico-privato.

Molte sono le disposizioni sull'acquisto di beni e servizi, dispositivi medici e prestazioni che rivedono quelle del precedente Dl 98/2011. In definitiva è stato imposto l'obbligo di rinegoziare i contratti in caso di un prezzo superiore del 20% a quello di riferimento determinato dall'Osservatorio dei contratti pubblici, accedendo anche a convenzioni quadro di altre Regioni, se più convenienti. In alternativa è stato previsto il recesso, senza oneri, in deroga al codice civile. È stato disposto l'uso degli strumenti telematici messi a disposizione dalla Consip o dalle centrali di committenti regionali di riferimento per effettuare gli acquisti.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, con il Dl 95/2012 è stato portato il massimale della spesa ospedaliera al 3,5% del finanziamento ordinario al netto della distribuzione diretta (dal 2,4%), ponendo tuttavia a carico

delle aziende il 50% dell'eventuale sfornamento del tetto di spesa a decorrere dal 2013 (il rimanente 50% resta a carico delle Regioni). Per la farmaceutica territoriale il tetto è stato abbassato al 13,1% (dal 14%) per il 2012 e all'11,35% dal 2013 e sono stati rivisti i criteri di ripartizione del ripiano tra le Regioni. Inoltre sono stati incrementati l'extra-sconto a carico delle farmacie (dall'1,82% al 2,25%) e il rimborso a carico delle aziende farmaceutiche (dall'1,83% al 4,1% dal luglio al dicembre 2012).

Il Dl 95/2012 ha spostato fino al 2015 la proroga del tetto di spese per il personale, introdotto con la Finanziaria 2007 e pari all'ammontare della spesa dell'anno 2004 ridotta dell'1,4%, e ha chiarito che la limitazione della crescita dei trattamenti economici (anche accessori) si applica anche al personale convenzionato.

Spesa sanitaria per Regione

Regioni	Milioni di euro		Variazione %	
	2011	2012	2011	2012
Piemonte	8.418	8.344	1,5	-0,9
V. d'Aosta	278	280	5,3	0,5
Lombardia	18.124	18.237	3,6	0,6
Pa Bolzano	1.109	1.131	3,2	2,0
Pa Trento	1.132	1.153	3,2	1,9
Veneto	8.748	8.718	1,7	-0,3
Friuli V.G.	2.494	2.520	1,4	1,0
Liguria	3.232	3.130	-0,9	-3,2
Emilia R.	8.494	8.524	2,1	0,3
Toscana	7.131	7.037	-0,5	-1,3
Umbria	1.634	1.641	0,7	0,4
Marche	2.795	2.752	2,3	-1,5
Lazio	10.893	10.903	-1,1	0,1
Abruzzo	2.303	2.332	-0,5	1,2
Molise	648	640	-0,3	-1,2
Campania	9.819	9.709	-1,4	-1,1
Puglia	7.051	6.945	1,3	-1,5
Basilicata	1.060	1.035	2,3	-2,3
Calabria	3.371	3.357	-1,2	-0,4
Sicilia	8.500	8.541	1,4	0,5
Sardegna	3.179	3.210	2,5	1,0
Italia (a)	110.413	110.136	-0,1	-0,3
% Pil	7,0	7,0	-	-
Italia (b)	113.019	112.828	-	-0,2
% Pil	7,2	7,2	-	-
Italia (c)	111.593	110.842	-0,8	-0,7
% Pil	7,1	7,1	-	-

- a) spesa corrente al netto degli ammortamenti e del saldo rivalutazioni e svalutazioni (Rgs)
- b) spesa corrente comprensiva degli ammortamenti non sterilizzati (Corte dei conti)
- c) spesa corrente, contabilità nazionale (Istat)

Fonte: Rgs (2013b), Corte dei conti (2013a), Istat A/13

Risultato di esercizio del Ssn per Regione

Regioni	Milioni di euro		Quota (%) su perdite		
	Risultato di esercizio	Var.			
	a	b	b-a	2011	2012
Piemonte	-274,64	-111,05	163,59	9,5	5,0
Valle d'Aosta	-47,30	-49,85	-2,54	1,6	2,3
Lombardia	13,84	8,76	-5,08	-	-
Pa Bolzano	-222,96	-237,80	-14,84	7,7	10,7
Pa Trento	-224,25	-243,42	-19,17	7,7	11,0
Veneto	114,96	1,05	-113,92	-	-
Friuli V.G.	-69,33	-49,06	20,27	2,4	2,2
Liguria	-142,97	-57,48	85,49	4,9	2,6
Emilia Romagna	-104,58	-14,70	89,88	3,6	0,7
Toscana	-113,38	-52,47	60,92	3,9	2,4
Umbria	9,16	13,36	4,20	-	-
Marche	21,19	29,01	7,82	-	-
Lazio	-774,94	-660,86	114,07	26,8	29,9
Abruzzo	36,77	5,00	-31,77	-	-
Molise	-37,62	-33,52	4,11	1,3	1,5
Campania	-245,48	-156,09	89,39	8,5	7,1
Puglia	-108,35	-41,02	67,33	3,7	1,9
Basilicata	-48,55	-7,50	41,05	1,7	0,3
Calabria	-110,43	-71,95	38,48	3,8	3,3
Sicilia	-26,09	-54,06	-27,96	0,9	2,4
Sardegna	-343,40	-371,49	-28,09	11,9	16,8
Italia	-2.698,35	-2.155,12	543,24	-	-
Regioni con Pdr	-1.540,77	-1.123,54	417,23	-	-
Regioni senza Pdr	-1.157,58	-1.031,58	126,00	-	-
di cui: a statuto speciale e Pa	-907,25	-951,61	-44,36	-	-

Pdr = Piano di rientro

Fonte: Rgs (2013b)

Principali voci di spesa del Ssn per Regione, anno 2012

Regione	Personale		Farmaceutici		Altri beni e servizi		Medicina generale		Farmaceutica convenzionata		Altre prestazioni da privato	
	Mln €	Var. %	Mln €	Var. %	Mln €	Var. %	Mln €	Var. %	Mln €	Var. %	Mln €	Var. %
Piemonte	2.886,4	-1,5%	639,1	0,1%	1.725,0	1,3%	475,7	0,1%	642,2	-8,0%	1.575,5	-1,2%
V. d'Aosta	113,2	0,3%	14,0	-7,5%	81,2	-3,4%	15,7	2,5%	19,0	-3,1%	25,2	12,3%
Lombardia	5.085,7	-0,6%	1.052,4	4,6%	3.447,9	4,3%	910,4	1,1%	1.379,9	-4,0%	5.268,0	0,2%
Pa. Bolzano	572,2	4,2%	61,5	4,4%	219,4	-0,7%	54,4	0,3%	46,3	-16,3%	129,8	2,9%
Pa. Trento	413,3	2,3%	46,3	6,5%	240,5	5,3%	59,8	1,4%	71,8	-4,7%	153,9	11,2%
Veneto	2.747,8	0,1%	611,8	3,7%	2.105,8	1,4%	548,0	0,2%	590,3	-12,0%	1.639,4	-1,6%
Friuli V.G.	948,7	0,2%	175,0	-6,6%	694,7	10,0%	130,4	-1,9%	196,8	-9,0%	275,4	0,5%
Liguria	1.119,9	-2,9%	238,5	-0,9%	634,7	-6,9%	163,7	0,2%	246,8	-12,9%	386,7	-1,1%
Emilia R.	2.996,8	-0,8%	625,8	0,3%	1.909,1	6,4%	525,8	1,8%	568,1	-12,1%	1.251,4	2,4%
Toscana	2.564,7	1,7%	633,8	-1,4%	1.685,6	-1,7%	414,3	0,3%	503,2	-8,8%	884,1	0,6%
Umbria	614,4	0,6%	135,3	2,7%	395,6	1,2%	92,9	1,8%	140,2	-4,4%	189,5	0,9%
Marche	1.009,3	-1,7%	256,7	1,5%	558,7	-2,5%	174,3	1,2%	235,7	-7,5%	380,4	9,0%
Lazio	2.901,5	-2,8%	765,9	4,1%	2.149,5	0,1%	614,6	0,2%	934,0	-14,1%	2.802,7	2,5%
Abruzzo	765,6	-0,9%	175,4	2,0%	510,5	4,0%	152,6	-0,3%	223,5	-10,0%	368,8	-0,1%
Molise	204,2	-2,4%	43,2	10,7%	115,3	-2,2%	51,3	-0,8%	48,7	-11,5%	155,0	2,1%
Campania	2.940,0	-4,3%	741,1	4,0%	1.523,8	3,4%	651,0	0,9%	895,3	-5,9%	2.176,3	-1,3%
Puglia	2.045,2	-3,2%	620,8	10,0%	1.279,4	1,4%	512,9	1,1%	638,0	-11,4%	1.524,6	-1,9%
Basilicata	381,1	-1,1%	82,7	0,0%	200,9	-5,9%	80,5	-3,7%	82,3	-13,8%	156,8	-1,6%
Calabria	1.221,1	-2,7%	246,9	-1,0%	486,9	2,4%	247,9	0,1%	340,3	-6,0%	576,6	-1,8%
Sicilia	2.902,5	-0,6%	562,8	7,2%	1.162,7	0,9%	589,0	0,4%	879,9	-7,8%	1.982,1	3,0%
Sardegna	1.172,6	0,7%	267,6	-2,0%	669,4	1,8%	199,0	0,7%	329,0	-1,1%	448,0	2,2%
Italia	35.606,3	-1,4%	7.996,7	2,7%	21.796,6	1,9%	6.664,2	0,6%	9.011,2	-8,6%	22.350,3	0,5%

Fonte: Rgs (20/3b)

La garanzia dei Lea

- Il Piemonte e le Regioni senza piano di rientro sono state adempienti rispetto al mantenimento dell'erogazione dei Lea nel 2011, ultimo anno disponibile, mentre per sette Regioni si è rinvciato al piano di rientro e tre di queste (Calabria, Campania e Puglia) sono state giudicate in posizione "critica". Si rilevano alcuni indicatori non buoni anche nelle Regioni a statuto speciale senza piano di rientro e nelle Province autonome
- La Liguria, sia pure adempiente, si è impegnata per il 2012 a verificare il miglioramento degli indicatori su vaccini e screening. Le Regioni non completamente adempienti sono state rinviate agli obiettivi stabiliti dal piano di rientro per quanto riguarda l'assistenza residenziale (tutte le sette Regioni), farmaceutica (Puglia) e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera (tutte); sono stati rinvervati problemi anche con riguardo alla prevenzione (tutte), e in particolare alle vaccinazioni (Lazio, Abruzzo, Calabria, Molise, Sicilia), agli screening (Abruzzo, Calabria, Lazio, Puglia, Sicilia) e alla prevenzione veterinaria (Abruzzo, Calabria)
- Sospinte forse anche dalla pressione derivante dal monitoraggio dei Lea, le Regioni sono state piuttosto attive nel campo della tutela della salute (soprattutto nella prevenzione e controllo, nei servizi socio-sanitari e più in generale nella programmazione generale e riordino), in uno sforzo di adattamento e riorganizzazione delle strutture e delle reti assistenziali, di cui solo col tempo potrà essere valutata l'adeguatezza a migliorare effettivamente l'efficienza e l'appropriatezza
- Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto forniscono livelli aggiuntivi di assistenza e sono adempienti ai Tavoli di verifica su questo aspetto. Campania e Molise hanno dichiarato di non fornire prestazioni extra Lea. Lazio, Abruzzo e Calabria sono state indicate inadempienti; Piemonte e Sicilia sono adempienti "con impegno". Valle d'Aosta, Trento e Bolzano (che non partecipano ai Tavoli) forniscono prestazioni aggiuntive, mentre non si dispone di informazioni relativamente a Friuli Venezia Giulia e Sardegna

I piani di rientro e il governo della spesa

- Le Regioni con piano di rientro hanno dovuto moltiplicare i propri sforzi di razionalizzazione della spesa, alcune attraverso l'azione dei Commissari ad acta (sulle cui funzioni in qualche caso si è creato un contenzioso costituzionale); anche le altre Regioni si sono cimentate con l'applicazione del decreto legislativo 118/2011 sull'armonizzazione dei bilanci e degli schemi contabili e con il decreto legge 95/2012 e le altre manovre di correzione della spesa; molte Regioni hanno affrontato una generale riorganizzazione e riordino del sistema, anche nel settore socio-sanitario
- Il monitoraggio delle Regioni in piano di rientro dello scorso aprile ha evidenziato criticità con riguardo alla rete ospedaliera e territoriale, al riassesto delle reti assistenziali, ai rapporti con gli erogatori privati (in particolare sull'accreditamento), al personale. Inoltre sono stati chiesti chiarimenti sull'applicazione del DL 95/2012, sono state avanzate raccomandazioni sulla riduzione dei tempi di pagamento, sono state stigmatizzate l'approvazione da parte di alcuni Consigli regionali di provvedimenti in contrasto con il piano di rientro e con i poteri commissariali; le criticità sulla certificazione dei debiti, la presenza di carte contabili non regolarizzate e di spettanze trattenute dal bilancio regionale e non trasferite al Ssr
- La Corte dei conti ha sottolineato che le misure di blocco del turn over nelle Regioni in piano di rientro possono mettere a rischio la garanzia dei livelli di assistenza, soprattutto quando i piani vengono seguiti da programmi operativi e l'emergenza diventa una condizione duratura

La politica sanitaria centrale

- Nel 2012 è stata avviata la cosiddetta spending review: da un lato è stato istituito il Comitato interministeriale per la revisione della spesa pubblica ed è stata introdotta la figura del Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi, dall'altro sono stati adottati provvedimenti volti alla razionalizzazione della spesa sanitaria, che prevedono la riduzione dei posti letto, il ridimensionamento degli esborsi per acquisti di beni, servizi e prestazioni, la revisione della regolazione del settore farmaceutico e la prosecuzione delle misure di contenimento della spesa per il personale. Le manovre, ampie e articolate, hanno disposto sia tagli lineari, sia innovazioni procedurali e per il miglioramento dell'efficienza
- Quanto al decreto 158/2012 (decreto Baldazzi), l'intervento più atteso era forse quello rivolto ad attuare la continuità dell'assistenza di base nelle 24 ore. La riorganizzazione dell'assistenza primaria da parte delle Regioni dovrebbe essere messa in atto attraverso le convenzioni con i medici. In mancanza di risorse investite per favorire un maggiore impegno di questi ultimi nell'assistenza territoriale, il provvedimento è stato facile bersaglio di una critica di velleitarismo e scarso potenziale innovativo. Non bisogna infatti dimenticare che già il decreto legislativo 502/1992 prevedeva l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale «per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana»
- La delibera intorno ai criteri per l'individuazione delle Regioni benchmark, cioè quelle di riferimento sui costi e fabbisogni standard, prevede quattro criteri per la scelta delle Regioni eligibili: la garanzia dell'erogazione dei Lea; quella dell'equilibrio economico-finanziario; il fatto di non essere assoggettate a piano di rientro; la valutazione positiva da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali

I risultati economico-finanziari

- La spesa sanitaria corrente si è lievemente ridotta in valore assoluto nel 2012 ed è rimasta stabile in rapporto al Pil (7%). La spesa è aumentata (con tassi di crescita tra l'1 e il 2%) in Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Sardegna e nelle Pa di Trento e Bolzano, mentre è calata in Liguria (3,2%), Basilicata (2,3%), Piemonte, Toscana, Marche, Molise, Campania, Puglia (circa un punto), per rimanere abbastanza stabile nelle altre Regioni
- La spesa farmaceutica convenzionata è diminuita quasi del 9%, quella di personale dell'1,4%, le prestazioni da privato, compresa la medicina convenzionata, sono state sostanzialmente stazionarie e gli acquisti di beni e servizi, soprattutto farmaci, hanno avuto un moderato aumento
- Il disavanzo si è ridotto di più di 500 milioni (-20%), collocandosi a meno di 2,2 miliardi. La riduzione è stata prodotta per più di tre quarti dalle Regioni con piano di rientro (30% dal Piemonte, 20% dal Veneto e 20% dal Lazio); si è invece verificato un aumento nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome
- In rapporto al finanziamento effettivo il disavanzo è passato dal 6,5% del 2006 al 2% nel 2012. Il tasso di crescita della spesa, pari al 5,8% medio annuo nel periodo 2002-2006, risulta più che dimezzato nel 2006-2010 (e lievemente negativo nell'ultimo triennio)
- Secondo la Ragioneria generale dello Stato dalla seconda metà degli anni 2000 si è verificato un cambiamento di paradigma, con la responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, grazie all'operare dei piani di rientro; la Corte dei conti, pur confermando il miglioramento, evidenzia tuttavia il permanere di alcune criticità (carenze nella garanzia dei livelli di assistenza, residui squilibri finanziari, debiti verso i fornitori)

ILIVELLI DI ASSISTENZA**Lea ed extra-Lea:
chi li garantisce
e chi no**

Tutte le Regioni senza piano di rientro sono state adempienti rispetto all'erogazione dei Lea nel 2011, e così pure il Piemonte. Per sette Regioni si è rinvciato al piano di rientro: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia. Di queste, sono in posizione "critica" Calabria, Campania e Puglia, mentre le altre sono risultate adempienti "con impegno su alcuni indicatori". La Liguria si è impegnata per il 2012 al miglioramen-

to degli indicatori sulle coperture vaccinali per morbillo, parotite e rosolia (Mpr), influenza nell'anziano e attività di screening. Le Regioni non completamente adempienti sono state rinviate agli obiettivi del piano di rientro per l'assistenza residenziale per anziani (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Sicilia, Puglia), quella per malati terminali (Abruzzo, Calabria, Campania), l'assistenza farmaceutica (Puglia) e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia); problemi sulla prevenzione in Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia, Lazio, Molise, Sicilia, e in particolare alle vaccinazioni (Lazio) per

Mpr (Abruzzo, Calabria, Molise) e antinfluenzale per gli anziani (Abruzzo, Molise, Sicilia), agli screening (Abruzzo, Calabria, Lazio, Puglia, Sicilia) e alla prevenzione veterinaria (Abruzzo, Calabria). Anche le Regioni a statuto speciale e le Province autonome hanno diversi indicatori non buoni.

Le Regioni forniscono anche prestazioni extra-Lea, sussidi economici e dispositivi medici ad alcuni soggetti in determinate condizioni. Sono adempienti Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto. Anche Valle d'Aosta e Trento e Bolzano forniscono prestazioni aggiuntive. Campania e Molise invece han-

no dichiarato di non fornire. Inadempienti invece per gli extra-Lea Lazio (che non fornisce informazioni), Abruzzo con rinvio al piano di rientro (copre la quota di spettanza dei Comuni per prestazioni socio-assistenziali) e Calabria (rimborso parziale di oneri di viaggio e soggiorno per patologie di particolare importanza in Italia o all'estero), mentre il Piemonte è stato definito adempiente "con impegno" (non deve più destinare risorse aggiuntive dal bilancio regionale alla copertura degli extra-Lea), così come la Sicilia, che deve fornire chiarimenti sull'esenzione per i minori in comunità. Nessuna informazione su Friuli Venezia Giulia e Sardegna.

I RISULTATI DELLE VERIFICHE**Tutti gli scogli
sul cammino
dei piani di rientro**

Nel monitoraggio delle Regioni in piano di rientro, sono state evidenziate diverse criticità e problemi: con riguardo alla rete ospedaliera (Piemonte, Puglia, Abruzzo, Campania, Sicilia, Lazio), territoriale (Puglia, Abruzzo, Campania, Sicilia, Lazio), al riassesto delle reti assistenziali (Calabria, Molise), ai rapporti con gli erogatori privati (Piemonte, Calabria, Abruzzo, Lazio, Molise), in particolare con riferimento all'accreditamento (Calabria, Abruzzo, Campania, Lazio), al personale (Piemonte, e inoltre sono state avanzate ulteriori richieste di

informazioni e interventi a Calabria, Campania, Lazio).

Nel caso della Calabria, nel 2012 è stato considerato gravissimo il ritardo nell'erogazione dei Lea, mentre è stato apprezzato il miglioramento delle scritture contabili; il Lazio dovrà urgentemente procedere al rinnovo dei protocolli d'intesa con tutte le università statali e non statali; per la Sicilia è stato osservato il mancato recepimento del Dlgs 118/2011; per il Piemonte sono stati evidenziati problemi riguardo all'istituzione delle federazioni sovrazionali; sono state considerate le richieste di deroga al blocco del turn over della Puglia.

Inoltre sono stati chiesti chiarimenti e aggiornamenti sull'applicazione della manovra prevista dal Dl 95/2012, con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati (Puglia) e all'acquisto di beni e servizi (Piemonte, Puglia, Campania,

Lazio, Molise). I Tavoli tecnici hanno raccomandato di affrontare nei programmi operativi 2013-15 la questione dei tempi di pagamento secondo Ue (Piemonte, Puglia, Calabria, Abruzzo). In qualche caso è stata bissata l'approvazione del Consiglio regionale di provvedimenti in contrasto con il piano di rientro e con i poteri commissariali (Abruzzo, Campania). Infine, sono state sottolineate criticità sulla certificazione dei debiti (Abruzzo) e sulla presenza di carte contabili non regolarizzate (Campania). È stato sollevato il problema delle spettanze trattenute dal bilancio regionale e non trasferite al Ssr (Abruzzo, Campania, Lazio, Molise), con la conseguenza di tempi di pagamento ai fornitori molto lunghi (a esempio 763 giorni per la Campania, 900 per il Molise), è stato chiesto il ripristino dell'intero finanziamento aggiuntivo derivante dalla massimizzazione delle aliquote fiscali in Sicilia.

Patto salute, Coletto: risparmi sanità restino alle Regioni

Chiudere il Patto per la salute in tempi brevi, «tre settimane o un mese al massimo». Ma solo «dopo aver avuto la conferma di quanto promesso nei giorni scorsi dal Governo, ovvero che i risparmi della sanità resteranno nel settore», anzi, volendo essere precisi, «alle regioni stesse che li producono». A chiarirlo è Luca Coletto, assessore alla Sanità della Regione Veneto e coordinatore degli assessori alla Sanità, in vista del prossimo 4 aprile, giorno in cui si riapriranno i lavori del Patto per la salute.

Dopo un ristagno dovuto al cambio di governo, regioni e ministero torneranno a sedersi intorno a un tavolo per ridefinire i contorni del Servizio Sanitario “che verrà”. Il primo appuntamento però, servirà sostanzialmente a fare il punto della situazione e sondare gli animi. «Venerdì - spiega all'Ansa Coletto - capiremo il ricollocamento del Patto, ora che è cambiato il governo. Vorremmo rassicurazioni su quanto sino ad ora concordato, innanzitutto su valore del fondo di 109 miliardi per il 2014, 113 per il 2015 e 117 per il 2016. In secondo luogo sul fatto che la spending review ci consentirà di mantenere i risparmi ottenuti attraverso la razionalizzazione della spesa, nelle disponibilità del settore e delle regioni che li producono». Superato il primo step si riprenderà la marcia interrotta. Tra i temi all'ordine del giorno la spesa farmaceutica e i possibili risparmi derivanti dalla costituzione di centri regionali per gli acquisti di farmaci e dispositivi, «solo così ovvieremo alla famosa siringa che costa 5 euro in una regione e 50 centesimi in un'altra», sottolinea Coletto. Però, conclude, «se è vero che possiamo migliorare i costi è anche vero che un caso come Avastin non deve esistere e ci dimostra che non è giusto far ricadere sempre la colpa degli sprechi solo sulle regioni» (M.M.)



> CAMICI & PIGIAMI PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

TAGLIAMO LA SANITÀ INUTILE INVESTIAMO IN RICERCA MEDICA

IL SOLITO piagnistero sui tagli alla sanità s'alimenta delle lacrime di fornitori, farmaceutici, sindacalisti, onorevoli e i loro clienti. Spettacolo già visto, scontato, ipocrita. Dobbiamo invece avere il coraggio di tagliare, sostenendo un Ssn gratuito, equo e moderno. Mortalità e costi sono molto più bassi nei centri che fanno migliaia di volte lo stesso intervento ogni anno, sono troppo alti altrove. E tagliamo anche cattedre e primariati. Il precario non può essere il medico del pronto soccorso, ma i suoi direttori, amministrativi inclusi. Tagliare, licenziare e reinvestire in ricerca scientifica è la svolta buona, caro Renzi, soprattutto la svolta sana.

camici.pigiами@gmail.com



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Spending review: il documento delle Regioni per Cottarelli - Centrali d'acquisto e gare trasparenti

La scure dei governatori su B&S

Nel mirino farmaci e distribuzione, dispositivi, servizi - E il «Patto» ora riparte

Spending review: arriva il "modello" delle Regioni. Nel mirino la spesa per beni e servizi di Asl e ospedali: farmaci, dispositivi medici, emoderivati e vaccini, protesi, ristorazione, servizi di pulizia e lavanderia, trasporto, vigilanza, smaltimento rifiuti. E anche le spese di manutenzione di immobili e impianti e i costi energetici. La ricetta dei governatori ha come ingredienti

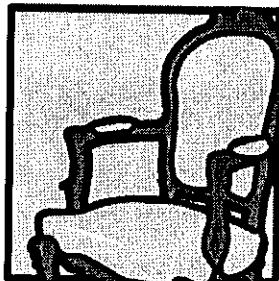
ti-base centrali d'acquisto e processi di programmazione, trasparenza e competizione nelle gare. Ma le Regioni sono pronte a toccare anche alcuni punti nevralgici con una «revisione del modello distributivo dei farmaci» o la spinta a generic e biosimilari. Le cifre però si scriveranno tutte nel Patto per la salute che riprende la sua corsa il 4 aprile.

DEL BUFALO, TODARO PAG. 5

Le proposte delle Regioni per la razionalizzazione della spesa per gli acquisti nel Ssn

Beni e servizi si tagliano così

Nel mirino farmaci, dispositivi, protesi, assistenza integrativa, manutenzioni e Ict



La spending review targata Cottarelli punta alla riduzione della spesa per beni e servizi: una previsione da 10,3 miliardi in tre anni, sanità compresa. E i governatori rispondono con il loro piano per limare - ma di cifre non parlano ancora - i 36,1 miliardi (dato 2012) di B&S acquistati dal Ssn. E netto: sul piatto farmaci (con generic e distribuzione al primo posto), dispositivi medici (divisi tra quelli standardizzabili e quelli specialistici), materiali protesici (con accordi quadro con i fornitori), assistenza integrativa protesica (in base al tipo di ausilio), manutenzione di impianti e immobili (con "contratti a risultato"), servizi sanitari e Ict (standardizzando anche per avere sistemi omogenei sul territorio).

Tutto questo però andrà fatto fissando una serie di paletti: centrali d'acquisto in ogni Regione, obbligo di trattare determinati acquisti a livello aggregato, semplificazione delle procedure, prezzi

di riferimento per alcune categorie più complesse, programmazione degli acquisti e loro dematerializzazione.

Le cifre nel Patto per la salute. Il tutto è spiegato in un documento messo a punto dalla commissione Salute che ora i governatori dovranno formalizzare come proposta ufficiale. Nelle premesse (si veda tabella) si afferma con forza la necessità di «agire in profondità» sui processi di acquisto di beni e servizi, ma soprattutto che «i risparmi conseguiti sono utilizzati in sanità per migliorare i livelli qualitativi del sistema di servizi e la sua efficacia ed efficienza». A scrivere le cifre dei risparmi ci penserà il Patto per la salute che riparte il 4 aprile, ma tutto comunque si dovrà fare in tempi stretti, anche «attivando preliminarmente i necessari contenuti normativi».

Cosa farà il tavolo Cottarelli. La principale leva di intervento riguarda il rafforzamento della governance del sistema degli acquisti in sanità «che miri al potenziamento del processo di pianificazione e aggregazione della domanda pubblica di beni e servizi, orientato a un potenziamento della concorrenza e a un più efficace ricorso al mercato», spiega il documento. E la governance sul sistema degli acquisti dovrebbe toccare al tavolo tecnico del commissario Cottarelli, che andrebbe integrato con com-



petenze sanitarie specifiche presenti nelle centrali di committenza dei Servizi sanitari regionali.

Al tavolo di Cottarelli le Regioni affidano il compito di sovrintendere all'attuazione di alcune delle misure che elevarono nel documento, perché siano «pienamente operativi i processi di accentramento» che già molte Regioni hanno messo in pratica.

Prima di tutto la costituzione di centrali di acquisto in tutte le Regioni, come aveva già previsto la Finanziaria 2007. Queste si dovranno occupare non tanto delle gare aggregate (che non sono sempre, sottolineano le Regioni, un fattore di efficienza), ma avere la responsabilità dei piani di razionalizzazione della spesa, da ottenere con il governo e la standardizzazione della domanda delle aziende sanitarie.

Poi deve scattare l'obbligo di affrontare determinate categorie merceologiche a livello aggregato, sia attraverso le centrali di acquisto che con aggregazioni stabili di enti (a esempio le Aree vaste). Un obbligo che potrebbe partire per particolari categorie come i farmaceutici e affini, dispositivi medici ad alta standardizzazione, servizi di pulizia, lavaggio, ristorazione, vigilanza, per poi essere esteso a tutte le categorie standardizzabili centralmente.

Altro passo è la semplificazione delle procedure con le modifiche normative per l'estensione programmata delle gare e il "riuso" dei risultati dei processi di selezione dei prodotti.

Per le categorie merceologiche difficili da standardizzare, sarà necessario introdurre prezzi di riferimento a livello regionale, sovra-regionale o nazionale e si dovranno prevedere processi strutturati di programmazione degli acquisti per evitare la loro

frammentazione e l'eccessivo ricorso a proroghe, acquisti in privativa o a procedure negoziate.

Le centrali d'acquisto dovranno essere subito operative, per consentire scambi di esperienze tra i diversi soggetti ed essere in sinergia tra loro per mettere in campo procedure di gara di livello sovra-regionale.

Non può mancare un salto di livello degli operatori, per i quali si dovranno sviluppare processi di crescita qualitativa «perché siano utilizzate tutte le professionalità prodotte dal sistema».

Capitolo importantissimo è la dematerializzazione degli acquisti sia nella fase di gara che in quella di esecuzione dei contratti. Questo permette «importanti risparmi di processo e di riduzione di costi indiretti» e di attivare sistemi efficaci di controllo e monitoraggio della spesa.

Infine, nelle azioni che il tavolo di Cottarelli dovrà sovraintendere, le Regioni mettono anche la salvaguardia nei processi di affidamento dei servizi delle piccole aziende locali di produzione e l'incentivazione delle logiche di fornitura, innovazione e sviluppo dei sistemi appaltati.

Poi, il documento passa in rassegna i settori su cui le Regioni vogliono agire.

Farmaceutica. Categoria di spesa ad altissimo impatto «per la quale dovrebbe essere obbligatorio il ricorso a gare centralizzate di livello regionale», è uno dei capitoli cruciali nel pacchetto degli interventi. E tutto ruota attorno a «consigli per gli acquisti» capaci di far salire la pressione alle imprese di settore. In primis - ovvio ma ancora troppo poco diffuso - il ricorso ai Sistemi dinamici di acquisizione, totalmente telematici, agili e risparmiosi. Poi il focus sulle generazioni: basterebbe avvertire tem-

pestivamente le Regioni sulle scadenze brevetuali giunte a compimento per risparmiare sugli acquisti, magari inserendo clausole cautelative nei contratti di fornitura. E ancora - sempre sulle gare - la questione dei biosimilari che stoppa le operazioni e intasa da tempo i Tar regionali, prevedendo le gare in equivalenza terapeutica già adottate da alcune Regioni «pioniere» e peraltro benedette dalle autorità amministrative. Di più: le Regioni chiedono di poter mettere in gara farmaci contenenti principi attivi diversi terapeuticamente sovrapponibili. La richiesta rinverdisce la vecchia querelle sulle categorie terapeuticamente omogenee e addita esplicitamente il paletto della norma - introdotto col decreto «Balduzzi» - che ha introdotto il parere preventivo dell'Aifa in materia: basterebbe - scrivono le Regioni - che Aifa aggiornasse definitivamente le categorie terapeutiche omogenee anche alla luce delle esperienze maturate dai territori. Infine appena un accenno alla revisione del modello distributivo dei farmaci: per potenziare la «diretta» o imboccare la «per conto» è presto per dirlo.

Dispositivi medici. Gare in primo piano anche al capitolo dei dispositivi: le Regioni suggeriscono la realizzazione di gare regionali - condite dalla standardizzazione dei fabbisogni e dalla riduzione dei lotti in gara - per l'acquisto di dispositivi di uso trasversale (siringhe, provette, garze, fili da sutura e così via). Mentre riserverebbero la definizione di prezzi di riferimento per i dispositivi di alto livello specialistico.

Materiali protesici. C'è spesso poca concorrenza in questo tipo di acquisti secondo le Regioni. E per questo, anche mante-

nendo un certo livello di «personalizzazione» sono necessarie gare che garantiscano una concorrenza e risparmi di spesa. La strada è quella della centralizzazione per i dispositivi standardizzabili e accordi quadro con più fornitori per lasciare liberi i professionisti di scegliere tra più dispositivi in base alle esigenze del singolo paziente.

Assistenza integrativa e protesica. È un settore di spesa molto differenziato che passa dalla distribuzione diretta con le farmacie o le strutture delle Asl alla gestione con rimborso a prezzi fissi a farmacie o sanitarie. Le Regioni prevedono gare centralizzate per i dispositivi di serie e quelli acquistati direttamente dalle Asl e l'eliminazione del divieto di scegliere il «contraente» con le gare per i dispositivi su misura (carrozze pieghevoli, protesi auricolari ecc.).

Manutenzione di immobili e impianti. Questa è una spesa «totalmente aggredibile» a livello centralizzato, ma le Regioni vorrebbero «contratti a risultato» (si paga al raggiungimento e mantenimento delle performance stabilite) e soprattutto la garanzia dell'efficienza energetica dei sistemi edificio-impianti.

Servizi non sanitari ed Health technology. Standardizzazione forte e gare regionali soprattutto per pulizia, ristorazione, lavaggio, vigilanza, trasporto e smaltimento rifiuti. Ma anche per i servizi Ict, per raggiungere l'unificazione dei sistemi a livello regionale (in primis quelli amministrativo-contabili), oggi ancora un miraggio. Il supporto per definire i nuovi strumenti potrà arrivare anche da Agenas e Iss.

**Paolo Del Bufalo
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I paletti delle Regioni sui beni e servizi

- Agire in profondità su tutti i processi di acquisizione di beni e servizi per ottimizzare al meglio i processi di supporto e di governance del settore
- Ribadire che i risparmi conseguiti sono utilizzati in sanità per migliorare i livelli qualitativi del sistema di servizi e la sua efficacia ed efficienza
- Evidenziare come la ricerca dei margini economici di intervento va attivata nell'ambito del Patto per la salute, con il coinvolgimento responsabile degli attori del sistema
- Esplicitare che l'impegno è contenuto formale, stabilito fin dall'inizio nella concertazione interistituzionale del Patto, su cui si intende proseguire veloci e determinati e con intento di realizzare, ribadendo la necessità di attivare preliminarmente anche i necessari contenuti normativi sugli strumenti e sugli impegni da conseguire
- Richiedere il miglioramento qualitativo e il potenziamento di tutti gli strumenti di governo della spesa, compreso quelli del livello centrale, rimuovendo le cause della loro ridotta operatività

Come intervenire sui settori prioritari di spesa**Spesa farmaceutica**

- Utilizzo dei Sistemi dinamici di acquisizione, strumenti totalmente telematici che consentono di snellire le fasi di negoziazione
- Immediato recepimento della generazione di principi attivi in privativa, sia attraverso specifiche clausole da inserire nei contratti, sia attraverso l'istituzione di sistemi di comunicazione che informino in maniera tempestiva ed esaustiva le Regioni sulla scadenza dei brevetti
- Ricorso a gare che prevedano la possibilità di mettere in concorrenza principi attivi differenti con sovrappponibilità terapeutiche
- Sviluppo dell'utilizzo di farmaci biosimilari, con il contributo tecnico-scientifico di Aifa prevedendo gare in equivalenza terapeutica, alla stregua di quanto fatto da alcune Regioni e come disposto da pronunce di varie autorità amministrative
- Revisione del modello distributivo dei farmaci e aggiornamento programmato, sulla base degli indirizzi sopra esposti del Prontuario del Ssn

Spesa per dispositivi medici

- Gare regionali per le categorie di dispositivi di utilizzo trasversale (aghi e siringhe, provette, materiale da laboratorio, materiale da medicazione, antisettici e disinfettanti, Tnt, guanti, ausili per incontinenti, suture) con la standardizzazione dei fabbisogni, cercando di ridurre il numero dei lotti posti a gara
- Definizione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici a uso specialistico di difficile standardizzazione, da parte dell'Avcp ovvero delle stesse centrali di acquisto regionali, come recentemente realizzato in alcune Regioni

Spesa per materiali protesici

- Gare centralizzate per i dispositivi più standardizzabili (protesi, endoprotesi coronariche, pace-maker, defibrillatori implantabili, lenti intraoculari), nelle quali occorre ridurre al minimo i lotti anche mettendo in concorrenza prodotti basati su tecnologie diverse, ma che hanno il medesimo impiego clinico

- Utilizzare strumenti più complessi (a esempio accordi quadro con più fornitori), in quelle categorie, come le protesi ortopediche, dove, per la medesima categoria, è comunque necessario garantire ai professionisti la possibilità di scegliere, in specifici casi, fra più dispositivi sulla base delle esigenze del singolo paziente

- Utilizzo di prezzi di riferimento nazionali o regionali secondo i punti precedenti

Spesa per assistenza integrativa e protesica

- Prevedere l'espletamento di gare di appalto centralizzate per tutti gli ausili degli Allegati 2 (dispositivi - ausili tecnici - di serie) e 3 (apparecchi acquistati direttamente dalle Asl) del Dm 332/1999, eliminando di fatto, per tali ausili, la possibilità di ricorso ai rimborosi diretti
- Eliminare il divieto di scegliere il contraente tramite gara per gli ausili di cui all'Allegato I del decreto ministeriale 332/1999 (dispositivi su misura) o per alcuni di essi. In alcuni casi infatti (si vedano a esempio le carrozzine pieghevoli e le protesi auricolari), tali ausili presentano un livello di personalizzazione ridotto o quasi nullo, rappresentando, nel contempo, una fetta di spesa piuttosto consistente

Spesa per manutenzione immobili e impianti

- Preferire l'introduzione di contratti "a risultato", che prevedono la fornitura integrata di manutenzioni e vettori energetici, in cui il pagamento del canone avviene al raggiungimento e al mantenimento dei livelli di performance prestabiliti
- Introdurre elementi che stimolino l'efficienza energetica dei sistemi edificio-impianti, al fine di ridurre, in maniera strutturale, i consumi energetici degli immobili pubblici

Servizi non sanitari ed health technology

- La categoria servizi è in larga parte standardizzata e quindi potenzialmente oggetto di gare regionali, in particolare per quanto attiene ai servizi di pulizia, ristorazione, lavanolo, vigilanza, trasporto e smaltimento rifiuti
- Nel settore dei servizi Ict è possibile prevedere il ricorso a gare centralizzate che dovrebbero prevedere una progressiva unificazione dei sistemi a livello regionale, a partire da quelli amministrativo-contabili