



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

24 APRILE 2015

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena



CONFERMA IN APPELLO. Dopo un aborto, fu fatale un'embolia polmonare. Restano sotto processo altri 3 sanitari

Donna morta al Cervello, medico assolto

●●● L'assoluzione viene confermata nei confronti del medico del pronto soccorso, mentre il processo continua per altri tre sanitari: Giovanni Di Marco non provocò la morte di una giovane donna, Maria Grazia Li Vigni, morta all'età di 32 anni, il 6 gennaio del 2012, per un'embolia polmonare intervenuta dopo un aborto. L'imputato, assistito dall'avvocato Fabrizio Biondo, era stato assolto già il 29 gennaio dell'anno scorso, col rito abbreviato, dal Gup Lorenzo Iannelli: ieri la sesta se-

zione della Corte d'appello, presieduta da Biagio Insacco, ha ribadito la decisione, anche se il pg Ettore Costanzo aveva chiesto un anno di carcere.

La vicenda avvenne all'ospedale Cervello e per la morte della Li Vigni altri tre medici sono sotto processo in primo grado, con l'ipotesi di omicidio colposo, davanti al giudice monocratico: sono il cardiologo Francesco Bondi e gli pneumologi Salvatore Battaglia e Giuseppe Peralta. Secondo la ricostruzione del pm Gianluca De Leo, Ma-

ria Grazia Li Vigni, all'inizio di dicembre del 2011, sarebbe andata al Cervello per un'interruzione di gravidanza, venendo cimesa nel giro di poche ore.

Qualche giorno dopo, però, la giovane, colta da forti dolori al petto, tornò in ospedale, dove fu presa in carico per tre volte dai medici, prima al pronto soccorso e poi nei reparti, per essere poi nuovamente dimessa, con una diagnosi di pleurite, affezione che i sanitari le avrebbero consigliato di curare a

casa. Il giorno dell'Epifania di tre anni fa la donna, sposata e mamma di una bambina che aveva appena cinque anni e mezzo, era morta.

L'autopsia disposta dal pm aveva fatto emergere che la morte era dovuta a un'embolia polmonare, di cui al Cervello nessuno si sarebbe accorto. Di Marco però è risultato estraneo alle contestazioni, perché con il suo intervento si sarebbe limitato a inviare la paziente in reparto e poi a firmare le dimissioni. **R.A.S.**

● Villa Sofia e Asp

Rsu, nominati i coordinatori delle due aziende

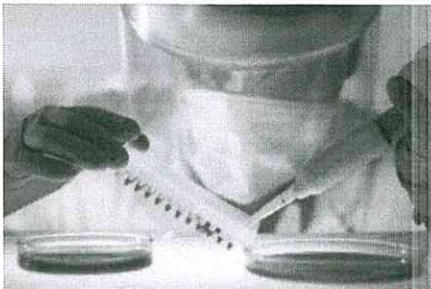
●●● Sono stati eletti i coordinatori delle Rappresentanze sindacali unitarie (Rsu) dell'azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello e dell'Asp di Palermo: il primo è Michele D'Angelo, mentre il secondo è Maurizio Manzella. Entrambi sono dirigenti sindacali della Cisl Funzione pubblica Palermo Trapani. «Siamo soddisfatti», dichiara Lorenzo Geraci segretario generale della Cisl Fp Palermo Trapani - per il risultato raggiunto in due realtà così importanti. Siamo certi che Michele D'Angelo e Maurizio Manzella sapranno difendere i diritti dei lavoratori e degli utenti, per contribuire all'obiettivo più importante che è una buona sanità al servizio dei cittadini». (**L'ACO**)

Sei in: Home > Attualità > Nuove speranze contro i tumori grazie ai farmaci immuno-oncologici

LORENZIN: "VERA E PROPRIA RIVOLUZIONE TERAPEUTICA"

Nuove speranze contro i tumori grazie ai farmaci immuno-oncologici

di oggisalute | 22 aprile 2015 | pubblicato in Attualità



"I nuovi farmaci immuno-terapici aprono la strada ad una vera e propria rivoluzione nelle terapie oncologiche, offrendo, per la prima volta, speranza di lunga sopravvivenza a malati per i quali fino ad oggi non esistevano concrete opzioni terapeutiche".

Così il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha commentato l'annuncio da parte di Aifa, congiuntamente con l'azienda produttrice, dell'apertura di un programma di uso compassionevole che garantisce l'accesso immediato al nuovo farmaco immuno-oncologico (nivolumab). Farmaco

che ha dimostrato significativi vantaggi nei dati di sopravvivenza per la terapia del tumore al polmone squamoso metastatico.

"Riuscire a dare accesso a tutti i malati italiani a terapie fino a poco tempo fa insperate è una priorità del Ministero - ha proseguito il ministro Lorenzin - così come è importante garantire che questo accesso avvenga in tempi brevi, perché anche poche settimane di ritardo possono fare la differenza tra la vita e la morte per molte persone".

"Per questa ragione - ha concluso il ministro - ho personalmente sollecitato le aziende produttrici che hanno dato la loro disponibilità ad attivare programmi di uso compassionevole che consentano a tutti i pazienti un accesso immediato ai nuovi farmaci. Nello stesso tempo manterrò alta l'attenzione affinché tutte le istituzioni coinvolte possano mettere in campo le azioni positive necessarie affinché, immediatamente dopo la registrazione Ema, il percorso autorizzativo italiano si completi rapidamente e in linea con i tempi dei più avanzati paesi europei".

SEI UN ESPERTO DI QUESTA MATERIA?

oggisalute - per maggiori informazioni clicca qui!

VUOI SAPERNE DI PIU' DI QUESTO ARGOMENTO?

oggisalute - per maggiori informazioni clicca qui!

Mi piace 3 g+ 1 Tweet 0

La redazione consiglia

- Tumori, terapie su misura | grazie ad una piattaforma genetica
- Tumori: colpiti tre milioni d'italiani, | ma uno su quattro guarisce
- Italia ai primi posti in Europa | per la speranza di vita

Lascia un Commento

Nome (obbligatorio)

Mail (che non verrà pubblicata) (obbligatorio)

Sito web

Invia commento

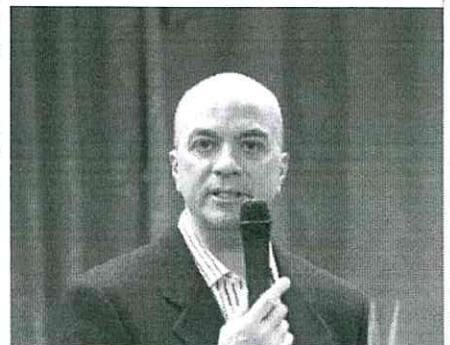
// Video



Clip Salute, il tg di domenica 19 aprile 2015

Seguici su

FRANCESCO OLIVIERO



PARLA L'ESPERTO

A cura di francesco oliviero

Tutti i benefici dell'acqua: ecco cosa succede se non beviamo abbastanza

Il nostro corpo è fatto per il 70% di acqua alcalina, i nostri occhi per il 98% e il sangue per il 94%. Pertanto, noi dovremmo rifornire tutte le parti del corpo di una grande quantità di questo componente fondamentale. Ciò include i cibi ricchi di acqua alcalina come gli ortaggi verdi e la frutta, [...]



Sanità24

Stampa

Chiudi

23 Apr 2015

Dpcm precari: ecco il testo in Gazzetta. Lorenzin: si apre una nuova fase

Lucilla Vazza

Publicato in Gazzetta Ufficiale il Dpcm che permette la stabilizzazione di lavoratori precari del Servizio sanitario nazionale.

Con il provvedimento, fortemente voluto dalla ministra Lorenzin , «si apre una nuova fase per infermieri, medici e altro personale con contratto di lavoro a tempo determinato che da anni garantisce la continuità nella erogazione delle prestazioni di cura e assistenza sanitaria dei cittadini», come specifica una nota ministeriale.

Spetterà ora alle singole aziende sanitarie avviare i concorsi riservati.

«È un'altra promessa mantenuta – ha dichiarato Lorenzin – un segnale importante per migliaia di lavoratori della sanità, sui quali il Servizio sanitario nazionale fa quotidianamente affidamento. Il Governo ha fatto la sua parte in quello che ritengo un primo passo fondamentale. Auspico che adesso i bandi dei concorsi riservati siano pubblicati con massima celerità». Il ministero seguirà « con grande attenzione la fase attuativa, affinché i lavoratori possano trovare al più presto stabilità nella loro attività professionale».

Restano però i dubbi dei sindacati che ribadiscono che il provvedimento, seppure utile, non cambierà il grosso della situazione.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

quotidianosanità.it

Giovedì 23 APRILE 2015

In Gazzetta il Dpcm per i precari della sanità. Lorenzin: "Promessa mantenuta". Ecco a chi si applica

E' finalmente in Gazzetta il decreto che consente l'avvio della stabilizzazione del personale del comparto sanità e a quello appartenente all'area della dirigenza medica e del ruolo sanitario. Nel decreto anche il personale della ricerca e dei servizi di emergenza sanitaria. Ecco a chi si applica e come. IL TESTO.

E' stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale di oggi il DPCM che permette la stabilizzazione di lavoratori precari del Servizio Sanitario Nazionale. "Con il provvedimento, fortemente voluto dal Ministro Lorenzin - si legge in una nota del ministero - si apre una nuova fase per infermieri, medici e altro personale con contratto di lavoro a tempo determinato che da anni garantisce la continuità nella erogazione delle prestazioni di cura e assistenza sanitaria dei cittadini". m"Spetterà ora alle singole aziende sanitarie - scrive ancora il ministero - avviare i concorsi riservati.

"E' un'altra promessa mantenuta - ha detto Lorenzin - un segnale importante per migliaia di lavoratori della sanità, sui quali il Servizio Sanitario Nazionale fa quotidianamente affidamento. Il Governo ha fatto la sua parte in quello che ritengo un primo passo fondamentale. Auspico che adesso i bandi dei concorsi riservati siano pubblicati con massima celerità. Il Ministero seguirà adesso con grande attenzione la fase attuativa, affinché i lavoratori possano trovare al più presto stabilità nella loro attività professionale".

Ambito di applicazione

Il decreto disciplina le procedure concorsuali riservate per l'assunzione presso gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, e prevede specifiche disposizioni per il personale dedicato alla ricerca. Le procedure concorsuali sono riservate al personale del comparto sanità e a quello appartenente all'area della dirigenza medica e del ruolo sanitario.

Procedure concorsuali riservate

Gli Enti, entro il 31 dicembre 2018, possono bandire procedure concorsuali, per titoli ed esami, per assunzioni a tempo indeterminato del personale.

I concorsi sono riservati al personale in possesso dei requisiti di cui all'art. 1, commi 519 e 558, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e all'art. 3, comma 90, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, nonché al personale che alla data del 30 ottobre 2013 abbia maturato negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, anche presso enti del medesimo ambito regionale diversi da quello che indice la procedura.

Limiti per l'attuazione delle procedure concorsuali

Le procedure concorsuali sono avviate, fermi restando gli obiettivi di contenimento della spesa complessiva di personale previsti dalla legislazione vigente, a valere sulle risorse finanziarie assunzionali relative agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, anche complessivamente considerate, nel rispetto della programmazione del fabbisogno, nonché, a garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, nel limite massimo complessivo del 50 per cento, in alternativa a quelle di cui all'art. 35, comma 3-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 o in maniera complementare purché nel

limite della predetta percentuale. L'avvio delle predette procedure tiene altresì conto di quanto previsto in materia di blocco automatico del turn over, nonché, per le regioni soggette ai piani di rientro, dei differenti regimi e vincoli assunzionali previsti dai piani medesimi.

Per le Regioni soggette a piano di rientro dal deficit sanitario resta fermo quanto previsto dall'art. 4-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Le graduatorie definite in esito alle medesime procedure sono utilizzabili, in ambito regionale, per assunzioni nel quadriennio 2015-2018 a valere sulle predette risorse.

Proroga dei contratti a tempo determinato

In relazione al proprio effettivo fabbisogno, alle risorse finanziarie disponibili e ai posti in dotazione organica vacanti indicati nella programmazione triennale, gli Enti possono prorogare i contratti di lavoro a tempo determinato del personale interessato ai nuovi bandi concorsuali previsti dal decreto, sino all'espletamento delle procedure concorsuali e comunque non oltre il 31 dicembre 2018.

Lavori socialmente utili e di pubblica utilità

Gli Enti che hanno vuoti in organico relativamente alle qualifiche per le quali non è richiesto il titolo di studio superiore a quello della scuola dell'obbligo, procedono all'assunzione a tempo indeterminato, anche con contratti di lavoro a tempo parziale, dei lavoratori socialmente utili e dei lavoratori di pubblica utilità.

Personale dedicato alla ricerca e personale medico in servizio presso i servizi di emergenza e urgenza delle Aziende sanitarie.

Alle procedure concorsuali riservate disciplinate dal decreto è ammesso a partecipare il personale dedicato alla ricerca in sanità, in possesso dei requisiti previsti dall'ordinamento vigente, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato. Costituisce titolo di accesso ai concorsi anche la laurea specialistica o magistrale in biotecnologie mediche, farmaceutiche e veterinarie e in biotecnologie industriali- Per le medesime finalità costituisce titolo alternativo al diploma di specializzazione il dottorato di ricerca.

Anche in questo caso i contratti a tempo indeterminato dedicati alla ricerca nel SSN, che hanno maturato almeno tre anni di servizio, sono prorogati fino al completamento delle medesime procedure concorsuali e comunque non oltre il 31 dicembre 2018.

Il personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando, fatti salvi i periodi di interruzione previsti dal decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, presso i servizi di emergenza e urgenza degli Enti, è ammesso a partecipare ai concorsi di cui al presente decreto, ancorché non in possesso del diploma di specializzazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

Sanità24

Stampa

Chiudi

23 Apr 2015

Farmaci, ticket boom nel 2014 a quota 1,4 mld. La farmacia perde il 3,1%. Cardioaspirina leader

Mercato in farmacia crollato del 3,1% a 8,7 mld di spesa netta per il Ssn. Ricette stabili con 609 mln di unità. Valore medio del farmaco venduto in calo del 3,3%. Ticket sempre boom e ancora in aumento che valgono 1,4 mld, il 63% come reference price. Farmaci per il cardiovascolare i più gettonati e inibitori della pompa acida la categoria più venduta. In testa alle medicine più richieste resta (ma in calo) la cardioaspirina. Ecco i dati a consuntivo della spesa farmaceutica in farmacia a carico dello Stato. I dati 2014 aggregati arrivano dall'ultimo dossier di Federfarma, l'associazione dei titolari privati di farmacia.

Le confezioni a carico del Ssn sono state 1,121 mld (+0,2%) col risultato che ogni cittadino ha ritirato in farmacia in media 18,4 confezioni a carico del Ssn. In media.

Con i farmaci equivalenti (o generici che dir si voglia) non si scherza, nel senso che marcano sempre più il loro effetto sull'andamento (in calo) della spesa pubblica in farmacia. Perché in farmacia il mercato continua ad andare giù: -3,1 nel 2014 rispetto all'anno prima. Le ricette, in aumento lievissimo dello 0,2% sono state 609 mln. Mentre il valore medio delle scatolette è sceso di un sensibile 3,3%. Questi i dati di base dell'analisi di Federfarma, da leggere però nelle debite differenze regionali.

Spesa e ricette per Regione

In Sicilia s'è registrato il calo di spesa netta più sensibile (-12,3%), seguita da Molise e Sardegna (-4,3), Umbria (-4). Aumenti (minuscoli) solo in Puglia, Marche, Abruzzo e Trento.

Ticket boom

Il "bottino" è stato di 1,469 mld in totale. Ma, come detto per il 62% sono effetto del reference price. In ogni caso, tutto pagato dagli italiani. I ticket hanno pesato il 13,6% sulla spesa farmaceutica lorda in farmacia, con un incremento dello 0,7% sul 2014. In questo senso, pesano di più in Veneto (16,9%), Campania (16,3) e Basilicata (15,7). Meno, invece, pesano a Trento (6,4%), in Sardegna (7,9) e in Valle d'Aosta (8%).

Mercato complessivo

Fin qui il mercato pubblico in farmacia. Ma guardando al mercato totale (pubblico e privato), il 2014 ha fatto segnare una crescita del 3%, trainato soprattutto dal mercato specialistico. La spesa media per abitante è stata di 26 euro, passando dai 44,5 euro del Lazio agli 11,3 dell'Emilia Romagna.. Trascurando naturalmente l'ospedaliera, il vero buco miliardario della farmaceutica pubblica made in Italy.

Sanità24

Stampa

Chiudi

23 Apr 2015

Prescrizione off-label: quali rischi sul vantaggio competitivo

Pietro Sirena (professore ordinario di Istituzioni di diritto privato all'Università di Siena)

La recente vicenda giurisprudenziale e legislativa in materia di prescrizione terapeutica off label sollecita alcune riflessioni più generali sui profili regolatori dell'attività di produzione e commercializzazione dei farmaci. Si tratta di un contesto particolarmente delicato dal punto di vista del bilanciamento degli interessi in gioco, perché si colloca in un punto di intersezione tra la libertà di iniziativa economica privata (art. 41 Cost.) e la tutela della salute dei cittadini (art. 32 Cost.), la quale presuppone anche l'organizzazione e il buon andamento del Servizio Sanitario Nazionale (art. 97 Cost.).

Il dibattito in materia è stato innescato soprattutto dalla decisione dell'Antitrust (poi confermata dal Tar Lazio) di irrogare cospicue sanzioni pecuniarie a due delle più importanti multinazionali farmaceutiche, perché avrebbero messo in atto una "artificiosa differenziazione" di due farmaci da esse rispettivamente prodotti: l'Avastin e il Lucentis. In realtà, si tratta di una precisa scelta regolatoria che era stata presa dalle autorità competenti (l'Aifa a livello nazionale e l'Em a quello europeo), le quali avevano autorizzato l'immissione in commercio dell'Avastin per la cura di specifiche patologie oncologiche e quella del Lucentis per la cura di alcune degenerazioni della retina. Ciononostante, l'Agcm ha ritenuto che i suddetti farmaci facciano parte di un unico "mercato rilevante", perché, se somministrato al di fuori delle indicazioni terapeutiche di cui si è detto, l'Avastin è considerato un rimedio efficace per le maculopatie essudative e il glaucoma vascolare (sia pure con alcuni dubbi sulla sua sicurezza) e ciò ha ingenerato la prassi di prescriverlo off label.

Dal punto di vista della politica del diritto, prima ancora che tecnico-giuridico, si pongono tuttavia alcune difficoltà di fondo. In primo luogo, è significativo che la precedente decisione dell'Aifa di inserire la suddetta prescrizione off label dell'Avastin nella c.d. lista 648, ponendola così finanziariamente a carico del Servizio sanitario nazionale, sia stata oggetto di annullamento in sede giurisdizionale, ma soprattutto sia stata ribaltata dall'Aifa stessa il 18 ottobre 2012, dopo che l'Em a aveva riportato nel foglietto illustrativo di tale medicinale gli eventi avversi al suo uso intraoculare.

Fin dal 1996, in realtà, la legislazione italiana aveva chiaramente vietato la prescrizione off label al fine di curare le patologie per le quali siano stati autorizzati farmaci apposti in base ai rispettivi Rcp. La legge finanziaria del 2007 (mediante la c.d. lettera z) ha dato una chiara indicazione di sistema, nel senso che la prescrizione off label non possa assumere un carattere diffuso e sistematico, divenendo un'alternativa terapeutica che de facto scavalchi le indicazioni regolatorie dell'Em a e dell'Aifa.

Proprio la vicenda antitrust di cui si è detto ha peraltro indotto il Governo a modificare la

legislazione in materia mediante il c.d. decreto-legge Lorenzin (n. 36 del 2014), il quale ha stabilito che, anche se sussista un'alternativa terapeutica nell'ambito dei medicinali autorizzati, la prescrizione off label è finanziariamente a carico del Servizio sanitario nazionale, in quanto essa risulti «nota e conforme a ricerche condotte nell'ambito della comunità medico-scientifica nazionale e internazionale, secondo parametri di economicità e appropriatezza».

Ciò rende manifesto che solo apparentemente il provvedimento dell'Agcm di cui si è detto ha fatto un'ordinaria applicazione dei divieti antitrust, perché esso ha preso in realtà posizione sull'esigenza di una diversa regolamentazione giuridica del mercato farmaceutico, ponendo una questione di vera e propria politica del diritto e dettando addirittura l'agenda del legislatore.

Com'è peraltro già accaduto in precedenza, l'Agcm ha così interpretato il proprio ruolo e i propri compiti in una chiave esorbitante rispetto all'applicazione dei divieti antitrust, puntando piuttosto a una radicale riscrittura dell'ordine giuridico di un settore così delicato (e costituzionalmente rilevante) come quello farmaceutico.

È peraltro evidente che, al di là delle intenzioni dell'Agcm, ciò determina una sostanziale politicizzazione del suo operato e solleva dubbi costituzionali delicatissimi sul suo ruolo, sia per quanto riguarda l'equilibrio di pesi e contrappesi con gli altri poteri pubblici (a cominciare da quello dell'EmA e dell'Aifa), sia anche per quanto riguarda la sua legittimazione a prendere decisioni che costitutivamente presuppongono una rappresentatività democratica.

In un contesto fortemente regolamentato come quello farmaceutico, in realtà, i profili medici e tecnico-scientifici non possono essere pretermessi in sede di regolazione del mercato, perché essi sono recepiti nell'autorizzazione rilasciata dall'Aifa ovvero dall'EmA e integrano pertanto le regole giuridiche che presiedono alla produzione e vendita dei farmaci. In altri termini, la legislazione nazionale e le direttive europee in materia esigono che essi siano prodotti e commercializzati nel rispetto di determinati standard di qualità, sicurezza ed efficacia e prevedono specifiche procedure di valutazione e supervisione costante della loro appropriatezza terapeutica. Si può allora individuare un "mercato rilevante" *praeter legem*?

Dal punto di vista teleologico, inoltre, il ragionamento dell'Agcm (e di riflesso del Tar Lazio che ha confermato la sua decisione) dichiaratamente prescinde da un'effettiva esigenza terapeutica, la quale possa rendere necessario che un farmaco esistente sia eccezionalmente prescritto off label. Posto che si tratta di farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, l'esigenza di considerarli come facenti parte di un unico "mercato rilevante" è motivata piuttosto in base all'esigenza di conseguire un risparmio di spesa pubblica.

In tal modo, risultano chiaramente violati i principî che emergono dal diritto europeo in materia, i quali imperativamente vietano che si introducano eccezioni al regime autorizzatorio dei farmaci che siano basate su ragioni economiche o finanziarie. Ciò si pone in evidente contrasto con il dovere dell'Italia di dare leale collaborazione alle istituzioni dell'Unione europea e di garantire che le misure legislative in materia e le decisioni dell'EmA conseguano una effettività pratica (effetto utile).

Al di là dei profili di contenzioso con i produttori farmaceutici, si delinea soprattutto il rischio di compromettere il vantaggio competitivo di uno dei settori di eccellenza del sistema industriale del Paese. Un mercato che non sia regolato secondo la ragione del diritto, ma abbandonato alle contingenze della politica, è destinato inoltre a fallire nel suo obiettivo costituzionale, che è rappresentato dalla massimizzazione del benessere non solo economico, ma anche sociale della collettività.

Sanità24

[Stampa](#)[Chiudi](#)

23 Apr 2015

Primo evento sentinella è la caduta del paziente

Sono 1918 le segnalazioni di eventi sentinella (eventi avversi particolarmente gravi e potenzialmente evitabili, che possono comportare la morte o un grave danno al paziente) accaduti nelle strutture del Servizio sanitario nazionale (Ssn) tra il 2005 e il 2012. L'evento più segnalato (24,6%) è la "morte o grave danno per caduta di paziente", seguito dal "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" (15,4%). L'evento ha comportato la morte del paziente nel 35,6% dei casi, mentre si è verificato un trauma grave nel 15,9% dei casi e un reintervento chirurgico nel 10,6%. Gli eventi segnalati si sono verificati principalmente nei reparti di degenza (39,3%), seguiti dalla sala operatoria (18,7%), e l'area di assistenza maggiormente interessata è stata la medicina generale (13,6%), seguita da ostetricia e ginecologia (10,8%).

Questi alcuni dei risultati illustrati nel 5° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella, a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute che ha analizzato tutti gli eventi sentinella forniti - su base volontaria - dalle strutture del Ssn e raccolti nel Simes (Sistema informativo per il monitoraggio degli eventi sentinella in sanità) dal settembre 2005 al dicembre 2012.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

23 Apr 2015

Def, ok Camera a risoluzione maggioranza: prorogare sgravi per neoassunti

da www.ilsole24ore.com

Sì dell'Aula della Camera alla risoluzione di maggioranza sul Def 2015. Il documento è stato approvato con 328 sì e 159. Nella risoluzione di maggioranza è previsto, tra l'altro, che per coprire l'uso del "bonus" da 1,6 miliardi spuntato nei differenziali del Def, saranno "congelate" risorse già stanziare in bilancio, «in attesa di registrare» in autunno, con l'assestamento, tale margine.

Ma per il capogruppo di Fi alla Camera, Renato Brunetta, l'accantonamento di risorse per usare il tesoretto «è l'ennesimo imbroglio di Renzi» e «della sua politica economica 'drogata' da deficit spending». Per Brunetta «la certificazione dell'imbroglio è nella risoluzione di maggioranza che dice che i soldi non ci sono e verranno comunque spesi». Fonti del Tesoro spiegano invece che l'accantonamento di risorse già in bilancio per un eventuale uso del 'tesoretto' «è un sistema che corrisponde alle regole di contabilità e serve per garantire certezza al fatto che vengano rispettati gli obiettivi di finanza pubblica indicati nel Def».

Via libera anche da Palazzo Madama

Alla risoluzione di maggioranza di Palazzo Madama approvata con 165 sì, 82 no e tre astenuti, che ricalca i contenuti di quella di Montecitorio, è stato approvato all'unanimità (250 voti a favore) un emendamento (prima firma della presidente della commissione Sanità Emilia Grazia De Biasi del Pd) che nella parte in cui si impegna il governo a neutralizzare le clausole di salvaguardia viene specificato di assicurare «il mantenimento dei livelli e della qualità dell'assistenza sanitaria e sociale erogata ai cittadini e favorendone una maggiore omogeneità nel territorio nazionale».

Tesoretto solo con fondi già disponibili in bilancio

Nella risoluzione di maggioranza non si specifica in quale direzione vada impiegato il "tesoretto", ma, dopo il parere in tal senso della commissione Bilancio, si impegna il governo «a conseguire i saldi di finanza pubblica nei termini indicati nel quadro programmatico» del Def, «in particolare a realizzare un rapporto tra deficit e prodotto interno lordo pari al 2,6 per cento nel 2015» e «utilizzando nel 2015 lo spazio di manovra rispetto all'andamento tendenziale dei conti pubblici per rafforzare l'implementazione delle riforme strutturali già avviate, nel limite dell'obiettivo programmatico indicato, e disponendo, prudenzialmente e in attesa di registrare tale margine con la presentazione del disegno di legge di assestamento, l'accantonamento di corrispondenti risorse nel bilancio dello Stato».

Morando: o si fanno riforme o ripresa gracile

È stato il viceministro dell'Economia Enrico Morando al Senato sul Def a sottolineare l'importanza strategica delle riforme. «O facciamo le riforme o non riusciremo a trasformare la ripresa, per ora gracile, in una ripresa stabile e duratura - ha detto - perché a la ripresa, direi la ripresa, è influenzata da fattori esogeni destinati ad esaurire il loro effetto».

Valutare proroga sgravi per neoassunti

Nella risoluzione di maggioranza sul Def si chiede al governo di valutare il proseguimento degli sgravi contributivi per i neoassunti anche dopo il 2015 «eventualmente modificando l'entità del beneficio e l'area di applicazione» e di «rifinanziare» la detassazione degli incentivi per la produttività. Si chiede anche di «provvedere gradualmente» al finanziamento a regime dell'assegno di disoccupazione (Asdi), della nuova indennità per i collaboratori (Dis-Coll) e delle misure di conciliazione.

Completare il pagamento dei debiti Pa

Non solo. Uno degli impegni previsti nella risoluzione sul Def messa a punto dalla maggioranza alla Camera prevede di «proseguire al fine di completare il processo di pagamento dei debiti pregressi della pubblica amministrazione nei confronti delle imprese».

Valutare misure flessibilità età pensione

La risoluzione di maggioranza sul Def, al vaglio delle Camere chiede anche al governo di valutare «l'opportunità di promuovere, nell'ambito della legge di stabilità per il 2016 e nel quadro delle compatibilità finanziarie individuate in quella sede, interventi in materia previdenziale volti a introdurre elementi di flessibilità per quanto attiene all'età di accesso al pensionamento, anche attraverso l'introduzione di meccanismi di incentivazione e disincentivazione».

Ok spending, attenti a revisione sconti fisco

Bene la spending review per neutralizzare le clausole di salvaguardia ma assicurando che sia «selettiva», senza intaccare «protezioni sociali e servizi». È quanto si legge nella risoluzione di maggioranza sul Def che impegna il governo anche a garantire che la revisione delle agevolazioni fiscali riguardi «esclusivamente» quelle non giustificate da esigenze sociali o economiche o che sono duplicazioni, senza toccare «tutela dei redditi da lavoro dipendente e autonomo, di imprese minori e da pensione».

Rivedere tasse locali su immobili

Un altro degli impegni per il Governo contenuti nella risoluzione sul Def messa a punto dalla maggioranza prevede di «realizzare una definitiva revisione del sistema di tassazione locale sugli immobili, dando stabilità a un settore che costituisce uno snodo strategico nei rapporti tra cittadini e fisco e che ha conosciuto troppe modifiche nel corso degli ultimi anni». Nel testo si sottolinea che l'Esecutivo dovrà perseguire «gli obiettivi prioritari di semplificazione del quadro dei tributi locali sugli immobili, certezza ai Comuni circa le risorse derivanti da tale fonte di entrata e responsabilizzazione nelle loro scelte di politica tributaria in tale campo». Previsto anche l'impegno «a rivedere l'imposta municipale sui terreni agricoli, estendendo l'ambito di esenzione a quelli siti in aree svantaggiate e tenendo conto dell'effettiva redditività dei terreni».

Il nodo dei dirigenti decaduti delle Entrate

Sulla local tax e sulla soluzione della decadenza dei dirigenti dell'Agenzia delle Entrate aveva posto ieri l'accento invece il parere della commissione Finanze della Camera. Non a caso, nella bozza di risoluzione sul Def predisposta dalla maggioranza alla Camera si legge anche che «al fine di garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi di gettito indicati nel Documento il Governo dovrà definire in tempi brevi la questione relativa alle posizioni dirigenziali nelle agenzie fiscali, individuando soluzioni di carattere amministrativo e, se necessario, normativo, che, nel pieno rispetto dei principi di legalità, trasparenza e promozione del merito, e di quelli dettati dalla Corte Costituzionale, consentano di assicurare la piena efficacia nell'azione delle Agenzie».

Nove ddl collegati, dalla riforma della Pa alla concorrenza

Sono nove i ddl collegati al Def contenuti nella bozza della risoluzione di maggioranza: dalla scuola alla concorrenza. Questi i titoli dei provvedimenti elencati: «Disposizioni in materia ambientale per promuovere misure di green economy»; «Disposizioni in materia di semplificazione, razionalizzazione e competitività agricole del settore agricolo»; «Delega al

governo recante disposizioni per l'efficienza del processo civile"; "Misure di semplificazione per l'avvio delle attività economiche per i finanziamenti e le agevolazioni alle imprese"; "Riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche"; "Revisione della spesa, promozione dell'occupazione e degli investimenti nei settori della cultura e del turismo"; "Delega per la revisione dell'ordinamento degli enti locali"; "Riforma del sistema nazionale di istruzione"; "Legge annuale per il mercato e la concorrenza".

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

23 Apr 2015

Manovra sui tagli: per il personale i conti non tornano

Stefano Simonetti

Il 15 aprile scorso si è svolta un'importante riunione della Conferenza Stato-Regioni con l'obiettivo di chiudere l'Intesa prevista dal Patto per la Salute per garantire in modo condiviso la programmata riduzione della spesa sanitaria. Tra le misure di intervento è possibile rinvenire anche un'azione nei confronti del personale. Si tratta del breve paragrafo C.2 con il quale viene pianificata la riduzione delle strutture a seguito dell'applicazione del regolamento sugli standard. I risparmi attesi deriverebbero dalla riduzione del numero complessivo delle strutture e dal conseguente fatto che molti dei rispettivi titolari perderebbero parte del trattamento accessorio correlato a quelle strutture stesse. Rispetto ai primi testi conosciuti sono ora sparite cifre e proiezioni economiche - francamente fantasiose - e il contenuto appare meramente programmatico. Tuttavia alcune riflessioni possono essere fatte.

Innanzitutto va detto con grande chiarezza che ogni qual volta si intendono ottenere risparmi di spesa attraverso la soppressione di strutture va posta la condizione pregiudiziale che i dirigenti interessati vadano contestualmente in pensione. Solo a questa condizione i risparmi che si presume di conseguire diventano esigibili. Infatti va ricordato che in caso di soppressione di strutture per ristrutturazione aziendale l'articolo 39, comma 8, del Ccnl dell'8 giugno 2000 prevede che «sarà conferito... un incarico di pari valore economico».

Questa clausola di tutela contrattuale comporta che agli ex direttori di struttura complessa si può togliere soltanto l'indennità di struttura complessa e la IV fascia dell'indennità di esclusività mentre agli ex responsabili di struttura semplice addirittura nulla perché non hanno indennità specifiche legate all'incarico.

Inoltre per veicolare l'operazione in reali risparmi servirà necessariamente un atto legislativo - come si ricorda nella prima riga del testo dell'Intesa - che per la fattispecie specifica che stiamo trattando dovrà essere una norma di legge specifica (e imperativa per le Regioni) che imponga la riduzione del fondo in caso di soppressione di strutture. Allo stato della normativa quella che si presterebbe di più è l'articolo 2, comma 72, della legge 191/2009 che però, oltre che lasciare le determinazioni di merito alle Regioni, è troppo generica.

Il citato paragrafo C.2 ricorre invece all'articolo 9, comma 2-bis, della legge 122/2010, ma è un clamoroso passo falso perché tale disposizione ha cessato i suoi effetti il 31 dicembre 2014. Si potrebbe senz'altro ricorrere all'articolo 9, comma 32, della stessa legge 122/2010 (il famoso decreto Tremonti) ma tale riduzione però può essere applicata soltanto alla scadenza dell'incarico. Questa variabile indipendente non consente di poter stimare alcun dato finanziario di risparmio.

Ecco perché, in conclusione, è necessaria una norma ex novo e dedicata all'obiettivo altrimenti l'intera operazione di riduzione delle strutture potrebbe rivelarsi sostanzialmente inutile. Una opportunità che potrebbe essere utilizzata positivamente a legislazione invariata sarebbe infine

quella di avvalersi del combinato disposto dell'articolo 2, comma 3, della legge 125/2013 e dell'articolo 2, comma 14, della legge 135/2012. Tali norme consentono a chi viene posto in esubero per soppressione del posto di poter eccezionalmente beneficiare dei requisiti pensionistici pre-Fornero. È di tutta evidenza il vantaggio reciproco che trarrebbero ambedue le controparti: l'azienda sanitaria datore di lavoro si potrebbe adeguare agli standard riducendo le strutture eccedenti in modo, diciamo, incruento (cioè senza mobilità obbligatoria in incarichi inferiori o, peggio, senza il collocamento in disponibilità) e i dirigenti interessati potrebbero andare in pensione in pratica con le regole della vecchia pensione di anzianità, evitando conflitti interni e demansionamenti che con le regole della nuova pensione di vecchiaia potrebbero durare molti anni.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

23 Apr 2015

Spending review in bilico: 4 mld a rischio

da Il Sole 24 Ore di oggi

Una spending review a rischio handicap. È quella con cui potrebbe trovarsi a fare i conti nelle prossime settimane il Governo. Che corre il pericolo di non avere subito a disposizione per il 2016 almeno 3-4 miliardi di risparmi dei 10 indicati nell'ultimo Def come obiettivo della revisione della spesa nel prossimo anno. Un pericolo che potrebbe materializzarsi rapidamente soprattutto se la riforma della Pa, a quasi nove mesi dal varo, continuerà la sua marcia parlamentare a passo di lumaca e se non risulterà almeno in parte recuperato il ritardo accumulato per il decollo dell'intervento di riduzione a 35 stazioni appaltanti per gli acquisti di beni e servizi.

Il nodo delle partecipate

Senza considerare poi l'incognita rappresentata dall'operazione partecipate: alla data del 31 marzo non tutti i Comuni hanno trasmesso alla Corte dei conti i piani completi e dettagliati sulla riduzione delle società come invece previsto dall'ultima legge di stabilità. L'attuazione della delega Pa, il rafforzamento del dispositivo della centralizzazione degli acquisti e il taglio delle partecipate sono, come evidenziato dallo stesso Def su cui oggi Camera e Senato apporranno il loro visto, tre dei pilastri su cui dovrà poggiare la nuova spending. In via ufficiale la cabina di regia attivata a palazzo Chigi e coordinata da Yoram Gutgeld e Roberto Perotti non ha ancora formulato proposte né tanto meno cifre. Ma in via ufficiosa i tecnici del Governo stimano che potrebbero arrivare non meno di 3-4 miliardi dagli interventi collegati alla riforma della Pa (potatura degli uffici territoriali dello Stato, accorpamento di almeno un Corpo di polizia e riorganizzazione della macchina burocratica), dal potenziamento del metodo Consip e dalla stretta sulle municipalizzate.

La delega Madia

Il programma di riordino e disboscamento delle partecipate, avviato dalla legge di stabilità, potrà essere completato solo con l'entrata in vigore degli ulteriori interventi previsti dalla delega Pa. Ma la riforma Madia, che è ancora in attesa del primo sigillo parlamentare, continua a procedere all'insegna "dell'andamento lento". Approdata in Aula al Senato il 31 marzo scorso dopo una lunga, e in alcuni passaggi tormentata, navigazione in commissione, la riforma Madia, che deve ancora essere esaminata dalla Camera, anche ieri è di fatto rimasta al palo: nuovo stop alle votazioni dopo l'ok concesso martedì ai primi sei articoli del testo. Da registrare soltanto l'apertura del Governo all'idea di accorpare il Corpo Forestale dello Stato in una sola altra Forza di polizia e non in più forze (ad esempio Polizia di Stato e Vigili di fuoco), come era stato ipotizzato nei giorni scorsi con conseguente frammentazione del personale. Il tutto non senza tensioni tra il relatore Giorgio Pagliari (Pd) e la commissione Bilancio che aveva giudicato inammissibile un emendamento finalizzato a realizzare questa soluzione. Un piccolo giallo che è stato risolto in Aula, dopo una breve sospensione dei lavori, con il parere positivo dell'Esecutivo e di Pagliari a un emendamento analogo, riformulato, della senatrice Patrizia Bisinella (Gruppo

Misto-Autonomie) che prevede l'eventuale assorbimento della Forestale in «altra forza di polizia». Il correttivo sarà però votato la prossima settimana.

Tempi lunghi

Sempre entro la prossima settimana dovrebbe arrivare il sospirato via libera di Palazzo Madama alla delega Pa. Che poi dovrà passare all'esame della Camera, intenzionata ad apportare altre modifiche, e tornare al Senato per l'approvazione definitiva. Il Governo conta di completare l'iter prima della pausa estiva dei lavori parlamentari (inizio agosto). Ma visto quello che è accaduto al Senato non è escluso che si possa arrivare all'autunno quando, tra l'altro, in Parlamento si aprirà la sessione di bilancio. In ogni caso una volta incassato il sì definitivo si aprirà la delicata partita sui decreti legislativi di attuazione. Il ministero della Pa è già al lavoro. Ma anche nel caso di un varo sprint si dovrà attendere il parere dei due rami del Parlamento. Tempi non brevi, dunque. Come quelli che hanno caratterizzato il percorso per la riduzione a sole 35 stazioni appaltanti per gli acquisti di beni e servizi (modello Consip) previsto dal decreto sul bonus Irpef. Il decreto attuativo è arrivato solo all'inizio dell'anno. Con il risultato di allungare di almeno 6-8 mesi i tempi per il completamento dell'operazione. Non a caso a palazzo Chigi la parole d'ordine è: accelerare.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

22 Apr 2015

Aziende sanitarie: il Tar "blinda" le proroghe dei contratti

Avv. Andrea Stefanelli*

È illegittima la proroga di un contratto scaduto, perchè rappresenta un affidamento senza gara, ma è altrettanto illegittima l'estensione di una convenzione Consip, volta al mero scopo di non indire una pubblica gara; è quanto stabilisce il Tar Torino, nella sentenza del 3 aprile 2015, n. 573, in commento, che tuttavia forse eccede in un'indicazione di politica degli approvvigionamenti, che attiene invece al merito dell'azione amministrativa.

Come noto Consip è la centrale di committenza nazionale, che fa gare in nome e per conto di altre Pubbliche amministrazioni per individuare gli operatori economici cui le amministrazioni - che decidono d'aderire alle sue convenzioni - possono poi affidare le forniture ed i servizi senza l'obbligo d'indire gare.

Le amministrazioni statali sono obbligate ad acquistare tramite convenzioni Consip (se stipulate), mentre le amministrazioni sanitarie devono accertarsi prima se vi siano convenzioni in essere stipulate dalle Centrali di committenza regionali (art. 1, comma 455, legge n. 296/2006) e poi, in caso negativo, aderire alle convenzioni Consip; solo nell'ipotesi d'assoluta mancanza di convenzioni da parte di tutte le Centrali di committenza, allora si può procedere all'indizione di una gara "classica".

Il caso

In questo scenario normativo si era mossa l'Asl di Alessandria che, avendo nel 2010 stipulato un contratto decennale per il servizio d'energia per l'ambito territoriale di Alessandria e Tortona, avendo poi allargato la propria competenza anche su Casale Monferrato e Valenza (con contratto per il servizio-energia in scadenza il 30 giugno 2011), estendeva il proprio contratto decennale anche al nuovo territorio del Monferrato.

Avendo successivamente però inglobato anche la zona di Novi Ligure, Aquì Terme ed Ovadia (con contratto per il servizio-energia in scadenza il 31 maggio 2014), decideva di verificare se la centrale di committenza regionale S.C.R. non avesse alcuna convenzione in essere ed accertato ciò, nonché verificato come Consip avesse invece sulla piattaforma due convenzioni per detto servizio-energia, di cui la prima tuttavia non attivabile in Piemonte, mentre la seconda relativa ai soli Ospedali (e non anche alle strutture territoriali dell'Asl), avendo altresì accertato come il prezzo del contratto 31 maggio 2014 in scadenza era inferiore a quello del contratto decennale valevole per la sola zona di Alessandria, decideva di prorogare il primo contratto fino a quando non otteneva da Consip una modifica ed estensione della convenzione in essere, valevole anche per le strutture territoriali dell'Asl.

Contro detta decisione insorgeva l'a.t.i. capeggiata da C.P.L. Concordia (affidataria del contratto decennale), invocando l'obbligo dell'Amministrazione sanitaria d'avere un unico contratto in essere nonchè sostenendo l'assoluta illegittimità della proroga, che costituisce un affidamento

senza gara ed il Tar Piemonte, davanti a cui veniva portata la controversia, parte dal presupposto che per gli enti del Ssn sussista l'espresso obbligo (art. 1, comma 445 L.n. 296/2006 ed artt. 1, comma 7 e 15, comma 13 lett. d) d'utilizzo degli strumenti d'acquisto e negoziazione messi a disposizione da Consip.

Posto quindi come l'Asl Alessandria fosse obbligata a scaricare la convenzione Consip per l'affidamento del servizio-energia, è però altrettanto vero come detta convenzione non "coprisse" anche le strutture territoriali e come pertanto potesse essere utilizzata solo per gli ospedali; l'Amministrazione sanitaria quindi, anziché richiedere una proroga "illegittima" del precedente rapporto contrattuale - per consentire a Consip di modificare la convenzione Consip ed estenderla così anche alle strutture territoriali - doveva diversamente aderire a detta convenzione per gli Ospedali dell'ambito di Novi Ligure, Acqui Terme e Ovadìa mentre invece, per le strutture territoriali, aveva l'obbligo di esperire una procedura ad evidenza pubblica.

In altri termini il Tar Piemonte indica quale dovesse essere la corretta politica di approvvigionamento del servizio-energia da parte dell'Asl Alessandria anche se questa, nel pieno rispetto della (pur complessa) normativa vigente in materia non solo aderiva, alla fine, alla convenzione Consip (ottenendo così un unico fornitore, come imposto per legge), ma altresì utilizzava una breve proroga - peraltro a un prezzo contrattuale inferiore a quello in essere, come imposto per legge - per giungere al medesimo "legittimo" risultato.

* *Studio legale Stefanelli&Stefanelli*

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

22 Apr 2015

Dispositivi medici, le istruzioni della Stato-Regioni sulle banche dati

Le linee guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel repertorio dei dispositivi medici, discusse nella Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 19 febbraio scorso, arrivano all'esame della Stato-Regioni in calendario domani, 23 aprile. Il testo rappresenta la base per la sottoscrizione di uno specifico accordo previsto dal Patto per la salute 2014-2016.

Il documento è finalizzato a dare indicazioni sul corretto utilizzo del sistema Banca Dati / Repertorio dei dispositivi medici (Bd/Rdm), con particolare riferimento alle modalità attraverso le quali la stazione appaltante, in fase di approvvigionamento dei dispositivi medici, può reperire le informazioni necessarie alla valutazione degli stessi nel rispetto di quanto previsto dalla normativa di riferimento.

Secondo le linee guida è emerso, in generale, uno scarso ricorso, da parte delle strutture sanitarie, alla consultazione del sistema delle banche dati (come, ad esempio, la funzione di "scarico della documentazione" che consente di consultare e salvare tutta la documentazione relativa ad un singolo dispositivo medico presente nel Repertorio dei dispositivi medici). Ciò comporta che, in fase di approvvigionamento dei dispositivi medici, le strutture sanitarie richiedano ai fornitori di dispositivi medici di fornire documentazione al di fuori dello scopo della normativa sui dispositivi medici

Al fine di consentire il rispetto del dettato normativo e, al contempo, di garantire che le strutture sanitarie possano avere accesso alla documentazione necessaria per la valutazione dei dispositivi medici attraverso la consultazione del sistema Bd/Rdm, risulta determinante, dunque, da un lato fornire tutti i chiarimenti per favorire il corretto utilizzo dello strumento, dall'altro garantire la completezza e l'aggiornamento della documentazione disponibile nel Repertorio da parte dei fabbricanti o dei loro delegati.

Infine, nella logica del miglioramento continuo della qualità e della condivisione delle esperienze, il documento all'esame della Stato-Regioni sarà progressivamente implementato con elaborazioni e approfondimenti su specifici temi.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

22 Apr 2015

Lorenzin sfata i falsi miti e promette più risorse per il Fondo sanitario

Barbara Gobbi

I falsi miti in Sanità? Sono ovunque, dalla programmazione sanitaria agli immigrati alle spese di troppo per i farmaci. Per questo vanno sfatati a suon testimonianze e di dati raccontati da istituzioni, mondo scientifico, cittadini e media. Parola di ministra. Tanto che al tema Beatrice Lorenzin ha deciso di dedicare per l'intera giornata di oggi, al complesso monumentale del santo Spirito in Sassia, il convegno "La sanità in Italia, falsi miti e vere eccellenze". L'imperativo - ha spiegato la ministra in apertura dei lavori - è «distruggere i falsi miti della sanità per focalizzarci sulle cose vere. Il caso Stamina è un esempio di come la disinformazione può creare danni incredibili. Abbiamo combattuto la battaglia contro il falso mito che i vaccini possono far morire, quando invece sono l'abc della sanità pubblica. Ma non solo: ci sono falsi miti anche sulla programmazione sanitaria, sull'uso degli antibiotici e sui farmaci. Sul fatto che in Italia si spende troppo in sanità e per i farmaci». Due, per tutte, le eccellenze da ricordare: il 2015 si è aperto con due buone notizie: il malato di ebola guarito in Italia, il fondo per i farmaci innovativi, 1 miliardo di euro per curare i malati di epatite c.

Ma l'incontro di oggi è anche l'occasione per parlare ad ampio raggio dei temi caldi all'ordine del giorno dell'agenda politica e della cronaca: dal finanziamento del Fondo sanitario nazionale, in sofferenza dopo anni di tagli e in via di riduzione (-2,3 miliardi per il 2015) con l'Intesa che domani potrebbe essere raggiunta in Conferenza Stato-Regioni, alla tragedia delle centinaia e centinaia di immigrati naufragati nella notte tra il 18 e il 19 aprile.

Intanto, il Ssn "bistrattato" e, secondo la ministra, da rivalutare. Il Sistema sanitario nazionale - ha avvertito Lorenzin - ha dato molto al Paese, e dal prossimo anno avrà bisogno di avere qualcosa in più, anche considerando le sofferenze del personale ed il blocco del turnover in questi anni». Mentre per un aumento dei fondi è fondamentale «lavorare sulla qualità, mantenere il sistema a rigore e fare in modo che nella sanità non sia rubato neanche un euro». E a proposito di falsi miti in Sanità, c'è anche quello dell'eccesso di spesa. «Noi spendiamo meno di tutti, ed è anche un falso mito che si spenda troppo per i farmaci, dal momento che abbiamo i prezzi più bassi in Europa. Il problema - ha rilevato - è che arranchiamo perché il fondo sanitario è legato al Pil». E tra le priorità di quest'anno c'è quella di «un impulso all'agenda e arrivare a fine 2017 con la riforma sanitaria implementata su tutto il territorio. Il patto della salute è fatto - ha voluto precisare la ministra - ma adesso va realizzato e portato realmente nelle case dei cittadini. L'obiettivo è riportare il nostro sistema sanitario nazionale dal terzo posto in Europa al primo posto. Come affrontare la sfida? Con i conti in ordine, la qualità dei servizi e tenendo il sistema a rigore».

Le riforme per centrare l'obiettivo sarebbero, almeno sulla carta, a portata di mano: «Abbiamo approvato i livelli essenziali di assistenza ed il nuovo nomenclatore per l'accesso alle protesi, ora

al vaglio delle Regioni, e stiamo realizzando la riforma delle professioni, così come la riforma degli enti vigilati».

Per gli immigrati (protagonisti di un altro falso mito: “portano malattie”), si pensa a un incontro a breve tra ministri dell’area mediterranea, a Roma. «Miriamo a coordinarci sugli interventi di tipo sanitario da mettere in atto. Intanto, Lorenzin ha ricordato come con l’operazione Mare Nostrum siano stati visitati e curati oltre 100mila profughi in pochi mesi, «sforzi straordinari - ha detto la titolare della Salute - che ci devono far capire quanto possiamo fare». Il tema della salute «è trasversale e non va sottovalutato in crisi umanitarie come quelle in atto». Lorenzin ha inoltre precisato come nell’ambito dell’operazione Triton, l’Italia «abbia mantenuto lo stesso livello di controllo sanitario operato con l’operazione Mare Nostrum». Tuttavia sono necessari dei potenziamenti delle strutture: «Ho chiesto - ha detto - un rafforzamento degli uffici di sanità di frontiera Usamaf, con 60 medici in più che sono necessari per gestire le eventuali emergenze nei prossimi mesi».

Ma le differenze di salute non si limitano al nord e al “sud” del mondo. La stessa Italia continua a essere spezzettata come un puzzle, quanto a capacità di accesso e diritto alla cura. Mentre «la salute travalica qualsiasi differenza, c’è un gap fra regioni e la nostra salute non può dipendere dalla vita del luogo dove nasciamo. Il patto della salute e la riforma degli enti vanno proprio nella direzione di porre fine a questa disparità, per rendere sostenibile il sistema sanitario nei prossimi 15 anni. Non è possibile che mezza Italia arranchi e l’altra metà sia al top. E’ un tema di capacità gestionale». E si torna alle risorse: «il Servizio sanitario nazionale ha dato molto al Paese e dal prossimo anno dovrà ricevere qualcosa. Pur mantenendo il rigore e facendo in modo che neanche un euro venga rubato in sanità perché questo è un crimine morale. Avremo bisogno di aumentare il Fondo sanitario nazionale, anche in considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione».

Parola di ministra.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

Sanità24

Stampa

Chiudi

22 Apr 2015

Tagli alla Sanità, le Regioni: «I conti non tornano». Verso la rottura con il Governo

R.Tu.

Anteprima. Solo un accordo politico dell'ultimo minuto consentirà domani a Governo e Regioni di trovare l'intesa da 2,35 mld di tagli alla spesa sanitaria per quest'anno. Per i tecnici regionali, infatti, senza le modifiche proposte dai governatori già la settimana scorsa l'accordo non troverà la necessaria copertura finanziaria. E allora, avanti con i tagli (rafforzati) su farmaci, dispositivi medici e beni e servizi e sul privato accreditato. Ma il Governo, a partire dalla partita-farmaci cara anche a **Matteo Renzi**, non ci sta. E così domani si ballerà fino all'ultimo. Col rischio concreto, a oggi, di una mancata intesa e del rinvio di altri 30 giorni. Dopo di che il Governo potrà agire di testa sua. Con tutte le ricadute politiche del caso.

«**I conti non tornano**». Sembra un dialogo tra sordi quello tra Governo e Regioni sui tagli da 2,35 mld per il 2015, frutto amaro della legge di stabilità per il 2015. Legge (e tagli) voluta dal Governo. Oggi la commissione Salute delle Regioni, l'ultima prima delle elezioni di fine maggio, ha formalizzato che senza le modifiche proposte al Governo l'intera manovra non si tiene. Ma il Governo, stando alle voci di corridoio, insisterà per non accogliere la grandissima parte delle proposte regionali. A partire dai farmaci. Solo una scelta politica dell'ultim'ora, domani, potrà sciogliere un nodo gordiano. Intricatissimo, anche perché di mezzo c'è una campagna elettorale incombente. Con quel «Patto salute» che balla più che mai, e che i governatori vogliono ridiscutere, come del resto dice lo stesso «Patto». Domani in mattinata sono prevedibili abboccamenti riservati al massimo vertice. Poi il summit dei governatori. Quindi la decisione in Stato-Regioni nel pomeriggio. Da ricordare che in ogni caso il Veneto dirà no su tutti i piani. Come dire che l'intesa non potrà essere sottoscritta.

Le Regioni hanno (avrebbero) idee chiare. Per i farmaci insistono sul tetto unico per la territoriale inserendo i farmaci innovativi (con relativo Fondo da 500 mln all'anno per due anni), che vedrebbe le imprese pagare il pay back su tutto e cancellare i vantaggi economici per i farmaci su epatite C &co. C'è poi in campo anche la riduzione dei livelli di spesa attuali (i tetti), insieme all'anticipo a fine giugno del nuovo Prontuario, ma con meccanismi che non vedano i cittadini dover pagare le differenze di prezzo. Poi la partita degli standard ospedalieri, che non si capisce bene quanto davvero farebbe risparmiare. E la sforbiciata - una vera e propria "rasatura" - su beni e servizi e dispositivi medici. Per quanto riguarda la responsabilità patrimoniale dei medici cattivi e iper prescrittori, invece, sarebbe in vista un compromesso. La responsabilità patrimoniale salterebbe, lasciando inalterato lo statu quo legislativo già in vigore per la dipendenza. Mentre per i convenzionati - anello importante dell'iper prescrizione - si rimanderebbe agli accordi (la convenzione) il compito di definire le possibili penalità.

In tutto questo, il Veneto resta sull'Aventino. «Sono solo tagli lineari - ripete l'assessore Luca Coletto -. Tutte le Regioni facciano come noi, a partire dall'applicazione degli standard

ospedalieri. Noi l'abbiamo già fatto, e gli altri?». Già: e gli altri?

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved