



POLITICA E SANITÀ

Piemonte, in odore di fallimento. Il buco della sanità è di 900 milioni

In Piemonte «il "buco" della sanità supera i 900 milioni». E poi: "In Piemonte i conti della sanità non sono fuori controllo». Le due affermazioni, a un primo sguardo, antitetiche, sono state pronunciate nel giro di 24 ore dall'assessore regionale alla Sanità **Paolo Monferino**. La prima enunciata durante la Commissione Bilancio di giovedì scorso, la seconda nella conferenza stampa convocata il giorno seguente per fare il punto sui numeri della sanità piemontese. A rimarginare le dichiarazioni dell'assessore piemontese è **Roberto Cota** (foto), presidente della Regione che parla di «situazione preoccupante ma non irrecuperabile» e precisa come «l'affermazione dell'assessore alla Sanità è stata fatta in un contesto più ampio. Non è che la Regione è fallita. Se saremo in condizione di portare a termine il nostro programma la Regione la salveremo». E ancora la Regione Piemonte deve dimezzare il suo indebitamento, passando da circa 10 miliardi a 5 entro il 2015». In sostanza, spiegano assessore e presidente, i conti sono stati fuori controllo ma in passato, quando il trend della spesa sanitaria è stato in continua ascesa dal 2008 al 2010. Che le cose nella Regione piemontese non andassero per il verso giusto, peraltro, lo si era già intuito a inizio di settimana scorsa quando la Commissione parlamentare d'inchiesta sulla Sanità aveva sottolineato per voce del suo presidente **Antonio Palagiano** che si tratta «della regione del Nord Italia con maggiori debiti nel comparto sanitario» e ancora «il quadro della Regione Piemonte mostra forti criticità sia per quanto riguarda la previsione di bilancio che per quanto riguarda il controllo della spesa». Palagiano, inoltre, sottolineava come non ci fosse «nessun dato relativo al 2011 per ritardi nella trasmissione da parte delle Asl, dati incompleti sui bilanci aziendali relativi al 2010, saldo negativo della mobilità interregionale dei pazienti, nessun controllo preventivo e direttori generali che raramente fanno riferimento alle cause dei disavanzi». Molti i capi d'accusa, dai quali Monferino si difende precisando che «le voci di spesa sanitaria sono sempre state in crescita fino al 2010 e oggi sono in riduzione». La situazione non è ovviamente rosea: il debito pregresso, la riduzione degli introiti delle imposte regionali, i tagli del Governo, alla luce dei fattori in gioco Monferino ribadisce «o ci rendiamo conto oppure è finita. Se continuiamo così non c'è alternativa al fallimento». «Abbiamo scritto al ministro Grilli sollecitando crediti esigibili per 400 milioni» spiega Monferino. «Il Governo ha riconosciuto 415 milioni alla Sicilia e 159 alla Campania, nella legge di stabilità. Deve valere anche per noi». Nessun problema, invece, per il pagamento degli stipendi, che sono garantiti. Almeno per ora.

Balduzzi: per prima fase decreto risorse da convenzione

Le risorse necessarie all'attuazione della riforma delle cure primarie contenuta nel [decreto Sanità](#) derivano, per la fase delle aggregazioni funzionali territoriali, dalla convenzione in atto - quindi già ci sono -, mentre per la costituzione delle unità complesse arriveranno dalla riorganizzazione delle rete ospedaliera, che può significare chiusura di reparti o riconversione di strutture. A chiarirlo il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che aggiunge: «I risparmi sono stati valutati consistenti, ma in ogni caso, se nella fase attuativa dovessero emergere problemi si interverrà a tempo opportuno». Poi il Ministro commenta la reazione del mondo medico: «La manifestazione del 27 ha come significato non tanto attaccare questa riforma, ma esprimere una preoccupazione di sostenibilità del servizio sanitario. Mi sembra anzi di aver percepito all'interno della categoria dei medici di famiglia molte adesioni alla riforma». Intanto, dalla Simeu arriva un giudizio positivo: «Si tratta di un intervento fondamentale per dar respiro all'emergenza riducendo il sovraffollamento del pronto soccorso» è il commento di **Giorgio Carbone**, presidente nazionale Simeu. «Restano però alcuni temi importanti da definire, partendo dall'attività diagnostica degli ambulatori h24 e dalla presa in carico post-dimissione di pazienti lungo degenze che hanno bisogno di riabilitazione e di anziani con patologie croniche per i quali non sono state indicate strategie». Bocciatura invece da Federconsumatori: «Il testo è stato depurato da ogni spinta innovativa. Intanto per quanto riguarda i Livelli essenziali di assistenza, vengono preannunciati generici aggiornamenti in materia di malattie croniche e rare ed è stato cancellato il fondo che, ricavando risorse dai proventi del gioco, avrebbe dovuto finanziare l'inserimento della ludopatia. Il capitolo intramoenia, poi, si presenta come un'occasione persa per mettere in atto strumenti di trasparenza e tracciabilità della fatturazione e sulle norme in materia di farmaci, gli unici elementi positivi sono costituiti dall'attenzione agli innovativi e dalla possibilità offerta alle Regioni di sperimentare la distribuzione di confezioni conformi alle terapie. Per il resto, le disposizioni risultano penalizzanti per i cittadini».

Monitoraggio Lea, otto le Regioni promosse

Ancora una disomogeneità piuttosto netta tra Regioni nel mantenimento dei livelli essenziali di assistenza (Lea): è quanto emerge dal report dell'Ufficio VI della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute su "Adempimento e mantenimento dell'erogazione dei Lea". L'indagine su dati del 2010 - presentata nei giorni scorsi - ha passato sotto la lente i comportamenti di tutte le regioni italiane, a esclusione della Valle d'Aosta, le due Province Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna. I ricercatori hanno utilizzato un set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera erogati dalle Regioni.

In sintesi, sono state promosse a pieni voti solamente otto Regioni, ovvero Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia e Basilicata. Altre due, Liguria e Abruzzo, hanno superato l'esame con riserva: a patto cioè dell'impegno a conseguire determinati obiettivi nel corso del 2011. Per quanto riguarda la Liguria "l'incremento delle attività riferite al primo livello di assistenza" (per esempio i programmi di screening) e per quanto attiene l'Abruzzo il "rinvio al Piano di rientro per gli obiettivi relativi alle cure palliative e all'assistenza domiciliare". Cartellino rosso e rinvio al Piano di rientro, invece, per le restanti Regioni (Molise, Lazio, Sicilia, Calabria, Campania e Puglia).

Gb, medici di famiglia esaminati ogni anno

I medici di famiglia della Gran Bretagna verranno esaminati ogni anno e ogni cinque si deciderà se possono ancora esercitare la professione o devono procedere a un aggiornamento. L'iniziativa è stata annunciata sulla Bbc dal segretario alla Salute **Jeremy Hunt** e dovrebbe partire da dicembre. In sostanza, ogni organizzazione che fa capo alla sanità pubblica britannica dovrà nominare un responsabile incaricato di esaminare i propri medici sulla base di una perizia che terrà conto anche del giudizio dei pazienti e dei colleghi. Ogni cinque anni il responsabile deve poi inviare al General medical council, un organismo regolatorio indipendente simile all'Ordine dei medici, un rapporto se il medico può continuare a esercitare o se sia necessario un aggiornamento. Da alcune valutazioni di prova il 4,1% dei medici testati avrebbe qualche problema, abbastanza grave da pregiudicare l'esercizio della professione nello 0,7% dei casi. «Il tema è sul tappeto da molti anni anche da noi» commenta **Amedeo Bianco**, presidente della Fnomceo, «anche se abbiamo già alcuni meccanismi di valutazione, che andrebbero resi più organici. Se la valutazione è vista come strumento di sviluppo e non di punizione ed è chiaro chi giudica e che cosa giudica, gli effetti potrebbero essere positivi».

Generici antiepilettici: Aifa convoca aziende degli originator

L'Agenzia del farmaco ha convocato in seduta del Comitato prezzi e rimborso (Cpr) le aziende farmaceutiche Ucb e Janssen-Cilag, produttrici rispettivamente di levetiracetam e topiramato, due farmaci genericati per la terapia dell'epilessia. L'Aifa ha specificato in una nota che la decisione è stata presa «nell'interesse della salute del paziente e nel senso di collaborazione istituzionale con le Regioni, in relazione alla raccomandazione del 17 settembre sull'inserimento nella lista di trasparenza di specialità medicinali contenenti levetiracetam e topiramato». Ma ha anche sottolineato il diverso atteggiamento delle due aziende: «Mentre, infatti, l'Ucb, che aveva già ridotto volontariamente il prezzo della specialità medicinale Keppra del 40% in data 08 ottobre, ha avuto un atteggiamento collaborativo mostrando di aver compreso l'esigenza dei pazienti e del Ssn e ripromettendosi di valutare l'ipotesi di un ulteriore sconto sino ad approssimare il prezzo del *farmaco equivalente*, la Janssen-Cilag ha rifiutato l'invito a considerare una riduzione del costo del Topamax». Secondo l'Agenzia si tratta di un atteggiamento «sorprendente» e distante dalle politiche del farmaco che si adottano in Europa: «In Germania» si legge nella nota Aifa «il prezzo di questa specialità medicinale è allineato a quello del generico».