

Sanità

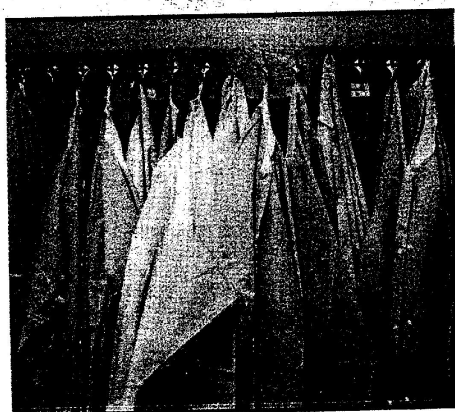
Compatti i sindacati della dirigenza: immediata apertura delle trattative o sarà sciopero già ad aprile

Medici in pressing per il contratto

Gli altri nodi: intramoenia e previdenza integrativa - Comitato di settore in difficoltà

Tre i nodi sul tappeto: contratto, libera professione e previdenza integrativa. E con queste rivendicazioni medici e dirigenti hanno scritto a Governo e Regioni annunciando uno sciopero a fine aprile se non interverranno fatti nuovi. Le richieste sono dell'avvio immediato della trattativa 2006-2009, una revisione della norma che prevede la fine dell'intramoenia allargata e la previdenza di una previdenza integrativa per l'area della dirigenza del Ssn. E il comitato di settore dà ragione alla protesta sindacale, ma non può ancora elaborare l'atto di indirizzo.

A PAG. 2-3



Libera professione

Denuncia del Senato: le Regioni sono in ritardo

A PAG. 3

Boom di domande

I dottori in marcia verso la pensione

A PAG. 2

ARRIVA IL DECRETO

Maxi-ripianti da 3 miliardi

Vincono Lazio e Campania

Pronti sul piatto i tre miliardi per ripianare i vecchi disavanzi sanitari del 2001-2005 nelle Regioni in grave deficit: a conquistare i fondi, messi in campo da un decreto appena varato da Palazzo Chigi, saranno Lazio, Liguria, Abruzzo e Campania che hanno siglato con l'Economia i piani di rientro.

TESTO E SERVIZIO A PAG. 4

Anche Bassolino firma il «patto»

Arriva il piano per cancellare i 3,7 miliardi di debiti della Campania tra il 2001 e il 2006. A firmarlo la scorsa settimana il presidente Bassolino e i ministri Turco e Padoa-Schioppa.

A PAG. 4

PRONTUARI LOCALI

Farmaci, è caos rimborsarsi

Il prezzo di riferimento spacca i Lea - Le ricette regionali

Dopo l'allerta dell'Aifa e l'alzata di scudi dei medici di famiglia, imprese farmaceutiche sempre più sul piede di guerra per le soluzioni di recupero dell'extratetto adottate dai Governi locali. Il prezzo di riferimento

e gli obiettivi di prescrizione mettono a rischio i fatturati ma anche l'omogeneità delle cure. E le aziende incassano il sì del Tar Liguria sulla richiesta di sospensiva.

A PAG. 8-9

Anziani colpiti dai risparmi

Denuncia dal pianeta geriatrico: budget e obiettivi di risparmio rischiano di creare un atteggiamento astensionista dei medici proprio nei confronti degli anziani cronici.

TRABUCCHI A PAG. 8

Pay back, che pasticcio

Il meccanismo di pay back rateizzato per il recupero dell'extratetto farmaceutico a carico dei produttori rischia di penalizzare le aziende sul fronte delle forniture ospedaliere.

BONI/DE ROSA A PAG. 9

IN VETRINA

Cannabis: no del Tar al raddoppio Turco ricorre al Consiglio di Stato

Torna il giro di vite contro la cannabis. Il Tar del Lazio ha bocciato il decreto del ministro Turco che ha innalzato da 500 milligrammi a 1 grammo la soglia massima di detenzione consentita per uso personale. Il ministro ha annunciato che farà ricorso al Consiglio di Stato. (Servizio a pag. 5)

▼ **Ticket sulle analisi: anche i confederali in trincea**
Confederali sul piede di guerra contro il ticket da 10 euro su visite e analisi: Epifani, Bonanni e Angeletti scrivono a Prodi chiedendone l'abolizione. (Servizio a pag. 5)

▼ **F.V. Giulia: psicologia «integrata» a Pordenone**
Counseling e interventi differenziati per area di cura nel modello di assistenza psicologica integrata dell'Ao S. Maria degli Angeli di Pordenone. (Servizio a pag. 16)

▼ **Liguria: non autosufficienza, accordo coi Mmg**
Un accordo vincola i Mmg a compilare schede di valutazione più dettagliate per l'accesso dei pazienti al Fondo per la non autosufficienza. (Servizio a pag. 18)

▼ **Lombardia: un braccialetto tutela il paziente**
L'Ospedale di Lecco monitora i risultati del progetto pilota che consente l'identificazione dei pazienti con un braccialetto. Per gli operatori, luci e ombre. (Servizio a pag. 19)

Fisco/1

Il recupero Iva sulle auto aziendali

A PAG. 23

Fisco/2

Omaggi con esenzioni d'imposta

A PAG. 22

Mai tacere gli effetti collaterali

Tremate, medici del pronto soccorso. Non bastano le file, il caos di colori e codici, i ticket, lo stress del lavoro in urgenza. Dovete preoccuparvi anche della guida del paziente ore e ore dopo la dimissione. Perché non è escluso che la responsabilità di un colpo di sonno e di un incidente finisca per essere vostra.

È accaduto a un camice bianco dell'ospedale di Gorizia, che si è visto condannare in primo e secondo grado alla pena di un mese di reclusione, sostituita con il pagamento di una multa di 1.140 euro. Perché? Semplice: ha prescritto un comunissimo ansiolitico a un paziente (arrivato in Ps con un malore non grave) senza scrivere sul foglio di dimissioni che il farmaco può

produrre sonnolenza. I giudici di merito hanno fatto due più due: se il rischio c'era e non era stato messo nero su bianco, il colpo di sonno del guidatore dimesso cinque ore prima era colpa sua. Del medico che non aveva avvisato l'utente per iscritto.

La Cassazione ha (fortunatamente) annullato la condanna per eccessiva superficialità dell'analisi, rinviando il caso a un'altra sezione della Corte d'appello di Trieste. Ma non è tornata indietro sull'obbligo di informare, per iscritto sugli effetti collaterali dei farmaci. Scripta manent, insomma, e servono a difendersi. (M.Per.)

A PAG. 27

GUIDA ALLA LETTURA

■ Primo Piano	a pag. 2-3
■ Dal Governo	4-5
■ In Parlamento	7
■ Speciale	8-11
■ Dibattiti	12-13
■ In Europa	14
■ Aziende/Territorio	15-20
■ Mercati&News	20
■ Lavoro/Professione	21-27
■ Fisco&Previdenza	22-23
■ Servizi	24
■ La Giurisprudenza	26-27

A PAG. 12-13

Prevenzione

Comunicazione e informazione agli assistiti: la formula degli esperti per migliorare la salute

A PAG. 25

Professioni

La proposta degli infermieri per il Ssn: riorganizzazione delle degenze e cure domiciliari

A PAG. 26

Tribunale di Roma

Lo Stato deve pagare 34 mln a circa 750 specializzandi '83-'91: ecco il testo della sentenza

sanofi aventis

La salute, la cosa più importante

LAZIO/ Per l'Asl di Tivoli 213mila prestazioni in meno grazie alle politiche di contenimento

La stretta sugli ambulatori

Nel 2006 risparmi per 2,3 milioni di euro - Prescrizioni più oculate



La politica di contenimento della spesa sanitaria si avvale di diverse strategie mirate a modificare il comportamento dei prescrittori, degli erogatori, degli utenti. Nell'ambito di un approccio "top-down" si può ricorrere al metodo della ripartizione delle risorse in budget allo scopo evidente di imporre una modificazione nel comportamento dei centri di spesa (prescrittori ed erogatori).

Politiche di limitazione dell'offerta sono già state sperimentate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e in alcuni settori dell'assistenza distrettuale. Più di recente è emersa la necessità di procedere al contenimento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali il cui consumo, in crescita continua, impegna ormai il 13% del fondo sanitario regionale.

La Regione Lazio, con la Dgr 143/2006, ha provveduto a definire il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali e ad assegnare, coerentemente, un tetto di spesa per ciascun erogatore. La determina D1598/2006 del dipartimento Sociale della Regione Lazio istituiva un processo informativo telematico, affidato alla gestione dell'agenzia di Sanità pubblica, con il quale si avviava il monitoraggio mensile delle prestazioni erogate dalle sole strutture private accreditate. A partire dall'ottobre 2006, il sistema di controllo regionale ha iniziato a scartare ed escludere dalla remunerazione le ricette presentate dagli erogatori privati accreditati il cui rimborso regionale eccedeva il budget mensile assegnato. Con questa normativa dunque la Regione Lazio definiva compiutamente una politica di contenimento della spesa sanitaria di tipo top-down nella quale l'erogatore privato accreditato veniva identificato come centro di spesa.

Consensualmente l'Asl Roma G (Tivoli) avviava una politica di controllo della spesa farmaceutica indotta dai medici di base che poteva avere riflessi indiretti anche sulla prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Tale politica, a partire dal settembre 2006, si concretizzava in inviti ripetuti ai medici di base perché riducessero la spesa farmaceutica entro certi limiti. Quantunque il sistema di controllo avviato dall'azienda non si avvallesse propriamente della definizione di budget di spesa per i singoli medici, comunque esso si inquadra nell'ambito di un approccio "top-down" della politica di contenimento della spesa sanitaria.

Dunque, nel corso del 2006, nell'Asl Roma G (Tivoli) venivano implementate due politiche che agivano direttamente, quella regionale, o indirettamente, quella locale, sul consumo di prestazioni ambulatoriali. Una valutazione dei risultati non può prescindere dalla duplice analisi sul risparmio di spesa ottenuto e sulle reazioni del mercato sanitario le cui dinamiche interne, in un ambito affinato chiuso, sono talora difficilmente intelligibili.

L'azienda sanitaria locale Roma G (Tivoli) è una delle tre Asl nelle quali è suddivisa la Provincia di Roma. Essa costituisce un terreno favorevo-

Tab. 1 - Prestazioni ai residenti

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Prestazioni	2.251.956	2.430.998	2.319.212	2.486.574	2.790.935	3.206.009	3.443.268
Costo	2.245.773,78	2.503.705,20	2.581.234,52	2.748.112,56	3.077.851,95	3.777.875,85	4.087.788,55
Costo medio	10.095.359,91	11.827.697,16	12.715.127,08	14.780.706,11	17.530.042,84	20.076.417,52	19.752.087,51

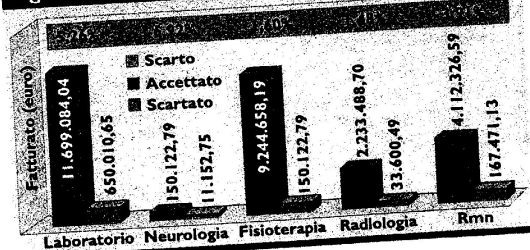
(1) Calcolo sul totale delle ricette presentate
(2) Calcolo sulle ricette accettate

Tab. 2 - ... e di laboratorio *

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Prestazioni	116.312	141.447	148.183	160.896	172.338	213.758	239.435
Costo	15.336	20.344	23.765	26.439	29.344	36.604	43.022
Costo medio	13,19%	14,38%	16,04%	16,43%	17,03%	17,12%	17,97%

* Calcolo sul totale delle ricette presentate

Fig. 1 - Rimborso Asl dei centri privati accreditati



le per studiare la direzione dei flussi di utenti e prestazioni che intercorrono tra l'area pubblica e quella privata. Sul suo territorio risiedono infatti solo presidi pubblici a gestione diretta (sei distretti e sette ospedali), finanziati di fatto a quota capitaria, e strutture private accreditate (trentadue), remunerate invece a prestazione e, a partire dal 2006, sottoposte a tetti di spesa. Sono invece assenti quei presidi, le aziende ospedaliere, che in virtù della loro natura ibrida (proprietà pubblica con finanziamento a prestazione), rappresentano un fattore di interferenza sotto il profilo del rapporto concorrenziale pubblico-privato.

La figura 1 mostra il rimborso Asl fatturato dalle strutture private accreditate dell'Asl Roma G nel 2006 per prestazioni erogate a residenti e con onere a carico della fiscalità generale.

Nella tabella 1 si osserva che, dopo sei anni di crescita continua, il rimborso Asl nel 2006 registra una riduzione di 324.330,01 euro pari all'1,62% del fatturato dell'anno precedente. Considerando il ritmo di crescita di tale fatturato nel corso degli anni 2000-2005 (figura 1), si può calcolare un risparmio di ben 3.579.842,49 euro rispetto al valore tendenziale del 2006. Il numero di prestazioni nel 2006 continua comunque a crescere quantunque in misura minore rispetto agli anni precedenti. Tuttavia appare evidente una riduzione del consumo di prestazioni pari a 213.493 unità rispetto al valore tendenziale del 2006.

Occorre precisare che una parte importante del risparmio Asl può essere solo apparente in quanto dovuta a prestazioni differite nel tempo o trasferite verso presidi esterni (mobilità passiva). Questi meccanismi possono essere operanti in particolare per le prestazioni di risonanza magnetica nucleare (Rmn) il cui consumo non è facilmente comprimibile nell'imme-

diato. Considerando il ritmo di crescita nel consumo di prestazioni di Rmn, si può calcolare che la spesa Asl in questo ambito, per il 2006, possa aumentare di 1.232.694,28 euro. Si può pertanto assumere, che approssimazione per eccesso, che l'Asl si troverà a dover pagare tale importo in un prossimo futuro per prestazioni ritardate o trasferite in presidi esterni. Questo significa che il risparmio Asl per l'anno 2006 potrà scendere a 2.347.148,21 euro. Esso rimane comunque consistente essendo pari al 10,06% del valore tendenziale e, in una certa misura, risulta anche sorprendente tenendo conto del breve arco di tempo durante il quale sono state implementate le politiche di contenimento regionale e locale.

Il fenomeno merita una valutazione più approfondita. Il risparmio ottenuto dall'Asl Roma G nel 2006 può essere scomposto in diverse quote, che, per quanto difficoltoso, si può tentare di identificare e quantificare ai fini di una migliore comprensione dei meccanismi che regolano il mercato sanitario.

Una parte del risparmio Asl, pari esattamente a 1.001.205,05 euro, è dovuta all'attività comunque svolta e certificata dai privati accreditati ma non remunerata in quanto eccedente il budget assegnato.

Una seconda quota di risparmio Asl è legata a un recupero di attività da parte dei presidi pubblici, i quali, al momento, si trovano a operare al di fuori dei limiti imposti dai budget di spesa. Il fatturato sottratto dagli ambulatori pubblici a quelli privati accreditati nel 2006 è tuttavia molto esiguo e può essere calcolato pari 120.372,08 euro.

Un ulteriore componente del risparmio Asl può essere dovuto al fenomeno della "privatizzazione" ovvero al trasferimento delle prestazioni nell'area del privato non accreditato. Verificare questo aspetto è fondamentale in quanto esso rappresenta una modalità della risposta degli utenti che in qualità di consumatori costituiscono l'elemento evidentemente cen-

trale del mercato sanitario. Un'analisi di questo tipo deve adottare un modello che descriva la domanda di prestazioni sanitarie. Nell'ambito della specialistica ambulatoriale sembra plausibile riferirsi a quei modelli nei quali si assume, tra l'altro, che il consumatore sia un massimizzatore della propria utilità e sia informato dei costi al momento della scelta.

Infatti gli utenti possono attingere informazioni precise sia dal medico curante che dagli stessi erogatori. In particolare gli utenti che si recano a eseguire la prestazione presso una struttura privata accreditata, che ha esaurito il proprio budget, possono facilmente disporre di quelle informazioni relative ai costi che consente loro una scelta consapevole. Questa può consistere nel rinunciare alla prestazione, nel rivolgersi a un altro presidio, magari pubblico, oppure nel richiedere la prestazione presso lo stesso erogatore privato ma al di fuori del regime di accreditamento. In alcuni casi, infatti, può verificarsi una coincidenza di convenienze tra l'utente e l'erogatore privato nel trasferire la prestazione dall'ambito dell'accreditamento a quello della libera professione privata. E il caso è esempio di tutti quegli utenti che partecipano al costo di una prestazione (ticket) che prevede un rimborso Asl non eccessivo di cui il paziente ritiene di potersi far carico. Questi utenti vanno a sommarsi a quelli che pagano per intero la prestazione (franchigia) e che comunque possono trovare utile privatizzare le prestazioni loro necessarie. Questi due insiemi di utenti costituiscono l'area suscettibile di privatizzazione.

Allo scopo di esplorare e quantificare il fenomeno della privatizzazione, si è proceduto ad analizzare i dati relativi alla branca laboratorio, per la quale è inverosimile il trasferimento delle prestazioni in mobilità passiva e sulla quale sono stati operati i maggiori tagli di spesa. Come indicatore proxy della privatizzazione si è scelta la percentuale di prestazioni erogate dagli accreditati a residenti non esenti il cui rimborso Asl è compreso tra i 1 e 10 euro. Infatti, se il tetto di spesa assegnato agli erogatori privati favorisce la privatizzazione, è plausibile che questa coinvolga soprattutto l'area delle prestazioni il cui rimborso regionale è più basso e quindi più facilmente sostenibile dall'utente. Tale area tende ad aumentare lievemente nel corso degli anni (tabella 2) e non scende nel 2006 come ci si sarebbe aspettato se fosse stata privatizzata. Si può assumere dunque che il fenomeno della privatizzazione quantomeno non sia stato incrementato dalle politiche di contenimento adottate e che quindi non contribuisca al risparmio Asl verificatosi nel 2006.

Occorre precisare che, se questo è accaduto, esso è dovuto in misura importante alla disposizione regionale in base alla quale si stabiliva che i tetti del 2007 sarebbero stati fissati sulla base del fatturato complessivo e non del solo fatturato accettato. Di conseguenza gli erogatori privati accreditati hanno continuato a fornire gli stessi servizi e non hanno messo in atto strategie di riduzione della loro attività.

L'ultima componente del risparmio Asl può essere ricavata per differenza tra il totale e le quote precedenti (tabella 3). Essa si identifica, necessariamente, con un rallentamento nella crescita delle prestazioni erogate evidentemente non legato all'atteggiamento dei pazienti ma verosimilmente dovuta a una prescrizione medica più attenta. Questa quota ammonta a 1.225.148,21 euro e costituisce oltre la metà dell'intero risparmio Asl nonché oltre il 5% della spesa tendenziale prevista per la specialistica ambulatoriale nel 2006. Il risultato è assolutamente significativo tanto più se si tiene conto del fatto

che le misure di controllo della prescrizione medica adottate dalla Asl si sono concentrate negli ultimi mesi dell'anno.

Si può concludere che l'introduzione dei tetti di spesa per gli erogatori privati e l'avvio di un meccanismo di controllo della spesa indotta dai medici di base hanno determinato una consistente rallentamento nella crescita dei costi sostenuti dalla Asl Roma G per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il recupero di prestazioni e fatturato da parte dei presidi pubblici è stato pressoché trascurabile. Il fenomeno della privatizzazione non sembra essere aumentato. È plausibile che il risparmio maggiore sia invece dovuto a una contrazione del consumo di prestazioni dovute a una prescrizione medica più attenta.

Tab. 3 - Risparmi dell'azienda

Quota non remunerata	1.001.205,05 (42,66%)
Quota recuperata dal pubblico	120.372,08 (5,13%)
Quota "privatizzata"	0,00 (0,00%)
Quota dovuta a una prescrizione medica più attenta	1.225.148,21 (52,22%)
Totale	2.347.148,21

È trascurabile il recupero di esami e fatturato nei presidi pubblici

Carlo De Luca
Sistemi informativi
Asl Roma G (Tivoli)
Francesco Moscatelli
Coordinamento Cup
Asl Roma G (Tivoli)
Antonio Cannistrà
Sistemi informativi
Asl Roma G (Tivoli)