

Sanità

Confronto Regioni-Governo per rimodulare i tagli da 12,2 miliardi nel settore sanitario frutto di due manovre

Spending, scontro all'ultimo euro

I governatori: «Misure insostenibili, così niente Patto» - I medici: «È la fine del Ssn»

Confronto difficile Regioni-Governo sull'operazione spending review. Da questa settimana partono gli incontri one to one col supercommissario Bondi sui calcoli elaborati dai tecnici governativi, ma sugli esiti della trattativa pesa l'avvertimento del premier Monti: «Il provvedimento è stato già valutato positivamente dall'Europa e dagli osservatori internazionali: il Paese non può permettersi ripensamenti; i saldi non si toccano».

Intanto i primi calcoli esibiti dai tecnici governativi che hanno elaborato le misure della spending review vengono giudicati "rozzi e rudimentali" e per le Regioni - spiega il presidente dei governatori, Vasco Errani - resta prioritario un solo obiettivo: «Tagliare tutti gli sprechi salvaguardando i servizi essenziali per i cittadini».

Categorie e territori restano sulle barricate, mentre i sindacati medici tuonano: «Così si uccide il Ssn». E si preparano al corteo nazionale del 27 ottobre.

A PAG. 2-4



FARMACI
1,82mld
in meno



BENI E SERVIZI
2,3mld
in meno



FARMACIE
20mila
posti di lavoro a rischio



POSTI LETTO PUBBLICI
7mila
in meno



INDUSTRIA PHARMA
10mila
posti di lavoro a rischio



PRIVATO ACCREDITATO
0,55mld
in meno

Spending review
4,7mld

Totale manovra Tremonti
12,2mld

Totale tagli dal 2010
21,7mld

FILIERA IN SUBBUGLIO

La trincea del farmaco

Farmacisti: pronta la serrata - Industrie: allarme Italia

Trentamila posti di lavoro in meno e sempre meno farmaci innovativi per curare gli italiani. L'horoscopus horribilis della salute che verrà emerge dai rumors del comparto farmaceutico sulla spending review.

Tutti sul piede di guerra: «Così non c'è futuro», è il sentimento che accomuna tutti i protagonisti.

Dopo l'allarme di Farmindustria sui 10mila occupati a rischio

nel comparto, Federfarma rilancia e raddoppia annunciando 20mila operatori in meno al banco e 4mila possibili chiusure.

I titolari sono scesi in piazza e hanno confermato la serrata per il 26 luglio, senza incassare promesse di modifica. Ma dopo due anni d'attesa parte il tavolo sulla nuova remunerazione.

A PAG. 5

Acquisti di immobili nuova tegola

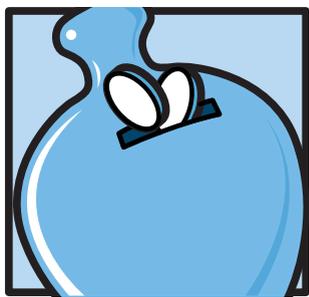
Il Dlgs sull'omogeneizzazione dei sistemi contabili prevede la copertura della somma di parte corrente tesoriata eventualmente utilizzata per gli acquisti di immobili, entro l'anno dell'acquisto, aggravando così i bilanci delle aziende.

A PAG. 8

Il macigno fiscale sui conti Asl

Oltre ai tagli c'è un Fisco pesante per Asl e ospedali ad aggravare la situazione dei bilanci. Che derivano dalle agevolazioni all'osso nel pubblico rispetto al privato e dai rischi che si corrono per gli effetti di tassazioni occulte.

A PAG. 6



MANOVRE/ Partono le verifiche tecniche Regioni-supercommissario Bondi

Ora i confronti one to one

Monti: «Saldi intoccabili» - Errani: «Spending insopportabile»

Non si concentra, però si spiega e si chiarisce tutto. Si decide e non si recede, per non perdere la faccia con l'Europa. E la chirurgia marca Monti è senza anestesia, ma col lusso della privacy: da questa settimana gli incontri Governo-Regioni sono diventati one-to-one. A ciascuno il suo, con una certezza di fondo: «La spending review non si cambia più».

La rima riecheggia insistentemente nella testa delle Regioni fin dal primo incontro - mercoledì scorso - col premier Monti e col neo-ministro dell'Economia, **Vittorio Grilli**.

«Il presidente del Consiglio **Mario Monti** ha dato la disponibilità del Governo a fornire tutti i chiarimenti e gli approfondimenti ritenuti necessari» - riassumeva un comunicato di Palazzo Chigi, spiegando anche che gli obiettivi del DI sulla spending «costituiscono un elemento essenziale della politica economica del Governo e che pertanto non potranno essere modificati».

«Il provvedimento è già stato valutato positivamente dall'Europa e dagli osservatori internazionali, e il Paese non può permettersi neanche di dare la sensazione

Senato, Servizio Bilancio: «Rischio farmaci, B&S e dispositivi»

Arriva l'analisi del servizio Bilancio del Senato sulla spending review. Con osservazioni pesanti sulla spesa farmaceutica, i beni e servizi e il taglio dei posti letto.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale, secondo il servizio Bilancio l'ulteriore contenimento di quella territoriale potrebbe avere «conseguenze negative sulla redditività e i programmi di investimento delle aziende farmaceutiche in Italia, con possibili riflessi anche di natura fiscale», un altolà su cui le imprese del farmaco non hanno mai avuto dubbi. E poi andrebbero meglio puntualizzati gli effetti sul livello della spesa farmaceutica ospedaliera che derivano dalle specialità medicinali di fascia A, dal pay back per l'ospedalità e da una serie di

norme i cui effetti non sono stati calcolati e che, secondo il documento, rendono la quantificazione complessiva «prudenziale», tanto in termini di risparmi pregressi (che sembrano leggermente sovrastimati), quanto dei nuovi risparmi riconducibili (che sembrano sottostimati).

Sui beni e servizi invece il servizio Bilancio mette in guardia, nonostante la sottostima del possibile risparmio, dal rischio di scatenare «un cospicuo contenimento a carico delle aziende sanitarie» e creare «problemi di approvvigionamento per alcune aziende» se i fornitori dovessero preferire recedere dal contratto piuttosto che subire la decurtazione dei compensi, anche considerando i ritardi nei pagamenti. Inoltre, andrebbero illustrati i motivi per cui gli effetti per il

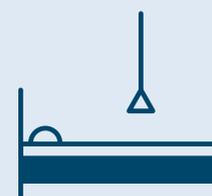
2012 sono maggiori di quelli per il 2013 e 2014.

Sul taglio dei posti letto la relazione ricorda in modo secco che la misura incide solo sulla quota di oneri variabili (e, tra l'altro, in misura meno che proporzionale). È davvero utile quindi?

E sul nuovo tetto per i dispositivi medici, oltre al fatto di giudicarlo probabilmente «non sostanzialmente sostenibile, anche alla luce del progresso tecnico e della questione dell'aggiornamento del nomenclatore», il servizio Bilancio sottolinea che, a differenza di quanto accade per la spesa farmaceutica, l'eventuale sfioramento resta a carico delle Regioni: in questo settore non c'è pay back per i produttori e l'effetto mette a rischio la spesa.



FARMACI

1,82mld
in meno


POSTI LETTO PUBBLICI

7mila
in meno

ON LINE

Il testo della spending review
www.24oresanita.com

di un ripensamento», è stato il primo paletto di Monti e Grilli fissato alla rappresentanza dei Governatori.

Sicché anche gli eventuali errori di calcolo dovranno essere

aggirati lasciando i saldi tali e quali, costi quel che costi. È proprio questo il dramma che attanaglia le Regioni, cui è stata offerta l'unica panacea degli incontri ravvicinati col supercommissario della spending review, **Enrico Bondi** e, semmai fosse possibile, la ciambella di un Patto per la salute da chiudere però entro fine luglio.

«L'azzeramento di tutti gli sprechi è un obiettivo sacrosanto

- aveva spiegato a nome di tutti il presidente dei Governatori, **Vasco Errani** (Emilia Romagna) - ma la spending review così com'è è insopportabile perché somma tagli a tagli per il 2013 e il 2014: la verifica in sede tecnica punta a capire come sarà possibile garantire i servizi ai cittadini, sia nella Sanità che nel trasporto pubblico locale».

«Dobbiamo garantire ai cittadini che i livelli essenziali di assi-

stenza siano forniti come la legge prescrive», aveva aggiunto il presidente della Regione Lombardia, **Roberto Formigoni**.

«Andremo a vedere le carte nell'interesse dei cittadini», aveva concluso il presidente della Toscana, **Enrico Rossi**.

Ma che dalle carte esibite giovedì nel corso del primo incontro «tecnico» Regioni-Bondi possa venire qualcosa di buono è presto per dirlo. «È un grande plico con

tanti numeri e statistiche: leggerò tutto con attenzione nelle prossime ore», ha commentato proprio Rossi a fine lavori. «Ma sulla Sanità tutto dipende dal parametro che si prende in considerazione. Potremmo cominciare dal prezzo medio del lavano e noi Regioni siamo pronte a farlo, ma prima bisogna chiarire se le lenzuola ogni tanto vanno cambiate o no».

Ironia amara, quella di Rossi, che sposa bene con i primi com-

NUMERI E ALTERNATIVE

In bilico 7.000 posti letto e 500 primariati

Gli ospedali avevano nel 2010 uno standard medio di posti letto per mille abitanti di 3,9, già inferiore a quello ufficiale di 4. E la riduzione a 3,7 per mille abitanti crea un esubero di circa 21.760 posti complessivi (senza contare quelli in meno delle Regioni il cui standard è sotto la media e che ovviamente non saranno aumentati), di cui oltre 7mila sarebbero quelli che secondo le previsioni della spending review (un taglio di almeno il 40% nel servizio pubblico) toccherebbero alle strutture del Ssn.

Il condizionale sui tagli - che valgono secondo le previsioni del decreto solo 20 milioni nel 2013 e 50 nel 2014, circa 2.800-2.900 euro a posto letto - è d'obbligo perché in realtà a registrare l'esubero sono praticamente tutte le Regioni con mobilità attiva che ricevono pazienti da quelle con standard sotto la media e devono mantenere un numero di posti letto più elevato rispetto a quello che lo standard assegnerebbe loro in base ai residenti. Le Regioni virtuose, quindi, che poco hanno da tagliare. Un esempio per tutti: l'Emilia Romagna, tra le Regioni più gettonate dai pazienti in viaggio in cerca di cure migliori, ha necessità di almeno 2mila posti letto in più rispetto a quelli previsti dalla programmazione media nazionale. Attualmente è possibile considerare un aumento del 5% rispetto allo standard per le Regioni con forte mobilità attiva, in sostanza si tratterebbe di raggiungere i 3,85 posti letto anziché 3,7.

La dimostrazione del peso della mobilità - citata come parametro nel decreto che ne abbassa il tasso da 180 a 160 per mille abitanti - è evidente analizzando assieme al dato dei posti letto quello delle Sdo 2010 sul tasso di ricoveri dentro e fuori Regione dei residenti.

Così a esempio la Lombardia, Regione con la massima mobilità attiva, ha un tasso complessivo di ospedalizzazione di 12 punti inferiore al nuovo standard del 160 per mille con una mobilità passiva che arriva appena a 6 per mille abitanti e una differenza in

L'effetto dell'applicazione degli standard (dati 2010)

Regioni	Posti letto				Tasso di ospedalizzazione			
	Totali	Per 1.000 abitanti	Diff. con standard 3,7	+/- rispetto a standard 3,7	In Regione	Fuori Regione	Totale	Diff. con tasso 160
Piemonte	20.061	4,5	0,8	3.569	135	10	145	-15
V. d'Aosta	585	4,6	0,9	111	134	35	168	8
Lombardia	39.691	4,0	0,3	2.995	142	6	148	-12
Pa Bolzano	2.304	4,5	0,8	426	167	8	175	15
Pa Trento	2.600	4,9	1,2	641	139	25	164	4
Veneto	20.503	4,2	0,5	2.233	130	9	139	-21
Friuli. V.G.	5.790	4,7	1,0	1.218	130	10	140	-20
Liguria	7.801	4,8	1,1	1.819	164	20	184	24
Emilia R.	21.752	4,8	1,2	5.352	142	10	152	-8
Toscana	14.575	3,9	0,2	701	133	10	143	-17
Umbria	3.635	4,0	0,3	281	139	21	160	-0
Marche	6.951	4,4	0,7	1.159	135	18	153	-7
Lazio	20.475	3,6	-0,1	-721	162	11	173	13
Abruzzo	5.551	4,1	0,4	584	140	30	170	10
Molise	1.346	4,2	0,5	163	154	40	193	33
Campania	17.147	2,9	-0,8	-4.439	183	15	198	38
Puglia	13.415	3,3	-0,4	-1.723	192	14	206	46
Basilicata	2.555	4,3	0,6	381	136	38	174	14
Calabria	7.345	3,7	-0,0	-97	141	30	171	11
Sicilia	16.613	3,3	-0,4	-2.076	175	10	186	26
Sardegna	6.327	3,8	0,1	128	165	9	173	13
Italia	237.022	3,9	0,2	12.704	152	12	165	5
Solo posti in più pubblici rispetto allo standard				21.760				
40% dei posti in più pubblici				7.204				

più di posti letto per mille abitanti di 0,3. Al contrario la Calabria, con uno standard di posti letto praticamente già pari allo standard di 3,7 per mille abitanti, ha in realtà un tasso di ospedalizzazione di 171 per mille, di cui quello per mobilità passiva raggiunge 30 per mille abitanti. E i casi in cui l'ospeda-

lizzazione è più alta dello standard mentre i posti letto per mille abitanti sono tutti inferiori ai 3,7 sono nelle Regioni del Sud (più il Lazio) dove la mobilità passiva è sempre più elevata (si veda tabella).

Ma quella del taglio dei posti letto tout court è comunque una misura che le Re-

gioni non apprezzano. E che giudicano non di razionalizzazione, ma di solo risparmio di spesa, anche perché solo sulla spesa agisce un eventuale taglio alle unità operative complesse, come scritto nel testo. A essere tagliate sarebbero circa in 500, considerando una media di posti let-

to tra 15 e 17,5 per unità.

La riduzione di posti letto - prevista nelle prime ipotesi per il Patto sulla salute 2013-2015 anche in modo più riduttivo, fino a 3,5 posti letto per mille abitanti - dovrebbe essere effettuata secondo le Regioni - che porteranno la proposta in sede di confronto con il Governo sia sulla spending review che sul Patto - con l'organizzazione di reti territoriali cliniche con requisiti dimensionali, strutturali, tecnologici, organizzativi e funzionali previsti dalla legge e in linea con il fabbisogno definito dalla programmazione regionale.

Le reti eviterebbero una serie di problematiche che oggi rendono debole il sistema ospedaliero e che sono le stesse sottintese dalla manovra: la frammentazione strutturale ospedaliera per la presenza di piccoli ospedali e unità operative di minime dimensioni; la polverizzazione delle Uo e delle competenze per garantire la presenza di operatori e professionisti in strutture a ridotte attività produttive; la duplicazione delle attività in Unità operative limitrofe con le stesse funzioni senza specifiche specializzazioni su particolari prestazioni o pazienti; la competizione conflittuale tra strutture che si contendono i pazienti senza una precisa razionalizzazione delle linee di produzione per rendere elevata la quantità di prestazioni erogate; l'inappropriatezza di molte prestazioni (ambulatoriali, di pronto soccorso, di ricovero) per una mancata azione diagnostica preventiva o del ricorso al ricovero ordinario al posto del day hospital; le disconomie e gli sprechi derivati da tutte le criticità.

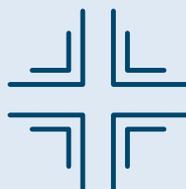
Ma tutto questo richiede un altro passaggio essenziale: accanto all'organizzazione ospedaliera deve esserci anche quella territoriale altrimenti ridurre i posti letto tout court si tradurrebbe nel far mancare i servizi ai cittadini. E se di territorio la spending review non parla, ci penserà, assicurano le Regioni, il nuovo Patto per la salute. Semmai riuscirà a svincolarsi dalla morsa dei tagli.

17-23 luglio 2012



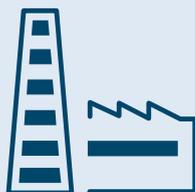
BENI E SERVIZI

2,3mld
in meno



FARMACIE

20mila
posti di lavoro a rischio



INDUSTRIA PHARMA

10mila
posti di lavoro a rischio



PRIVATO ACCREDITATO

0,55mld
in meno

menti circolati tra i rappresentanti della Sanità locale una volta presa visione delle altre carte esibite dai tecnici del Governo al lavoro sulla spesa sanitaria. Dispiace dirlo, ma la loro operosa attività ha finito con l'essere definita nel migliore dei casi "rozza e rudimentale".

«Ma come si fa a fare i conti d'ospedale dividendo semplicemente la spesa per i dimessi?», si sono chiesti, sconfortati, quelli che hanno partecipato al primo

giro di tavolo.

La risposta magari arriverà in settimana, one to one.

Ma se i conti non tornano il sogno del ministro Balduzzi di chiudere presto il Patto per la salute - a luglio, a ottobre, o almeno finché è in carica - rischia di naufragare per sempre.

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

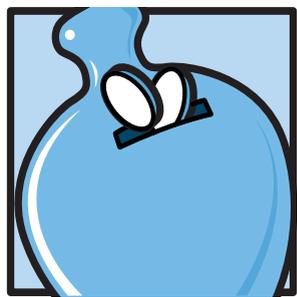
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tagli e risparmi di due manovre per il 2012-2014 (milioni di euro)

	2012	2013	2014
Spending review per il settore sanitario			
Farmaceutica convenzionata - sconto - A decorrere dal 1° luglio 2012 aumento sconto farmacisti dall'1,82% al 3,65%	90	190	190
Farmaceutica convenzionata - sconto - Anno 2012: aumento sconto industria dall'1,83% al 6,5%; mantenimento sconto 1,83% dal 2013	235		
Farmaceutica convenzionata e ospedaliera - Maggiore importo rispetto alla manovra del DI 98/2011 (Pay back territoriale con tetto rideterminato dall'attuale 13,3% all'11,5% e pay back ospedaliera del 50% con tetto al 3,2%)		557	557
Beni e servizi - La riduzione dei corrispettivi per appalti e forniture del 5% dal 1° luglio 2012 e per la durata del contratto (solo il semestre 2012 per i dispositivi medici - farmaci esclusi)	505	463	393
Beni e servizi - Effetto rideterminazione dotazione rete ospedaliera ai 3,7 posti letto per 1.000 abitanti con soppressione Uoc, verifica stringente piccoli ospedali		20	50
Beni e servizi - Ulteriore riduzione tetto di spesa per dispositivi medici al 4,9% nel 2013 e al 4,8% nel 2014		400	500
Erogatori privati - Misure sugli acquisti di prestazioni sanitarie: -0,5% 2012; 1% 2012; 2% dal 2013	70	140	280
Erogatori privati - Introduzione rapporto max 30% tra remunerazione a funzioni e remunerazione tariffe		30	30
Totale	900	1.800	2.000
Manovra prevista dal DI 98/2011 (manovra Tremonti)			
Beni e servizi - Piattaforma Osservatorio prezzi		750	1.100
Dispositivi medici - Fissazione del tetto di spesa		750	750
Farmaceutica: ospedaliera - pay back 35% sfondamento tetto ovvero Farmaceutica territoriale - tetto al 12,5%		1.000	1.000
Ticket		-	2.000
Personale			150
Totale	0	2.500	5.000
Totale somma due manovre	900	4.300	7.000

Tutti i tagli delle manovre finanziarie secondo le Regioni (milioni di euro)

	2012	2013	2014	Triennio 2012-2014
Legge 122/2010, articolo 9 - Riduzione livello Ssn	1.132	1.132	1.132	3.396
Legge 122/2010, articolo 11 - Farmaceutica	600	600	600	1.800
Legge 111/2011 - Reintroduzione ticket	834	834	834	2.502
Legge 111/2011 - Misure contenimento della spesa		2.500	5.450	7.950
Patto salute 2010-2012-Legge 191/2009 - Risorse vacanza contrattuale	466	466	466	1.398
Decreto legge 95/2012	900	1.800	2.000	4.700
Totale tagli	3.932	7.332	10.482	21.746



MANOVRE/ Sindacati medici all'attacco dei tagli ai finanziamenti e ai posti letto

«Il colpo di grazia per il Ssn»

Levata di scudi unanime: il sistema pubblico è condannato al collasso

Se il Governo intendeva mettere d'accordo tutti i sindacati ci è riuscito: la levata di scudi contro la spending review è unanime. Dall'Anao alla Cimo (si vedano gli interventi pubblicati sotto), dai confederali agli anestesisti Aaroi, il leit motiv è identico: si uccide il Servizio sanitario nazionale. Perché si persevera nella politica dei tagli lineari dei finanziamenti e dei posti letto senza mettere mano alle vere sacche di spreco. La risposta dei medici e dei dirigenti Ssn sarà un grande corteo in programma a Roma per il 27 ottobre. Di nuovo in piazza, uniti, per difendere la Sanità pubblica.

«Per fare cassa si è preferita una scorciatoia, negando ogni confronto nonostante la disponibilità mostrata appena un mese fa dalle organizzazioni sindacali con la sottoscrizione di un'intesa unitaria frutto di una vera mediazione», dicono all'unisono i segretari di Fp-Cgil, Flc-Cgil, Uil-Fpl, Uil-Pa e Uil-Rua. «Siamo invece giunti alla confusa sommatoria di tagli lineari: al personale, alla spesa sanitaria, al sistema formativo, alla ricerca, alla presenza dello Stato sul territorio. Una mannaia che si abatterà ancora una volta sulla qualità dei servizi».

«Il taglio del finanziamento al Ssn è insostenibile e ingiustificato - spiega **Massimo Cozza** (Fp Cgil medici) - a fronte di un costo che è inferiore alla media Ue e di una qualità che è ancora elevatissima. Gli Stati Uniti dimostrano che abbattendo la Sanità pubblica i costi aumentano a dismisura». Agli Usa fa riferimento anche **Vincenzo Carpino** (Aaroi): «È paradossale che mentre Obama vede approvata la sua riforma dalla Corte Suprema da noi si smantella il servizio pubblico. Gli spazi per i medici si restringono tra l'altro ogni giorno di più e i sindacati, con la riforma Brunetta e il blocco dei contratti, sono penalizzati».

Per **Biagio Papotto** (Cisl medici) la spending review «è una mannaia che uccide chi sta già per morire»: «Nessuna manovra è andata a incidere sulle aree dove si annidano gli sprechi: le consulenze, il malaffare, le esternalizzazioni e gli appalti. Si colpiscono ancora una volta i posti letto per acuti. Ma così, a furia di tagli indiscriminati, si affossa il pubblico e si sostituisce con il privato».

Anche **Armando Masucci** (Federazione medici Uil) concorda, con una precisazione: «Io devo essere chiaro: qualsiasi misura che comporti una riduzione dell'attuale accozzaglia di primariati è

benvenuta. Ma ridurre i posti letto per acuti è una rovina. Si dovrebbero semmai rivedere quelli dei poli d'eccellenza universitari, dove ci sono ancora margini. Il resto non si deve toccare».

La ragione è semplice e la dice Cozza: «Da nessuna parte c'è scritto che si devono aprire servizi sul territorio, in grado di offrire risposte ai cittadini 24 ore su 24. Ma come si fa a tagliare ancora i posti letto senza prevedere alternative fuori dall'ospedale?». Non è un caso che proprio la scorsa settimana il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, abbia convocato i sindacati dei medici di base promettendo un intervento legislativo anche sulle cure primarie (si veda l'articolo a pag. 19). Ma nulla si potrà muovere in questa direzione senza l'assenso delle Regioni. E il muro contro muro sulla spending rischia di bloccare ogni ulteriore passo, Patto per la salute compreso.

La posta in gioco è ben nota. «Lo sviluppo dell'assistenza territoriale è il nodo: o si fa o si fallisce», è il messaggio lanciato da **Giacomo Milillo**, segretario dei generalisti Fimmg, nel corso del convegno promosso dal Pd sul diritto alla salute. «Non si tratta di costruire cattedrali nel deserto della medicina territoriale, che rischiano di

diventare un boomerang a livello di spesa. Si tratta di gestire l'assistenza fuori dall'ospedale, di cui la medicina generale è un nodo fondamentale. Ma finora abbiamo incontrato soltanto resistenze al cambiamento ed è stato difficile trovare interlocutori nelle Regioni».

I convenzionati dello Snam sono espliciti: «La nostra paura - sottolinea il presidente **Angelo Testa** - è che ancora una volta si effettuino dei grossolani tagli a colpi di accetta e si dia il colpo di grazia a un sistema che funziona, cardine della nostra democrazia, anche se con delle evidenti criticità».

Tutti vedono qual è il rischio di tagliare i posti letto per acuti senza cambiare l'assetto del territorio: ingolfare ancora di più quel pronto soccorso che hanno già dimostrato la loro fragilità. «Cosa vogliono fare?», chiede Carpino: «Vogliono che il pubblico resti solo per l'emergenza-urgenza e che del resto si occupi soltanto il privato?». Ironizza Cozza: «Ma la spending review non puntava a spendere meglio?».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANAAO ASSOMED

«Senza coesione sociale, democrazia a rischio»

Il principale motivo che ha indotto il Governo Monti al taglio di ulteriori 4,7 miliardi di euro al finanziamento del Servizio sanitario nazionale è quello di una sua crescita maggiore rispetto ad altre voci di spesa pubblica. Per dirla con il ministro Giarda, negli ultimi 20 anni la spesa sanitaria è passata dal 32,3% (1990) al 37,0% (2009), mentre quella per istruzione si è ridotta dal 23,1% al 17,7%. Tralasciando la singolarità di confrontare voci di spesa pubblica che hanno dinamiche, attori, finalità e contenuti economici e sociali differenti, gli Health data recentemente pubblicati (giugno 2012) dall'Oecd rivelano la assoluta inconsistenza delle motivazioni che sottendono il taglio delle risorse alla Sanità pubblica.

L'Italia, nel periodo 2000/2009, è stata il Paese più virtuoso nella percentuale di crescita annuale della spesa sanitaria in termini reali: l'1,9% su una media Oecd del 4,7%. La Germania, spesso citata come un Paese da imitare, ha segnato il 2%, la Francia il 2,7%, il Regno Unito il 5,4%, gli Stati Uniti il 4,3%. In rapporto al Pil la spesa globale è scesa dal 9,3% nel 2010 al 9,1% nel 2011, con la media dei Paesi Oecd al 9,5% nel 2010.

Lontanissimi Francia (11,6%), Germania (11,4%), Svizzera (11,4%), Olanda (12%), Stati Uniti (17,6%). In dollari pro-capite, normalizzati per potere d'acquisto, la spesa italiana è di 2964 \$, al di sotto della media Oecd di 3269 \$ che separa, come uno spartiacque, i Paesi cosiddetti economicamente e socialmente avanzati da quelli che solo recentemente si sono avviati verso un adeguato sviluppo economico e delle tutele sociali. Oramai siamo vicini a Spagna, Grecia, Portogallo, Slovenia, Israele, Slovacchia, Europa dell'Est, mentre la Germania spende 4438 \$ pro-capite/anno, la Francia 3974, la Svizzera 5270, l'Austria 4395, il Regno Unito 3433.

I dati Oecd mostrano, poi, un paradosso del nostro Ssn di cui dovremmo essere orgogliosi: a fronte di una delle spese più basse, registriamo esiti clinici molto positivi. L'aspettativa di vita alla nascita è di 82 anni (media Oecd 79,8), solo Giappone e Svizzera fanno meglio; la mortalità infantile per mille nati vivi è 3,4 rispetto a una media Oecd di 4,3; i potenziali anni di vita persi per 100.000 persone/anno sono 3.468 rispetto a una media Oecd nettamente superiore (4.879); i tassi di mortalità per Infarto miocardico acuto e Stroke ischemico sono tra i più bassi nel panorama europeo.

Mancano serie evidenze di un tasso di inefficienza economica tale da giustificare riduzioni di spesa (Ceis 2012).

Nel 2010 la spesa sanitaria è stata di circa 111 miliardi di euro. La manovra di Tremonti comporterà a regime (2014) un taglio lineare di circa 8 miliardi di cui la manovra Monti ne aggiunge altri 4,5. Qualcuno pensa seriamente che una riduzione intorno al 12% del finanziamento pubblico non abbia conseguenze sulla quantità e qualità dei servizi sanitari erogati?

La riduzione dei posti letto ospedalieri al 3,7 per mille abitanti, e di dotazioni organiche già sottoposte a profonde e negative dinamiche demografiche, è figlia di una equazione tra posto letto e spesa tanto vecchia quanto falsa. Basta guardare l'Emilia Romagna che ha un tasso di posti letto superiore alla media nazionale con conti, e servizi, in ordine e la Campania, dove i posti letto mancano anche rispetto ai nuovi indicatori in presenza, però, di un bilancio economico in dissesto. Eliminare oltre 70.000 posti letto negli ultimi 10 anni condanna al collasso il pronto soccorso, presi d'assalto come i forni di manzoniana memoria e trasformati in impropri, e spesso non dignitosi, reparti di degenza e segna il destino delle liste di attesa, costituendo una ulteriore barriera di accesso fisico alle cure.

L'Italia oggi ha un tasso di posti letto più basso della media Oecd (4,9 per mille) e molto lontano da quello dei Paesi con cui siamo invitati a confrontarci: Germania 8,3‰, Francia 6,3‰, Svizzera 5‰, Austria 7,6‰. Appare fuorviante il modello dei Paesi di tradizione anglosassone che hanno caratteristiche demografiche, culturali e organizzative diverse dal nostro.

Quando viene a mancare quel ruolo di coesione e di "ammortizzatore" sociale che da sempre svolge il Ssn, gli scenari futuri sono quelli che si osservano in Grecia e Portogallo.

La coartazione del perimetro dei diritti, il cedimento del sistema di tutele e l'incremento del disagio sociale rappresentano un mix tale da mettere a rischio anche la tenuta democratica del nostro Paese. La lotta agli sprechi, che certo non mancano, dovrebbe servire a garantire i necessari investimenti per mantenere gli ottimi livelli quali-quantitativi raggiunti riducendo le disuguaglianze territoriali e le barriere che ostacolano l'accesso ai servizi, veri fattori di iniquità del sistema. Evitando il rischio di «entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema» ove «la validità di una gestione... va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito (tutela della salute)», come la stessa Corte dei conti ha di recente affermato.

La Sanità ridiventa un tema centrale nell'agenda politica italiana, ma è pronto un nuovo pensiero sull'organizzazione della Sanità pubblica? Partiti, vecchi o nuovi, movimenti, istituzioni sono in grado di declinare politiche sanitarie alla altezza delle sfide di oggi? O lasceranno il testimone della difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale nelle mani dei medici e il grido di dolore per lo scenario prossimo venturo solo sulle loro bocche?

Costantino Troise
Segretario nazionale
Carlo Palermo
Coordinatore segretari regionali
Anao Assomed

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CIMO ASMD

«Tradito il diritto costituzionale»

L'articolo 32 e il titolo V della Costituzione rischiano di saltare mettendo a rischio il diritto alla salute. Parafrasando Bartali, il noto ciclista, "è tutto sbagliato, è tutto da rifare".

La Corte dei conti nell'ultima relazione del vice procuratore generale, ha dichiarato che «a differenza di ciò che accade in altri settori, in quello sanitario la validità di una gestione non può essere sempre affermata solo sulla base di conti che quadrano, ma va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito (tutela della salute)».

L'ultimo rapporto del ministro Giarda mostra che, negli ultimi 20 anni, la spesa sanitaria è passata dal 32,3% (1990) al 37,0% (2009), mentre per istruzione, dal 23,1 al 17,7%. Questo dato evidenzia come l'attuale assegnazione dei compiti di gestione della scuola allo Stato e, viceversa, della Sanità alle Regioni, ha profondamente condizionato, attraverso il differente peso politico, i processi decisionali in materia di allocazione delle risorse.

Infatti nel comparto Sanità il 99,4% della spesa totale fa riferimento alle Regioni e andando più in dettaglio emergono una riduzione dell'1,4% del costo del personale (32,2% della spesa totale nel Ssn), un aumento del 3% della spesa per beni e servizi (30,4% della spesa totale nel Ssn) e una riduzione del 9% della spesa farmaceutica convenzionata.

L'analisi dei dati sottolinea, quindi, la necessità di una spending review non vincolata ai soliti tagli lineari ma finalizzata a interventi strutturali all'interno delle diverse "anime" della Sanità.

Sono da tenere in considerazione i costi generati dalla medicina difensiva e dal contenzioso legale, gli elevati costi della consulenza, i comportamenti opportunistici legati ai Drg, la lottizzazione degli incarichi a partire dai direttori generali fino ai responsabili delle strutture, i costi derivanti dalla mancanza di adeguati sistemi di controllo sulla inappropriata delle prestazioni fino

alle carenze della organizzazione.

Il taglio di 7.500 di posti letto o di quanti ne dovrebbero essere tagliati, in assenza di una vera riorganizzazione della rete territoriale, rappresenta un pericolo per i cittadini perché il pronto soccorso verrebbero, ulteriormente, presi d'assalto. E non saranno certo i ticket sui codici bianchi a fare da deterrente.

La medicina territoriale va completamente riorganizzata in modo che possa essere una vera e propria rete di assistenza e di prevenzione vera (più prevenzione significa meno ricoveri) e più assistenza alle disabilità e non autosufficienze.

E poi che dire della medicina difensiva che ogni anno costa circa 18 miliardi di euro? Il contenzioso legale costa alle aziende sanitarie circa 500 milioni di

euro con un aumento esponenziale delle cause, pari al 45% negli ultimi 10 anni. Analoghe incrementi dei premi assicurativi con oltre il 1200% tra il 1994 e il 2007. Tutto questo potrebbe essere elimi-

nato se finalmente venisse approvato il disegno di legge sul rischio clinico, "cantierato" da anni in Parlamento, nonostante le recenti promesse del ministro in tema di medicina difensiva.

La spesa per beni e servizi? È un terzo della spesa sanitaria totale, in costante crescita ed è essenzialmente legata alla acquisizione di nuove tecnologie. Da qui la necessità di definire regole chiare per tutti come avviene per la regolamentazione dei farmaci.

Da questa analisi amara si può dire senza dubbio che è fallita la 229/99 ed è a rischio l'articolo 32. Una sola considerazione: evitiamo almeno che si crei un contesto di diseconomia e disincentivazione perché i cattivi risultati espressi in termini di salute si concretizzano in ulteriori costi per la società (dalla medicina difensiva agli eventi avversi, alle cronicità, alle non autosufficienze ecc.).

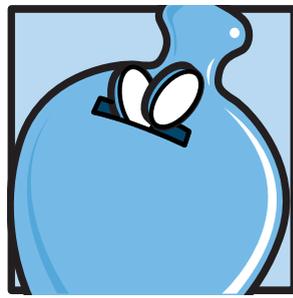
Guido Quici
Vicepresidente Cimo Asmd

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MANOVRE/ Da farmacie e imprese esplode la protesta contro i risparmi sul settore

Medicine, barricate di filiera

Federfarma alla serrata - Assogenerici: Lea farmaceutici da rivedere



Trentamila posti di lavoro in meno e sempre meno farmaci innovativi per curare gli italiani. Ecco l'horoscopus horribilis della salute che verrà come emerge dai rumors del comparto sulla spending review marca **Monti**. Tutti sul piede di guerra: «Così non c'è futuro», è il sentimento che accomuna tutti i protagonisti.

«**Spending review, la farmacia non c'è più**». Recitava così, martedì scorso, uno degli striscioni inalberati dai farmacisti di tutta Italia in piazza Montecitorio. Ventimila posti di lavoro in bilico al bancone (in media uno a farmacia); 4mila farmacie a rischio di chiusura (in media 40mila euro di fatturato in meno a presidio e qualcuno ha già chiuso i battenti); sofferenze a tutto tondo anche per quelle che resistono, sono i dati salienti della protesta sfociata nella serrata in programma per giovedì 26.

Grandi correzioni non ce ne saranno, ma intanto i farmacisti hanno incassato dal ministro della Salute **Balduzzi** l'apertura del tavolo per la messa a punto della nuova remunerazione, previsto dalla manovra **Tremoniti** del 2010 e convocato per mercoledì 25, vigilia delle saracinesche chiuse. Per l'avvio del confronto tecnico è stato convocato tutto il parterre che conta - Ordine, sindacati, aziende, grossisti, Aifa, Sisac - e Federfarma dovrebbe produrre già in settimana le proprie richieste/ proposte in materia.

Entro fine mese - intanto - anche i correttivi alle liberalizzazioni dovrebbero trovare asilo nell'ambito del primo provvedimento utile (intramoenia?) in circolazione in Parlamento. Pallidi spiragli che quasi certamente non disinnesceranno la serrata, che stavolta potrebbe vedere schierate anche le farmacie comunali. Non a caso, **Venanzio Gizzi**, presidente Assofarm, ha mandato anche lui una richiesta d'incontro urgente a Balduzzi e al presidente dell'Anci, **Graziano Delrio**. «Non abbiamo mai adottato misure estreme di protesta», ha spiegato. «In questa occasio-

ne, però la posta in gioco è la sopravvivenza stessa della farmacia comunale».

Insomma, senza un cambio di rotta non ci saranno alternative. Un concetto che trova allineati sindacati confederali e dei titolari, riuniti giovedì per un primo esame della situazione, mentre si leva isolata la voce dei Liberi farmacisti, che tacciano di «ricatto di stampo medievale» le argomentazioni di Federfarma e avvertono: «I dipendenti delle farmacie non sono ostaggio di nessuno, nemmeno dei titolari».

«**La Grecia, forse...**». Il clima resta incandescente anche sul fronte delle imprese: «Siamo arrivati a un limite che non si può oltrepassare. Un anno fa avevo dichiarato che non saremo mai arrivati ai livelli della Grecia. Ma oggi anche i pazienti italiani rischiano di non avere i nuovi farmaci per mancanza di finanziamenti», è andato ripetendo in questi giorni il presidente Farminindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, dopo l'allarme lanciato all'assemblea annuale di dieci giorni fa, con l'annuncio di 10mila posti di lavoro a rischio nel prossimo quinquennio.

Della necessità di un cambiamento radicale per la sopravvivenza del comparto parla anche il presidente Assogenerici, **Giorgio Foresti**, che chiede due tavoli (uno con la Salute - per il Ssn - e uno con lo Sviluppo, per il comparto, per evitare che le politiche di sostegno all'industria ricadano sul servizio sanitario pubblico) e sdogana quello che potrebbe essere uno degli argomenti più spinosi al tavolo del Patto per la salute. «La difesa a oltranza di assetti superati non è più possibile. E non è più possibile considerare l'assistenza farmaceutica come un Lea complessivo: si definisca quali farmaci devono essere rimborsati e quali vanno affidati alla spesa privata», ha suggerito, rilanciando la strategia già seguita da alcuni Paesi Ue: far pagare ai pazienti - anche cronici - le terapie più economiche, dando spazio alla concorrenza brand-generico e liberando risorse per l'innovazione.

ne. Tesi che non mancherà di far discutere e magari di fare proseliti.

«... e anche la ricerca non sta tanto bene. Intanto il faccia a faccia con la spending review solleva ancora una volta il sipario sul default ricerca. L'ultimo avviso lo ha lanciato il presidente della Sif, **Luigi Canonico**, intervenuto alla presentazione del nuovo centro di ricerca aperto a Erl Wood (Londra), dalla Eli Lilly. «In Italia i centri di ricerca delle aziende farmaceutiche continuano a chiudere - ha sottolineato - ne sono spariti almeno tre negli ultimi mesi, nonostante la bravura dei nostri ricercatori. Il nostro Paese è già poco attraente per le aziende e con le misure della spending review ci saranno una razionalizzazione dei farmaci e un aumento delle malattie, visto che saranno curate meno. Le aziende farmaceutiche, vendendo meno, genereranno meno entrate fiscali e lo Stato perderà soldi. L'effetto sarà contrario a quello atteso».

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

OSSERVATORIO PHARMINTECH

A monte della filiera delle pillole I I milioni di produzione e 60mila addetti

Centotrentamila addetti, 36 miliardi di euro di produzione, 11 miliardi di euro di valore aggiunto, 1,7 miliardi di euro di investimenti e un monte salari che supera i 4,5 miliardi di euro. A tanto ammonta l'impatto economico generato dal farmaceutico e dal suo indotto nel 2011, secondo i dati contenuti nel quinto Rapporto dell'Osservatorio Pharmintech, curato da **Giampaolo Vitali** (Gruppo Economisti d'Impresa) diffuso la settimana scorsa proprio mentre impazzavano le polemiche sulla spending review.

L'istantanea annuale dello stato di salute di settori formalmente non classificati dentro il settore farmaceutico, ma che con esso hanno strettissimi rapporti economici e tecnologici (semilavorati, macchinari, componenti e servizi industriali per le imprese di settore) documenta con assoluta chiarezza l'impatto economico che il settore farmaceutico genera sul resto dell'economia.

Nel solo farmindotto figurano 60.871 occupati, 11.216 mln di euro di produzione, 3.667 mln di valore aggiunto, 1.394 mln di euro di salari e 470 mln di investimenti generati grazie alle relazioni economiche che il settore farmaceutico ha con i settori posizionati a monte della sua

filiera produttiva e in particolare con meccanica, chimica, carta/stampa, vetro, elettronica, plastica. Da segnalare che la performance per addetto dell'indotto farmaceutico risulta superiore a quella della media del comparto manifatturiero sotto tutti i punti di vista: ha una produttività più elevata rispetto alla media industria (+27%), genera un valore aggiunto per addetto del 18% superiore, ha salari nettamente più elevati della media (+19%), investe in termini maggiori (+45%) ed esporta in modo più intenso (+27%). A livello regionale l'impatto economico più importante si registra in Lombardia (16.145 addetti nel farmindotto), Veneto (6.580), Emilia-Romagna (6.210), Piemonte (5.599) e Lazio (5.390). Valori - dicono le aziende - che l'effetto a cascata della spending review non potrà che intaccare negativamente a scapito delle economie locali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

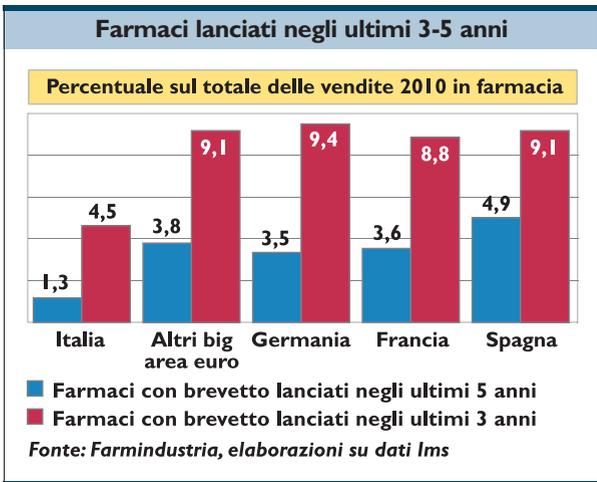


INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ

Un nuovo patto per l'accesso al mercato

L'Italia, con solo il 7,4% del Pil dedicato alla Sanità (contro l'8,3% della media Ue-15) e una spesa sanitaria pro-capite inferiore del 15% al valore Ue-15, riesce a difendere il proprio Ssn, che si colloca tra i migliori (Rapporto Oecd), grazie alla tutela dei suoi fondamentali: universalità, sostanziale gratuità, libera scelta, pluralismo erogativo. Questi risultati, ragionevole media tra performance scadenti ed eccezionali, abbattano il luogo comune che vuole in Sanità solo sprechi e malaffare. Il mantenimento di elevati standard di qualità e il rispetto dei vincoli di bilancio sono il risultato di un duplice sforzo: quello delle istituzioni nell'evolvere i modelli di cura verso standard di efficienza/efficacia e quello delle industrie nella promozione di "tecnologie" innovative che migliorino i risultati e i rapporti costi/benefici a esse connessi.

Questo si confronta, tuttavia, con importanti vincoli in un modello di governance multilivello che moltiplica i passaggi decisionali e ostacola la semplificazione delle regole di sistema. Si pensi all'accesso al mercato di un farmaco innovativo: la regionalizzazione ha aggiun-



to livelli di approvazione regionali e addirittura ospedalieri, tali che tra la prima autorizzazione e l'utilizzo del farmaco passano in media 375 giorni, con picchi di oltre 525 giorni.

Negli ultimi tre anni i nuovi farmaci con brevetto lanciati sul mercato hanno costituito solo il 4,5% di quelli venduti nelle farmacie, contro una media superiore all'8% per Germania, Francia e Spagna. Molti nuovi farmaci non sono a disposizione dei cittadini; a esempio, la

nuova classe di farmaci antidiabetici orali che sostituisce l'insulina iniettata ha una penetrazione in Italia pari al 3%, mentre in Spagna, Francia e Germania supera il 13 per cento.

A livello nazionale le logiche di valutazione sono legate esclusivamente a politiche restrittive di contenimento della spesa (non a caso i prezzi dei nuovi prodotti lanciati sul mercato italiano sono tra i più bassi d'Europa - Rapporto Oasi 2011) e non alla valutazione

Criteri utilizzati per la valutazione dei risultati		
Strumento	Parametri	In uso in
ACE Analisi costo-efficacia	<ul style="list-style-type: none"> Anni di vita guadagnati Vite salvate Numero di giorni senza sintomi 	<ul style="list-style-type: none"> Uk Germania Finlandia Olanda Norvegia Svezia
ACU Analisi costo-utilità	<ul style="list-style-type: none"> Anni di vita ponderati per la qualità (Qaly - Quality adjusted life years) 	<ul style="list-style-type: none"> Uk Germania

Fonte: Soerenson, Drummond, Kanavos, 2008. Rapporto Oasi 2008

complessiva (come avviene nei principali Paesi Ue, dei benefici ottenibili a livello di disease management (durata e qualità della vita, riduzione di altri costi di assistenza associati alle complicanze ecc.).

La situazione attuale suggerisce un nuovo modello di accesso al mercato che si basi su un patto di sostenibilità tra Ssn, Aifa e imprese farmaceutiche, fondato su impegni chiari e condivisi dalle parti. In primis, le aziende devono:

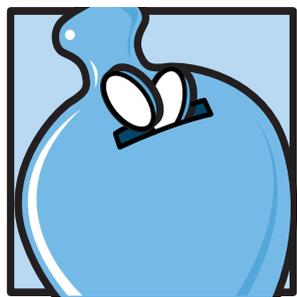
- dimostrare che il loro farmaco innovativo generi migliori evidenze cliniche e una diminuzione o un non aggravio della spesa sanitaria complessiva;
- impegnarsi a risarcire il sistema sanitario qualora questo beneficio non si realizzasse o si realizzasse in maniera inferiore;
- mettere a disposizione le risorse per implementare un adeguato sistema di monitoraggio e controllo, concordato con il Ssn, in grado di verificare l'ef-

fettivo raggiungimento degli impegni.

Il Ssn, dal canto suo, deve rendersi disponibile a valutare l'accesso di nuovi prodotti/servizi/tecnologie in ottica disease management, confrontando il valore dell'investimento in innovazione con i benefici e i risparmi conseguiti su tutta la spesa sanitaria e sulla vita del paziente. Non può più essere rinviata la costruzione di algoritmi/regole chiare e condivise: i politici devono fare scelte chiare sulla qualità della Sanità da garantire ai cittadini e i tecnici devono introdurre logiche di valutazione al passo con i nuovi trend scientifici (Hta) e ricercare strumenti per la sostenibilità economica. In un momento di crisi in cui è facile non andare d'accordo (a esempio sui costi standard, sulle logiche di distribuzione del fondo sanitario, sui tempi di pagamento, sui tetti di spesa) bisogna trovare lo spazio per un percorso di collaborazione pubblico-privato vantaggioso per le parti e soprattutto, come sempre, per i cittadini.

Antonio Irione
Advisory Life Science Leader
di Ernst&Young

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MANOVRE/ Ulteriori penalizzazioni per le aziende sanitarie dalla mancata equiparazione

Il macigno del Fisco sulle Asl

Poche agevolazioni nel pubblico rispetto al privato - Rischio tassazioni occulte

Non solo i tagli della spending review nel panorama dei bilanci Ssn. Ma anche una serie di problemi che nascono dalla mancanza di agevolazioni fiscali che avrebbero potuto essere uno sgravio per gli enti sanitari se equiparati con quanto accade nel settore privato.

La maggioranza dei problemi fiscali è originata dall'articolo 74 (ex articolo 88) del Testo Unico delle imposte dirette 917/1986, modificato dal Dlgs 344/2003. Il legislatore dopo aver previsto per gli organi e le amministrazioni dello Stato (fra le quali anche le Regioni, i Comuni, le Province, le Comunità montane) un esonero totale dall'imposizione sul reddito, aveva stabilito (comma 2, lettera b), nell'intento di concedere agevolazioni e semplificazioni ad altri enti pubblici, che «non costituisce esercizio dell'attività commerciale l'esercizio di attività previdenziali, assistenziali e sanitarie da parte di enti pubblici istituiti esclusivamente a tal fine». Tale trattamento venne esteso alle allora esistenti «unità sanitarie locali», nate con la riforma sanitaria del 1978, che peraltro non svolgeva-

Pur essendo ancora lontani da una riforma fiscale a largo raggio, il Governo è già intervenuto in maniera incisiva su alcuni punti specifici, come a esempio l'anticipazione al 1° gennaio dell'entrata in vigore della nuova Imu (in sostituzione dell'Ici, con ripristino dell'imposta sulla prima casa) e l'istituzione di una imposta di bollo progressiva sui patrimoni mobiliari; ha espresso inoltre l'intenzione di abolire o ridurre molte agevolazioni, fra cui quelle esistenti per gli immobili della Chiesa a uso prevalentemente commerciale.

Che sia giunto il momento di rivedere anche le (cosiddette) "agevolazioni" esistenti a favore delle aziende sanitarie e ospedaliere? Non sarebbe il caso di equiparare questi soggetti, per il trattamento fiscale, alle società di capitali?

Dopo la riforma sanitaria promossa dal Dlgs 502/1992 che ha visto nascere, al posto delle vecchie Unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, quelle

sanitarie territoriali e gli Irccs, la disattenzione nei confronti del settore da parte dei vari Governi (sia di centro-destra che di centro-sinistra), che in questi venti anni si sono alternati, è stata massima e non sono poche le incongruenze e soprattutto le sperequazioni esistenti in materia di tassazione. Incongruenze che in tempi di manovre e spending review, aumentano l'onere economico già pesante delle aziende sanitarie.

La richiesta di rivedere le "agevolazioni" (definiti così dalle Entrate, quando invece nascondono meccanismi perversi di tassazione) non vuole pertanto favorire nuovo gettito a favore dell'Erario, ma solo eliminare delle storture che, a ben vedere costituiscono, a parere di chi scrive, delle vere e proprie violazioni del principio di uguaglianza sancito della Costituzione.

pagina a cura di
Roberto Caselli

no in via esclusiva quelle attività, e con il passaggio dall'Irpeg all'Ires, dal 2004, l'estensione, già implicita per le aziende ospedaliere e per gli Irccs, è riferita anche alle attuali "aziende" sanitarie locali.

Ciò significa, in concreto, che l'eserci-

zio delle attività sanitarie e assistenziali, solo se svolto da parte di soggetti privati (costituiti in forma di società di capitali, ma anche inquadrabili fra gli enti senza fini di lucro), costituisce attività commerciale, soggetta a tutte le norme sul

"reddito di impresa".

Con una lettura superficiale della normativa si potrebbe pensare che il trattamento fiscale riservato alle aziende sanitarie pubbliche, in virtù della norma sopraccitata dell'articolo 74 del Tuir, sia di

favore rispetto a quello che riguarda i soggetti che perseguono finalità di lucro; si potrebbe anche pensare che un trattamento di favore per le aziende sanitarie pubbliche avrebbe creato di fatto una distorsione della concorrenza a danno delle imprese private che operano nello stesso settore. La realtà è però completamente diversa.

Sarebbe giusto, tutto sommato, e vantaggioso per gli utenti, che "pubblico" e "privato" potessero operare con le stesse regole fiscali, senza agevolazioni per il primo; non si comprendono pertanto i motivi per i quali un "Legislatore" forse disattento, abbia messo in piedi dei meccanismi che penalizzano proprio le strutture pubbliche.

Gli enti privati senza fini di lucro, come le Onlus, si trovano invece in una situazione intermedia, analoga a quella delle Aziende del Ssn in materia di Ires, ma di vantaggio, rispetto alle stesse, per quanto riguarda l'Irap.

Vediamo di passare in rassegna le sperequazioni più macroscopiche che scaturiscono dal confronto fra i vari soggetti.

Sperequazioni tra il no profit e gli ospedali accreditati sugli oneri da fabbricati

La sperequazione più rilevante, nel confronto fra il settore "no profit" (enti non commerciali, fra cui le aziende del Ssn e le Onlus) e le Imprese commerciali, consiste nella tassazione del settore, agli effetti dell'Ires, nell'ambito del reddito "fabbricati", degli immobili strumentali di proprietà, nei quali viene svolta l'attività sanitaria istituzionale; si tratta di una interpretazione della legge (e cioè del combinato degli articoli 43 e 74 del Tuir) espressa dall'Amministrazione finanziaria, contestata da molte sentenze di Commissioni tributarie anche regionali, ma per ora confermata dalla Cassazione.

Tale onere non grava invece sulle Imprese commerciali, compresi gli ospedali privati, in quanto, è prevista a loro favore una specifica esenzione (articolo 43 - ex 40, del Tuir), giustificata dal fatto che, essendo gli immobili produttivi di reddito di impresa, viene tassato solo l'eventuale reddito finale emergente dal conto economico.

Per le aziende del Ssn si tratta degli stessi immobili che, finché sono stati di proprietà degli enti locali, prima del trasferimento promosso dal decreto legislativo

502/1992, non erano gravati di alcun onere fiscale, in virtù dell'esenzione "soggettiva" dall'Irpeg (ora Ires), degli enti locali stessi, prevista dal primo comma dell'articolo 74 (ex 88) sopracitato.

Di conseguenza, mentre un ospedale privato che chiude il proprio bilancio in perdita o in pareggio non è gravato da alcuna imposta sul reddito, un'azienda del Ssn, come del resto anche una Onlus, è gravata in ogni caso da questo onere sugli immobili, con tassazione su base catastale.

È vero che le Aziende del Ssn non sono tassate sull'eventuale reddito dell'attività sanitaria svolta, in base alla norma di cui all'articolo 74 del Tuir, ma si tratta di un vantaggio solo teorico in quanto i loro bilanci in genere chiudono in perdita, considerando che i proventi delle attività che sono da considerare fiscalmente "commerciali" raggiungono raramente livelli remunerativi dei fattori produttivi impiegati; basta pensare alle attività svolte dalle Asl nel territorio, in base a tariffe "politiche" fissate dalle Regioni.

L'incongruenza è notevole e aggravata dopo l'emanazione, da parte dell'agenzia delle Entrate della circolare n. 78 del 3

ottobre 2002, secondo la quale solo le aziende ospedaliere (e non invece le aziende territoriali locali) potrebbero usufruire della riduzione al 50 per cento dell'aliquota Irpeg (ora Ires), prevista dall'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica n. 601 del 29 settembre 1973.

Questa singolare posizione si basa sul fatto che la norma agevolativa è prevista, fra gli altri (punto a), per «gli enti e istituti di assistenza sociale, società di mutuo soccorso, enti ospedaliere, enti di assistenza e beneficenza» e secondo l'Amministrazione finanziaria solo le aziende ospedaliere possono legittimamente ritenersi "enti ospedaliere"; le aziende territoriali, invece, poiché svolgono oltre a quelle ospedaliere altre attività, non potrebbero invece essere considerate beneficiarie della norma stessa.

Anche questa interpretazione, dopo quella che riguarda la tassazione degli immobili, è respinta da numerose sentenze di Commissioni tributarie provinciali e regionali; in proposito di rinvia al commento pubblicato su Il Sole 24 Ore Sanità del 7-14 febbraio/2012 in merito a due sentenze della Commissione regionale del Friuli; la Cassazione non si è ancora espressa.

Aziende tra gli enti commerciali: serve una modifica al Tuir

L'abolizione della norma apparentemente agevolativa, ma fonte di tanti guai, comporterebbe che le aziende del Ssn acquisirebbero la qualifica di enti commerciali e verrebbero in pratica tassate come le società private di capitali. Le loro contabilità, in qualche Regione a livelli di eccellenza, e comunque sufficientemente affidabili in tutto il Paese, dopo alcuni anni in cui non mancavano incertezze e irregolarità, esprimerebbero sia il reddito (eventuale) conseguito, soggetto a Ires, sia il valore netto della produzione da assoggettare a Irap.

L'Ires dovrebbe essere applicata, sia alle aziende ospedaliere che a quelle sanitarie territoriali con la riduzione del 50%, ai sensi dell'articolo 6 del Dpr 601/1973 peraltro già riconosciuta alle società private che gestiscono presidi ospedalieri convenzionati con il settore pubblico (v. risoluzione n. 179/E del 10/7/2009 commentata in Sole 24 Ore Sanità del 20-26/10/2009); trattandosi di attività commerciale a tutti gli effetti scaturirebbe l'esenzione dall'imposta sui fabbricati degli immobili strumentali ai sensi dell'articolo 43 del Tuir.

L'Irap, essendo possibile con la contabilità generale determinare il valore della produzione netta, consentirebbe di abbandonare il metodo retributivo e l'applicazione della stessa aliquota in vigore per il settore privato.

Le principali distorsioni verrebbero eliminate e la concorrenza fra il settore privato e quello pubblico sarebbe finalmente corretta. Tutto questo comporterebbe indubbiamente un minor introito per l'Erario, ma il sistema Paese ne avrebbe un vantaggio in termini di minori costi della Sanità pubblica, che in concreto, non sarebbe più gravata di oneri impropri.

Con riferimento agli altri soggetti del "no profit" che operano nel settore privato, fra i quali le Onlus, sarebbe logico che le aziende del Ssn (enti che operano anch'essi senza fini di lucro, ma nel settore pubblico) godessero almeno del loro stesso trattamento, ma non è così.

Alcune sperequazioni sono evidenti sia in materia di Irap, che di Ires.

a) Irap. La base imponibile dell'imposta è identica; con il metodo "ordinario", cioè retributivo, è costituita dalla somma delle retribuzioni corrisposte ai dipendenti e dei compensi corrisposti agli "assimilati" (come i medici che svolgono l'intramuraria) e ai collaboratori esterni (Co.Co.Co. e occasionali).

Mentre l'aliquota è dell'8,5 per cento per tutto il settore pubblico, aziende del Ssn comprese, per tutti gli altri enti non commerciali privati, è meno della metà, vale a dire del 3,90 per cento.

Troppe diversità nella classificazione degli enti non commerciali extra Ssn

Si tratta dell'aliquota riservata al settore privato in generale, per il quale però le modalità di determinazione dell'imponibile sono diverse, essendo costituita dal valore netto della produzione, maggiorato dei costi (in quanto indeducibili) del personale (stipendi e oneri riflessi), e delle collaborazioni esterne.

È questo un metodo, assai più conveniente di quello "retributivo", che è ammesso anche per gli enti non commerciali, sia pubblici (come le aziende del Ssn), che privati (come le Onlus), ma unicamente per le attività commerciali.

Non si riesce a comprendere perché il settore pubblico venga gravato da una aliquota di imposta doppia, non solo rispetto alle Imprese

private (sia pure con una diversa base imponibile che non mitiga in concreto l'onere complessivo), ma anche rispetto al settore privato "no profit", a parità di base imponibile.

È vero che l'Irap è un'imposta che ha lo scopo di finanziare, tramite le Regioni, la Sanità pubblica, per cui da un punto di vista del "sistema" si tratta di una vera e propria partita di giro, ma la circostanza non rende meno difficile, per le Aziende, la ricerca di un sempre più critico equilibrio economico.

Il maggior onere dell'Irap grava fra l'altro anche l'attività professionale svolta in regime di intramuraria, mentre le prestazioni sanitarie svolte in ambito privato usufruiscono dell'aliquota più vantaggiosa.

b) Ires. Qualora le attività istituzionali producano un utile, questo non viene tassato, né in capo alle aziende del Ssn (articolo 74 del Tuir, con riferimento alle attività sanitarie), né in capo alle Onlus (articolo 150 del Tuir).

Tali attività devono essere però gestite, come già ricordato, con una contabilità separata rispetto a quelle commerciali e qualora emerga un utile prodotto da queste ultime, lo stesso viene tassato, a carico di entrambi i soggetti; le Onlus hanno però il vantaggio di poter inquadrare come "connesse" (articolo 150 del Tuir), le attività commerciali legate strettamente a quelle istituzionali; il reddito eventualmente prodotto da tali attività, anche se per natura commerciale, non viene tassato, in quanto trattato come se fosse istituzionale. Questa previsione normativa non esiste nelle Aziende del Ssn, nonostante le poche attività commerciali svolte siano sempre connesse con quelle istituzionali e quasi sempre obbligatorie per legge.