

Sanità a rischio con il nuovo Patto Ue

Corte dei conti

Per i magistrati contabili la riattivazione dei vincoli può avere impatti pesanti

L'aumento dei fondi è inferiore all'inflazione, spesa in calo rispetto al Pil

Sanità a rischio con il nuovo patto Ue. La denuncia arriva dalla Corte dei conti. Per i magistrati contabili la riattivazione dei vincoli può avere impatti pesanti sul settore sanitario anche se, per la Corte, «il diritto alla salute prevale sull'equilibrio di bilancio». Per la Corte l'aumento dei fondi per la sanità è inferiore all'inflazione con la conseguenza che la spesa è in calo rispetto al Pil.

Bartoloni e Trovati — a pag.3

QUI PALERMO

Al pronto soccorso molti pazienti che non trovano posto in reparto

Marco Alfieri — a pag. 2

QUI MILANO

A Niguarda la fuga dei medici rende il lavoro impossibile

Luca Benecchi — a pag. 2

Così il taglio dei posti letto grava sul Pronto soccorso

Palermo. «Il 60% delle risorse è dedicato a pazienti che dovrebbero stare in reparto», spiega il dottor Geraci. Lunghe attese significa rischio incidenti

Marco Alfieri

Dal nostro inviato
PALERMO

Quando arriviamo ai cancelli dell'ospedale Civico il dottor Massimo Geraci ci fa attendere qualche minuto perché sta consegnando al posto di polizia il referto di una persona che si presentava in Pronto soccorso con nomi diversi per truffare l'assicurazione. «Questa volta però lo abbiamo beccato», sorride Geraci, dal 2011 primario della Medicina di Emergenza Urgenza del grande ospedale palermitano.

Sono le 10.00 di mattina del 29 luglio e, come sempre avviene dopo il weekend, il lunedì è il giorno in cui al Pronto soccorso (Ps) del Civico si registra il picco settimanale di accessi. Considerando il numero di posti massimi presidiabili da questa struttura (42), in Ps in questo momento ci sono 71 pazienti tra quelli in attesa (25), in trattamento (14) e in osservazione (31), per un indice di sovraffollamento del 166 per cento.

«La prima impennata di accessi si crea tra le 10 e le 13.00», prosegue Geraci mentre ci accompagna per le stanze di un Pronto soccorso che registra 200 accessi medi/giorno, per un totale di 75-80mila l'anno. «La seconda, invece, si crea nel tardo pomeriggio e in questi giorni d'estate, con tanti turisti sull'Isola, può prolungarsi fino a dopo mezzanotte: alla classica traumatologia e agli incidenti si aggiungono malori, intossicazioni alimentari e alcolismo».

La sala di aspetto davanti all'ingresso che porta all'area accettazione/triage è quella generalmente più critica, anche per le aggressioni. In questo lunedì mattina si accalcano una dozzina di persone che premono sulle porte scorrevoli e vorrebbero entrare ma sono dissuasi da un infermiere che fa da butta-dentro e un vigilantes armato pronto a sedare gli animi.

Una volta entrati un infermiere esperto registra l'utente e avvia il triage per codice di priorità (in Sicilia non è ancora entrata in vigore la riforma dei cinque colori, con l'arancione e l'azzurro che sostituiscono il giallo).

Ogni triage dura 15-20 minuti. Una volta concluso si viene portati in una grande "holding area" luminosa, con le pareti colore panna e arancione, in attesa della diagnosi e del primo trattamento. Se invece sei un codice rosso vai direttamente in area

critica, attrezzata con la Telemetria, il monitoraggio e la terapia intensiva (le vere urgenze sono circa il 15-20% degli accessi totali).

Nello stanzone colorato dell'area OBI (Osservazione breve intensiva) troviamo soprattutto pazienti che stanno aspettando il posto letto in reparto. Oggi la corsia è decisamente piena. Vicino a noi c'è una signora anziana che è caduta in casa e si lamenta dal dolore e un ragazzo che ha battuto la testa in un incidente in moto. Tra area OBI e area "sub intensiva" contiamo circa 30 persone quando i box standard dovrebbero essere sedici. «Guardate, in un box singolo sono almeno in due...», mi dice un infermiere che vuol restare anonimo.

Il Pronto soccorso del Civico non dà l'impressione di essere un presidio a corto di medici e infermieri. «Abbiamo sofferto di carenze di or-

«Abbiamo sofferto di carenze di organico dopo il Covid, un po' di fuga nel privato, ma oggi siamo più o meno al completo»

OSPEDALE CIVICO

750

Posti letto

L'ospedale "Civico" di Palermo è nel quartiere "Montegrappa - S. Rosalia" ed è dotato «di un dipartimento di emergenza e di unità operative di diagnosi e cura di tutte le discipline specialistiche a basso, medio ed elevato livello di assistenza», si spiega sul sito. Nella struttura sono presenti aree di terapia intensiva, per un totale di oltre 750 posti letto. Con l'ospedale specializzato pediatrico "Di Cristina", sede del Dipartimento di Pediatria e dotato di un pronto soccorso e di 15 unità operative di diagnosi e cura, dà vita all'azienda ospedaliera "Civico - Di Cristina - Benfratelli" che da oltre 30 anni è "Ospedale di rilievo nazionale e di Alta Specializzazione".

ganico durante il post Covid quando c'è stata un po' di fuga verso il privato, altri reparti dello stesso ospedale o altre aziende ospedaliere. In un anno e mezzo sono usciti in undici», ragiona Geraci. «Ma oggi con 35 medici in organico e 79 infermieri siamo più o meno al completo», ammette il primario.

«Piuttosto il problema è che il 60% delle risorse di cui disponiamo sono dedicate a pazienti che non dovrebbero stare in Ps ma nei reparti», allarga le braccia Geraci. Le linee di indirizzo nazionale dicono che in Ps non si dovrebbe restare più di 8 ore (tranne una quota del 10% che può fermarsi fino a un massimo di 36 ore). Giusto per capire la sproporzione: lunedì 29 luglio alle 14.00 ci sono al Pronto soccorso del Civico ben 24 pazienti da più di 48 ore e altri 5 tra le 24 e le 48 ore. Decisamente troppi.

La causa principale è il taglio dei posti letto negli ospedali degli ultimi vent'anni, mentre la popolazione invecchia. «Senza contare che l'aumento di permanenza in Ps è correlato, purtroppo, a un incremento degli eventi avversi, anche gravi», precisa Geraci. «Spesso chi muore in Pronto soccorso dopo 48 ore sono gli indesiderati, i malati oncologici che non vogliono nei reparti (non sono rari i litigi tra colleghi che si rimpallano i pazienti). Una fine tristissima e solitaria».

L'altro grande problema del Civico è la piaga delle aggressioni. Non si contano più i casi di vere e proprie spedizioni punitive, pugni alle vetrate, porte sfondate, carrelli porta medicine rovesciati, medici e infermieri malmenati, schiaffoni e minacce. Nessuno più degli operatori sanitari è preparato nella gestione dei conflitti. «Con certa gente bisogna tarare le risposte e non essere scortesisti se vuoi evitare escalation», spiega il nostro infermiere. Quando succede, significa che si è perso il controllo. «Molti dei nostri vorrebbero andare via, sono frustrati e demotivati. Lavorare in Ps è diventato sinonimo di contenziosi medico-legali, aggressioni e turni massacranti», ammette senza giri di parole Geraci.

Verso le 20.00 di lunedì 29 luglio le persone in Ps sono ancora 73. «Il problema sa qual è?», conclude il primario. «Dopo una lunga giornata di lavoro, può capitare che uno si senta inadeguato. Fai bene il tuo lavoro ma la domanda che arriva è ormai incontentibile rispetto all'offerta...».

La fuga dei medici rende il lavoro «impossibile»

Milano. «A settembre andranno via altri, resteremo in tre», racconta uno psichiatra. Il problema della copertura assicurativa e le continue tensioni

Luca Benecchi

Dal nostro inviato
MILANO

«Forse alla fine non avrò il coraggio di compilarla e di inviarla, fra l'altro non sono neanche certo che mi verrebbe accettata, ma ho scaricato il modulo per la richiesta dell'aspettativa non retribuita. Un periodo breve, qualche settimana, un paio di mesi al massimo, ma sono davvero al limite, stremato. A settembre nel mio servizio andranno via altri colleghi e resteremo in tre. Non so come faremo. Andare avanti in questo modo è impossibile. La qualità della nostra vita è azzerata e la fatica finisce per travolgere tutto, noi, le nostre famiglie. Oltre al lavoro, non c'è più spazio per niente».

T., è un medico psichiatra, in pronto soccorso è lui a occuparsi di tossicodipendenti, alcolisti, crisi maniaco-ossessive, lo sprofondo del disagio che soprattutto in certi periodi dell'anno diventa ancora più grande. Oggi parla con il tono di voce di chi non vorrebbe affatto mollare e sotto sotto si intuisce che la compilazione di quel foglio ha la forma della sconfitta più che della scelta. Ma sa che il suo lavoro l'ha scelto, ora è a un bivio. Lo stesso di decine di medici che ogni giorno nei pronto soccorso italiani rappresentano il primo fronte o il primo argine. Il luogo in cui in qualche modo si concentrano e scaricano tutte le contraddizioni o i problemi non risolti del sistema sanitario.

«Le mille difficoltà di questo lavoro - aggiunge C., medico ortopedico di 45 anni del pronto soccorso dell'ospedale Niguarda di Milano - stanno portando al fatto che in molti se ne stanno andando, una specie di esodo generazionale. Ma dove vogliono andare nessuno lo sa con precisione. Sognano ritmi più tranquilli e una gestione della professione fatta in prima persona, magari in qualche studio privato dove le regole non cadono dall'alto, al contrario di quelle ospedaliere, dove la burocrazia la fa da padrone».

In questi giorni al pronto soccorso dell'ospedale di Niguarda non c'è il solito caos, è una mattinata quasi tranquilla. Sarà la canicola o il fatto che in molti sono già scappati dalla città. Anche i container esterni che accolgono i parenti sono mezzi vuoti. Il triage che da qualche mese ha cambiato la scala dei colori e delle priorità inserendo l'azzurro e l'arancione, riesce a fare filtro e a guidare gli interventi anche se l'accogliamen-

to delle nuove regole europee aumenta un po' il lavoro in quanto l'indicazione e la prima diagnosi sono diventate più accurate. I medici, seduti davanti al computer, verso le finestre, sono in quattro. Scrivono velocemente referti e diagnosi, ordinano esami e tac anche se chi si presenta, in molti casi, potrebbe fare ricorso a cure della medicina territoriale anziché sovraccaricare le strutture del pronto soccorso. Dietro le tende azzurre i letti in fila da tre. Per i pazienti l'attesa per la prestazione rimane proverbialmente molto lunga. Ore e ore aspettando il proprio turno.

«Il problema del sovraffollamento - continua - è dovuto in larga parte ai pazienti non dimissibili, i pazienti fragili come anziani o malati affetti da patologie croniche che avrebbero necessità di assistenza domestica o sul territorio, in mancanza della quale non possono lasciare l'ospedale».

«Il contesto in cui lavoriamo è di grande aggressività. Siamo continuamente sotto pressione»

NIGUARDA

40

Sale operatorie

«40 sale operatorie, 350 ambulatori, oltre 70 reparti, 1.167 posti letto: a Niguarda ci prendiamo cura tutte le patologie dell'adulto e del bambino, affrontate con un approccio multidisciplinare», così si presenta il grande ospedale milanese che nel 2020 è stato «l'unico centro italiano a entrare nella "top 50" dei migliori ospedali al mondo secondo la rivista americana Newsweek». La sua nascita risale al 10 ottobre 1939 e al suo interno ci sono aree di cura per tutte le specialità cliniche e chirurgiche per l'adulto e il bambino. Dal 2016 è stata creata l'Azienda Socio - Sanitaria Territoriale (ASST) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Dunque si crea una pressione verso i reparti alla ricerca di posti letto. «Una specie di guerra tra poveri per trovare un luogo dove risolvere il problema. Una dinamica che porta a momenti di tensione anche con i colleghi che devono valutare e scegliere se accettare o no un paziente, magari togliendolo da infinite ore di attesa nei corridoi del pronto soccorso».

Tensione e aggressività sono il pane quotidiano per chi lavora nelle strutture che si occupano di emergenze. Uno dei problemi più drammatici è la difficoltà di comunicazione soprattutto con i familiari dei degenti che ritengono di subire atteggiamenti di scarsa attenzione e dunque anche di bassa professionalità. Le ambulanze arrivano una dietro l'altra. Molti si presentano per sostenere esami che altrove non riuscirebbero a fare, se non dopo infinite attese.

«Il contesto in cui lavoriamo è di grande aggressività e di generale arroganza degli accompagnatori, soprattutto dei pazienti più anziani. Siamo continuamente sotto pressione tanto che oramai i presidi delle forze dell'ordine sono diventati un elemento imprescindibile della nostra gestione quotidiana».

La cronica mancanza di personale è un altro degli aspetti sensibili, sia per la qualità dell'erogazione del servizio sia per il buono svolgimento della professione. In molti casi anche nei pronto soccorso, oltre che nei reparti, vengono per questo utilizzati dei medici specializzandi e i cosiddetti gettonisti, liberi professionisti che sono chiamati a lavorare per turni di dodici ore. Peraltro non è previsto il pagamento degli straordinari.

Se la questione retributiva non è tra quelle più critiche in quanto i medici vengono pagati secondo il contratto nazionale, ci sono però degli aspetti più problematici legati alla copertura assicurativa.

«Le continue tensioni a cui siamo sottoposti - conclude C. - ricadono anche sull'eventuale responsabilità in caso di errori durante lo svolgimento della professione. Essere denunciati per colpa grave è una dei timori più diffusi nella professione. L'ospedale infatti fornisce ai medici una copertura minima con massimali abbastanza bassi e dunque in molti integrano con una polizza privata che può costare da un minimo di 500 euro l'anno a casi in cui, per le specialità più sensibili, si può arrivare anche a una spesa di diecimila euro, sempre annui».

Da Corte conti allarme sanità: forte impatto dai vincoli Ue

Salute. Per i magistrati contabili rischio di effetti «significativi» dal ritorno del Patto di stabilità, ma «il diritto alla salute prevale sugli equilibri»

Gianni Trovati
ROMA

«La riattivazione del Patto di stabilità e crescita comporterà una manovra restrittiva dal 2025 al 2027, con effetti significativi sul sistema multilivello». E in questo scenario il ritorno in campo dei vincoli fiscali comunitari «potrebbe avere un impatto significativo in particolare sul settore sanitario, aggravando» la tendenza della spesa pubblica a non tenere più il passo del Pil; ma «il diritto alla salute prevale sull'equilibrio di bilancio».

Non usa eufemismi la Corte dei conti nel porre i termini cruciali di un dossier che promette di essere al centro delle discussioni della prossima manovra. Lo fa nella relazione depositata ieri dalla sezione Autonomie sulla gestione finanziaria 2020-2023 di Regioni e Province

Già ora l'aumento dei fondi non ha tenuto i ritmi dei prezzi e in otto Regioni servizi insufficienti

autonome, enti nei quali ovviamente la sanità occupa la parte preponderante dei bilanci. E mostra crepe sempre più evidenti, confermate dall'aumento, ora sono 8, delle Regioni che non riescono a garantire almeno i livelli minimi di assistenza.

L'impostazione è analoga a quella usata dalla stessa sezione Autonomie nell'analisi dei conti di Comuni, Città metropolitane e Province (Il Sole 24 Ore di ieri), con qualche passaggio forse più accorato nei toni per la delicatezza del tema sanitario, gestito da un sistema pubblico universale che è un'eccezione italiana ma oggi balla sul rischio di crisi strutturale denunciato dalla stessa magistratura contabile e dall'Ufficio parlamentare di bilancio in audizioni parlamentari delle scorse settimane.

Sia per Regioni e sanità sia per gli enti locali, la Corte individua nel ritorno della governance economica comunitaria il fattore potenzialmente in grado di far saltare il banco. Ma in filigrana il quadro tracciato per l'insieme delle autonomie

territoriali individua la questione strutturale che pesa sui conti italiani: chiamati a tornare a una gestione ordinaria, in cui rientra anche il Patto sospeso prima per la pandemia e poi per la guerra, mentre la loro condizione è resa straordinaria da un debito pubblico che toglie ossigeno alla politica economica.

È la stessa relazione depositata ieri a ricordare che «nel periodo 2023-2027, la spesa per le principali prestazioni di protezione sociale in Italia (sanitarie, assistenziali e previdenziali) rimarrà sostanzialmente stabile in termini di Pil» mentre quella «per il pagamento degli interessi sul debito pubblico aumenterà significativamente, con un'incidenza sul Pil in crescita dal 3,8% al 4,4%». Ma questa stasi, al netto degli interventi che andranno tentati nella manovra, arriva dopo una fase in cui la Salute non ha partecipato al banchetto servito dalla sospensione delle regole fiscali, finito ad altri settori; perché «le risorse sanitarie assegnate alle Regioni, pur aumentando, non hanno compensato l'aumento dei prezzi, riducendo la spesa sanitaria rispetto al Pil».

Il risultato è una trama sempre più sfilacciata in cui si moltiplicano i casi in cui anche i «livelli essenziali di assistenza», cioè gli standard minimi definiti per legge, diventano un miraggio. La relazione lo certifica seguendo la stessa impostazione sostanziale costruita lo scorso anno con l'esame della griglia Lea pubblicata dopo lunga attesa dal ministero della Salute. In base a 88 indicatori dettagliati la griglia attribuisce un voto sintetico ai sistemi locali nei tre settori cruciali di prevenzione, assistenza ospedaliera e territoriale (distrettuale). La Provincia di Bolzano e le regioni Abruzzo e Molise non raggiungono il valore soglia di 60 nella prevenzione, in Campania è insufficiente l'area distrettuale; Sardegna, Sicilia e soprattutto Calabria, titolare di punteggi particolarmente bassi, inciampano sia nella prevenzione sia nell'area distrettuale e la Valle d'Aosta è insufficiente in tutti e tre i filoni. Lo shock del Covid, conclude la Corte, non è stato riassorbito, perché nel 2019 le insufficienze erano 6.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I MAGISTRATI CONTABILI SULL'AGENZIA SANITARIA

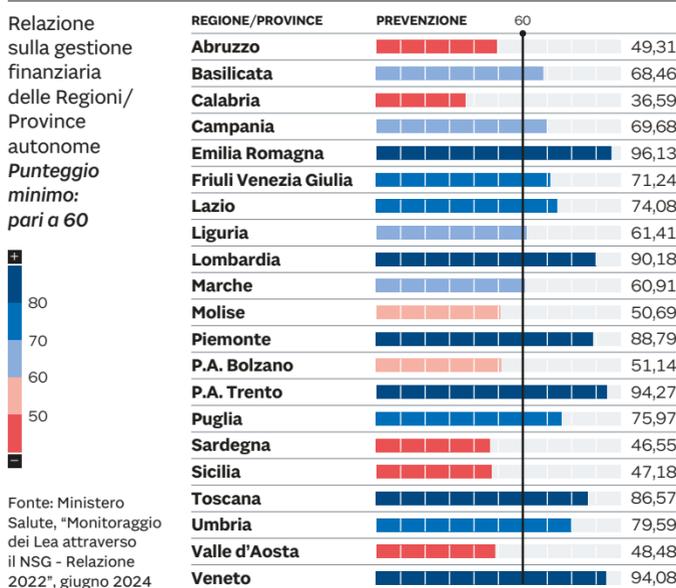
«Agenas: conti in ordine, ma con più compiti serve programmazione»

C'è necessità di una «solida programmazione» per massimizzare l'efficacia nel ruolo di raccordo fra i diversi livelli decisionali alla luce anche dei compiti che l'Agenas sta assumendo sempre di più negli ultimi anni (tra tutti quelli di monitoraggio e attuazione di alcune importanti misure del Pnrr nella Sanità). Ma i conti dell'Agencia per i servizi sanitari regionali sono in ordine con la quota di avanzo disponibile che ammonta a 92,76 milioni e con la nuova sede in arrivo per 24,95 milioni. Questi alcuni dei dati presenti nella Relazione della Corte dei

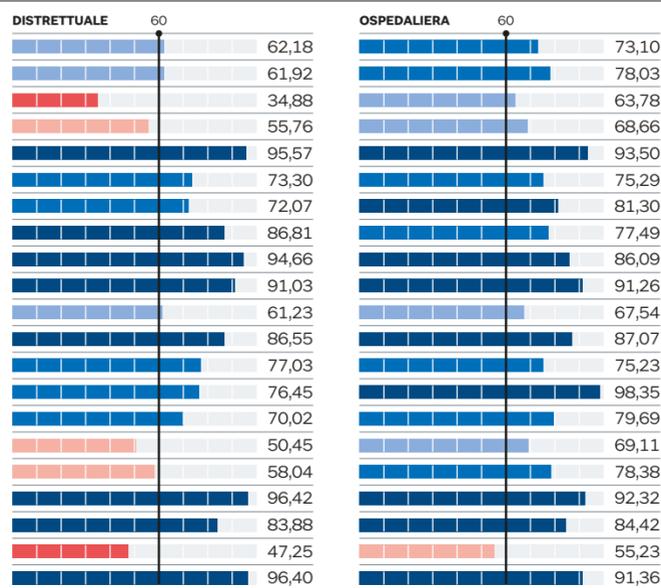
conti alla gestione finanziaria 2022 dell'Agenas pubblicata da poco. I magistrati contabili rilevano in particolare «il tratto di forte instabilità che ha connotato negli ultimi esercizi finanziari l'organizzazione dell'Ente, anche in ragione dei menzionati interventi normativi, che appaiono ispirati da esigenze contingenti anziché da solida programmazione a monte, come invece si richiederebbe nel delicato settore nel quale Agenas è chiamata ad operare con un ruolo di raccordo operativo fra i diversi livelli decisionali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La mappa delle inefficienze



Fonte: Ministero Salute, "Monitoraggio dei Lea attraverso il NSG - Relazione 2022", giugno 2024



Schillaci riparte dall'emergenza personale: per la manovra richieste per oltre 1 miliardo

Il nodo risorse

L'incontro con il ministro dell'Economia Giorgetti: ipotesi flat tax in busta paga

Marzio Bartoloni

C'è l'emergenza personale da tamponare con medici e infermieri che fuggono dal Servizio sanitario nazionale e che vanno trattenuti a tutti i costi con incentivi in busta paga detassando l'indennità di specificità. E poi c'è da assumere forze fresche con nuovi fondi anche perché dal 2025 si dirà finalmente addio (si spera) all'odiato tetto di spesa sulle assunzioni come è scritto nero su bianco sul decreto liste d'attesa appena approvato in Gazzetta ufficiale e le cui misure sono in vigore da ieri. Ma ci sono anche i fondi da trovare per l'edilizia ospedaliera da rimpinguare, il tetto di spesa della farmaceutica diretta da ritoccare per circa 200-300 milioni e le tariffe dei Drg (i gruppi di prestazioni) da rivedere. Ecco perché anche se sulle cifre le bocche sono ancora cucitissime («stiamo facendo ancora i calcoli») la dote iniziale per la Sanità in

manovra - almeno per la richiesta che arriva dal ministero della Salute - supera abbondantemente il miliardo di euro. Al momento «attenzione» e «ascolto» sono più che assicurati come traspare dall'incontro di ieri tra il ministro dell'Economia Giorgetti e quello della Salute Schillaci proprio in vista della prossima legge di bilancio, ma è già chiarissimo che la partita dei fondi per la Sanità sarà tra le più complicate proprio alla luce dei margini strettissimi su cui si muove il Governo come ripete costantemente lo stesso Giorgetti. Che tra l'altro deve provare a trovare una soluzione anche al payroll che pesa per 1 miliardo sulle aziende (vedi intervista sotto).

Di sicuro nonostante le ristrettezze un segnale al personale sanitario - sempre più restio a lavorare nel Ssn dove si contano 2mila dimissioni l'anno solo tra i medici - non potrà mancare: l'ipotesi di partenza dunque è quella di puntare sulla flat tax al 15% sull'indennità di specificità, una voce presente nella busta paga dei medici e più recentemente in quella dei dirigenti infermieri. Una misura sulla falsariga di quella già approvata nel decreto liste d'attesa dove sono state detassate al 15% gli straordinari di medici e infermieri. La nuova detassazione dovrebbe costare - secondo le stime

dei sindacati - 380 milioni per i medici e 47 milioni per gli infermieri.

«La detassazione di questa indennità - avverte Pierino Di Silverio segretario dei medici ospedalieri di Anaa Assomed - è un segnale per rendere più attrattiva la professione che chiediamo ormai da tempo. Poi una volta resa più appetibile la professione - aggiunge Di Silverio - occorre facilitare anche l'accesso agli ospedali che oggi è regolamentato da una legge del 1988 in base alla quale oggi a uno specialista servono in media 2 anni e tre prove per superare un concorso». «La strada della detassazione può esser condi-

Servono fondi freschi anche per le assunzioni di medici e infermieri dopo l'addio al tetto di spesa dal 2025

visa, ma non ci si può fermare solo alla voce dell'indennità di specificità perché per gli infermieri sarebbe insignificante», spiega il segretario nazionale del Nursind, Andrea Bottega che ha fatto i conti sull'impatto di questa misura che porterebbe il guadagno netto per l'infermiere a 174 euro all'anno (in pratica 14,50 euro netti mensili), troppo poco per una professione su cui l'allarme carenza è molto più grave di quella dei medici. Intanto si apre un nuovo fronte sul quale il ministro Schillaci è pronto a intervenire dopo la levata di scudi dei laboratori di analisi. Nel mirino sono finite le misure del Ddl semplificazioni che puntano a spostare alcune analisi ed esami nelle farmacie: il ministro ha promesso un regolamento che fissi standard qualitativi per gli esami diagnostici in farmacia. «Ben vengano tutte le misure volte a garantire la massima qualità e sicurezza delle prestazioni che eroghiamo a favore dei cittadini», ha spiegato presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti Andrea Mandelli ricordando come durante la pandemia i farmacisti hanno svolto «un ruolo decisivo a tutela della salute pubblica confermandosi come un punto di riferimento di prossimità insostituibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Payback tempesta perfetta per Mirandola»

L'intervista
Piero Camurati

Direttore marketing Sidam

«Siamo in mezzo a una tempesta perfetta e per un'azienda come la nostra con forte vocazione all'estero è davvero difficile raccontare quanto sta accadendo. Tra gli effetti ci sarà l'impoverimento della disponibilità di dispositivi medici per i pazienti. È incredibile che l'Italia rinunci a un settore così strategico come abbiamo imparato con il Covid, una lezione che non è servita a nulla». Piero Camurati è direttore marketing dell'azienda Sidam del distretto di Mirandola, il primo in Europa e il terzo nel mondo nel biomedicale. Sidam è una impresa di punta italiana di questa medical valley con 32 milioni di fatturato, 210 dipendenti e quattro stabilimenti (uno appena aperto) dove produce dispositivi monouso. Anche lei come le altre aziende

del settore è stata investita dallo tsunami del payback, la misura che prevede che le aziende del comparto paghino circa metà dello sfondamento del tetto di spesa degli acquisti degli ospedali di dispositivi: 1 miliardo per il 2015-2018 appena confermato dalla Consulta e altri possibili 2,5 miliardi dal 2019 al 2022.

Come vivete la conferma del payback da pagare?
Questa situazione è talmente assurda che non sembra nemmeno vera. Tra l'altro oltre al payback il paradosso è che sulle aziende che producono dispositivi medici si sono abbattute tutte assieme altre misure che la fanno assomigliare a una tempesta perfetta: è innanzitutto spuntato un prelievo sui fatturati dello 0,75%, ma soprattutto è scattato l'aggiornamento della normativa sulla certificazione europea che sta creando grosse difficoltà tanto che probabilmente alcuni dispositivi usciranno dal mercato perché i costi per ricertificarli è troppo alto.

Questa tempesta perfetta cosa significa per un distretto come quello di Mirandola?
Qui c'è un bel mix di aziende

italiane e multinazionali. È un'area che lo Stato dovrebbe far crescere perché è qui che si fa ricerca e sviluppo e innovazione su nuovi dispositivi medici per renderci meno dipendenti dall'estero. Invece con il payback ci sarà un effetto a catena su tutta la filiera: per le aziende italiane l'impatto sarà secco e diretto visto che per chi lavora solo qua sarà sempre più difficile sopravvivere. Credo che le imprese più piccole rischino davvero di sparire

E le multinazionali?
Per loro questo meccanismo sarà un grande disincentivo a

investire qui. Il rischio è che la loro presenza si assottigli e qualche segnale in questo senso lo stiamo cominciando a vedere.

Ma perché è illegittima questa misura?

Perché si costringe le aziende a pagare su uno sfioramento di budget che nessuno conosce e che è stato fissato retroattivamente. Tra l'altro se dopo le gare non forniamo i dispositivi medici agli ospedali siamo accusati di interruzione di pubblico servizio. Segnalò poi che l'Italia spende in dispositivi medici un terzo della Germania e metà della Francia.

Cosa bisogna fare dunque visto che c'è un miliardo da pagare e poi altri 2,5 miliardi?
Questa misura è una stortura e va cancellata punto e basta. Spero che ci si sieda attorno a un tavolo subito prendendo in mano il tema sia del payback sia del necessario sostegno al Servizio sanitario e alla industria della salute perché si tratta di un tema strategico per il Paese. Altrimenti passerà il messaggio che non conviene più vendere e rifornire di dispositivi medici il Servizio sanitario.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PIERO CAMURATI
Direttore marketing Sidam