

IL PUNTO

La sintesi di un anno vissuto pericolosamente

Domande inevase, violazioni palesi
dietro ad un equivoco nomenclatore

Il Tar non decide sulle tariffe (due mesi sono passati dalla sentenza mai pronunciata) ma è pronto a decidere sul ricorso contro le attribuzioni fuori legge alle farmacie. I fondi per la sanità italiana ci sono per qualcuno ma non per altri? Si profila un danno all'erario? Costringere le strutture a erogare prestazioni in perdita significa mandare a fondo un sistema e generare uno spreco di risorse pubbliche. Il "caso farmacie": rimborsi fuori sperimentazione e assenza di requisiti. Il "Cartello" della UAP (Ambulatori, poliambulatori e ospedali – pubblici e privati accreditati) continua a chiedere chiarezza e trasparenza e a proporre soluzioni

di **Giulio Terzi**

Il Tar non decide sulle tariffe (due mesi sono passati dalla sentenza mai pronunciata) ma è pronto a decidere sul ricorso contro le attribuzioni fuori legge alle farmacie. C'è qualcosa di poco chiaro, così come è poco chiara la vicenda del Nomenclatore Tariffario. Una sorta di comitato d'affari ha provato a giocare sporco truccando i dati per mandare a fondo una fetta di sanità privata accreditata e raccogliermi i clienti? Tra le tante domande che la UAP (Ambulatori, poliambulatori e ospedali – pubblici e privati accreditati) si pone c'è quella sui fondi per la sanità italiana. Ci sono ma solo per gli "amici"? Non per tutti? A giudicare da ciò che avviene "a valle" delle scelte tariffarie, sembra-rebbe che per alcuni operatori le risorse ci siano eccome, mentre per ambulatori, poliambulatori e ospedali – pubblici e privati accreditati – siano sempre troppo poche. Il punto non è (solo) la carenza di fondi, ma come questi fondi vengono allocati e se l'utilizzo che ne viene fatto può integrare un'ipotesi di danno erariale. Parliamo del nuovo nomenclatore e i servizi "sotto costo". Il D.M. 25 novembre 2024 ha fissato tariffe massime nazionali (es. ECG € 11,62; Holter ECG € 61,97; MAPA € 41,32). Nella pratica, molti di questi importi non coprono nemmeno i costi vivi di personale medico, dispositivi e requisiti strutturali richiesti alle strutture accreditate (oltre 420 requisiti tra standard tecnologici e di sicurezza). Ma costringere le strutture a erogare prestazioni in perdita significa ridurre la loro capacità di abbattere le liste d'attesa; comprimere la qualità clinica; generare un potenziale spreco di risorse pubbliche, perché la spesa sostenuta non produce il risultato atteso (tutela effettiva del diritto alla salute). Non è possibile che chi deve decidere non tenga conto di questo. Per la Corte dei Conti la lesione dell'erario sussiste ogni volta che l'amministrazione "sostiene

un costo non giustificato da un'utilità o da un vantaggio proporzionato" (ex art. 1, L. 20/1994). Lad-dove le tariffe sotto-costi impediscano di soddisfare la domanda di prestazioni (con conseguente migrazione

restano confinate al regime sperimentale "Farmacia dei servizi" prorogato al 31 dicembre 2025, a condizione che: progetto regionale sia approvato dal Ministero, tariffe non superino i massimali del nomenclatore,

soggetti privi dei requisiti di legge", determinando un esborso non dovuto e comprimendo, per giunta, l'offerta degli erogatori che quei requisiti li rispettano.

Il contesto politico: la delega sul Testo Unico farmaceutico. Il 31 luglio 2025 il Governo ha presentato alla Camera lo schema di legge-delega per il Testo Unico della legislazione farmaceutica, annunciando fra gli obiettivi: aggiornamento dei tetti di spesa e revisione del payback; valorizzazione delle farmacie territoriali come presidi di prossimità, integrandole stabilmente nella rete assistenziale. L'iniziativa – definita dall'Esecutivo "impianto normativo chiaro e coerente" – non menziona, però, la necessità di riallineare le tariffe tra farmacie e strutture accreditate né di assicurare uniformità di requisiti. Ciò alimenta il timore che l'asimmetria nei rimborsi diventi strutturale, con ulteriore aggravio di spesa pubblica a parità (o peggio, a scapito) di qualità.

Conclusioni e istanze. La UAP chiede ancora a) Parità di condizioni: stesso tariffario, stessi requisiti. B) Revisione urgente del nomenclatore per adeguare le tariffe ai costi reali delle strutture accreditate. E ancora: Moratoria sui rimborsi alle farmacie fuori sperimentazione, con verifica ex post da parte della Corte dei Conti di eventuali profili di danno erariale; Trasparenza dei flussi finanziari: pubblicazione dei dati di attività, costo e qualità entro il 30 settembre 2025, come già imposto alle Regioni dalla sperimentazione "Farmacia dei servizi". In assenza di tali correttivi, "i fondi ci sono solo per alcuni e non per altri" continuerà a essere più di uno slogan: sarà la prova concreta di un uso distorto delle risorse pubbliche, foriero di responsabilità erariali e – quel che è peggio – di ulteriori disegui-glianze nell'accesso alle cure.

PS. Nel boxino che pubblichiamo in questa pagina riportiamo un trafiletto raccolto dal sito dei Farmacisti. Giudichino i lettori.

**Farmacisti colleghi confrontiamoci ...**

Partecipante anonimo · 4 g ·

TEMA ECG IN FARMACIA.

Anche ieri é apparso sulla Pagina Facebook di Federfarma un Post truffaldino e fuorviante che può mettere in pericolo la Vita delle Persone: <https://www.facebook.com/100064771774437/posts/1169181731917542/?app=fbl>

Il farmacista non ha le competenze né le autorizzazioni necessarie per gestire tali emergenze perché non medico.

Si avvisa la popolazione e i farmacisti dipendenti che in Caso di infarto o sospetto di infarto la Cosa migliore da fare é contattare immediatamente il 118 e recarsi il prima possibile in pronto soccorso.

dei pazienti verso il privato puro o verso altre Regioni), il pregiudizio per l'erario è duplice: mancata cura tempestiva e ulteriore aggravio futuro di spesa. E passiamo al "caso farmacie": rimborsi fuori sperimentazione e assenza di requisiti. Tutti devono sapere (o lo sanno e fanno finta di niente) che per un ECG tele-refertato il SSN riconosce in sperimentazione fino a € 26, contro € 11,62 alle strutture accreditate; per un semplice esame della glicemia al banco la farmacia incassa € 15, mentre alla struttura accreditata sono rimborsati € 1. E, pure, la normativa ordinaria consente alle farmacie solo test di prima istanza senza referto; le pre-stazioni strumentali (tele-ECG, Holter, MAPA, ecc.)

locali/dispositivi rispettino gli standard Intesa 17 ottobre 2019. Quando una Regione autorizza rimborsi fuori sperimentazione o a tariffe superiori ai massimali, il rischio di danno erariale è evidente: illegittimità della spesa (art. 8-sexies, d.lgs 502/1992: imputazione al FSN di costi eccedenti i tetti nazionali); violazione del principio di parità di trattamento fra erogatori, con possibile alterazione della concorrenza; mancato rispetto del divieto di cumulo tra prescrizione e erogazione (R.D. 1934): la farmacia diventa al contempo "prescrittore" e "venditore", in potenziale conflitto d'interessi. Anche qui la giurisprudenza contabile ritiene configurabile il danno quando l'amministrazione "finanzia

SCENARI

Ritardo di 5 target su 14. Criticità Case comunità e intensive

Non è stato speso l'82 per cento dei fondi stanziati dal Pnrr Salute

Al 30 giugno per la Missione Salute del Pnrr sono state raggiunte le quattro scadenze previste entro la fine del secondo trimestre di cui due europee. Tuttavia, ad un anno dalla rendicontazione finale, almeno 5 target su 14 obiettivi europei da raggiungere sono in ritardo e l'82% delle risorse non risulta ancora speso. Lo indica il monitoraggio indipendente dell'Osservatorio

Gimbe che avverte: "Per garantire benefici ai cittadini serve una corsa contro il tempo". "Il rispetto delle scadenze formali necessario per il via libera all'erogazione delle rate non rappresenta in questa fase finale un indicatore affidabile sul reale stato di avanzamento dei progetti", osserva il presidente Nino Cartabellotta.

Tra i punti più critici, secondo Gimbe, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e il potenziamento dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva. Riguardo il primo, "il

target prevede che entro il 30 giugno 2026 siano pienamente operative almeno 1.038 Case della Comunità dotate di servizi e personale sanitario. Tuttavia, a dicembre 2024 solo 164 strutture (15,8%) avevano attivato tutti i servizi previsti e, tra queste, appena 46 (4,4%) disponevano di personale medico e infermieristico". Tra un anno, inoltre, "dovrebbero essere pienamente funzionanti almeno 307 Ospedali di Comunità, le strutture intermedie per accogliere i pazienti dimessi dagli ospedali per

acuti. Ma al 20 dicembre 2024, solo 124 strutture (40,4%) dichiaravano almeno un servizio attivo e non è riportata alcuna informazione sul personale sanitario". L'obiettivo di rafforzare le cure intermedie rischia di naufragare", sottolinea Cartabellotta.

Riguardo i posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, secondo Gimbe, il Pnrr prevede l'attivazione, entro giugno 2026 "di 2.692 posti letto di terapia intensiva e 3.230 di semi-intensiva. Tuttavia, al 21 marzo

2025, risultano attivati solo 890 letti di terapia intensiva (33,1%) e 1.199 di semi-intensiva (37,1%)".

