

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 02.08.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

LA MANOVRA**Superticket, scontro finale***Regioni: «Decreto inapplicabile» - Soluzione in settimana*

Al rush finale entro il 3 agosto il confronto Regioni-Governo sulla copertura del superticket di 10 euro su visite e analisi. I governatori contestano il nuovo riparto dell'onere quantificato in un decreto attuativo Salute-Rgs di mercoledì scorso e chiedono il ricorso ai fondi per l'edilizia ospedaliera per il 2011 e soluzioni alternative per il 2012.

A PAG. 2-3

*DOPO MANOVRA/ Rush finale nel confronto Regioni-Governo sulla copertura dei 10 euro***Superticket, roulette dei conti***Il nuovo riparto Salute-Rgs respinto al mittente - Soluzione in settimana*

Ancora una settimana frenetica e un nulla di fatto nel cantiere regionale dei super-ticket, che ha riaperto i battenti in questo scorcio preferiale con due rebus in più: l'inapplicabilità del decreto attuativo Salute-Rgs emanato mercoledì scorso e l'impossibilità di raggranellare i 381 milioni mancanti con il solo strumento del copayment.

A far saltare i nervi ai Governatori - che avevano già affidato agli assessori il compito di studiare una rimodulazione condivisa e condivisibile - è stato l'aggiornamento creativo dei conteggi per l'attribuzione dell'onere alle singole Regioni.

Nel bene e nel male è stato per tutte un "sorpresone".

Se in sede di riparto la spartizione degli 834 milioni era stata effettuata tenendo conto solo del numero di ricette rosa per visite e analisi effet-

uate nel 2010, il decreto datato 26 luglio cambia le carte in tavola spiegando che nel conteggio dovrebbero essere considerate anche le ricette bianche prescritte per la specialistica interna ospedaliera, le prestazioni erogate in pronto soccorso e quelle in accesso diretto.

L'aggiornamento del "montepremi" ha evidentemente risvolti inquietanti in particolare nelle Regioni in grado di garantire il maggior numero di prestazioni nelle strutture del Ssn. Insomma, la virtù si paga cara. Tanto per fare qualche



esempio (cfr. tabella a pag. 3), il Veneto deve recuperare 15 milioni in più rispetto ai 30 previsti, il Piemonte 11 in più rispetto ai 29 di partenza, l'Emilia Romagna quasi 18.

Al contrario la Sicilia deve reperirne 17 in meno e la Campania addirittura 25. Un pasticcio, insomma.

«Quel decreto non è tecnicamente corretto né nei numeri, né nelle prestazioni», ha ribadito il presidente della Conferenza delle Regioni, **Vasco Errani** al termine dell'incontro di giovedì scorso con il Governo, nel corso del quale le Regioni hanno ribadito compatte la richiesta di individuare forme alternative di copertura per il 2011 (papabili, in particolare, i fondi non utilizzati destinati all'edilizia ospedaliera) e interventi alternativi per il 2012.

Il confronto - che avrebbe visto i ministri della Salute, **Ferruccio Fazio**, e dei rapporti con le Regioni, **Raffaele Fitto**, possibilisti con l'Economia decisa a non cedere neanche di un millimetro - si è concluso con un nulla di fatto, ma con la promessa di due appuntamenti di lavoro, un tavolo tecnico e un tavolo politico da cui far scaturire entro il 3 agosto una

soluzione accettabile per tutti i palati.

Variegati, nel frattempo, i sentimenti dei protagonisti. Contrarietà netta dai governatori leghisti del Piemonte **Roberto Cota** e del Veneto **Luca Zaia**, ma con esiti diversi. Il primo ha annunciato l'introduzione di un ticket modulare più equo di quello previsto dalla manovra; il secondo ha ripetuto che il Veneto non applicherà i nuovi ticket e che «non ha nessuna intenzione di pagare gli sprechi altrui».

Più ottimista la presidente del Lazio, **Renata Polverini**: «La disponibilità del Governo di continuare a lavorare con le Regioni per affrontare la questione ticket - ha detto - è un aspetto positivo perché si prende atto che le problematiche individuate dalle Regioni sono reali: il tavolo tecnico è al lavoro, e stavolta la tecnica può aiutarci più della politica».

Conciliante Fitto: «Il clima di leale collaborazione con cui si continuerà a lavorare - ha garantito - porterà buoni frutti». Chi porterà i 381 milioni è tutto da vedere.

pagine a cura di
Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

La situazione a fine luglio

Regioni	Applicazione ticket	Regioni	Applicazione ticket
Piemonte	Sì (dal 5 agosto)	Umbria	Attesa modulazione
V. d'Aosta	No	Marche	Attesa modulazione
Lombardia	Sì	Lazio	Sì
Bolzano	No	Abruzzo	Attesa modulazione
Trento	No	Molise	Attesa modulazione
Veneto	No	Campania	Sì
Friuli	Sì	Puglia	Sì
Liguria	Sì	Basilicata	Sì
Emilia R.	Attesa modulazione	Calabria	Sì
Toscana	Attesa modulazione	Sicilia	Sì
		Sardegna	Attesa modulazione

La differenza di copertura dei super-ticket

Regioni	Base annua			Rimanenza 2011*		
	Riparto originario	Nuovo decreto	Diff.	Riparto originario	Nuovo decreto	Diff.
Piemonte	62,82	87,21	24,40	28,70	39,84	11,15
V. d'Aosta	1,77	2,65	0,88	0,81	1,21	0,40
Lombardia	135,61	148,56	12,95	61,95	67,87	5,92
Bolzano	6,77	10,59	3,82	3,09	4,84	1,75
Trento	7,18	10,58	3,40	3,28	4,83	1,55
Veneto	67,59	100,77	33,18	30,88	46,03	15,16
Friuli	17,48	24,68	7,20	7,99	11,27	3,29
Liguria	24,09	25,21	1,11	11,01	11,52	0,51
Emilia R.	61,86	100,56	38,71	28,26	45,94	17,68
Toscana	52,85	67,35	14,50	24,14	30,77	6,62
Umbria	12,72	3,71	-9,02	5,81	1,69	-4,12
Marche	21,92	20,20	-1,72	10,01	9,23	-0,79
Lazio	78,14	95,22	17,08	35,70	43,50	7,80
Abruzzo	18,64	13,07	-5,57	8,52	5,97	-2,55
Molise	4,54	3,46	-1,07	2,07	1,58	-0,49
Campania	77,87	22,75	-55,11	35,57	10,40	-25,18
Puglia	55,30	33,80	-21,50	25,26	15,44	-9,82
Basilicata	8,15	7,28	-0,86	3,72	3,33	-0,40
Calabria	27,45	10,65	-16,80	12,54	4,87	-7,67
Sicilia	68,31	29,63	-38,67	31,21	13,54	-17,67
Sardegna	22,94	16,06	-6,88	10,48	7,34	-3,14
Totale	834,00	834,00	0,00	381,00	381,00	0,00

(*) Cifra che dovrà essere coperta in più o in meno dalle Regioni in base al decreto Salute-Rgs

Fonte: Elaborazione «Il Sole-24Ore Sanità» su dati Mef e Regioni

Art. 2 - Avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa. Comma 3

Calcolo degli indicatori: si considerano in equilibrio economico le Regioni che garantiscano l'erogazione dei Lea con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza, individuate in base a criteri stabiliti con Intesa.

Intesa da sancire**Art. 6 - Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri. Comma 4****Accordo ancora da siglare****Art. 7 - Accredimento e remunerazioni. Comma 1.2**

1. Stipulare, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, un'intesa Stato-Regioni per promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche per tenere conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati.

2. Prorogare il termine entro il quale condurre il processo per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private operanti per conto del Ssn.

Intesa in corso di costruzione**Art. 8 - Assistenza farmaceutica e dispositivi medici. Commi 1 e 2**

1. Tavolo Governo-Regioni per una proposta sulla base dei seguenti principi:

- definire modalità e strumenti per il governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera;
- garantire da parte dell'Aifa la messa a disposizione delle Regioni di dati analitici sui consumi farmaceutici al fine di consentire alle Regioni un reale monitoraggio della spesa;
- revisione dell'attuale disciplina del ricorso ai farmaci off label;

lizzazione delle prestazioni registrate nei flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello "Lea" relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

Un apposito gruppo di lavoro è stato costituito per attuare una ricognizione ma si prevedono tempi lunghi

Art. 10 - Monitoraggio e verifica dei Lea

1. In base al patto stesso e alle intese precedenti va aggiornato il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia dei Lea.

2. Nella fase transitoria si conviene di utilizzare il set di indicatori già approvato per il 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei Lea, che, annualmente aggiornato dal Comitato, incorpora l'apparato valutativo utilizzato per la verifica degli aspetti di propria competenza nell'ambito della verifica annuale degli adempimenti.

3. Monitorare l'andamento dei Lea in relazione alla definizione dei costi standard in attuazione del federalismo fiscale.

L'aggiornamento è ancora da attuare e vi sono problemi sulla coerenza del questionario elaborato dal ministero

Art. 16 - Completamento attuazione intesa Stato-Regioni del 5/10/2006 sul Patto per la Salute**Comma 1. Indirizzi per la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente**

Entro il 30 giugno 2010 doveva essere stipulata un'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente.

Intesa da sancire**Comma 2. Promozione adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera**

Entro il 30 giugno 2010 doveva essere stipulata un'Intesa Stato-Regioni

d) monitoraggio della spesa farmaceutica, anche al fine di formulare proposte per assicurare il rispetto dei tetti programmati.

2. Unificare le competenze attualmente attribuite a soggetti diversi in materia di prontuario dei dispositivi medici valorizzando la funzione di agenzia dell'Aifa.

3. Costituire un tavolo di lavoro per:

- definire procedure di condivisione delle esperienze in atto;
- individuare i livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto almeno per i dispositivi e le tecnologie di maggior impatto;
- proporre un'Intesa Stato-Regioni.

I tavoli sono stati costituiti ma non vengono attivati**Art. 9 - Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti**

Per promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che:

- anche per agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole Regioni e Pa la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente Dpcm di fissazione dei Lea;
- l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il [ministero della Salute](#). La metodologia adottata dalle singole Regioni è comunicata al Comitato permanente per la verifica dei Lea, che ne verifica la corrispondenza con gli strumenti valutativi;
- con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del Nsis sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al Nsis. La va-

per promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, sulla base di un documento tecnico redatto dall'Agenas entro il 31 marzo 2010.

Intesa da sancire**Comma 3. Applicazione principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private**

Entro il 30 giugno 2010 doveva essere stipulata un'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per l'applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmati pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità e appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa.

Intesa da sancire**Comma 4. Promozione della qualità e della clinical governance nel Ssn.**

Entro il 30 giugno 2010 doveva essere stipulata un'Intesa Stato-Regioni sul Programma nazionale per la promozione della qualità e della clinical governance nel Ssn.

Intesa da sancire**Art. 17, comma 1 - Nuovo sistema informativo sanitario**

Entro il 30 giugno 2010 doveva essere stipulato un Accordo quadro Stato-Regioni tra i ministri di Salute, Economia, Riforme e Innovazione e Regioni e Province autonome, di riadeguamento della composizione e delle modalità di funzionamento della Cabina di regia del Nsis e di proroga dei compiti e della composizione della Cabina fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo.

Accordo quadro da siglare

Lettori: 304.000

il Centro

02-AGO-2011

Diffusione: 26.797

Dir. Resp.: Sergio Baraldi

da pag. 9

LA TRATTATIVA**Ticket
sulla sanità
le Regioni
cercano
alternative**

PESCARA. La decisione sugli annunciati ticket sanitari introdotti dalla manovra economica 2011 arriverà con tutta probabilità oggi, quando i governatori delle Regioni incontreranno il governo proprio per fare il punto sulla questione. E in attesa del vertice, si è tenuto ieri un tavolo tecnico degli esperti delle Regioni. Il risultato è stato un documento di obiezioni all'introduzione dei ticket sul quale non è stata raggiunta una condivisione con i tecnici dei ministeri della Salute e dell'Economia. Al momento, dunque, la situazione è di stallo, in attesa del confronto di oggi. Da un lato ci sono le Regioni, contrarie ai ticket (10 euro per la specialistica, 25 per i pronto soccorsi) e in cerca di alternative; dall'altro lato c'è l'esecutivo che, dopo aver reintrodotti i ticket, a fronte delle crescenti proteste delle Regioni starebbe cercando altre possibili soluzioni.

IERI L'INCONTRO CONVOCATO DAL PRESIDENTE BURLANDO

Sanità, tagli in vista per altri 60 milioni

A fine anno buco nei conti di 170 milioni. L'ordine a manager di Asl e ospedali: «Risparmiate»

GUIDO FILIPPI

GENOVA. Alle otto di sera tre manager della sanità ligure sono seduti su un muretto di piazza De Ferrari, con vista sul palazzo della Regione. Alesio Parodi (direttore dell'Evangelico), giacca casual blu, camicia sportiva e abbronzatura caraibica, parla delle ferie sempre più vicine. Adriano Lagostena (direttore del Galliera) scherza con il suo braccio destro Luciano Grasso e guarda nervosamente l'orologio. Paolo Petralia che da tredici mesi è al timone del Gaslini è il più "secchione" dei tre: pensa ai soldi che gli diranno di non spendere.

Sono in attesa di entrare, come studenti universitari prima di un esame e le convocazioni sono in ritardo di almeno due ore. Tutti mugugnano, ma non si fanno sentire da quelli del quinto piano che, senza fare troppo rumore, hanno convocato i manager delle Asl e degli ospedali liguri: il presidente Burlando, gli assessori Montaldo, Rambaudi e Rossetti, il segretario generale Murgia, il superconsulente Balma e una mezza dozzina di dirigenti della Regione hanno chiamato a rapporto i direttori, riconfermati ed esordienti per i "compiti delle vacanze" e dell'autunno.

Devono tagliare ancora, rispetto a quanto era stato stabilito due mesi fa e non possono perdere tempo, perché l'aria che tira è bruttissima. Il governatore è stato chiarissimo: bisogna recuperare almeno altri 60 milioni di euro e purtroppo l'unica politica possibile è quella del risparmio. Non per evitare le tasse (aumento dell'addizionale Irpef per le famiglie e Irs per le aziende) che, salvo miracoli contabili, arriveranno a fine anno, ma per tenere a distanza il commissariamento della sanità ligure.

I conti e le previsioni di spesa dicono che, a fine anno, il buco toccherà quota 170 milioni di euro: troppi, almeno 30 sopra lo sfioramento consentito da Roma. L'obiettivo di Burlando che ha "guidato" tutti gli incontri con i direttori della sanità è

quello di riuscire a chiudere il 2011 con un rosso di 110 milioni di euro. Un'impresa titanica dal momento che la Regione è già stata costretta a ridurre il finanziamento di 204 milioni rispetto allo scorso anno quando la Liguria era già stata penalizzata nella distribuzione del fondo sanitario nazionale: una batosta per i bilanci di tutte le aziende sanitarie, ma ieri è arrivata la seconda botta: «risparmiare un altro due per cento».

I manager (tutti accompagnati da direttori sanitari, amministrativi e responsabili del bilancio) hanno preso atto per poi uscire a testa bassa dal palazzo di De Ferrari, cercando conforto nei colleghi. Il commento è comune: «Dobbiamo tagliare ancora», ma nessuno vuole rilasciare dichiarazioni.

Il direttore sanitario della Asl 4, Gaddo Flego (delegato da Paolo Cavagnaro in ferie) si lascia scappare un commento: «Per noi è andata bene, ma di più non possiamo fare», ed è preoccupato anche perché il meccanico non gli ha restituito la macchina e quindi deve trascorrere la notte a Genova.

Il comandante della Asl 5 Gianfranco Conzi ha perso il sorriso dei giorni migliori e discute con Renata Canini (ex Asl 3) che ieri mattina è stata nominata direttore amministrativo alla Spezia. Corrado Bedogni, il genovese nominato un mese fa dalla giunta Burlando per rimettere in carreggiata la Asl 3, maschera la preoccupazione con un sorriso. Non parla («È tardissimo, devo andare in Piemonte») ma gli hanno detto che dovrà spendere altri sei milioni di euro in meno: ne ha preso atto ma sperava in un esordio migliore, mentre Luigi Ferrannini (direttore sanitario pro tempore) non si lascia scappare una virgola: «Solite cose, tutto a posto». Prima però bisogna risparmiare altri 60 milioni. Senza aspettare. E alle dieci di sera i manager di Galliera ed Evangelico aspettano ancora di entrare.

filippi@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FORUM FIASO**Penalizzate le Asl virtuose***Gestione aziendale condizionata dai vecchi criteri di bilancio*

La divergenza tra contabilità finanziaria di Stato e Regioni ed economica delle aziende, la mancanza di dati di efficienza nei bilanci di Asl e Ao, il calcolo del finanziamento delle aziende ancora basato sulla spesa storica e il neocentralismo regionale

ostacolano l'allocazione ottimale delle risorse e l'aziendalizzazione, secondo un'analisi del laboratorio Fiaso, commentata da rappresentanti del mondo professionale e gestionale del Ssn.

A PAG. 14-15

*FIASO/ Così il neocentralismo regionale ostacola l'allocazione ottimale delle risorse***Spesa storica, virus incurabile****I tagli orizzontali penalizzano le strutture con i comportamenti più virtuosi****Regioni e aziende, logiche divergenti**

Mentre infuriano le polemiche sui nuovi ticket e si discute sull'efficacia dei costi standard, per meglio riequilibrare le risorse tra le Regioni, può sembrare anacronistico o semplicemente astratto reclamare più attenzione alle logiche di governo del sistema. Eppure la storia del nostro Servizio sanitario nazionale ci ricorda che fu con il passaggio dalle vecchie Usl (organismi dei Comuni senza personalità giuridica) alle Asl (aziende dotate di piena autonomia gestionale) che il tasso di crescita della spesa sanitaria passò dal 16% l'anno a un fi-

siologico 4% che fa conservare al sistema sanitario italiano il primato europeo in fatto di economicità che si coniuga a un elevato tasso di qualità.

Come rileva la ricerca Fiaso sul "governo del Ssn", presentata nel corso della nostra Assemblea nazionale, il tentativo di governare gli effetti indesiderati del finanziamento prospettico e del quasi mercato ha portato a un neocentralismo regionale gestito con criteri non sempre esplicitati, talvolta imperscruta-



bili.

Sono venuti al pettine, in questi anni, anche nodi tecnici mai risolti. Le logiche divergenti tra la contabilità finanziaria, di Stato e Regioni, e quella economica delle aziende; la scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, alcun dato di efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica, a dispetto di ogni proclamata diversa intenzione.

Su quest'ultimo aspetto in particolare vorrei soffermarmi perché troppo spesso si dimentica che il buon governo della spesa passa per una efficiente allocazione delle risorse, che premi i migliori e non alimenti le inefficienze tarando il finanziamento sulla spesa storica. Che alla vigilia dei "costi standard" sembra essere ancora la logica prevalente. Basta osservare qualche indicatore. Il laboratorio Fiaso sul "governo del territorio" ha analizzato la correlazione tra spesa pro-capite complessiva e tasso di ospedalizzazione in un gruppo di 12 aziende rappresentativo di varie realtà regionali. Ebbene la Asl con la spesa pro-capite più alta, 1.989 euro, riscontra anche il tasso di ospedalizzazione tra i più bassi (164). Mentre le aziende con minor finanziamento pro-capite (tra i 1.400 e i 1.500 euro) registrano spesso tassi di ospedalizzazione in linea con la media o addirittura più alti. Evidentemente l'utilizzo inappropriato di strutture ospedaliere non è la causa unica o prevalente dell'incremento dei costi, ma ci sono altri settori non adeguatamente go-

vernati.

Analizzando un altro campione di sette aziende ospedaliere si evince invece che i finanziamenti integrativi regionali variano in modo imprevedibile da un minimo del 20 a un massimo del 60% dei costi.

E si potrebbe andare avanti, citando il differenziale del 24,15% nel 2009 del finanziamento pro-capite di una ventina di Asl abbastanza uniformi per caratteristiche territoriali. Differenziale aumentato di ben 7 punti percentuali dal 2004, quando lo spread tra la quota capitaria massima e quella minima era, in quel contesto, del 17,40 per cento.

Tutti esempi che dicono come la logica prevalente del finanziamento resti ancora oggi quello della spesa storica, in base alla quale "ti pago per quello che spendi anziché per quello che fai". Il che, fra l'altro, comporta che dai comportamenti "virtuosi" non derivi alcuna ricaduta positiva né per l'azienda né per chi ci lavora.

Non solo, ma il sistematico ricorso ai tagli "orizzontali" applicati dal centro senza discernimento alcuno, finisce con il penalizzare di più le strutture che hanno parametri gestionali migliori. E questo non è certo utile a incentivare l'efficienza gestionale, che è la mission per la quale le aziende furono create dal legislatore in quell'ormai lontano 1992.

Giovanni Monchiero
Presidente Fiaso,
Federazione Italiana Aziende
sanitarie e ospedaliere

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE** Sanità

02-AGO-2011

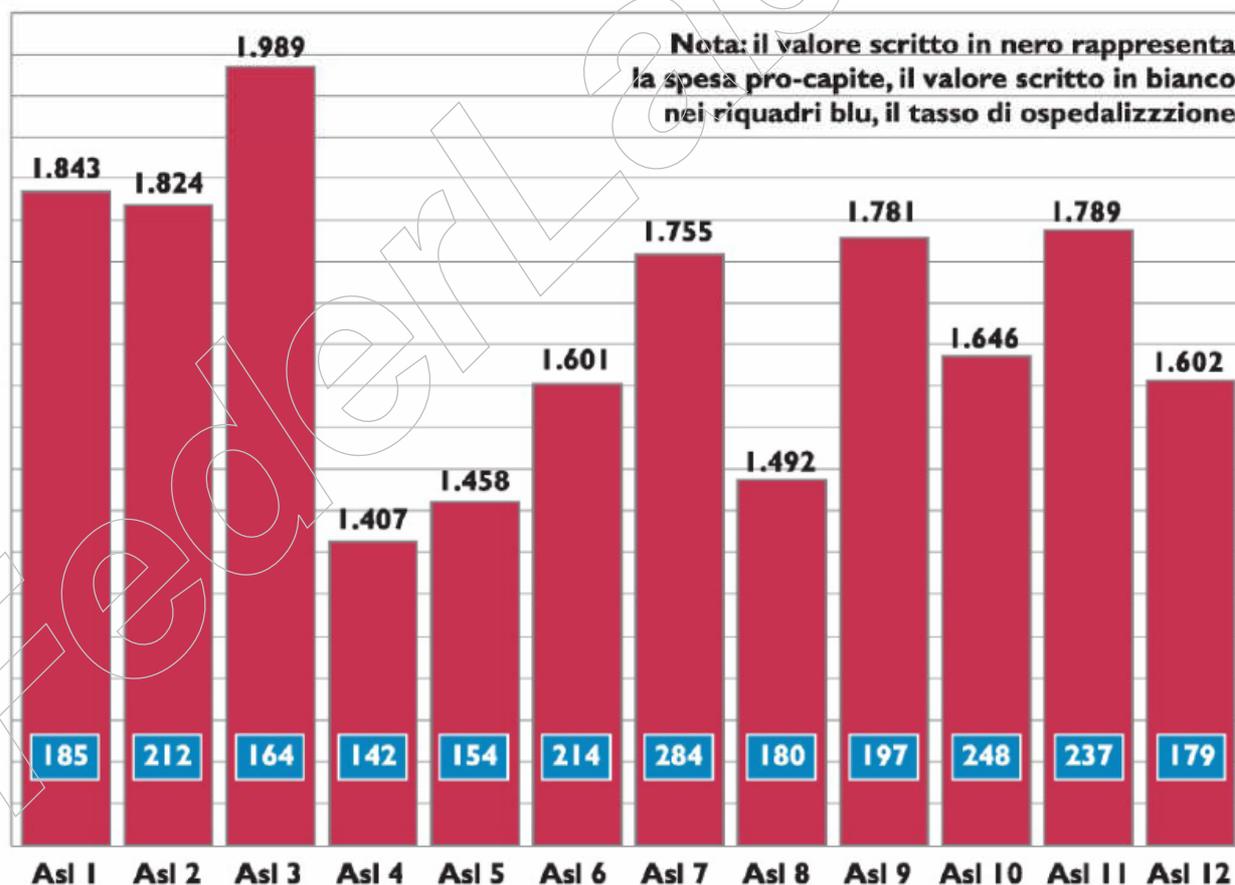
Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 14

Aziende ospedaliere: finanziamenti pro-capite in altaena

Asl	Quote capitarie 2004	Differenza % con media	Quote capitarie 2009	Differenza % con media	
A	1.227	-7,21%	1.463	-11,44%	Δ anno 2004 17,40%
B	1.262	-4,56%	1.519	-8,05%	
C	1.274	-3,67%	1.532	-7,26%	
D	1.286	-2,78%	1.547	-6,36%	
E	1.372	3,74%	1.776	7,51%	Δ anno 2009 24,15%
F	1.386	4,79%	1.802	9,08%	
G	1.411	6,73%	1.780	7,75%	
H	1.444	9,17%	1.862	12,71%	

Il rapporto spesa procapite-tasso di ospedalizzazione

Sul rapporto tra aziendalizzazione, politica, assegnazione delle risorse, governo del sistema e risultati che procedono al rallentatore sono state poste quattro domande a cinque rappresentanti del mondo professionale e gestionale del Ssn. Eccole.

1

Il management di Asl e Ao lamenta lo stallo del processo di aziendalizzazione: è una diagnosi corretta? Quali sono le cause?

2

Quali nuovi modelli organizzativi potrebbero garantire l'autonomia gestionale delle aziende dalle invasioni di campo della politica?

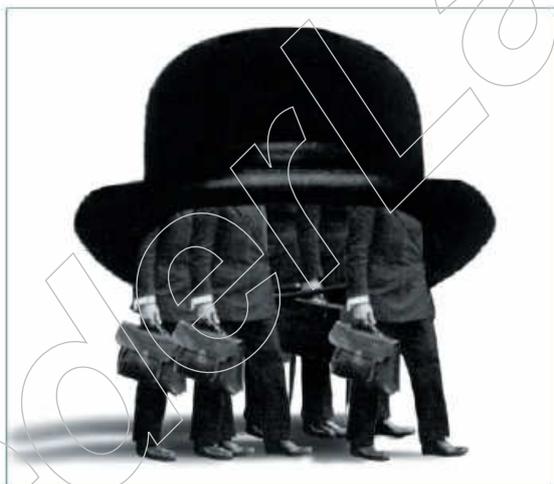
3

Dietro il marcato rallentamento del processo di aziendalizzazione c'è anche un problema legato ai criteri di spartizione delle risorse tra le aziende?

Se sì, basteranno i costi standard a razionalizzare il sistema o sarebbe invece necessario rivedere anche i criteri di ripartizione intraregionale delle risorse?

4

Per un governo più efficiente del sistema come andrebbero ripensati i rapporti tra aziende (e loro management), Regioni, Comuni e professionisti?



I Borgonovi. È sicuramente una diagnosi corretta e le cause sono molteplici ma due sono quelle che, a mio parere sono preminenti. In primo luogo, la progressiva attenzione sul contenimento della spesa che ha provocato nelle Regioni l'illusione che un controllo centralistico sia più efficace rispetto a una autonomia mantenuta all'interno di chiari e precisi criteri di indirizzo. La possibilità per le aziende di adattare le scelte alle specifiche condizioni del territorio si sono ridotte e con esse la motivazione dei direttori generali. In secondo luogo, vi è stata la difficoltà di formare una vera comunità professionale dei Dg anche a causa della loro mobilità a seguito dei cambiamenti delle maggioranze nel governo delle Regioni.

Ricciardi. In Italia si sta verificando in modo eclatante ciò che Hart aveva descritto negli anni 60 come «legge dell'assistenza inversa» e cioè il contemporaneo aumento dei bisogni e della domanda di servizi cui fa da contraltare la crescente scarsità di risorse disponibili. In questo contesto un sistema sanitario pubblico come il nostro, per avere successo deve avere almeno due requisiti, politici onesti e con visione strategica e tecnici particolarmente competenti. In alcune Regioni la legge dell'assistenza inversa si manifesta anche con un'altra evidenza: proprio in quelle in cui la gestione è più difficile e le risorse più scarse (es. in piano di rientro) sia i politici che i manager da loro scelti (e non si fa fatica a capire il perché) sono scadenti e questo determina più che uno stallo, una totale degenerazione del concetto di azienda e di bene pubblico con, di fatto, la contemporanea emergenza di situazioni disastrose sia dal punto di vista finanziario che di salute dei cittadini.

Silvestro. Se aziendalizzazione è «... induzione, ai vari livelli gestionali, di atteggiamenti atti a perseguire risultati di efficienza...» direi che sì; l'aziendalizzazione è in stallo. Le cause possono essere molteplici ma in questa fase sono portata a pensare che il mantenere tensione all'efficienza e quindi alla sostenibilità del sistema significa anche discutere sulla quali-quantità della risposta sanitaria (ridondanze, doppioni, mantenimento di piccoli "ospedali" spesso inefficienti) e quindi entrare in un terreno "politico" anche legato al mantenimento del "consenso".

Troise. La fase di stallo in cui versa oggi il processo di aziendalizzazione della Sanità, inteso dai più soprattutto come recupero della dimensione economica insita nelle prestazioni sanitarie, riconosce diverse cause a

cominciare dai limiti dell'impianto organizzativo e funzionale. Pesano i risicati margini di autonomia rispetto alla invadenza pervasiva della politica e il calo del valore delle regole, della responsabilità e della programmazione. Se chiudere i bilanci in pareggio appare il mandato principale, se non l'unico, del Dg, la crescente scarsità delle risorse economiche rende impari il compito accentuandone la dipendenza dal potere politico e il turn over. Per di più arriva al pettine il nodo della marginalità in cui viene tenuta la componente professionale.

Moirano. Appare evidente a tutti che il processo di aziendalizzazione ha subito un forte rallentamento negli ultimi anni; a mio parere per due motivi principali: le Regioni hanno avuto sempre più necessità di governare le aziende in quanto soprattutto dal 2007 in poi lo Stato non ha più ripianato a piè di lista i disavanzi; le aziende spesso non controllate adeguatamente dalle Regioni nella loro autonomia negli anni precedenti il 2007 hanno in molti casi "approfittato" della libertà maggiore che derivava dalla riforma aziendalista determinando disavanzi rilevanti.

2 Borgonovi. Nessun modello istituzionale e organizzativo può garantire dalle invasioni della politica che è l'effetto di comportamenti e di una cultura dominante. Infatti, anche se nel nostro Paese la critica alla eccessiva presenza di "cattiva politica" è generalizzata, diventa poi estremamente difficile far emergere la "buona politica" che invece è elemento necessario per un buon sistema di tutela della salute. Più che modifiche organizzative ritengo che potrebbe essere utile definire in modo più preciso e concreto il profilo delle conoscenze, competenze e attitudini richieste a Dg in modo da alzare il costo politico per scelte difformi da questi profili. Per entrare sugli aspetti organizzativi, credo che bisogna agire sui processi più che sulla struttura e sugli assetti istituzionali. Intendo dire che occorrerebbe consentire alle aziende di definire i propri obiettivi, valutando solo la coerenza con quelli generali della Regione e attuare rigorosi processi di verifica dei risultati premiando in sede di finanziamento le aziende migliori.

Ricciardi. Più che di modelli organizzativi si tratta di modelli culturali che, come è noto, sono difficili e lenti da cambiare, ma potrebbe aiutare un meccanismo di valutazione centrale rigoroso e trasparente, con dati pubblicati con continuità e diffusi adeguatamente dai media. In tutti i Paesi in cui la cosiddetta "public disclosure" dei risultati

sanitari è stata effettuata vi è stata un'accelerazione bruciante nel senso di responsabilità dei politici a nominare manager bravi e onesti e dei professionisti, sia sanitari che amministrativi, a svolgere il proprio ruolo con competenza. Si tratta di introdurre anche in Italia il concetto di "accountability" che, come diceva Montanelli, «è parola chiave della democrazia anglosassone, ma in Italia non è stata ancora tradotta».

Silvestro. Non credo sia tanto una questione di "modelli organizzativi" quanto una questione culturale ed etica. Indubbiamente però, se ci fosse una maggiore distinzione tra ruoli professionali impegnati nel governo clinico assistenziale e ruoli gestionali impegnati nell'organizzazione delle risorse con ruolo terzo, si farebbe un gran passo avanti. Penso, a esempio, ai blocchi operatori organizzati in piattaforme di servizio dove da una parte si gioca e si valuta il livello di professionalità e di integrazione raggiunto da chirurghi, anestesisti e infermieri che lavorano in squadra e dall'altra si verifica la produttività (orari rispettati, liste operatorie espiesate, ottimizzazione delle risorse umane, dei presidi ecc.) rispetto agli obiettivi negoziati.

Troise. L'esperienza di questi anni ha dimostrato che obiettivi quali qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario non possono essere affidati ai puri meccanismi aziendali di efficienza gestionale, anche ove questi venissero impiegati al meglio. Il loro raggiungimento non può prescindere da competenze e professionalità dei medici, anzi, senza un loro pieno coinvolgimento, ogni politica di ottimizzazione dei costi che si limiti a raschiare il barile è destinata al fallimento. Una seconda fase del processo di aziendalizzazione deve partire da questo riconoscimento facendo leva su contenuti e motivazioni professionali per trovare legittimazione alla stessa autonomia gestionale, abbandonando l'illusione di poter governare la complessità sanitaria con i soli strumenti della cultura aziendale. I contenuti delle decisioni cliniche non possono essere compressi in logiche operative che non sono proprie dell'attività sanitaria. E questo soprattutto nell'interesse del paziente. L'aziendalizzazione può ripartire ma il problema è progettare un nuovo sistema che superi la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo in cui il professionista è spinto a identificarsi anche per la progressione di carriera. Non può esserci una maxi-azienda con mini-medici.

Moirano. Ritengo che la selezione dei direttori generali aziendali dovrebbe avere un passaggio tecnico con una preselezione degli

aspiranti Dg affidata a una commissione "neutra" che verifichi oltre al possesso dei requisiti minimi di legge anche le competenze, le esperienze e le attitudini identificando una rosa più ristretta di candidati tra i quali la politica possa scegliere.

3 Borgonovi. Sicuramente i criteri di finanziamento delle aziende influenzano da un lato l'autonomia delle stesse e dall'altro la responsabilizzazione dei Dg. A parità di caratteristiche individuali del Dg, della dirigenza e di tutto il personale, è evidente che se i criteri di finanziamento non sono equi, alcune aziende saranno avvantaggiate e potranno raggiungere i propri obiettivi anche con bassi livelli di efficienza, mentre altre aziende che ricevono minori finanziamenti non potranno attuare azioni di miglioramento che pure sarebbero in grado di fare. Se questa è la diagnosi, appare scontato che l'applicazione dei costi standard di per sé non potrà migliorare la situazione, anzi rischia di peggiorarla. I costi standard potranno consentire un miglioramento solo se contestualmente si modificano i criteri di finanziamento dalle Regioni alle Asl.

Ricciardi. Non vi è dubbio che i costi standard non basteranno e anzi, se non saggiamente utilizzati, potranno concorrere ad allargare il gap tra Regioni meglio funzionanti e Regioni in ritardo e, all'interno delle Regioni, tra strutture sanitarie virtuose e non. Altrettanto indubbia è la necessità di rivedere i criteri di riparto sia inter che intraregionali. I primi privilegiando la valutazione oggettiva dei carichi di malattia e di bisogno, i secondi incentivando la buona gestione e penalizzando la cattiva gestione e gli sprechi. Si tratta di un argomento difficile perché va a toccare interessi consolidati, anche in modo distorto nel corso dei decenni passati, ma è un passaggio inderogabile e, per il bene dei cittadini, prima lo si fa e meglio è.

Silvestro. Direi proprio di sì; frequentemente le risorse vengono distribuite sulla base della spesa storica che spesso è collegata a inefficienze gestionali, al mantenimento di percorsi e processi inappropriati e a una gestione di tutto il personale (dirigenza medica e operatori del comparto) consuetudinaria, poco flessibile e impostata su turnistica e strumenti contrattuali datati e più orientati alla cosiddetta "pace sociale" che a una ottimale valorizzazione delle potenzialità resesi disponibili dall'evoluzione delle professioni sanitarie con particolare riferimento alle nuove competenze della professione infermieristica. I costi standard offriranno un potente

strumento di comparazione tra le diverse Regioni e nell'ambito di queste tra le diverse aziende. Non credo però sia sufficiente se in ogni Regione non si ridefiniranno anche i criteri di ripartizione "incentivando" le aziende virtuose sia per quanto attiene il management che i professionisti e gli operatori.

Troise. Finora i criteri di divisione delle risorse tra Regioni e tra aziende hanno seguito criteri lontani dalla logica di migliorare l'efficienza o premiare comportamenti virtuosi. Il neocentralismo regionale appare troppo esposto ai collegi elettorali e a logiche lobbistiche. I costi standard rappresenteranno l'ennesima delusione sul piano della garanzia della sostenibilità economica del sistema e del diritto alla salute non condizionato dal luogo in cui si vive.

Moirano. Sicuramente il riparto dei fondi all'interno delle Regioni è spesso meno trasparente del riparto tra lo Stato e le Regioni in quanto in quest'ultimo caso i criteri, da qualcuno anche criticati, sono comunque chiari.

4 Borgonovi. Innanzitutto il management delle aziende dovrebbe sentirsi parte di un gruppo manageriale facente capo alla Regione. Questa a sua volta dovrebbe attivare forme di relazione con le aziende e con i manager in grado di diffondere conoscenze comuni e omogenee, di stimolare il coordinamento, di premiare comportamenti collaborativi verso obiettivi comuni. A sua volta, la direzione strategica delle aziende dovrebbe attivare forme di collegamento con i Comuni in grado di cogliere tempestivamente ed efficacemente i bisogni delle comunità di riferimento, che a volte sono differenziati in Asl grandi le cui competenze possono estendersi su territori urbani, di pianura e di montagna. Nei riguardi dei professionisti il management delle aziende dovrebbe esercitare soprattutto una funzione di leadership piuttosto che esercizio di poteri formali. Deve diventare autorevole perché riconosce l'autonomia professionale e perché è in grado di coinvolgere i professionisti nel definire e risolvere i problemi.

Ricciardi. Non vi è alcun Paese al mondo ad avere al contempo una dipendenza del vertice aziendale così forte dal potere politico e un potere decisionale (almeno in teoria) così autocratico all'interno della propria azienda. A esempio, la governance delle aziende dei Paesi con un sistema Beveridgeano (Servizio sanitario nazionale) dei Paesi

Lettori: n.d.

Il Sole
24 ORE Sanità

02-AGO-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 14

scandinavi, del Canada o della Spagna, è caratterizzata dalla presenza di rappresentanti dei principali stakeholders (Comuni, professionisti, cittadini ecc.) all'interno di un Consiglio di amministrazione variamente denominato, in cui essi possano rappresentare gli interessi legittimi dei propri organismi di riferimento. La programmazione è condivisa, la gestione è saldamente nelle mani dei manager, la responsabilità è chiara e trasparente.

Silvestro. Per quanto riguarda i rapporti tra aziende, Regioni e Comuni, ritengo sarebbe opportuno attivare e mantenere, tenendo conto dei principi di sussidiarietà verticale e orizzontale e agendo su meccanismi di integrazione sussidiaria tra Comuni e aziende all'interno di indicazioni regionali, contatti sistematici fra le diverse istituzioni per riflettere attraverso dati oggettivi su come riorientare e affrontare l'asimmetria tra domanda e bisogni reali da una parte e tra offerta sanitaria e risorse economiche dall'altra. In questo penso sia necessario il pari coinvolgimento delle diverse famiglie professionali che non infrequentemente inducono domanda o resistono al cambiamento per reiterare situazioni organizzative consolidate ma non più coerenti con i dati demografici, epidemiologici e con l'evoluzione delle competenze e delle conoscenze tecnico-scientifiche. Per quanto attiene le professioni ritengo importante anche la possibilità di introdurre la contrattazione regionale per valorizzare i modelli e le esperienze locali considerando il fatto che frequentemente i contratti nazionali valorizzano solo situazioni di disagio ma non di sviluppo di professionalità e dell'innovazione.

Troise. Il nodo reale sono la forma e i livelli di finanziamento del sistema sanitario e la assunzione di responsabilità rispetto a tali processi nel difficile tentativo di coniugare i bisogni delle comunità locali, che sono partner della programmazione sanitaria con varie modalità di partecipazione ai processi decisionali, con la responsabilità economica delle scelte da tale autonomia derivate. Ai Comuni è oggi affidata una funzione di indirizzo, cui però in molte aree rinunciano, ma forse è il caso di pensare a una partecipazione a veri Cda.

Moirano. Credo che una maggiore trasparenza sulle scelte del management, sia esso direzionale che professionale, sarebbe auspicabile. Soprattutto la valutazione effettiva dei risultati ottenuti (sulla base di obiettivi e relativi indicatori di risultato predefiniti e condivisi tra i vari attori) deve essere fortemente potenziata.

**ELIO BORGONOVÌ**

Professore ordinario di Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche. Direttore dell'Istituto di pubblica amministrazione e Sanità (Ipas) dell'Università Bicconi

**WALTER RICCIARDI**

Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma e dell'Osservatorio nazionale per la salute nelle Regioni italiane. Primo editor non inglese dell'Oxford handbook of public health e componente non americano del National board of medical examiners degli Stati Uniti d'America

**ANNALISA SILVESTRO**

Infermiera, insegnante e dirigente. Presidente della Federazione nazionale Collegi Ipasvi. Presidente della Federazione europea delle professioni infermieristiche (Fepi). Vice-presidente Aniarti (Associazione infermieri di area critica)

**COSTANTINO TROISE**

Segretario nazionale Anaao-Assomed. Direttore servizio autonomo di Allergologia, azienda Ospedale San Martino di Genova

**FULVIO MOIRANO**

Presidente dell'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

le altre notizie

IL CENTRODESTRA

«Code dall'alba per l'esenzione ticket»

- «Le code infinite, attive già da ore ante-lucane a cui sono costretti i cittadini meno abbienti del Salento, in gran parte anziani e sofferenti, per poter formulare le richieste di esenzione dai tickets sanitari riproducono immagini tristissime di tempi di guerra, indegne di uno Stato civile», è quanto protestano i consiglieri regionali Rocco Palese, Antonio Barba, Saverio Congedo, Roberto Marti e Mario Vadrucchi (PdL) ed Andrea Carroppo (PPDT): «A questi pugliesi meno fortunati non soltanto si sta consegnando una Sanità sempre più degradata, lenta, lacunosa, falcidiata, ma li si costringe anche ad ulteriori sofferenze, in interminabili attese in piedi ed all'aperto senza nemmeno la certezza di arrivare fino in fondo».

Via libera definitivo al Dlgs su premi e sanzioni: si completa l'attuazione del federalismo fiscale

Conti in default, cartellino rosso

Governatori, assessori e manager saranno rimossi e interdetti da ogni carica per 10 anni

Tempi duri per chi non riesce a far quadrare i conti in Sanità. Il decreto premi e sanzioni appena approvato - l'ottavo e ultimo tassello che completa il puzzle del federalismo fiscale - parla chiaro: in caso di grave dissesto finanziario il governatore della Regione in default sarà rimosso «per responsabilità politica» e per 10 anni non sarà candidabile a tutte le cariche pubbliche elettive. La decadenza automatica scatterà anche, per accertate responsabilità, nei confronti di direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie e dei responsabili degli

assessorati competenti. E anche loro potranno essere interdetti da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici per un periodo di tempo di 10 anni.

Le "punizioni" per gli amministratori troppo spendaccioni sono contenute nel Dlgs varato definitivamente la settimana scorsa da Palazzo Chigi tra le dure critiche delle Regioni e degli altri enti locali che parlano di «incostituzionalità» del decreto e del rischio di finire tutti in default anche per effetto della pesante manovra appena approvata.

SERVIZI A PAG. 5

FEDERALISMO/ Si al Dlgs su premi e sanzioni: rimossi governatori e manager in default

Chi rischia il posto nel Ssn

Incentivi alle Regioni che spendono meno e attivano centrali d'acquisto

Se si applicasse oggi rischierebbe sul serio il posto il governatore **Michele Iorio** e i manager della Asl unica del Molise, da due anni con i conti fuori posto e con ripetute "bocciature" alle verifiche del tavolo dell'Economia sull'attuazione del piano di rientro. Ma certo non dormirebbero sonni tranquilli anche gli altri sette Presidenti di Regione (e i relativi assessori e manager sanitari) "sotto tutela". Oltre al Molise sono sotto piano di rientro anche Piemonte (governata da **Roberto Cota**), Lazio

(**Renata Polverini**) Abruzzo (**Giovanni Chiodi**), Campania (**Stefano Caldoro**), Puglia (**Nichi Vendola**) Calabria (**Giuseppe Scopelliti**) e Sicilia (**Raffaele Lombardo**). Certo ogni caso fa per sé - c'è infatti chi sta recuperando parte del deficit -, ma con



l'approvazione definitiva del consiglio dei ministri di giovedì scorso del Dlgs su premi e sanzioni si prospettano tempi duri per chiunque si trovi ad amministrare i conti della nostra sanità. Il nuovo decreto - l'ottavo e ultimo che completa tutto il cantiere del federalismo fiscale (il settimo, quello sui bilanci omogenei è già in «Gazzetta») - parla chiaro: in caso di grave dissesto finanziario il governatore-commissario sarà rimosso «per responsabilità politica» e per 10 anni non sarà candidabile a tutte le cariche pubbliche elettive. La decadenza automatica scatterà anche, per accertate responsabilità, nei confronti di direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie e dei responsabili degli assessorati competenti. E anche loro potranno essere interdetti da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici per un periodo di tempo di dieci anni.

Stessa sorte per sindaci e presidenti di provincia condannati per dissesto già in primo grado dalla Corte dei conti. Ma anche gli stessi ministri potranno essere sfiduciati dalla Camera di appartenenza se non rispetteranno fabbisogni e costi standard, e forse anche loro potranno essere «giudicati» incompatibili a tutte le cariche pubbliche per dieci anni. Questo sancisce il decreto che dopo il via libera di mercoledì della bicameralina parlamentare e quello di Palazzo Chigi del giorno dopo farà scattare premi e sanzioni (in realtà c'è più bastone che carota) per gli amministratori locali. «In virtù dell'approvazione definitiva di questo decreto il percorso di attuazione della riforma federalista si può quindi ritenere compiuto per la sua parte più rilevan-

te», ha spiegato il «padre» della riforma, **Roberto Calderoli** (Lega). Che ha aggiunto come «quest'ultimo decreto ha un carattere, per così dire, anche simbolico: introduce il fallimento politico o meglio la incandidabilità o ineleggibilità del governatore o presidente di provincia o sindaco che manda in dissesto una regione o un ente locale». Il via libera in Parlamento è arrivato con il voto favorevole di Pdl, Lega e Idv, mentre Pd e Terzo polo si sono astenuti. Tutte le opposizioni, ha annunciato però **Walter Vitali** (Pd), presenteranno a settembre una mozione alla Camera per «chiamare il Governo a rispondere del fallimento del federalismo». La battaglia, è facile prevedere, si trascinerà fino alla Consulta.

Ma come funziona la rimozione dei governatori per grave dissesto in Sanità? Il «licenziamento» scatterà in tre casi: se il governatore-commissario non redige o non applica il piano di rientro dal debito; se alla verifica annuale il piano non raggiunge gli obiettivi o addirittura peggiora la situazione; se per due anni di seguito vengono applicate le super addizionali Irpef e Irap per insuccesso dell'azione di risanamento. Se si verifica il «dissesto» la decadenza automatica scatterà anche per i direttori generali e, «previa verifica delle rispettive responsabilità del dissesto», anche per i direttori amministrativi e sanitari degli enti del Ssn. Oltre che del «dirigente responsabile dell'assessorato regionale competente, nonché dei componenti del collegio dei revisori di conti». «Punizione», questa, a cui sarà aggiunta anche l'«interdizione da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici per un periodo di tempo

di dieci anni». Confermate anche le sanzioni per chi non avrà rispettato il patto di stabilità a partire dal 2010 con uno sconto: il taglio al fondo di riequilibrio sarà sempre misurato sull'entità dello sfioramento degli obiettivi, ma non potrà in nessun caso superare il 5% delle entrate correnti registrate nell'ultimo consuntivo. Via libera, infine, al nuovo tentativo di risolvere il nodo dei pagamenti incagliati alle imprese fornitrici: sarà un tavolo tecnico fra Governo ed enti a dover trovare soluzioni spingendo sulle compensazioni del patto a livello regionale e sulla certificazione dei crediti.

Sul fronte dei premi previsti fondi in più alle Regioni che avranno registrato «un rapporto

uguale o inferiore alla media nazionale fra spesa di personale e spesa corrente al netto delle spese per i ripiani dei disavanzi sanitari e del surplus di spesa rispetto agli obiettivi programmati dal patto di stabilità interno e che hanno rispettato il patto di stabilità interno». Forme premiali saranno previste infine dal 2010 anche per le Regioni che istituiranno una centrale regionale per gli acquisti acquistano beni e servizi per volumi annuo non inferiori a quelli che saranno determinati per decreto. Ma anche a chi introdurrà misure idonee a garantire l'equilibrio di bilancio di ospedali e aziende ospedaliere nel rispetto dei Drg.

Marzio Bartoloni

LE REGIONI RIBADISCONO IL NO

«Un pericoloso pasticcio incostituzionale»

Un intervento legislativo «esorbitante, non rispondente al quadro costituzionale di riferimento, che inevitabilmente comprometterà la tenuta complessiva del sistema delle relazioni istituzionali». Di più: l'effetto combinato della manovra di luglio per le Regioni compromette l'attuazione del federalismo fiscale. Col risultato di rendere difficile «se non impossibile» per molti «restare in equilibrio di bilancio». E, dunque, dietro l'angolo c'è il rischio concreto che tutta l'Italia rischierà di finire sotto piano di rientro. Con tanto di «licenziamento» per i governatori.

Dalla Conferenza delle Regioni arriva netta la bocciatura al Dlgs appena approvato dalla Commissione bicamerale sul federalismo fiscale: «Siamo per i premi e sanzioni, ma il modo in cui si vogliono

applicare e le scelte che si fanno in relazione alla responsabilità dei presidenti delle Regioni, Province e sindaci, senza reciprocità con il Governo, non è costituzionale», ha spiegato un Vasco Errani infuriato alla fine della conferenza. In un documento approvato la scorsa settimana le Regioni spiegano di «condividere l'esigenza di prevedere premi e sanzioni che portino tutte le istituzioni della Repubblica a un efficace governo della spesa pubblica», ma sottolineano «l'esistenza di gravi e preoccupanti criticità nel testo» constatando che «nessuna delle principali indicazioni fornite dalla Conferenza delle Regioni è stata presa in considerazione». In particolare, secondo le Regioni, «stupisce che si continui a perseguire un percorso legato all'articolo 126 della Costituzione

(scioglimento dei Consigli regionali e rimozione dei governatori per atti contrari alla Costituzione, ndr), le cui disposizioni sono l'extrema ratio di fronte a fatti gravissimi lesivi dell'ordinamento giuridico».

Secondo le Regioni «occorre invece rifarsi più propriamente all'articolo 120 della Carta costituzionale che disciplina i meccanismi sostitutivi del Governo», a esempio nei casi richiamati proprio dall'articolo 2 del Dlgs premi e sanzioni per il grave dissesto sanitario, «e che sono stati già condivisi ed efficacemente applicati in occasione dai diversi patti per la salute». Pollice verso, infine, anche dai sindaci: «Il nostro giudizio non può che rimanere negativo», conferma il vicepresidente dell'Anci, Graziano Delrio, così come l'Upi (Province).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

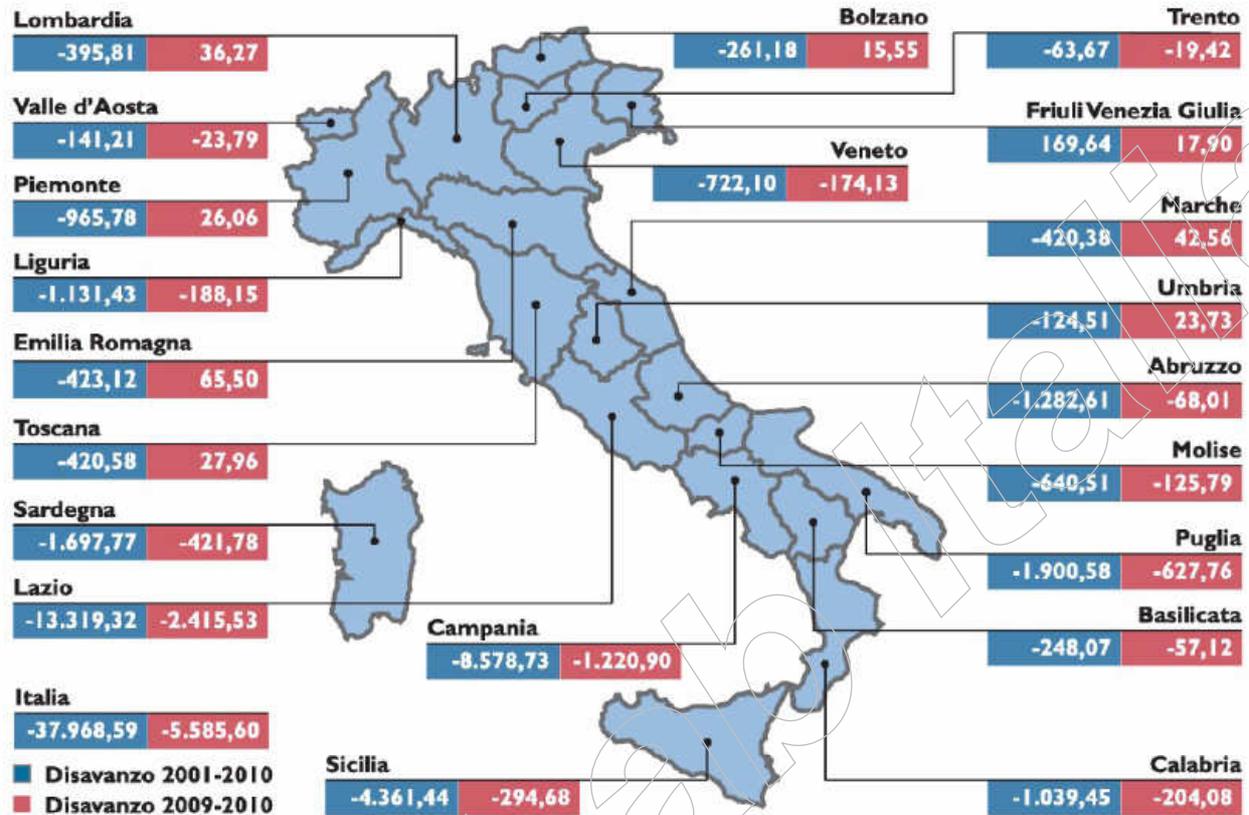
02-AGO-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 5

La mappa dei deficit (in milioni)



I contenuti principali

LA RELAZIONE DI FINE LEGISLATURA

È sottoscritta dal Presidente della Giunta regionale non oltre il novantesimo giorno antecedente la data di scadenza della legislatura e contiene la descrizione dettagliata delle principali attività normative e amministrative svolte, compresa la situazione economica e finanziaria, in particolare del settore sanitario, quantificazione certificata della misura del relativo indebitamento regionale. La relazione viene verificata dal tavolo tecnico interistituzionale istituito presso la Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica. In particolare i dati sanitari sono controllati dai tavoli tecnici che si occupano dei controlli sui piani di rientro

IL GRAVE DISSESTO FINANZIARIO

I governatori saranno responsabili di «grave dissesto finanziario» se: il piano di rientro non sia stato immotivatamente adempiuto; alla verifica annuale la situazione sia peggiorata; per due esercizi consecutivi vengano applicate le super addizionali regionali Irpef e Irap. In questi casi il governatore-commissario sarà rimosso «per responsabilità politica» e per 10 anni non sarà candidabile a tutte le cariche pubbliche elettive. La decadenza automatica scatterà anche, per accertate responsabilità, nei confronti di direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie e dei responsabili degli assessorati competenti

MINISTRI SFIDUCIATI

Anche i ministri sono chiamati dal Dlgs a superare il parametro della spesa storica per abbracciare i costi standard. Il testo prevede la definizione dei fabbisogni standard delle amministrazioni centrali; il raffronto fra questi e le spese effettivamente sostenute e registrate nel bilancio consuntivo dello Stato è trasmesso alle Camere. Per i titolari dei ministeri che si discostano dai fabbisogni standard è prevista la possibilità che le Camere arrivino alla sfiducia, come previsto dall'articolo 94 della Costituzione. Il Governo è chiamato a valutare l'opportunità di introdurre l'incompatibilità decennale per tutte le cariche pubbliche nei confronti del ministro sfiduciato

PREMI E CREDITI DELLE IMPRESE

Dal 2012 previste forme premiali per le Regioni che istituiscano una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore a un importo determinato per decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire l'equilibrio di bilancio di ospedali e aziende ospedaliere nel rispetto dei Drg. Un tavolo tra categorie enti locali e ministero dell'Economia studierà degli interventi a favore del pagamento delle imprese creditorie degli enti territoriali

LE REGIONI NON LI VOGLIONO: VERTICE GOVERNATORI-GOVERNO**Ticket sanità
oggi il giorno
della verità**

● **ROMA.** Il momento della verità» sugli annunciati ticket sanitari introdotti dalla manovra economica 2011 arriverà con tutta probabilità oggi, quando i governatori delle Regioni incontreranno il governo. Ieri si è tenuto un tavolo tecnico degli esperti delle Regioni: il risultato è stato un documento di obiezioni all'introduzione dei ticket sul quale, non è stata raggiunta una condivisione con i tecnici dei ministeri della Salute e dell'Economia.

Al momento, dunque, la situazione è di stallo. Da un lato ci sono le Regioni, contrarie ai ticket e in cerca di alternative (posizione ribadita dal governatore del Veneto Luca Zaia); dall'altro lato c'è l'Esecutivo che, dopo aver reintrodotti i ticket (10 euro sulle visite specialistiche e la diagnostica e 25 euro sui codici bianchi al Pronto soccorso), a fronte delle crescenti proteste delle Regioni starebbe cercando altre possibili soluzioni.

SANITÀ REGIONALE LOMBARDA

Entrano in vigore i ticket Fino a 66 euro a intervento

In vigore da ieri il nuovo ticket, fino a 66 euro, per prestazioni sanitarie presso le strutture pubbliche della Lombardia. Al posto del ticket unico da 10 euro previsto dalla manovra del governo nazionale per qualsiasi prestazione sanitaria, la Lombardia ha previsto 16 diverse tipologie di prestazioni e interventi a cui corrisponderanno diversi ticket. Secondo il Pirellone «il 63% dei lombardi d'ora in avanti pagherà un ticket spesso più alto, ma comunque inferiore a quello stabilito a livello nazionale».



CORTE DEI CONTI**Più spesa, minore qualità***La cattiva amministrazione mette a rischio anche i servizi*

Non sono le condizioni epidemiologiche e demografiche a spiegare la variabilità dei costi nelle Regioni, ma al contrario sono proprio quelle che spendono di più a erogare l'assistenza peggiore, soprattutto a livello di territorio. Questa

in sintesi l'analisi che la Corte dei conti fa nel rendiconto generale dello Stato, esaminando i risultati raccolti dalla Salute nella sua verifica sul rispetto dei Lea.

A PAG. 6-7

CORTE DEI CONTI/ Analisi dei Lea 2009: anche l'assistenza a picco nelle Regioni in rosso

«Più spesa, servizi peggiori»

La variabilità dei risultati dipende dalla gestione e non dall'epidemiologia

Il dettaglio di alcune performance

Regioni	Percentuale anziani >65 in Adi	Posti residenziali per disabili per 1.000 ab.	Tasso di ospedalizzazione	Regioni	Percentuale anziani >65 in Adi	Posti residenziali per disabili per 1.000 ab.	Tasso di ospedalizzazione
Piemonte	2,4	0,3	159,3	Lazio	3,8	0,7	191,3
Lombardia	4,1	0,5	172,5	Abruzzo	6,0	0,9	185,9
Veneto	9,3	0,1	150,5	Molise	2,4	0,7	197,6
Liguria	3,4	1,2	198,3	Campania	1,8	0,8	223,7
Emilia R.	8,4	0,9	162,9	Puglia	1,8	0,4	195,3
Toscana	2,0	0,6	148,6	Basilicata	5,2	1,2	185,2
Umbria	7,6	0,4	168,4	Calabria	2,5	-	182,4
Marche	3,6	0,6	167,7	Sicilia	1,1	0,5	213,2
				Sardegna	2,4	0,7	176,9

Nel 2009 gli indicatori per gli adempimenti dei Lea sono in peggioramento rispetto al 2008. Le Regioni i cui risultati sono critici (e quindi risultano inadempienti) sono sei (erano tre nel 2008): Molise, Abruzzo, Sicilia, Campania, Lazio e Calabria. Tre Regioni, pur essendo adempienti, lo sono con impegno su alcuni indicatori.

La Corte dei conti nella sua analisi sul rendiconto generale dello Stato 2010 (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 26/2011) entra nel merito dei livelli essenziali di as-

sistenza e analizza e commenta i risultati definitivi della verifica 2009 del ministero della Salute sull'erogazione dei Lea, mettendo in fila gli indicatori utilizzati e soprattutto concentrando la sua attenzione sui dati regionali di 23 indicatori di sintesi sui 34 elaborati dal ministero (si veda tabella in fondo alla pagina). Governo della domanda, efficienza, appropriatezza delle prestazioni mediche e chirurgiche, qualità clinica, efficacia assistenziale delle patologie croniche, efficienza prescrittiva farmaceutica, efficacia del-



l'assistenza collettiva e di prevenzione: un set che permette di «comprendere le criticità e gli aspetti positivi della Sanità regionale», sottolinea la Corte.

La condizione di sofferenza evidenziata nella relazione è legata soprattutto all'assistenza distrettuale, che presenta forti variabilità. La Corte fa l'esempio del costo della farmaceutica territoriale, che rappresenta circa il 28% della spesa sanitaria riferita a "produttori di mercato". Nel 2009, la quota è di oltre il 2% superiore nelle Regioni in squilibrio, anche se per quattro di queste lo scostamento è rilevante, ma in miglioramento.

Anche il numero di posti in strutture residenziali per anziani registra pesanti differenze: a fronte di valori superiori a 14 posti ogni 1.000 anziani nel Centro-Nord (con punte vicino ai 30 in Lombardia), nelle Regioni in squilibrio si va dai 4,9 della Basilicata allo 0,7 della Campania e della Sicilia.

La percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (Adi) è al Sud, a eccezione di Basilicata e Abruzzo, compresa tra l'1,1% della Sicilia e il 2,4% del Molise, contro l'8,4% dell'Emilia Romagna e il 9,3% del Veneto.

Forti differenze (anche se in riduzione) nelle prestazioni specialistiche extra-ospedaliere: inferiori a 1,5 ogni 10 abitanti al Centro-Sud, superiori a 2 nelle altre aree.

Anche per l'attività ospedaliera la Corte rileva forti differenze nell'appropriatezza delle prestazioni e nella capacità di fornire un «adeguato livello del servizio».

Nel 2009 il tasso di ospedalizzazione varia a livello regionale,

dal massimo (233) della Campania al minimo del Friuli Venezia Giulia (149). Rispetto allo standard di 180 per mille, solo 8 Regioni presentano risultati uguali o inferiori. In generale, tutte le Regioni del Sud hanno un tasso complessivo maggiore della media nazionale. A esse si aggiungono Liguria, Lazio e Bolzano.

La proporzione media nazionale di dimissioni da reparti chirurgici di pazienti con Drg medico, poi, è del 35,3 per cento. Anche in questo caso, il dato è diversissimo tra le Regioni. Non c'è un valore di riferimento, ma «guardare ai migliori risultati regionali può consentire di valutare i margini recuperabili attraverso una programmazione e una più efficiente organizzazione ospedaliera», spiega la Corte.

Forti le differenze anche nel trattamento di determinati casi. L'esempio è la quota di parti cesarei sul totale. Rispetto ai valori del Nord del 28-31%, nelle Regioni in squilibrio si va sopra il 40%, con punte del 62% in Campania e del 53% in Sicilia. «Non va dimenticato - ricorda la Corte - che tali interventi rappresentano il terzo Drg per importanza tra le ragioni di dimissione ospedaliera e che anche nelle Regioni virtuose, la quota è ben superiore a quella media negli altri Paesi europei (in media 15%)».

Qualità bassa nel servizio offerto anche per patologie che richiederebbero invece un'assistenza più tempestiva e appropriata. È il caso della frattura del femore, che per un pieno recupero «richiede un intervento tempestivo»; o dei test di screening di primo livello per prevenire patologie oncologiche: «A fronte di quote tra il 7 e il 15% della popo-

lazione interessata al Nord (e in Basilicata e Molise), nelle Regioni in squilibrio i valori risultano molto più contenuti: l'1% in Sicilia e in Sardegna, il 2% nel Lazio e in Campania.

I dati dei Lea 2009 confermano quindi, secondo la Corte, che «l'elevata variabilità dei risultati economici è solo in minima parte spiegata da oggettive difficoltà o da differenti condizioni epidemiologiche e demografiche. La gran parte di tale variabilità appare, piuttosto, da attribuire alle diverse capacità gestionali: ai differenti risultati economici e ai cre-

scenti squilibri finanziari sono spesso associate una evidente inappropriata delle prestazioni e una minor qualità dei servizi resi». Nelle situazioni regionali in cui si ha un cattivo controllo del budget e, quindi, scarsa capacità di rispettare i limiti di spesa previsti, si hanno, in linea generale, peggiori performance di carattere anche qualitativo. In altre parole, a maggiori risorse spese non corrisponde una migliore qualità del servizio.

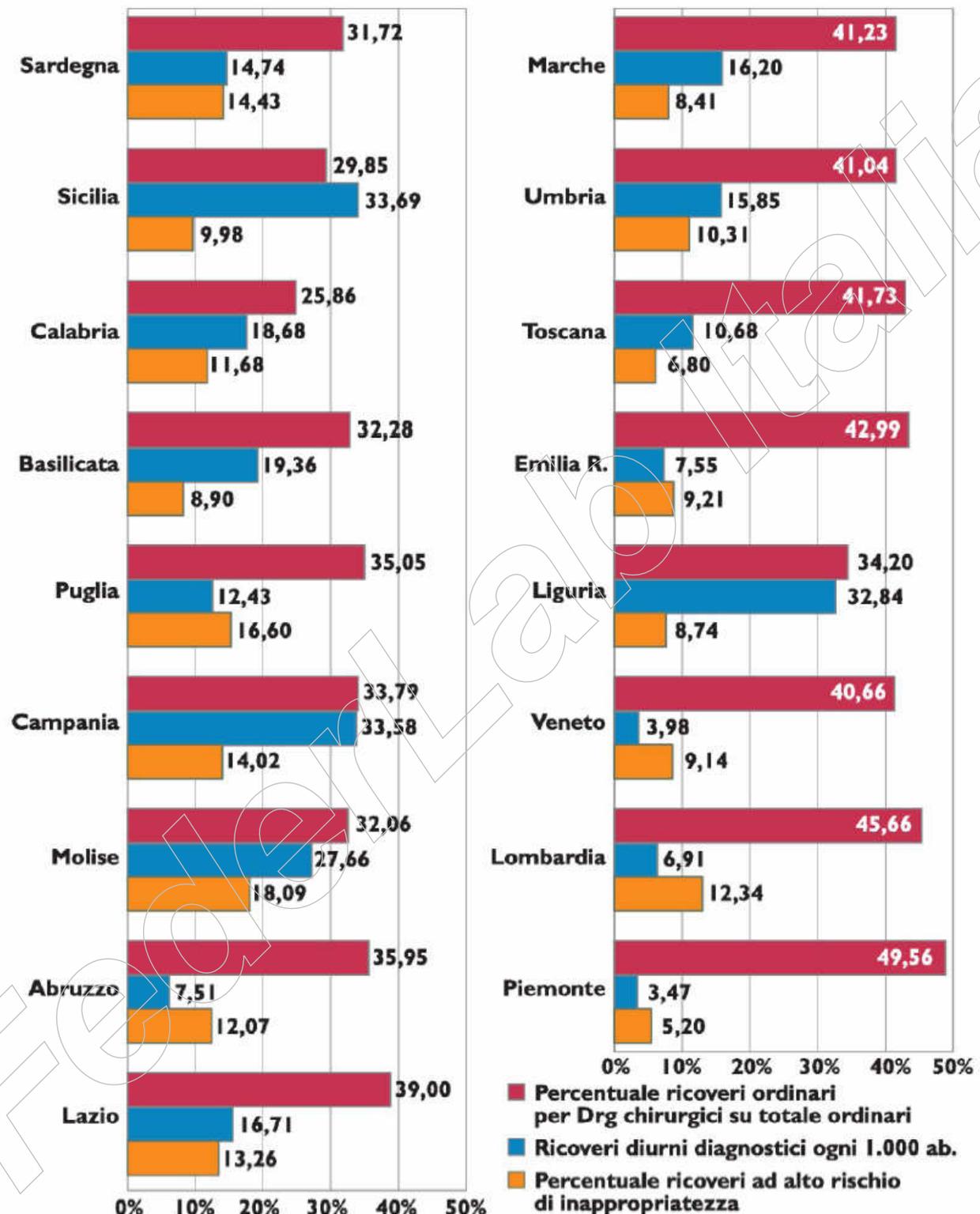
P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I risultati degli indicatori di sintesi dei Lea 2009

Regione	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari per acuti per 1.000 residenti	Degenza media per acuti - Drg chirurgici - Diff. in giorni dalla media	Percentuale Drg medici da reparti chirurgici	% colecistomie laparoscopiche in day-surgery e ricoveri ordinari 0-1 gg	Drg Lea chirurgici, % ricoveri in day-surgery e ordinari 0-1 giorno	Drg Lea medici: tasso di ospedalizzazioni per 10.000 residenti	Percentuale oneri	% di ric. ripetuti entro 30 gg per stessa patologia corretta per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione per acuti medi.	Percentuale fratture femore operate in 2 giorni	Percentuale di fughe in punti Drg	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	Grado di copertura per ictus (Mip (malillo, rosolia, parotite) per 100 abitanti (cs 2 anni) (% 65 anni)	Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)	Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)	Estensione grezza screening colon retto (50-69 anni)	Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 resid. (50-74 anni)	Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 resid. (20-74 anni)	Tasso ospedalizzazione Baco per 100.000 residenti (50-74 anni)	Percentuale di ricoveri in Dg medico con finalità diagnostica	Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale	
Piemonte	98,7	-0,0	15,6	19,6	88,1	90,3	31,6	3,2	30,1	7,3	1,1	17,0	60,7	92,3	68,5	62,6	11,9	28,1	199,0	27,9	85,5	18,0	197,2
V. Aosta	127,8	0,9	26,6	-	79,8	96,5	33,2	4,1	66,7	24,7	1,2	23,2	54,5	88,5	92,4	77,2	75,9	66,1	156,2	8,8	206,5	21,4	176,8
Lombardia	174,9	-0,2	22,1	6,7	78,5	163,1	28,3	4,2	42,6	4,2	1,0	19,0	61,7	93,6	93,0	55,1	102,8	38,7	261,3	70,4	117,9	28,8	195,2
Bolzano	142,4	0,2	31,0	10,5	73,8	234,0	25,9	4,3	83,6	6,2	1,1	28,6	47,5	75,9	90,5	52,0	15,5	51,9	252,5	65,4	154,8	33,2	149,1
Trento	110,1	-0,2	19,1	8,4	85,1	112,7	23,4	4,5	33,8	18,3	1,1	15,4	68,0	88,8	79,5	74,8	15,5	51,9	242,0	50,1	58,8	33,7	164,1
Veneto	107,0	0,2	22,2	12,7	82,6	111,1	28,2	4,6	40,7	6,7	1,1	15,8	71,6	92,0	70,8	66,4	47,0	62,2	266,7	41,4	107,6	22,6	185,4
Friuli V.G.	107,9	0,4	18,7	12,0	84,6	98,0	23,0	3,0	54,5	7,6	0,7	21,0	68,1	90,6	91,3	62,6	10,0	36,3	315,0	35,8	141,0	53,7	185,5
Liguria	111,3	0,4	27,3	16,4	88,3	221,8	36,3	5,0	32,9	12,4	1,6	22,6	65,7	86,8	36,8	56,9	-	-	291,4	32,2	130,7	57,7	200,6
Emilia R.	116,2	-0,7	16,8	21,3	82,6	105,7	30,1	5,2	42,0	6,6	0,9	22,6	73,7	93,6	93,1	66,3	92,5	52,4	268,5	57,2	130,1	30,8	177,4
Toscana	97,3	-0,6	18,0	49,1	85,4	101,9	26,5	5,3	45,7	7,0	1,4	21,5	69,5	92,4	86,7	65,9	67,7	49,2	221,0	24,0	70,0	42,1	175,2
Umbria	112,6	-0,3	23,0	24,8	85,3	158,6	31,1	5,3	32,3	13,8	1,2	27,6	74,7	94,6	98,1	68,5	80,7	36,9	234,7	34,9	145,2	48,4	183,0
Marche	120,1	-0,3	13,6	19,3	84,8	99,4	35,2	5,6	57,4	12,8	0,8	18,9	66,9	93,2	73,4	53,3	-	-	319,1	28,8	137,6	37,4	195,2
Lazio	126,1	1,1	34,5	3,4	87,9	223,2	41,1	5,8	16,5	7,2	2,2	23,8	67,9	92,2	59,4	45,2	3,2	32,3	291,6	57,5	104,3	35,4	250,9
Abruzzo	134,9	-0,2	27,8	2,4	74,1	183,0	43,6	5,9	35,1	15,5	1,6	23,0	68,4	92,2	37,9	49,9	9,5	44,1	360,5	39,1	189,8	39,1	220,2
Molise	149,9	0,6	36,4	1,7	62,1	290,0	47,3	5,9	27,1	21,6	2,3	25,4	72,3	91,8	71,7	43,4	43,7	33,5	465,4	64,2	147,3	70,9	217,5
Campania	149,0	-	44,6	4,2	65,8	334,8	61,9	6,0	16,8	8,8	1,7	40,6	72,2	87,4	36,4	26,7	8,4	49,1	403,4	64,6	319,8	71,4	239,8
Puglia	154,9	0,0	32,7	1,8	65,7	279,6	47,9	6,0	17,7	9,0	1,5	24,1	73,8	91,8	24,7	30,7	-	-	372,7	107,8	350,5	70,1	248,2
Basilicata	118,6	0,5	35,6	1,4	75,8	220,3	46,3	6,5	16,2	23,2	1,7	22,1	72,2	88,2	94,7	49,2	7,3	31,5	396,0	71,0	117,2	49,9	210,2
Calabria	139,2	0,2	41,7	0,8	65,4	303,5	44,8	6,8	21,8	18,7	1,8	25,2	69,8	88,6	56,3	25,8	1,9	28,3	493,6	64,2	342,9	63,6	277,0
Sicilia	132,6	-0,3	37,9	5,3	76,7	250,6	52,8	6,9	17,1	6,7	1,6	29,5	61,0	85,3	17,5	39,1	-	-	404,6	130,1	232,9	64,4	265,0
Sardegna	134,2	0,6	24,6	5,9	64,3	210,4	36,9	7,6	23,2	6,5	1,5	27,7	49,6	92,3	26,8	47,4	0,2	24,0	242,4	56,3	207,7	56,3	223,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ministero della Salute

L'inappropriatezza dei ricoveri (Regioni a statuto ordinario)

La polemica

“Sanità, coi ticket si risparmia dai privati”

La Cgil: iniquità da sanare subito

Sanità, l'aumento dei ticket fa risparmiare coi privati La Cgil: “Iniquità che deve essere cancellata”

CARLO PICOZZA

DOPO l'ultimo aumento dei ticket, per molte prestazioni «è più conveniente rivolgersi ai privati». Parola di Cgil e Aiop. E alla Pisana, Giulia Rodano (Idv) annuncia un'interrogazione.

COMPLICE l'aumento dei ticket previsto dalla Finanziaria (dieci euro che si sommano agli esborsi nazionali e regionali già dovuti), per molte prestazioni specialistiche-ambulatoriali — dalle analisi di laboratorio alla radiodiagnostica — si risparmia a pagare i privati. Lo sostiene la Cgil in una nota. Lo conferma l'Aiop, “associazione dell'ospitalità privata”, in una circolare agli iscritti (che stanno correndo ai ripari applicando tariffe molto vicine ai rimborsi passati loro dalla Regione). Lo toccano con mano tutti i giorni i cittadini. E dalla Pisana la consigliera Giulia Rodano (Idv) annuncia un'interrogazione: «Così», commenta, «si consuma un'altra vessazione verso gli assistiti che si allontanano dalle prestazioni pubbliche».

«In seguito all'aumento dei ticket», scrivono all'Aiop i dirigenti di una casa di cura convenzionata, «per alcune prestazioni il paziente deve pagare un importo di gran lunga superiore al valore della ricetta, così si orienta verso il privato non accreditato dove per lo stesso esame pagherebbe meno». «Possiamo», chiedono, «in regime di accreditamento, eseguire una prestazione a un costo più basso di quello chiesto al cittadino?». E dall'associazione, arriva l'ok firmato dal direttore Mauro Casanatta: «Il cittadino va informato dei costi di tutte le prestazioni ed è libero di scegliere in quale regime — privatistico o in compartecipazione con il Servizio sanitario regionale — ottenere la prestazione». «L'introduzione del ticket», continua la circolare, «è stata prevista non per finanziare le casse della Regione ma per scoraggiare le prestazioni a carico del Servizio sanitario». «Questo stato di cose», commentano dalla Cgil, Claudio Di Bernardino e Gianni Nigro, «dimostra l'iniquità della manovra del governo che aggrava le condizioni di accesso alle prestazioni pubbliche dei cittadini laziali già colpiti dalle misure adottate dalla Regione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Manovra I governatori propongono di reperire una equivalente copertura finanziaria Ticket, oggi vertice decisivo Governo-Regioni

ROMA. Il «momento della verità» sugli annunciati ticket sanitari introdotti dalla manovra economica 2011 arriverà con tutta probabilità oggi, quando i governatori delle Regioni incontreranno il governo proprio per fare il punto sulla questione. E in attesa del vertice, si è tenuto ieri un tavolo tecnico degli esperti delle Regioni: il risultato è stato un documento di obiezioni all'introduzione dei ticket sul quale, secondo quanto si apprende, non è stata raggiunta una condizione con i tecnici dei ministeri della Salute e dell'Economia.

Al momento, dunque, la situazione è di stallo, in attesa del confronto di oggi: da un lato ci sono le Regioni, contrarie ai ticket e in cerca di alternative (posizione ribadita ieri dal governatore del Veneto Luca Zaia); dall'altro lato c'è l'Esecutivo che, dopo aver reintrodotti i ticket (10 euro sulle visite specialistiche e la diagnostica e 25 euro sui

codici bianchi al Pronto soccorso) con la manovra economica, a fronte delle crescenti proteste delle Regioni starebbe cercando altre possibili soluzioni. Difficile, al momento, dire quali queste potrebbero essere: la proposta di sostituire i ticket sanitari con una tassa sul tabacco avanzata dal leader del Carroccio, Umberto Bossi, sembrerebbe infatti aver sollevato non poche perplessità da parte del ministero dell'Economia.

Certo è che per evitare i nuovi ticket sarà necessario reperire una equivalente copertura finanziaria. Cosa per altro già verificatisi dal 2007 (quando i ticket vennero previsti per la prima volta in Finanziaria) fino, appunto, ad oggi: la tassa sanitaria è stata infatti sempre «congelata» grazie al reperimento di risorse alternative che hanno permesso di ovviare ad una misura sicuramente impopolare.

Con la manovra economica



Luca Zaia, presidente del Veneto

da poco varata, però, i ticket sono stati reintrodotti, venendo a mancare la copertura finanziaria per evitarli. E con un decreto dello scorso 27 luglio, il ministero della Salute ha anche definito gli importi che ciascuna Regione dovrà ottenere attraverso l'applicazione dei ticket per i 5 mesi non finanziati del 2011 e per il 2012, pari rispettivamente a 381,5 milioni e 834 milioni di euro. Proprio su questi calcoli si concentrano le obiezioni delle Regioni in queste ore.

In attesa dunque della seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome prevista per domani - proprio in preparazione del successivo incontro con il Governo che si dovrebbe tenere sempre nel primo pomeriggio di domani - si rincorrono le ipotesi circa le probabili "soluzioni alternative" al ticket che il governo potrebbe presentare al tavolo del confronto. ◀

SCHEMA FINALE CON LA MOBILITÀ**Riparto 2011 in dirittura d'arrivo**

È ancora «mancata intesa» per il veto della Sicilia a cui il Cipe non ha sbloccato i fondi Fas per la sanità sul riparto del fondo 2011 e dal 27 luglio scattano i 30 giorni previsti dalla legge dopodiché il riparto sarà approvato d'ufficio. Nell'ultima versione però della proposta inviata dal **ministro della Salute** che è quella che comunque contiene le correzioni dei governatori e la nuova mobilità su cui le Regioni hanno da poco raggiunto l'accordo (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 29/2011).

Si archivia così la vicenda del riparto dei 104,7 miliardi "residui" dopo manovre e tagli che finanziano i Lea di quest'anno e su cui le Regioni per ora hanno incassato anticipi in dodicesimi pari alla quota riscossa lo scorso anno. Il fondo complessivo è in realtà di 106,9 miliardi, ma la rimanenza sono i fondi a destinazione vincolata che seguono diversi riparti. Per quanto riguarda i 104,78 miliardi da ripartire, 103,71 sono quelli indistinti

destinati al finanziamento dei Lea, a cui si aggiungono 669 milioni finalizzati (convenzioni, superticket per la quota ancora coperta dallo Stato nel 2011, regolazione degli extracomunitari), 6,64 milioni vincolati per la medicina penitenziaria (al netto dei 167,8 milioni trasferiti alla salute da altre amministrazioni, da ripartire in separata sede) e 395 milioni vincolati per altri enti: 238 agli Izs, 142 alla Cri e 10 milioni per gli oneri contrattuali sempre degli Izs.

Infine la new entry della mobilità: dopo i conguagli il quadro complessivo registra il passivo di quasi tutte le Regioni del Sud (tranne il Molise) più il Lazio: 1,215 milioni di saldo negativo su 1,305 complessivi. Di questi poi l'89% (1.160 milioni) è nelle sole Regioni meridionali. Sul versante opposto ci sono la Lombardia con 421 milioni circa di saldo attivo, l'Emilia Romagna (366,5).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE** Sanità

02-AGO-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 8

Le assegnazioni Regione per Regione (milioni)

Regioni	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	TOTALE	Totale più finalizzato ante mobilità e riequilibrio	Totale più finalizzato ante mobilità e post riequilibrio	Totale più finalizzato post mobilità e riequilibrio
Piemonte	382,11	3.973,79	3.460,90	7.816,79	7.860,32	7.862,04	7.867,73
Valle d'Aosta	10,99	112,84	97,64	221,47	222,64	221,99	206,91
Lombardia	844,45	8.616,64	7.423,15	16.884,24	17.016,94	16.972,12	17.449,97
Bolzano	43,26	432,12	368,94	844,33	848,83	847,26	850,50
Trento	45,10	457,07	393,40	895,58	900,69	899,08	885,25
Veneto	422,17	4.302,03	3.704,77	8.428,97	8.484,04	8.459,36	8.577,79
Friuli	106,06	1.107,88	966,22	2.180,15	2.191,77	2.187,80	2.223,69
Liguria	138,88	1.481,19	1.310,46	2.930,53	2.949,19	3.015,23	2.909,16
Emilia Romagna	377,75	3.914,48	3.413,75	7.705,98	7.764,90	7.741,75	8.141,89
Toscana	320,56	3.341,56	2.919,36	6.581,49	6.622,97	6.614,54	6.744,05
Umbria	77,41	804,88	703,58	1.585,88	1.595,18	1.592,61	1.605,06
Marche	134,03	1.386,37	1.209,25	2.729,65	2.746,29	2.743,45	2.726,65
Lazio	488,29	4.970,73	4.277,10	9.736,12	9.804,45	9.779,90	9.749,31
Abruzzo	115,06	1.181,91	1.025,22	2.322,20	2.334,92	2.333,34	1.210,54
Molise	27,52	283,85	246,93	558,29	561,02	567,64	598,57
Campania	500,57	4.936,33	4.183,92	9.620,82	9.683,30	9.745,76	9.351,76
Puglia	350,98	3.523,96	3.013,01	6.887,95	6.925,68	6.920,99	6.748,67
Basilicata	50,61	515,06	444,38	1.010,06	1.015,12	1.019,44	981,97
Calabria	172,68	1.738,94	1.491,92	3.403,54	3.424,24	3.435,93	3.190,25
Sicilia	433,39	4.348,57	3.727,01	8.508,97	8.555,07	8.549,28	8.346,48
Sardegna	143,72	1.462,87	1.252,32	2.858,91	2.873,34	2.871,40	2.822,39
Bambino Gesù	-	-	-	-	-	-	157,85
Ordine di Malta	-	-	-	-	-	-	34,55
TOTALE	5.185,60	52.893,07	45.633,24	103.711,91	104.380,91	104.380,91	104.380,91

Ticket sanitari: giorno della verità

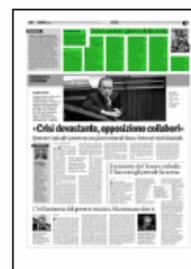
la manovra

Oggi vertice decisivo tra governo e regioni sulle possibili alternative ai balzelli introdotti con il «decretone» di luglio

DA ROMA

Il "momento della verità" sugli annunciati ticket sanitari (introdotti dalla manovra economica 2011) arriverà con tutta probabilità oggi, quando i governatori delle Regioni incontreranno il governo proprio per fare il punto sulla questione. E in attesa del vertice, ieri si è tenuto un tavolo tecnico degli esperti regionali: il risultato è stato un documento di obiezioni all'introduzione dei ticket sul quale non è stata raggiunta una condivisione con i tecnici dei ministeri della Salute e dell'Economia. Ieri, insomma, la situazione appariva in stallo, aspettando il confronto odierno. Da un lato ci sono le Regioni, contrarie ai ticket e in cerca di alternative (posizione ribadita ieri dal governatore del Veneto, Luca Zaia); dall'altro c'è l'esecutivo che, dopo aver reintrodotti i ticket (dieci euro sulle visite specialistiche e la diagnostica e venticinque sui codici bianchi al Pronto soccorso) con la manovra economica, a fronte delle crescenti proteste delle Regioni starebbe cercando altre possibili soluzioni. Ma appare difficile, per ora, dire quali queste potrebbero essere: la proposta di sostituire i ticket sanitari con una tassa sul tabacco avanzata dal leader del Carroccio, Umberto Bossi, sembrerebbe infatti aver sollevato non poche perplessità al ministero dell'Economia. Certo è

che, per evitare i nuovi ticket, sarà necessario trovare una equivalente copertura finanziaria. Cosa per altro già verificatisi dal 2007 (quando i ticket vennero previsti per la prima volta in Finanziaria) fino, appunto, ad oggi: la tassa sanitaria infatti è stata sempre "congelata" grazie al reperimento di risorse alternative che hanno permesso di ovviare ad una misura decisamente impopolare. Con la manovra economica da poco varata, però, i ticket sono stati reintrodotti, essendo svanita la copertura finanziaria per evitarli. E con un decreto dello scorso 27 luglio, il ministero della Salute ha anche definito gli importi che ciascuna Regione dovrà ottenere attraverso l'applicazione dei ticket per i 5 mesi non finanziati del 2011 e per il 2012, pari rispettivamente a 381,5 e 834 milioni di euro. Ed è proprio su questi calcoli che si concentrano le obiezioni delle Regioni in queste ore. In attesa dunque della seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome prevista per oggi - proprio in preparazione del successivo incontro con il governo che si dovrebbe tenere sempre nel primo pomeriggio - si rincorrono ipotesi circa le probabili "soluzioni alternative" al ticket che il governo potrebbe presentare al tavolo del confronto. Così in discussione vi sarebbe anche l'ipotesi di ricorrere ai fondi destinati all'edilizia sanitaria o ai Fondi Fas (Fondo per le aree sottoutilizzate).



FABIO PAMMOLLI (CERM)**«Una nuova governance nell'agenda delle priorità»**

Spesa e governance della Sanità sono sicuramente riforme prioritarie: per l'entità (7% del Pil, 80% dei bilanci regionali); per il rilievo nei rapporti tra Stato e Regioni; per la crescita che farà registrare nel medio-lungo periodo.

L'obiettivo è quello di superare definitivamente l'orientamento di breve periodo che, per lungo tempo, ha caratterizzato la gestione della spesa, il peso eccessivo della spesa storica e delle negoziazioni. Un obiettivo che oggi appare possibile, ma che richiede alcuni ulteriori passaggi:

1. la programmazione del Fsn dovrebbe coprire 5 anni, con un sistema a decalage che, di volta in volta, aggiunga un anno senza intaccare le risorse degli altri anni. Il criterio top-down è l'unico che può garantire il rispetto delle compatibilità di bilancio attuali e prospettive;

2. l'assegnazione del Fsn alle Regioni dovrebbe seguire regole codificate, trasparenti e semplici, rivedibili nel medio periodo. La soluzione più idonea è quella di utilizzare, come percentuali di riparto, i rapporti di fabbisogno pro-capite tra fasce di età delle Regioni più virtuose;

3. ogni scostamento della spesa a consuntivo dal programmato dovrebbe essere colmato attivando la fiscalità regionale sino al ripiano integrale anno per anno;

4. scostamenti ripetuti dovrebbero far scattare la clausola di decadenza di mandato/ufficio per politici e amministratori;

5. ogni anno ciascuna Regione dovrebbe presentare un programma di stabilità del Ssr con orizzonte 5 anni. Il programma illustrerebbe la capacità di rispettare gli obiettivi di spesa e qualità;

6. il programma andrebbe discusso in Conferenza Stato-Regioni, che potrebbe subordinarne l'approvazione a misure correttive settoriali;

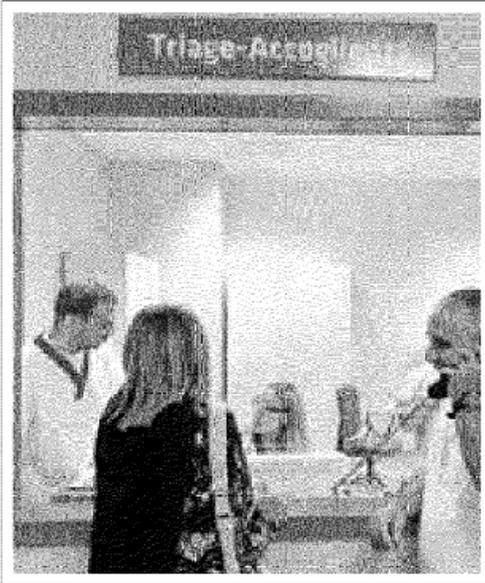
7. i programmi di stabilità dei Ssr diverrebbero parte integrante del programma di stabilità paese che l'Italia presenta ogni anno in Europa.

Sette punti che possono sostenere una nuova governance capace di affrontare il problema del vincolo di risorse con la forza delle regole, della programmazione, della responsabilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



[SANITÀ]

Rivoluzione ticket: chi ci capisce è bravo*Reazioni contrastanti per l'arrivo delle nuove regole. Pochi sanno cosa devono pagare*

Il ticket su esami e visite, la rivoluzione è scattata. E in città ha suscitato reazioni contrastanti. Per quasi tutte le prestazioni (salvo quelle sotto i cinque euro) i cittadini pagano di più rispetto al periodo precedente alla manovra del governo (le misure erano entrate in vigore il 19 luglio), ma le modifiche decise dalla Regione e in vigore da ieri evitano perlomeno la stangata a chi si sottopone a un esame non particolarmente complesso. Al Sant'Anna, così, qualcuno ha potuto tirare un sospiro di sollievo, mentre altri si sono ritrovati comunque alle prese con un mini salasso. Il meccanismo, d'altra parte, è radicalmente cambiato: non si pagano più 10 euro aggiuntivi su tutte le visite specialistiche e gli esami (come dal 19 luglio a due giorni fa) ma una cifra variabile, proporzionale al valore della prestazione. Per le ricette fino a 5 euro, la cifra resta identica a quella prevista prima della manovra, mentre in tutti gli altri casi l'aggravio è pari al 30% del valore della ricerca, o poco meno, fino

a un massimo di 30 euro per gli esami più complessi.

Al Cup del Sant'Anna, nonostante l'affissione di appositi cartelli, pochi hanno spiegato di essere a conoscenza del nuovo sistema. Gli ambulatori, peraltro, non erano certo affollati, complice il periodo estivo, e l'azienda ospedaliera ha incassato nell'arco della giornata 9.350 euro. Gli aumenti, va ricordato, toccano "solo" il 40% delle persone che effettuano una visita o un esame, vale a dire coloro che non godono dell'esenzione per reddito, età o patologia. Le stime parlano di circa 2mila persone in un giorno medio. Mentre gli esenti in provincia di Como sono 245mila (l'elenco comprende disoccupati, lavoratori in mobilità o cassa integrazione, titolari di pensione sociale, tutti gli esenti per malattia, i ragazzi fino a 14 anni, le persone con più di 65 anni e un reddito familiare che non supera i 38.500 euro annui).

A proposito di visite ambulatoriali, il Sant'Anna ha annunciato proprio ieri l'attivazione di un nuovo servizio: d'ora in poi chi ha prenotato una visita potrà disdire l'appuntamento anche tramite e-mail. Basta scrivere all'apposito indirizzo (dsdettcambulatoriali@hsacomio.org) segnalando nome, cognome, data di nascita, numero telefonico, tipologia di prestazione prenotata con l'indicazione della sede e dell'ora dell'appuntamento. In alternativa, i pazienti possono recarsi di persona presso gli sportelli dei Cup negli ospedali dell'azienda o in quelli collocati sul territorio provinciale, oppure chiamare il call center regionale (800638638).

M. Sad.

[LA SCHEDE]

Gli aumenti

Il nuovo assetto entrato in vigore ieri prevede aumenti proporzionali al costo della prestazione ambulatoriale erogata (visita o esame).

Valore ricetta fino a 5 euro: nessun ticket aggiuntivo. Ricetta da 5,01 a 10 euro: si paga

1,50 euro in più. Da 10,01 a 15 euro: 3 euro in più. Da 15,01 a 20 euro: 4,50 euro in più. Da 20,01 a 25 euro: 6 euro in più. Da 25,01 a 30 euro: 7,50 euro in più. Da 30,01 a 36 euro: 9 euro in più. Da 36,01 a 41 euro: 10,80 euro in più. Da 41,01 a 46 euro: 12,30 euro in più. Da 46,01 a

51 euro: 13,80 euro in più. Da 51,01 a 56 euro: 15,30 euro in più. Da 56,01 a 65 euro: 16,80 euro in più. Da 65,01 a 76 euro: 19,50 euro in più. Da 76,01 a 85 euro: 22,80 euro in più. Da 85,01 a 100 euro: 25,50 euro in più. Oltre 100 euro: 30 euro in più

**Le nomine
Manager Asl
senza intesa
c'è il sorteggio**

La giunta si terrà giovedì e in quella seduta si dovrebbe procedere alla nomina dei nuovi manager delle Asl. Del resto, il tavolo interministeriale ha chiesto che entro il 5 agosto la Regione adotti una serie di provvedimenti, tra cui la nomina dei direttori generali, e Caloro è intenzionato a rispettare quell'indicazione. Da questi adempimenti dipendono infatti lo sblocco dei fondi e del turn-over. Il governatore avrebbe già affrontato la questione con i suoi assessori chiedendo che si arrivi in giunta con una rosa di nomi condivisa. Insomma, Caloro vuole evitare che si apra un fronte e alcuni suoi stretti collaboratori non escludono che il governatore possa proporre il sorteggio. Sembra certo, invece, che al vertice della Asl Napoli 1 sarà nominato un commissario, probabilmente un ufficiale dei carabinieri o della finanza.

p.mai.

Seduta movimentata dell'assemblea regionale sul fronte degli accreditamenti delle strutture private

Sanità, bufera in Consiglio

*Per protesta si dimettono i componenti di opposizione della Commissione*di **Loredana Lerose**

NAPOLI - Seduta del consiglio regionale movimentata quella di ieri. Il governatore campano, **Stefano Caldoro** ha chiesto la fiducia sul voto al maxiemendamento alla manovra di assestamento di bilancio, prevista per oggi. "E' previsto dallo Statuto che su tutte le manovre di bilancio c'è la possibilità di porre la fiducia, possibilità e non necessità - ha dichiarato Caldoro - Certo, però, abbiamo dei tempi da rispettare. Questi sono adempimenti che riguardano impugnazioni da parte del Governo nazionale, non una cosa per la quale abbiamo grandi spazi discrezionali". Per protesta al provvedimento in materia di norme per l'accreditamento istituzionale delle strutture, presentato dal governatore, diverso da quello approvato all'unanimità in commissione sanità si sono dimessi i sette consiglieri che di questa fanno parte e sono **Anna Petrone**, vicepresidente Pd della Commissione, **Antonio Valiante**,

Gianfranco Valiante e **Rosa D'Amelio** del Pd, **Edoardo Giordano** dell'Idv, **Pietro Giuseppe Maisto** dell'Api e **Gennaro Mucciolo** del Pse. "La commissione all'unanimità aveva approvato un testo condiviso da tutte le forze politiche in materia di norme per l'accreditamento istituzionale delle strutture - hanno spiegato - Ma il provvedimento presentato oggi dal governatore Stefano Caldoro, che ha prodotto modifiche alla legge Finanziaria, bocciata dal governo nazionale stravolge il lavoro svolto in commissione. Un atteggiamento lesivo delle funzioni del Consiglio regionale e offensivo nei confronti del ruolo politico di ciascun consigliere". Prima, però, la discussione in aula ha visto approvare il Regolamento Attuativo della Legge regionale Urbanistica per il governo del territorio. "L'approvazione del Regolamento consente alle amministrazioni locali di decidere in materia di pianificazione del territorio secondo i criteri di ordine e qualità, in modo da promuovere lo svilup-

Fuori Roberto Conte

Definitivamente chiuso il capitolo Roberto Conte che con 43 voti favorevoli, 1 contrario e 4 astenuti è stato fatto decadere dall'incarico di consigliere

po e l'occupazione - ha dichiarato l'assessore all'Urbanistica, **Marcello Tagliatela** - In particolare il Regolamento prevede che i Comuni approvino il Piano urbanistico comunale, nell'arco di 18 mesi dall'approvazione del documento di pianificazione della Provincia di appartenenza Piano Territoriale di Coordinamento provinciale". Definitivamente chiuso il capitolo relativo al consigliere Pdl, **Roberto Conte** che con 43 voti favorevoli, 1 contrario e 4 schede bianche decade dall'incarico. "La contestazione definitiva della incompatibilità al consigliere sospeso Conte è un nostro successo politico - ha commentato il consigliere di Forza del Sud, **Angelo Marino** - oggi il Consiglio regionale, sulla base di un'ampia condivisione politica, ha avviato la procedura per dichiarare la decadenza del consigliere in questione e per far prevalere, con iniziative e fatti concreti, quella linea di legalità e di rigore morale che da sempre ci contraddistinguono e che devono sempre contraddistinguere le scelte e le azioni della politica". Subito dopo il voto che ha decretato la decadenza di Conte e una pausa dei lavori durante la quale i consiglieri del gruppo Pse, **Gennaro Oliviero** e **Gennaro Mucciolo**, si sono incatenati al banco della presidenza. "La nostra - hanno motivato - è una denuncia ai drastici tagli al trasporto pubblico locale su gomma operati dal governo regionale e per la mancata approvazione delle proposte a favore dei Comuni capoluogo e delle Province della Campania, ad eccezione delle sole Napoli e Provincia, in quanto già servite dal servizio metropolitano".

IERI IN CONSIGLIO Si dimettono i consiglieri della commissione. Conte dichiarato decaduto

Scontro sulla Sanità, Caldoro chiede la fiducia e l'opposizione insorge

CASERTA (Ioredana Ierose) - Seduta del consiglio regionale movimentata quella di ieri. Il governatore campano, **Stefano Caldoro** ha chiesto la fiducia sul voto al maxi-emendamento alla manovra di assestamento di bilancio, prevista per oggi. "E' previsto dallo Statuto che su tutte le manovre di bilancio c'è la possibilità di porre la fiducia, possibilità e non necessità - ha dichiarato Caldoro -. Certo, però, abbiamo dei tempi da rispettare. Questi sono adempimenti che riguardano impugnazioni da parte del Governo nazionale, non una cosa per la quale abbiamo grandi spazi discrezionali". Per protesta al provvedimento in materia di norme per l'accreditamento istituzionale delle strutture, presentato dal governatore, diverso da quello approvato all'unanimità in commissione Sanità si sono dimessi i sette consiglieri che di questa fanno parte e sono **Anna Petrone**, vicepresidente Pd della Commissione, **Antonio Valiante**, **Gianfranco Valiante** e **Rosa D'Amelio** del Pd, **Edoardo Giordano** dell'Idv, **Pietro Giuseppe Maisto** dell'Api e **Gennaro Mucciolo** del Pse. "La commissione all'unani-

mità aveva approvato un testo condiviso da tutte le forze politiche in materia di norme per l'accreditamento istituzionale delle strutture - hanno spiegato -. Ma il provvedimento presentato oggi dal governatore Stefano Caldoro, che ha prodotto modifiche alla legge Finanziaria, bocciata dal governo nazionale stravolge il lavoro svolto in commissione. Un atteggiamento lesivo delle funzioni del Consiglio

regionale e offensivo nei confronti del ruolo politico di ciascun consigliere".

Il maxi-emendamento proposto dalla Giunta Caldoro "è un attacco alla democrazia e un insulto ai cittadini di questa regione che i consiglieri sono chiamati a rappresentare. Questo modo di fare politica esautorava il Consiglio e le Commissioni dalle loro attività istituzionali". Così, **Giordano**, capogruppo Italia dei

Valori al Consiglio regionale. Prima, però, la discussione in aula ha visto approvare il Regolamento Attuativo della Legge regionale Urbanistica per il governo del territorio. "L'approvazione del Regolamento consente alle amministrazioni locali di decidere in materia di pianificazione del territorio secondo i criteri di ordine e qualità, in modo da promuovere lo sviluppo e l'occupazione" ha dichiarato l'assessore all'Urbanistica, **Marcello Tagliatela**. Definitivamente chiuso il capitolo relativo al consigliere Pdl, **Roberto Conte**. Subito dopo il voto che ha decretato la decadenza di Conte e una pausa dei lavori durante la quale i consiglieri del gruppo Pse, **Gennaro Oliviero** e **Gennaro Mucciolo**, si sono incatenati al banco della presidenza. "La nostra - hanno motivato - è una denuncia ai drastici tagli al trasporto pubblico locale su gomma operati dal governo regionale e per la mancata approvazione delle proposte a favore dei Comuni capoluogo e delle Province della Campania, ad eccezione delle sole Napoli e Provincia, in quanto già servite dal servizio metropolitano".

SULLA SITUAZIONE SIRIANA

Paglia: Governo assente in Commissione

CASERTA (cs) - Il capogruppo di Fli in Commissione Difesa, **Gianfranco Paglia**, torna a chiedersi: "Questa classe politica merita il sacrificio dei nostri soldati? Mi pongo questa domanda alla luce della incredibile assenza di rappresentanti del governo al dibattito in Commissione sul rifinanziamento delle missioni all'estero. Un'assenza che assume caratteristiche grottesche, se si considera il contesto

della crisi in Siria con le possibili ripercussioni che può avere su altri scenari".

Alle ore 16 di questo pomeriggio, i parlamentari del Terzo Polo incontreranno i giornalisti nella sala stampa della Camera per denunciare la latitanza dell'esecutivo in un momento che richiederebbe l'attivazione di un autentico gabinetto di crisi, in ordine alle missioni e ai recenti fatti di Hama (Siria).

Da ieri il mandato di Menduni è scaduto: il dirigente è in regime di proroga

Manager Asl, venerdì la giunta

CASERTA (Renato Casella) - La grana dei manager Asl sarà risolta con ogni probabilità in una seduta di giunta regionale che si terrà venerdì. Da ieri il commissario dell'azienda sanitaria casertana **Paolo Menduni** opera, come i suoi colleghi, in regime di *prorogatio*. E la sua riconferma non appare più tanto sicura come si diceva qualche tempo fa. In sostanza, Menduni viene giudicato troppo vicino alla componente ex An del Pdl: nel centrodestra, la sua figura non è giudicata di garanzia dallo schieramento degli ex Forza Italia e dall'Udc. Il partito centrista sembrava essere stato accontentato con la nomina a direttore sanitario dell'attivista **Franca Cosima Cincotti**, ma sembra che Menduni non stia lasciando molto spazio alla sua "numero due". E il peggioramento dei rapporti fra il coordinatore provinciale del Pdl **Pasquale Giuliano** e il suo vice **Gennaro Cornella** (provenienti rispettivamente da Forza Italia e da An) sembra rimettere in

discussione anche la guida dell'azienda sanitaria. Si parla soprattutto di **Franco Bottino**, ultimo direttore dell'Asl Caserta 1 prima del commissariamento e dell'accorpamento con la Caserta 2. Bottino, pur essendo stato nominato da Bassolino, è considerato vicino a Forza

Italia, tanto che a via Unità Italiana non si meraviglierebbero di vederlo in direzione. Al momento, comunque, non c'è niente di sicuro, come dimostra lo slittamento della decisione a venerdì, praticamente l'ultimo giorno utile prima della pausa estiva.



Paolo Menduni

TICKET – Il nodo dei ticket ancora sotto esame: il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, convoca per oggi una seduta straordinaria della Conferenza. All'ordine del giorno l'esame dell'applicazione delle disposizioni sul ticket sanitario, previste dalla Legge di stabilizzazione economico-finanziaria. ▶ 14

POLITICHE SOCIALI – Servizi alla persona, bando da 40 milioni. Via libera di Palazzo Santa Lucia a tre bandi finanziati con 40 milioni di fondi europei. Il programma operativo di investimenti regionali metterà in campo azioni di sistema per un ammontare complessivo di oltre 180 milioni nel biennio 2011-2012. I beneficiari sono giovani ed operatori sociali ▶ 15

PIANO DI RIENTRO – Per la Campania c'è solo una settimana di tempo per allinearsi alle disposizioni dei ministeri vigilanti che lo scorso 20 luglio segnano un'altra bocciatura sui conti di Asl e ospedali. Dallo scorso aprile il deficit certificato sul preconsuntivo del 2010 di Asl e ospedali scende da 248 a 70,9 milioni di euro. Ma ci sono sul tappeto altri nodi irrisolti. ▶ 16

▶ La giurisprudenza ◀

Impignorabilità, stop alla legge del Tribunale

CARLO FORTE
docente universitario e avvocato

RENATO SIVIO
Avvocato

Il Tribunale di Napoli (Sezione civile distaccata di Pozzuoli, giudice unico Antonio Lepre), nella sentenza 11 luglio 2011 ritiene che non vi sono le condizioni per applicare la sospensione dei procedimenti esecutivi, anche per contrarietà ai principi del diritto della concorrenza e del mercato interno dell'Unione europea e a quelli del giusto processo.

La controversa sospensione delle procedure esecutive nei confronti delle Asl campane, disposta dall'articolo 11, 2° comma, decreto legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito in L. n. 122 del 2010, subisce un primo e significativo verdetto negativo per opera del Tribunale di Napoli che con sentenza dell'11 luglio 2011 revoca le ordinanze del giudice dell'esecuzione che aveva disposto la sospensione del pignoramento presso terzi eseguito dagli oppositori nei confronti della Asl Na 2 Nord.

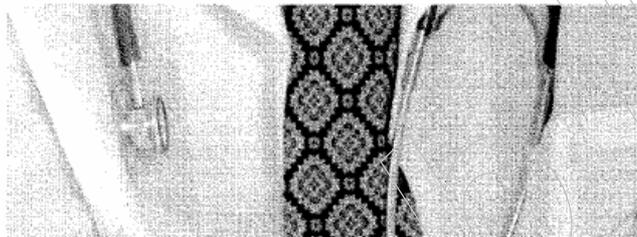
I CONTI IN ROSSO

Per far fronte alle difficoltà finanziarie delle Regioni commissariate anche per l'accumulo dei debiti sanitari, tra cui la Campania, il governo ha adottato il decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2010, n. 122, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica, che all'articolo 11, comma 2, della l. 122 del 2010, prevede che al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani finanziari di rientro, i commissari ad acta procedono, entro 15 giorni dall'entrata in vigore del decreto-legge (31 maggio 2010), alla conclusione della procedura di ricognizione di tali debiti, (...)

▶ 27

▶ Lavoro & professione ◀

Sblocco turn-over: decreto per 64 unità



Assunzioni nel servizio sanitario regionale: spunta un decreto della struttura commissariale (il n. 41 del 31 maggio scorso) non ancora pubblicato sul Bollettino regionale ma già trasmesso per il parere ai ministeri vigilanti, che tra le misure per il contenimento della spesa per il personale nel biennio 2011-2012, dispone, nell'ambito del divieto di assunzioni di personale, sia a tempo determinato sia a tempo indeterminato, che sia fatta salva la possibilità di operare reclutamenti nel limite del 10 per cento del personale cessato nell'anno precedente (ovvero nel 2010).

La norma di riferimento per lo sblocco del turn-over è l'articolo

“
Sindacati critici:
Il provvedimento
non è chiaro sulle
quote percentuali
”

2 bis della Legge 163 del 2010. Tale provvedimento individua al 14 aprile 2011 la misura massima delle potenziali assunzioni in 64 unità per un costo di 4 milioni di euro sia della dirigenza medica sia del comparto (sette per il quale è sempre in fieri il processo di stabilizzazione bloccato dalla Consulta). “Il decreto - avverte **Oswaldo Nastasi**, segretario generale della Uil Fp della Campania e **Barbara Andreoli** - coordinatrice del sindacato per la questione dei precari - è carente. Non è chiaro come si ricavi il numero di 64 unità riparametrato al 14 aprile, a fronte dei dipendenti cessati nell'anno 2010 di 2.200 unità”.

▶ 15

▶ Pubblico & privato ◀

Accreditamenti: La nuova norma va in Aula

ROBERTO DELFINO
dotto di ricerca in Economia e management sanitario
Ateneo Federico II

Inizia tra le polemiche in Consiglio regionale la discussione sulla nuova norma sugli accreditamenti delle strutture sanitarie pubbliche e private dettate con delibera di giunta regionale. Il rilascio delle nuove autorizzazioni e dei nuovi accreditamenti è subordinato al completamento delle procedure delle strutture in attività e già in provvisorio accreditamento. La domanda di accreditamento indica le attività per le quali le strutture operano in nome e per conto del servizio sanitario regionale. Il regolamento n. 1 attualmente prevede l'istanza anche per posti letto autorizzati ma non in provvisorio accreditamento. La nuova domanda di accreditamento dovrà essere presentata entro il 30 settembre 2011 attraverso la piattaforma informatica di Soresa.

LE NOVITA'

La procedura riguarda solo le strutture in possesso del decreto di autorizzazione 7.301 e in provvisorio accreditamento. Con il regolamento n. 1 del 2007 potevano fare istanza anche i privati, autorizzati ai sensi della 7301 che non fossero provvisoriamente accreditati. Il legale rappresentante della struttura, inoltre, autocertifica il possesso dei requisiti previsti dalla delibera 7.301 e dal regolamento n.1 del 22 luglio del 2007. In mancanza dell'adeguamento ai requisiti previsti dalla 7.301 è necessario che l'Asl certifichi che il mancato rispetto dei tempi non è imputabile alla struttura. L'attuale regolamento prevedeva lo strumento della diffida da parte della struttura sanitaria nei confronti dell'Asl inadempiente. Se il numero di strutture che presentano domanda è maggiore del fabbisogno, ai fini dell'accREDITAMENTO si tiene conto dell'ordine cronologico di presentazione di pregresse istanze.

▶ 27

TGSANITÀ

tg territorio

lunedì 16.30 - 17.00
 martedì 9.00
 giovedì 11.30 - 12.00 - 19.30

tg sanità

martedì 14.30 - 15.00
 mercoledì 8.30
 giovedì 14.30 - 15.00
 venerdì 8.30

DTV denaro.it

▶ Stato-Regioni ◀

Caos ticket, si tratta sul fondo 2011

MAURO TONETTI

Il nodo dei ticket ancora sotto esame: il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, in relazione a quanto deciso nell'incontro con il Governo del 28 luglio scorso, convoca per oggi una seduta straordinaria della Conferenza. All'ordine del giorno l'esame dell'applicazione delle disposizioni sul ticket sanitario, previste dalla Legge di stabilizzazione economico-finanziaria (Legge n. 111 del 2011 - articolo 17 comma 6), con particolare riferimento al decreto che individua gli importi finanziari della Manovra nelle singole Regioni. L'incontro con il Governo si dovrebbe tenere nel primo pomeriggio.

Si lavora dunque per trovare, almeno per il 2011, una copertura del ticket e contemporaneamente aprire un Tavolo Governo-Regioni per una discussione su un modello di compartecipazione per il 2012 più equilibrato, equo e finalizzato a promuovere appropriatezza in sanità.

IL DECRETO

E' nero su bianco, intanto, il testo del decreto del ministero della Salute che definisce, Regione per Regione, gli effetti del ticket



Che cosa cambia

- **Ricette per la specialistica:** le prescrizioni per esami di laboratorio e per prestazioni diagnostiche di radiologia per i non esenti sono gravate da un aumento di 10 euro che aggiunto al precedente aumento dello scorso ottobre raggiunge i 56 euro
- **Rimodulazione:** allo studio un provvedimento per parametrare il ticket al reddito, al costo della prestazione e all'appropriatezza
- **Pronto soccorso:** a rigor di legge il ticket per i codici bianchi dovrebbe costare 75 euro (50 regionale più 25 del governo)

di 10 euro previsto nella manovra per i mesi che restano del 2011 e per il 2012. Il ticket sulla specialistica vale 381,5 milioni nel 2011 e 834 nel 2012. A rimetterci sono soprattutto Emilia Romagna, Veneto, Bolzano e Valle d'Aosta. Ci guadagnano invece Umbria, Campania e Calabria. In particolare la nostra regione dovrebbe posare sul tavolo circa 10 milioni di euro in questo scorcio di 2011 e 22 mln e rotti nel 2012 per far salire il numero delle ricette da 1,7 mln e oltre 2,2 di soglia minima

BUSSOLA PER LE ASL

La questione del caro-ticket tiene banco nelle Asl campane.

Il rincaro di 10 euro sulle ricette per la specialistica, previsto dalla manovra finanziaria, deve infatti aggiungersi all'analogo balzello sulle ricette applicato nella nostra regione a partire dallo scorso ottobre. In totale dunque, 20 euro su ogni ricetta che, aggiunti ai 36,15 di franchigia applicato alle prestazioni di laboratorio portano il ticket per analisi e radiografie a 56,15 eu-

ro. Una somma che però è da pochi giorni applicata solo nelle strutture private convenzionate dopo l'iniziale confusione e i successivi chiarimenti forniti (solo verbalmente) dal sub commissario Mario Morlacco. Le strutture pubbliche, invece, attendono istruzioni. Chiarimenti che, per ora, non arrivano, anche se è noto che la Regione sta predisponendo un provvedimento ad hoc per rimodulare i nuovi ticket imposti dal governo in base al reddito, alla appropriatezza della prestazione (paga solo chi fa un esame non strettamente necessario) e in relazione al costo della prestazione, al fine di evitare che il ticket per un esame del sangue costi più della prestazione erogata privatamente.

I CODICI BIANCHI

Un altro nodo da sciogliere a questo punto riguarda il ticket sui codici bianchi al pronto soccorso, ossia le richieste di prestazioni in urgenza che però si rivelano patologie banali. Anche in questo caso la Regione Campania dall'ottobre scorso fa pagare un ticket di 50 euro. La manovra del governo prevede una compartecipazione alla spesa di 25 euro. Dunque a rigor di logica (perché non si sono circolari in merito) dovrebbe costare 75 euro per i codici bianchi.



FEDERLAB - Il presidente di Federlab Italia Vincenzo D'Anna (nella foto) parla di un'operazione di campagna di Popolo e territorio, diffida il governatore della Campania Stefano Caldoro ad emanare una direttiva affinché tutte le strutture sanitarie abbiano precise disposizioni sulle modalità di applicazione del ticket aggiuntivo. Torna ad alzare la voce il parlamentare puntando il dito contro il rincaro degli esami di laboratorio e delle prestazioni sanitarie provocato, spiega "dall'inerzia della Regione e dall'insipienza di certe scelte che stanno facendo ricadere l'intero costo della specialistica sulle tasche del contribuente".



"L'intero comparto della specialistica ambulatoriale, ed in particolar modo quello pubblico - sottolinea D'Anna - è scivolato nel caos proprio per la mancanza di una chiara direttiva. Si sta tra l'altro configurando anche un danno erariale per la mancata esazione, presso le strutture pubbliche del ticket aggiuntivo". Il rischio, secondo D'Anna, è alimentare anche la frode fiscale. Si crea, inoltre, una modifica del mercato con una concorrenza scorretta da parte delle strutture pubbliche nei confronti delle strutture private.

IL DENARO SANITA'

Martedì
02 Agosto 2011

► Lavoro & professione ◀

Sblocco turn-over, decreto per 64 unità

Varato da maggio 2011 ma non ancora pubblicato un provvedimento della struttura commissariale

ETTORE MAUTONE

Assunzioni nel servizio sanitario regionale: spunta un decreto della struttura commissariale (il n. 41 del 31 maggio scorso) non ancora pubblicato sul Bollettino regionale ma già trasmesso per il parere ai ministeri vigilanti, che tra le misure per il conte-

nimento della spesa per il personale nel biennio 2011-2012, dispone, nell'ambito del divieto di assunzioni di personale, sia a tempo determinato sia a tempo indeterminato, che sia fatta salva la possibilità di operare reclutamenti nel limite del 10 per cento del personale cessato nell'anno precedente (ovvero nel 2010).

La norma di riferimento per lo sblocco del turn-over è l'articolo 2 bis della Legge 163 del 2010. Tale provvedimento individua al 14 aprile 2011 la misura massima delle potenziali assunzioni in 64 unità per un costo



Il testo del decreto su **denaro** hit

di 4 milioni di euro sia della dirigenza medica sia del comparto (settore per il quale è sempre in fieri il processo di stabilizzazione bloccato dalla Consulta). "Il decreto - avverte **Oswaldo Na-**

stasi, segretario generale della Uil Flp della Campania e **Barbara Andreoli** - coordinatrice del sindacato per la questione dei precari - è carente su più fronti. Non è chiaro come si ricavi il numero di 64 unità riparametrato al 14 aprile, a fronte del numero dichiarato di dipendenti cessati nell'anno 2010 di 2.200 unità, né tantomeno si comprende se il riferimento per il reclutamento è quello delle professionalità dei dipendenti cessati o anche la programmazione delle nuove dotazioni organiche frutto della riorganizzazione in atto".

I PRECARI

In effetti la riorganizzazione in atto obbligherebbe una diversa impostazione della definizione procedurale per il reclutamento di figure professionali, che dovrebbero essere da un lato legate alle cessazioni ma inquadrati in una programmazione dove le dotazioni organiche sono strumenti indispensabili ad assicurare i Lea (Livelli essenziali di assistenza).

Dotazioni organiche che vedono la presenza da diversi anni di professionisti della dirigenza medica e del comparto con contratti a tempo determinato.

Con l'accordo del 29 dicembre 2010, recepito con il decreto commissariale n. 76 DEL 2010, venivano individuati i percorsi per la valorizzazione di queste esperienze lavorative e per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

I pensionamenti degli addetti della sanità campana accresce di fatto la necessità della presenza di questi professionisti per la garanzia del mantenimento dei Lea e della continuità assistenziale. "Non crediamo sia possibile procedere - continuano i sindacati - se non si mettono in armonia le finalità di regolarizzazione di queste esperienze lavorative, con ulteriori procedure di reclutamento. Finalità e procedure, pe- raltro, ben individuate nell'accordo recepito con decreto n. 76 del 2010 ed inserite nel piano di riorganizzazione e razionalizzazione del sistema sanitario regionale.

Nomine: venerdì 5 agosto si decide

La data segnata in rosso nell'agenda del governatore **Stefano Caldoro** per la convocazione dell'ultima giunta prima della pausa estiva (salvo code ferragostane per le urgenze) è giovedì 4 agosto ovvero al massimo venerdì 5 agosto. Entro quella data, infatti, il tavolo interministeriale che vigila sugli adempimenti relativi al piano di rientro dal debito, vuole che siano neo su bianco in delibera i nomi dei nuovi manager da nominare al posto degli attuali commissari delle Asl. Una partita che da un lato vale lo sblocco, magari solo parziale, dei fondi prelativi al patto di affiancamento (circa 700 milioni fermi al Roma sulla torta di 1,7 mld sbloccati ad ottobre del 2010 incassati solo per una fetta di 1020 milioni). Dall'altro c'è in gioco l'equilibrio politico nella coalizione di maggioranza tra Udc e Pdl. Con il primo che preme per l'attribuzione di una casella di vertice (ma forse anche solo la poltrona di direttore amministrativo o sanitario) della Asl metropolitana.

A complicare il quadro la riforma in fieri della macchina amministrativa regionale che manda in soffitta i capiarea degli assessorati per istituire dipartimenti e direzioni generali. Intanto sul fronte delle nomine trapelano poche indiscrezioni: La prima riguarda la Asl di Caserta dove l'attuale commissario Paolo Menduni potrebbe far posto all'ex Franco Bottino. Certa anche la sostituzione di **Rocco Granata** al Cardarelli, poltrona per la quale spingono sia **Sergio Florio** (nella foto) oggi commissario ad Avellino, sia **Vittorio Russo**, commissario alla Asl Napoli 3 sud. Ma le incognite maggiori sono alla Napoli 1. L'attuale commissario **Mario Vasco** (capoarea dell'assessorato alla sanità) viene indicato per la guida dell'ufficio speciale che assorbirà l'Arsan.

► Regione ◀

Servizi alla persona: nel piatto 40 mln

Via alla prima fase dei programmi finanziati con i fondi europei per un totale di 180 milioni

Servizi alla persona: via libera di Palazzo Santa Lucia a tre bandi finanziati con 40 milioni di fondi europei. Il programma operativo di investimenti regionali metterà in campo azioni di sistema per un ammontare complessivo di oltre 180 milioni di euro nel biennio 2011-2012. "



Ermanno Russo

sorse del Fondo sociale europeo e del Fondo sociale di sviluppo regionale).

Il secondo passaggio è quello della formazione finalizzata (2,8 milioni di euro), che passa per l'acquisizione della qualifica di animatore sociale e tecnico dell'accoglienza sociale, profili per cui è previsto l'impiego sui singoli territori, una volta terminata la fase formativa, all'interno degli stessi Centri poli-

funzionali. Il terzo passaggio di questa prima fase del Piano prevede infine il coinvolgimento diretto dei giovani, con il supporto degli ambiti sociali e dei Comuni capofila, per la realizzazione di progetti innovativi (5 milioni di euro la cifra complessiva dello stanziamento, fino ad un massimo di 25mila euro il finanziamento per ciascun progetto). "Sono questi i primi interventi - spiega l'assessore regionale al ramo **Ermanno Russo** - del più ampio programma di investimenti per la governance dei servizi alla persona, che in un periodo di crisi economica strutturale e di azzeramento dei trasferimenti statali per il welfare rappresenta un momento di svolta nel settore dei servizi alla persona, dimostrando che è possibile impegnare concretamente e spendere i fondi europei sulla base di progettualità concrete".

Et. Mau.

EDILIZIA SANITARIA - I fondi, circa 1,2 miliardi, sono una fetta dei 2.500 miliardi di vecchie lire stanziati a favore della Campania nel lontano 1988 con l'ex articolo 230 della legge 67 (la Finanziaria di quell'anno) per i programmi di edilizia sanitaria. Fondi sospesi (qualcuno disse: revocati) nel 2005 a causa del mancato impegno su progetti esecutivi consegnati in ritardo, incompleti e disallineati rispetto alle nuove priorità definite dal piano ospedaliero regionale.

"A fine settembre dobbiamo predisporre l'atto per l'accordo di programma per quanto riguarda la parte di edilizia sanitaria e rilancio delle strutture per la funzionalità sul piano più generale - spiega il presidente della Regione Campania **Stefano Caldoro** - sottolineando che la Regione si è "già messa in moto e ha già pronto, rispetto al piano attuativo, una ipotesi di lavoro". La partita nazionale dei fondi per l'edilizia, data per persa e in realtà solo sospesa. Quel che è certo è che la Campania dal 2009 non riceve un euro perché non sono stati predisposti atti formali. Il prossimo passo è la presentazione dei progetti esecutivi. Una mole di lavoro che grava tutto sulle spalle dell'Arsan proprio alla vigilia dello smantellamento.

OSPEDALE MARESCA - Il Consiglio regionale approva all'unanimità l'ordine del giorno proposto da tutte le forze politiche relativo al futuro dell'ospedale "Agostino Maresca" di Torre del Greco con il quale i consiglieri chiedono al presidente della Giunta regionale, **Stefano Caldoro**, nella qualità di commissario ad acta per la sanità, di rimodulare il piano ospedaliero per la parte riguardante il nosocomio torinese per evitare la dequalificazione o la chiusura dello stesso.

OCULISTICA - Fari puntati sul glaucoma: presso il Real Borgo di San Leucio il 30 settembre e il 1° ottobre 2011 si terrà il quinto Convegno annuale dell'associazione campana glaucoma: due giorni di relazioni magistrali, tavole rotonde e approfondimento di casi clinici. Con il patrocinio dell'agenzia internazionale della prevenzione visiva sezione Italia, ordine dei medici di Caserta e Comune di Caserta il convegno, organizzato da **Decio Capobianco**, vicepresidente dell'Ascg (associazione campana glaucoma) con la presidenza onoraria di **Giacinto Auricchio** e la partecipazione del presidente **Arcangelo Menna** e di tutto il Consiglio.

► I conti in rosso. 1 ◀

Piano di rientro, rimandati a settembre

Nel 2010 ammonta a circa 71 milioni lo sbilancio residuo di Asl e ospedali: entro il 5 agosto le misure correttive

ETTORE MAUTONE

Piano di rientro: per la Campania c'è solo una settimana di tempo per allinearsi alle disposizioni dei ministeri vigilanti che lo scorso 20 luglio segnano un'altra bocciatura sui conti di Asl e ospedali. Dallo scorso aprile il deficit certificato sul preconsuntivo del 2010 di Asl e ospedali scende da 248 a 70,9 milioni di euro. Ma ci sono sul tappeto altri nodi irrisolti dettagliatamente riportati nelle conclusioni del verbale stilato la settimana scorsa. Tra questi anche le nomine dei manager, nei paragrafi precedenti, valutano quanto segue: "Non è possibile, sulla base dei dati del primo trimestre, che sono in Campania storicamente poco attendibili - scrivono i funzionari di via XX Settembre - effettuare una proiezione a chiudere. Pertanto è opportuno attendere le informazioni relative al secondo trimestre". Dati che devono essere trasmessi entro il 31 luglio prossimo. E poi: il pro-



I nodi da sciogliere

- **Deficit del 2010:** il preconsuntivo di Asl e ospedali, nemmeno considerato attendibile, fa segnare un rosso di cassa di 70,9 milioni di euro (ad aprile scorso era a quota 248 mln)
- **Piano ospedaliero:** chiesto il monitoraggio dei provvedimenti attuativi e la documentazione dell'impatto economico-finanziario
- **Accreditamenti:** manca il cronoprogramma
- **Tessera sanitaria:** mancano i provvedimenti attuativi
- **Manager:** entro il 5 agosto le nomine al posto dei commissari

gramma operativo 2011-2012 che è stato adottato il 20 giugno 2011 con decreto 45 del 2011 necessita di talune integrazioni e modifiche. Il processo di attuazione della rete ospedaliera necessita di essere completato con la Asl di Salerno.

PIANO OSPEDALIERO

Si richiede inoltre che si provveda al monitoraggio delle progressive fasi di attuazione dei piani aziendali adottati nel rispetto delle prescrizioni commissariali e ponendo la necessaria attenzione al rispetto dei tempi programmati e alla necessità di documenta-

re, come già richiesto, l'impatto economico-finanziario. In merito all'accreditamento istituzionale è necessario che la Regione definisca puntualmente un cronoprogramma delle attività previste. In compenso risultano pervenuti la maggior parte dei contratti sottoscritti con gli erogatori privati ma il tavolo di monitoraggio resta in attesa della conclusione del processo. Sotto i riflettori anche l'effettiva rideterminazione dei fondi contrattuali per l'anno 2011, attesa per febbraio 2011, e ancora in corso. La legge regionale n. 4 del 2011 (finanziaria regionale) impugnata

alla Consulta in quanto contiene norme in contrasto con quanto previsto nel Programma operativo e con i poteri attribuiti al Commissario non è stata emendata. E ancora, il provvedimento di attuazione del decreto salva-spesa del 2010 in ordine al piano dei pagamenti necessita di integrazioni.

TESSERA SANITARIA

In merito alla tessera sanitaria non risultano pervenute le relazioni relative alle misure adottate dalla Regione circa le criticità sulle ricette in esenzione per reddito. All'indice anche i nodi inerenti l'incompleto invio dei dati delle presentazioni erogate da parte delle strutture sanitarie private accreditate e il provvedimento di nomina dei direttori generali che supera l'attuale gestione commissariale che si protrae ormai da un biennio non è stato adottato. Pertanto Tavolo e comitato (quello per l'attuazione dei Lea) alla luce delle criticità riscontrate, chiedono correttivi immediati entro e non oltre il 5 agosto 2011. Tutti gli atti pervenuti successivamente a tale data saranno respinti dal Sistema documentale.

La relazione del tavolo interministeriale su **denaro.it**



CONSIGLIO REGIONALE - Commissione sanità: i sette consiglieri regionali della Campania dell'opposizione si dimettono dal loro incarico di componenti della commissione Sanità. Sono

Anna Petrone (nella foto) vicepresidente della Commissione), **Antonio Valiante**, **Gianfranco Valiante** e **Rosa D'Amelio** del Pd, **Edoardo Giordano** (Idv), **Pietro Giuseppe Maisto** (Api) e **Gennaro Mucciolo** del Pse. "La commissione all'unanimità aveva approvato un testo condiviso da tutte le forze politiche in materia di norme per l'accreditamento istituzionale delle strutture - spiega Gianfranco Valiante - ma il provvedimento presentato oggi dal governatore Stefano Caldoro, che ha prodotto modifiche alla legge Finanziaria, bocciata dal Governo nazionale stravolge il lavoro svolto in commissione". Caldoro, in pratica, ha presentato, secondo quanto fanno sapere i consiglieri dimissionari dalla Commissione, un testo diverso da quello licenziato, inserendolo all'interno della manovra di assestamento di bilancio che il Consiglio si appresta a votare. "Un atteggiamento lesivo delle funzioni del Consiglio regionale dicono i dimissionari.



IL DENARO SANITA'

Martedì
02 Agosto 2011

► I conti in rosso. 2 ◀

Ripiano del debito, un nuovo decreto

TANIA SABATINO

Ripiano del debito delle Asl al 31 dicembre del 2010, aggiornamento dei dati in possesso di Soresa, contenimento dei costi e riconduzione dei tempi di pagamento dei diversi creditori del Sistema sanitario regionale a livelli fisiologici, (tra i 90 e i 180 giorni). E' questo l'obiettivo del decreto n. 48 DEL 20 giugno scorso che modifica il decreto n. 12 del 21 febbraio scorso.

L'obiettivo è tenere d'occhio la situazione ed aggiornarla al termine di ogni semestre successivo. Occhi puntati in particolare sull'andamento nel tempo del debito sanitario certificato e ceduto pro soluto a favore di banche o intermediari finanziari per evitare i contenziosi e gli interessi per spe-

se legali e moratorie. In prospettiva si mira a raggiungere un risparmio di circa 20-30 milioni di euro all'anno per i soli oneri finanziari. Questo grazie all'abbattimento degli gravami economici legati al contenzioso per ritardato pagamento che hanno raggiunto quota 250 milioni di euro annui.

In ogni caso il debito sanitario residuo certificato e ceduto pro soluto a banche ed intermediari finanziari fino al dicembre 2012 non dovrà sfiorare la soglia dei 700 milioni di euro (debito attualmente certificato fino al dicembre 2010).

LE PROCEDURE

In base alle nuove linee guida in merito agli accordi transattivi le Asl devono comunicare alla Soresa entro il termine tassativo di

cinque giorni lavorativi dalla emissione, la data, il numero di protocollo e l'importo nominale di tutte le certificazioni rilasciate. Necessario anche notificare la cessione delle certificazioni a favore di banche o intermediari finanziari. L'eventuale avvenuto pagamento di ogni rata scaduta deve essere comunicato tassativamente entro il giorno 10 di ogni mese e deve recare l'indicazione del soggetto che ha effettuato il pagamento, numero e data del mandato di pagamento, importo pagato, data di valuta e beneficiario.

GLI OBLIGHI

Per formalizzare gli accordi transattivi sui crediti pregressi confermato l'obbligo, per i fornitori di beni e servizi o i cessionari e mandatarî all'incasso, di com-

pilare ed inoltrare la richiesta di certificazione, attraverso una specifica procedura telematica a cura della Soresa, con cui attestano, natura ed entità della totalità delle rispettive pretese creditorie di tutti i crediti già scaduti e non ancora incassati (anche antecedenti al 31 dicembre del 2006). Nella procedura telematica deve anche essere indicata l'anagrafica dei contratti eventualmente ancora in essere con le singole Asl. Sarà così creato un database informatico reso accessibile a cura della Soresa al commissario ad acta, ai sub commissari e al personale della struttura commissariale.

La trasmissione telematica della "richiesta di certificazione", unitamente al file contenente il dettaglio delle pretese creditorie e l'anagrafica dei contratti, deve essere tassativamente inviata a mezzo posta elettronica certificata alla Asl debitrice ed in copia alla Soresa.

Il rilascio della certificazione avviene in contemporanea alla presentazione, da parte del creditore pignorante, del provvedimento di svincolo rilasciato dal giudice dell'esecuzione debitamente notificato al tesoriere della Asl (da indicare nel file excel). Quindi per ratificare gli accordi è necessaria la rinuncia a qualsiasi indennizzo forfettario e a tutte le azioni giudiziarie in corso.

CROM - Due metodologie molecolari innovative messe

a punto dai ricercatori del Pascale presso aprono nuove prospettive per la prevenzione e la cura dei tumori. Autore del lavoro **Alfredo Budillon**, primo ricercatore della struttura e i suoi collaboratori al Crom, **Biagio Pucci, Francesca Bruzzese, Elena Di Gennaro, Alessandra Leone, Laura Bianchi e Luca Bini** dell'Università di Siena. Sotto la lente di un avanzato approccio di proteomica due due farmaci antitumorali il "vorinostat" e il "gefitinib". I risultati sono pubblicati su Proteomics.



Il lavoro descrive l'effetto antitumorale di vorinostat, un inibitore dell'enzima Istone deacetilasi, farmaco approvato dalla Fda nel 2006 nei linfomi cutanei a cellule T, in combinazione con gefitinib, inibitore della tirosin-chinasi associata al recettore del fattore di crescita epidermico (Egfr) e utilizzato nel trattamento dei tumori polmonari. Lo studio dell'analisi del proteoma, mediante potenti software, ha consentito l'identificazione di circa 70 proteine differenzialmente espresse dai vari trattamenti e che spiegano il meccanismo del potenziamento dell'attività antitumorale del gefitinib da parte del vorinostat. Lo studio è tra i primi nel suo genere.

Soresa, iniziato il flusso dei pagamenti

Ripresi i pagamenti ai creditori fermi dal 2009. Merito della firma della convenzione tra Asl, commissario alla Sanità e Soresa. "L'elaborazione del piano di rientro dal debito sanitario - sottolinea **Salvatore Variante**, presidente di Soresa Spa - è stata particolarmente complicata. La precedente giunta oltre a non aver rispettato i termini del Piano per la Salute ha lasciato in eredità alla Giunta Caldoro lo sfioramento del patto di stabilità interno". Grazie all'utilizzo della piattaforma informatica e del sistema di accreditamento on-line cade qualsiasi tipo di discrezionalità nella certificazione. Niente confusione e rimandi dunque come in passato in quanto l'interlocutore è unico. Novanta giorni: questo è il lasso di tempo che la Soresa, in collaborazione con la struttura commissariale, ha a disposizione per confermare o meno il debito segnalato e dare accesso alla prima tranche di pagamento entro 120 giorni dalla sua certificazione. Fino alla fine dell'anno si stima una certificazione di crediti non pagati fino a 750 milioni di euro in aggiunta alle risorse ordinarie.

IL DENARO SANITA'

Martedì
02 Agosto 2011

► segue da 13

Impignorabilità...

(...) predisponendo un piano che individui modalità e tempi di pagamento e al fine di agevolare quanto sopra, fino al 31 dicembre 2010 non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime. Tale termine è stato quindi prorogato al 31 dicembre del 2011 dall'art. 1, comma 51, l. n. 220 del 2010 (legge finanziaria 2011).

La norma, che crea chiari disagi per le imprese che vantano crediti certi nei confronti delle Asl delle regioni commissariate, avrebbe il merito di provvedere a delineare procedure e tempi certi di rientro, compatibilmente con le esigenze di ripiano generale dei debiti delle regioni commissariate. Ma, secondo il Tribunale di Napoli, proprio la mancata predisposizione da parte del Commissario ad acta per la Regione Campania della ricognizione dei debiti e di un piano di rientro che individui modalità e tempi di pagamento nei confronti dei debitori, determina la carenza dei presupposti per la operatività della sospensione delle azioni esecutive. In tal senso, la funzione della norma, intesa dal legislatore come strumentale al più corretto e celere adempimento dei pagamenti tenuto conto della difficile situazione delle regioni commissariate, non può trovare attuazione logica.

Tuttavia la sentenza non si ferma qui. Nell'esprimersi in generale sul provvedimento legislativo di sospensione, il Giudice adito osserva che comunque la normativa in parola presenta caratteristiche del tutto peculiari che la pongono in forte attrito con principi fondamentali dell'ordinamento costituzionale e comunitario.

Quanto al contrasto con le disposizioni Ue la sentenza, richiamando i principi della riforma sanitaria del 1992, ricorda come l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale sia improntata alla concorrenza tra pubblico e privato e, nell'evocare il parere dell'autorità garante della concorrenza e del mercato sul sistema sanitario del 25 giugno del 1998, osserva che le Asl hanno il duplice ruolo di soggetto detentore di fondi (c.d. provider), da un lato, e soggetto erogatore del servizio sanitario (c.d. producer), dall'altro, ruolo quest'ultimo che le pone in concorrenza con gli operatori privati. Difatti, sebbene indubbiamente la materia sanitaria costituisca un classico esempio di servizio di interesse economico generale e le transazioni oggetto del credito degli operatori privati (tra cui gli opponenti) siano ascrivibili agli oneri di servizio pubblico, va escluso che la disciplina del diritto della concorrenza dell'Unione Europea non sia

applicabile al settore, in particolare secondo il combinato disposto degli articoli 4 del Trattato sull'Unione Europea (Tue) e 14, 93, 106 e 107 dello trattato su funzionamento dell'Unione europea (Tfue).

Tali disposizioni dell'Ue, essendo di applicabilità diretta, contemplano la possibilità di verificare se le previsioni di cui all'art. 1, comma 51, Legge 220 del 2010 e articolo 11, comma 2, del DL 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla Legge 122 del 2010 (intervento concepito in teoria a tutela del credito delle imprese farmaceutiche ed del risanamento delle finanze regionali), costituiscono una misura indispensabile per lo svolgimento degli oneri di servizio pubblico o se non sia una misura che violi le disposizioni comunitarie sulla concorrenza (in particolare, il combinato disposto degli artt. 4 Tue e 106 Tfue). In tal senso, sembra che il giudice adito rilevi che le disposizioni interne contestate creino una disparità di condizioni di esercizio delle attività economiche tra soggetti diversi, sia pure funzionalmente ad un vantaggio delle finanze dei Servizi Sanitari delle Regioni commissariate. Si aggiunga che la sospensione del recupero dei crediti rende particolarmente difficile l'equilibrio economico dell'azienda del settore sanitario che operano prevalentemente nelle cinque Regioni Italiane per le quali è in vigore il divieto della proposizione di azioni esecutive rispetto alle altre che operano in territori diversi.

Il provvedimento in questione costituisce, inoltre, anche potenzialmente un ostacolo per le imprese degli altri paesi Ue che vogliono stabilirsi o che vogliono investire capitali in Campania, prefigurando il conflitto con gli articoli 49 e 63 Tfue.

La sentenza osserva che sospensione in parola si pone anche in contraddizione con i principi sanciti dalla direttiva

2011-2-Ue, che sostituisce la direttiva 2000-35-Ce relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali. Tale norma, in relazione al settore in parola, prevede espressamente al considerando n. 25 che i sistemi di assistenza sanitaria, come parte fondamentale dell'infrastruttura sociale europea, sono spesso costretti a conciliare le esigenze individuali con le disponibilità finanziarie, in considerazione dell'invecchiamento della popolazione europea, dell'aumento delle aspettative, e dei progressi della medicina. Per tutti i sistemi si pone il problema di stabilire priorità nell'assistenza sanitaria in modo tale da bilanciare le esigenze dei singoli pazienti con le risorse finanziarie disponibili. Gli Stati membri dovrebbero quindi poter concedere agli enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria una certa flessibilità nell'onorare i loro impegni, certo, ed è quindi possibile che gli Stati membri autorizzino, a determinate condizioni, a prorogare il periodo legale di pagamento fino ad un massimo di sessanta giorni di calendario, mentre le disposizioni nazionali contestate prevedono la sospensione pluriennale del recupero dei crediti.

Similmente, il Tribunale osserva anche come la normativa contestata non autorizza le Asl a non pagare, e l'inadempienza da parte di queste ultime



resta illecito ai sensi dell'art. 1218 cc. La sospensione è funzionale solo alla predisposizione di un piano di rientro del debito, compatibilmente con le risorse pubbliche e con l'obiettivo della più celere soddisfazione del creditore. L'assenza di piani di pagamenti o di accordi con il creditore rende il provvedimento del legislatore contrario al principio di ragionevolezza ed in conflitto con lo stesso art. 3 Cost.

Il Tribunale di Napoli osserva ulteriormente che le disposizioni contestate mal si conciliano anche con il principio del giusto processo, enunciato dall'articolo 6 della Convenzione europea sulla salvaguardia dei diritti dell'uomo (Cedu), nonché dall'articolo 47 della carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e dallo stesso articolo 111 Costituzione sancisce il principio del diritto ad un giusto processo dinanzi ad un tribunale indipendente ed imparziale, imponendo - inter alia - al legislatore di uno Stato contraente, nell'interpretazione della Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo, di non interferire nell'amministrazione della giustizia allo scopo d'influire sulla singola causa o su di una determinata categoria di controversie, attraverso norme interpretative che assegnino alla disposizione interpretata un significato vantaggioso per lo Stato parte del procedimento, salvo il caso di «ragioni imperative d'interesse generale».

La Corte europea dei diritti dell'uomo ha precisato che siffatti motivi non ricorrevano in presenza del mero rischio finanziario dell'Amministrazione, per cui non sembra plausibile affermare che esigenze di risanamento di bilancio possano essere invocate come ragioni imperative di interesse generale tali da prevedere un'eccezione all'articolo 6 Cedu. Gli effetti di tale sentenza possono aprire la strada a simili decisioni da parte degli stessi giudici dell'esecuzione, che hanno troppo spesso semplicemente applicato la sospensione senza tenere conto delle potenziali implicazioni ulteriori. D'altra parte, la vicenda conferma l'urgenza da parte del Commissario ad acta e delle ASL di provvedere al più presto a venire incontro alle esigenze dei creditori predisponendo piani di pagamenti adeguati, magari anche al fine di provvedere a chiudere definitivamente l'annosa vicenda dei ritardi di pagamento, anche in vista della necessità di conformarsi alla citata direttiva 2011/2/Ue che non consentirà slittamenti dei pagamenti superiori ai 60 giorni nel settore sanitario.

Le disposizioni contestate mal si conciliano con il principio del giusto processo della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo

► segue da 13

Accreditamenti...

C'è però ancora confusione, nel testo, tra stato di accreditamento (idoneità della struttura a poter erogare prestazioni per conto del Ssr) e accordo contrattuale che va a coprire il fabbisogno della Asl. La presentazione della nuova domanda è titolo per l'accreditamento istituzionale definitivo rilasciato tramite decreto commissariale entro il 31 dicembre del 2011. Il regolamento n. 1 prevedeva prima la verifica e poi successivamente il rilascio dell'attestato di accreditamento e non viceversa. Successivamente la Regione avvia presso le strutture verifiche requisiti tramite nuclei di valutazione previsti dalla Legge regionale 16 del 2008. Il regolamento n. 1 prevede i nuclei formati dall'Arns e coordinati dal Ccra (Comitato regionale di coordinamento per l'accreditamento).

Roberto Delfino

Il testo unificato della legge sul portale Sanità di denaro.it

Carlo Forte
Renato Sivio

Regione

Sanità, in vigore i nuovi ticket

DI DAVIDE RE

Da due settimane si pagano in tutta Italia dieci euro in più per esami e visite mediche. Vale anche per la Lombardia, dove però da ieri la Regione ha deciso di far pagare questo nuovo ticket (che si aggiunge a tutti gli altri già presenti) in modo diverso, non dieci euro "secchi" per tutti, ma modulati a seconda della prestazione scelta.

Ricapitoliamo. Al ticket massimo di 36 euro che già si paga, ora si deve aggiungere, con la manovra Tremonti, una quota extra aggiuntiva appunto di dieci euro. Ma il presidente della Lombardia Roberto Formigoni in accordo

**In Lombardia
rimodulazione
tariffaria:
si paga
da 1,50
fino a 30 euro**

con l'assessore alla Sanità Luciano Bresciani hanno deciso però un'applicazione diversa "dell'extra", optando per una rimodulazione tariffaria. In pratica, la giunta

modifica il ticket imposto da Tremonti, ma salva l'incasso aggiuntivo che resterà di 135 milioni di euro l'anno, come chiesto dal governo. Ai tre milioni di lombardi (quanti sono quelli che pagano, visto che il restante 67% della popolazione regionale è esente per reddito, età o perché affetto da malattie croniche) sono applicati nuovi criteri. Un esempio? Gli esami del sangue (l'emocromo), che fino a metà luglio costava 4,05 euro, torna ad avere il suo prezzo iniziale (e non 14,05 come negli ultimi 15 giorni per effetto della manovra). Fino a 5 euro non c'è nessun ritoocco invece. Neppure gli esami delle urine e del colesterolo sono i costi sono aumentati. Stessa cosa per il Pronto soccorso.

Dove prima invece si pagava dai 5,01 euro fino a oltre 100 euro scatta un rincaro che va da 1,50 a 30 euro. Dove gli aumenti sono più bassi per gli esami più richiesti e più alti per quelli più delicati, con punta massima appunto ai 30 euro. Salate diventeranno tutte le quelle prestazioni che già costavano più di 36 euro, che però sono meno richieste, come l'ecografia dell'addome e l'elettrocardiogramma.



UN COMITATO DI CRISI ANALIZZA I POSSIBILI EFFETTI DELLA MANOVRA DECISA DALLA REGIONE. CRESCE LA POLEMICA DA PARTE DEI SOGGETTI INTERESSATI

La sanità privata si «sfalda»

Non solo ticket. Anisap: «A rischio servizi, posti di lavoro e qualità dell'offerta all'utenza»

LORENZA COLICIGNO

“COSTI

Gli altri sprecano e le strutture accreditate pagano il conto

● Ci si è interrogati ieri sullo stato di salute della Sanità lucana nella conferenza stampa di Sanità Futura, nella sede dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Potenza, per informare la cittadinanza, fatta di potenziali utenti del Servizio sanitario pubblico e privato, della situazione creatasi con la recente approvazione in Consiglio regionale dell'assestamento di bilancio. Del resto in conseguenza dell'approvazione dell'ultima finanziaria del Governo nazionale, i fruitori del Servizio Sanitario Regionale, si avvicinano agli sportelli dei laboratori ospedalieri pubblici e privati con la consapevolezza di aver perso uno dei pochissimi privilegi che spettavano loro da utenti lucani: niente ticket sanitari. Oggi, invece, un ticket di 10 euro per la specialistica, di 25 euro per i codici bianchi al pronto soccorso. Né il recente assestamento del bilancio regionale ha potuto ovviare a tale situazione, improntato al contenimento della spesa pubblica e al rispetto del patto di stabilità. Questo nonostante che la Sanità lucana, al contrario di quella di altre Regioni italiane, goda di buona salute. Ma è proprio sullo stato di salute della Sanità regionale che hanno espresso perplessità i rappresentanti di Sanità Futura, che stanno facendo pressione sulle autorità regionali, Assessore Martorano e Presidente De Filippo, contro una politica a loro parere ostile al settore, al grido di «Gli altri sprecano e le strutture accreditate pagano».

Michele Cataldi, Presidente Onorario Sanità Futura, ha evidenziato il deficit di trasparenza e democrazia che ha accompagnato la redazione e l'approvazione dell'assestamento di bilancio, senza trattativa con ordini professionali e parti sociali. «In effetti, - ha affermato Cataldi - la Sanità privata ac-

creditata nel sistema sanitario nazionale viene boicottata dalla Regione Basilicata con la lentezza burocratica. Quella esistente è stata messa in crisi dalla scelta di non superare il tetto di spesa previsto, fermo al 2009, per altri tre anni. Le strutture sanitarie private accreditate sono le

uniche a garantire la certezza della spesa, ma questo significa che esse dovranno far gravare i costi delle erogazioni fuori tetto sulle strutture stesse, mettendo a rischio qualità dei servizi e posti di lavoro. È come se la Regione Basilicata - ha proseguito Cataldi - avesse tagliato la parte sana del Sistema Sanitario, laddove sono le premesse di benessere e posti di lavoro». Secondo Sanità Futura ciò che serve è un tavolo con le organizzazioni di categoria e sindacati, per colmare il debito di democrazia che si è creato e consentire a chi si attiene alle regole e vuol fare proposte di poter contribuire al miglioramento della Sanità Lucana, che, se davvero sta bene, così procedendo, potrebbe soffrire molti danni». Antonia Lo Sacco, Fenasp, ha sottolineato che le strutture sanitarie accreditate, che impiegano 600 unità e sono ramificate su tutto il territorio regionale in 56 strutture, continueranno a erogare prestazioni in via ambulatoriale per diabetologia, radiodiagnostica, fisiochinesiterapia e altre branche specialistiche, anche oltre il tetto, ridotto da 300mila a 200mila euro, tentando di mantenere lo stesso livello di qualità, il rischio è per l'occupazione, che si avrà difficoltà a mantenere. Antonio Flovilla ha contestato la politica di figli e figliastri della Regione Basilicata, che, ad esempio, «favorisce l'istituto Don Cuccini, mentre colpisce le piccole strutture che pur si sono autolimitate. D'altro canto la manovra, che andrà in vigore in ottobre, avrebbe potuto essere rinviata di tre mesi, con danni minori». Giuseppe Demarzio, Presidente Sanità Futura, ha affermato che la forbice sul personale potrà variare dall'1 al 30%, con la percentuale più alta sulle strutture più piccole.



Mar 02/08/2011

IL MATTINO

Estratto da pag. 34

Le nomine Manager Asl senza intesa c'è il sorteggio

La giunta si terrà giovedì e in quella seduta si dovrebbe procedere alla nomina dei nuovi manager delle Asl. Del resto, il tavolo interministeriale ha chiesto che entro il 5 agosto la Regione adotti una serie di provvedimenti, tra cui la nomina dei direttori generali, e Caldoro è intenzionato a rispettare quell'indicazione. Da questi adempimenti dipendono infatti lo sblocco dei fondi e del tum-over. Il governatore avrebbe già affrontato la questione con i suoi assessori chiedendo che si arrivi in giunta con una rosa di nomi condivisa. Insomma, Caldoro vuole evitare che si apra un fronte e alcuni suoi stretti collaboratori non escludono che il governatore possa proporre il sorteggio. Sembra certo, invece, che al vertice della Asl Napoli 1 sarà nominato un commissario, probabilmente un ufficiale dei carabinieri o della finanza.

p.mai.



Spacca rilancia: "Ora il piano sanitario"

A settembre sarà definito il ruolo degli ospedali. Discorso chiuso sull'Asur: non si torna indietro

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

L'AMMINISTRAZIONE

- Giunta e consiglio regionali (faranno gli indirizzi)
- Dipartimento Salute e Servizi sociali traduce gli indirizzi in strategie unitarie
- Inrca, Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, Azienda Marche Nord e Asur realizzano le strategie

L'Asur è divisa in 5 Aree vaste che assicurano le prestazioni
13 Distretti e altrettanti Ambiti (con i Comuni) per il raccordo con il territorio

LA RETE OSPEDALIERA

- ALTA SPECIALIZZAZIONE A TORRETTE**
 - recupero della competenza
 - motivazione del personale
 - innovazione

INTEGRAZIONE E QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI SANITARI IN CIASCUNA AREA VASTA

- DIMINUIZIONE DEI POSTI LETTO PER ACUTI E AUMENTO DEI POSTI LETTO PER IL SOCIOSANITARIO CON LA RICONVERSIONE DEI PICCOLI OSPEDALI**



Il presidente della giunta regionale Gian Mario Spacca tra gli assessori Nicola Marconi e Almerino Mezzolani

LA RIFORMA CHE VERRÀ

EDOARDO DANIELI

Ancona

Prossima fermata: ottimizzare i servizi. Creare cioè un grande ospedale regionale; integrare una rete di ospedali che siano in grado attrarre e trattare i pazienti del territorio; equilibrare i posti letto per acuti, che sono troppi, con quelli per servizi socio-sanitari, che sono pochi. Il presidente Gian Mario Spacca traccia la rotta della sanità marchigiana. Chiude il dibattito sull'assetto amministrativo, divenuto definitivo con la legge di riordino, e vira il timone verso i contenuti del piano sanitario, che inizierà il suo iter a settembre.

Il sistema

Il sistema ha retto, è diventato un modello, e ha ora davanti la sfida più difficile: essere compatibile con i tagli - circa 200 milioni in un triennio - imposti dalla Finanziaria nazionale. Spacca taglia corto con le polemiche rivendicando l'autonomia di giudizio e la bontà delle scelte fatte dagli esecutivi marchigiani che, dal 2001, hanno dovuto affrontare un deficit colossale, provocato dal moltiplicarsi dei centri di spesa, che aveva portato il sistema al collasso. Al centro di quella manovra c'era

A Torrette il centro dell'eccellenza; nelle Aree vaste presidi integrati Riconversione per i piccoli

l'Asur che viene confermata e che è, assieme all'istituzione del Dipartimento, lo snodo fondamentale del sistema. Senza mai citarlo, risponde alle sollecitazioni di Mirco Ricci, capogruppo in consiglio regionale del Pd. "I consulenti del partito, che adesso è diventato il Pd, dicevano che l'Asur non era una scelta corretta e adesso fanno gli assessori in regioni che sono al default". E caso mai il discorso non fosse chiaro: "il modello, dal punto di vista amministrativo, non si cambia: l'Asur è l'unico punto di gestione e coordinamento". Non ci sono doppioni o sovrapposizioni, come si vuol far credere, ingenerando una confusione, quanto mai deleteria, nel momento di scelte decisive. "La legge regionale approvata - rimarca Spacca - è coerente al nostro disegno e la coerenza e la linearità sono strumenti che dobbiamo dare all'intero sistema per dare contenuti al piano". La sovrapposizioni fanno riferimento a un'altra parte della polemica innescata da Ricci: in particolare tra Dipartimento della salute e dei servizi sociali e Asur.

La piramide decisionale

L'organizzazione, ha spiegato Spacca, è a rete ma unitaria. Significa che affronta la complessità della materia sanitaria e sociale con un'articolazione ampia, anche per andare incontro

ad esigenze dei territori, che possono essere differenti, quanto a epidemiologia o vocazioni delle équipe che vi operano. Al vertice della piramide, c'è il ruolo di indirizzo di consiglio e giunta regionali. Subito sotto, il Dipartimento che traduce le linee di indirizzo in strategie uni-

Il governatore bacchetta il Pd: "I loro consulenti sono assessori di Regioni in deficit"

tarie e controlla la loro attuazione. A seguire, chi realizza le scelte: Asur, Inrca, Azienda Ospedali Riuniti di Torrette e Azienda Marche Nord. L'Asur è articolata in cinque Aree vaste, con ambiti territoriali definiti e hanno il compito di assicurare le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio. Infine, convivono alla base Distretti e Ambiti: uguali nel numero 13, diversi nelle funzioni. Sanitarie per quanto riguarda i primi; sociali, insieme ai Comuni, i secondi.

"Né sovrapposizioni né conflittualità", ha ripetuto il presidente che ha anche comparato il sistema a un'azienda privata. Il consiglio di amministrazione è la giunta; il presidente è il presidente della società; il direttore del Dipartimento è l'amministratore delegato; i quattro direttori sono i direttori generali. La rete non toglie valore, anzi lo accresce, a un'azienda unica che, tra l'altro, è la più grande



della regione dal momento che fattura tre miliardi all'anno.

Il piano

Se, dunque, la base amministrativa è data, ora si passa alla seconda fase, con la definizione del piano sanitario. Diminuita la burocrazia, liberate le risorse, occorre in sostanza "ottimizzare i servizi e renderli appropriati alle necessità della popolazione e alle risorse disponibili". "Partiamo dai bisogni dei cittadini", ha aggiunto il governatore. Non dovrà più essere l'offerta a dismisura a colmare esigenze, che comunque, non vengono soddisfatte dal momento che, alla fine, una gran mole di lavoro improprio su riversa su Torrette.

Il piano sanitario ha tre capisaldi. Il primo riguarda proprio l'ospedale regionale che dovrà "valorizzare l'alta specializzazione" attraverso tre misure dirette e una indiretta. Le misure dirette sono "il recupero della competenza", "la motivazione del personale che attualmente è il meno pagato della regione" e "l'innovazione tecnologica". La misura indiretta è il secondo snodo del piano: è "la qualificazione dei presidi territoriali di carattere sanitario proprio al fine di evitare che a Torrette vi siano prestazioni improprie". È qui che incide la riforma nella logica dell'Area vasta. "Occorre - afferma Spacca - integrare i presidi sanitari e arrivare alla qualificazione sanitaria sui territori". "Il terzo livello - ha concluso il governatore - è la vera sfida: la risposta ai bisogni sociosanitari, specie in considerazione di una popolazione che invecchia". È la sfida della riconversione dei piccoli ospedali, con la creazione di nuovi posti letto per servizi sociosanitari "al fine di dotarsi di strutture adeguate alle nostre necessità".