



Rassegna Stampa del 01.07.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION



Manovra. Errani: “Scelte pesantissime che mettono a rischio i servizi sanitari”

“Il ticket ha già dimostrato di creare problemi al sistema sanitario oltre che ai cittadini”, dichiara il presidente della Conferenza delle Regioni al termine della riunione di questa mattina. L’incontro con il Governo sulla manovra si terrà la prossima settimana, anche se, sottolinea Errani, “la legge 42 prevede invece un confronto preventivo”.

30 GIU - La Conferenza delle Regioni di oggi è stata dedicata in gran parte alla situazione dei rifiuti a Napoli, oggetto dell'incontro tra Errani e il Governo che si è svolto alle 13.30.

Della manovra economica si parlerà invece la prossima settimana, anche se Vasco Errani ha già espresso forti preoccupazioni sul provvedimento: “Siamo molto preoccupati – ha detto Errani ai giornalisti – perché nella manovra non ci sono iniziative per la crescita e ci sono invece scelte pesantissime sui servizi”. “Questa manovra – ha spiegato il presidente della Conferenza delle Regioni – mette in discussione la sostenibilità dei servizi essenziali, sanità e trasporto pubblico locale. Noi vogliamo invece che si dica chiaramente quali sono i servizi che la repubblica garantisce ai cittadini sulla base delle risorse disponibili e con la piena responsabilità di tutti i livelli istituzionali”.

Riguardo ai ticket, annunciati tra le misure previste nella manovra economica, Errani ha ricordato che le Regioni si erano già espresse: “abbiamo avuto modo di dimostrare che i ticket avrebbero un esito negativo sui servizi sanitari, oltre che sui cittadini”.

Infine, le Regioni esprimono una critica metodologica alla definizione della manovra economica. “Avremo un incontro con il governo la prossima settimana per discutere della manovra – ha detto ancora Errani – e questo è in contraddizione con quanto previsto dalla legge 42 secondo cui dovrebbe esserci un confronto preventivo tra Governo e Regioni”.

In Senato ddl per equiparare carriera in strutture pubbliche e private accreditate

“Chi lavora nelle strutture accreditate private è penalizzato dal riconoscimento giuridico ai fini concorsuali e della anzianità di servizio con solo il 25% degli anni di lavoro effettivamente svolti”, denuncia la Fisiopa (Federazione delle Società scientifiche della ospedalità privata accreditata). Ma le cose potrebbero cambiare con l'approvazione del [ddl n. 2490](#), presentato dal senatore Gramazio (Pdl), che mira proprio a garantire “eguali diritti tra medici di strutture pubbliche e private”. Il testo è stato assegnato alla commissione Igiene e Sanità, ma l'esame non è ancora iniziato.

30 GIU - Equiparazione tra pubblico e privato. Un diritto finora negato ai medici dell'ospedalità privata, che nel corso del convegno promosso al Senato dalla Fisopa (Federazione Italiana delle Società Scientifiche della Ospedalità Privata Accreditata), lo scorso 28 giugno, sono tornati denunciare l'attuale situazione che vede il riconoscimento giuridico ai fini concorsuali e della anzianità di servizio con solo il 25% degli anni di lavoro effettivamente svolti. “Una normativa in contrasto anche con le leggi europee e che non trova riscontro con la professionalità e qualità del lavoro svolto nelle strutture private accreditate”, osserva la Fisopa. Le cose, tuttavia, potrebbero cambiare. Tra i ddl presentati in Senato ce ne è infatti uno che mira proprio all'equiparazione delle carriere dei medici delle strutture private accreditate con quelle dei colleghi che lavorano nelle strutture pubbliche. A presentarlo, il senatore Domenico Gramazio (Pdl), vicepresidente della commissione Igiene e Sanità. “Le strutture accreditate del Servizio Sanitario Nazionale sono a tutti gli effetti Servizio Sanitario Pubblico – osserva Gramazio -, per questo che ho presentato una proposta di legge che riconosca a chi opera e lavora all'interno delle strutture accreditate gli stessi diritti, avendo già gli stessi doveri di chi opera nel sistema sanitario pubblico. L'asprezza tra medici che operano nelle strutture pubbliche e quelli delle strutture accreditate deve aver fine”. Il testo è stato assegnato alla commissione Igiene e Sanità, ma l'esame non è ancora iniziato. “Tutto dipende dall'inserimento della proposta di legge nel calendario della Commissione Bilancio e nella Commissione Sanità”, ha spiegato Gramazio impegnandosi, comunque, a un confronto con il presidente della commissione, Antonio Tomassini, “per presentarla all'ordine del giorno delle commissioni. Ci saranno alcune resistenze, come d'altronde capita con tutte le proposte di legge, ma sono fiducioso”.

Soddisfazione e sostegno al ddl da parte della Fisopa, che auspica una modifica delle leggi vigenti in tempi brevi. “E' una cosa che avviene solo in Italia, unico paese in Europa con differenze di questo genere”, puntualizza Massimiliano Iannuzzi Mungo, presidente Fisopa. E questa criticità, ha aggiunto, “si riflette anche sulla stessa professionalità del medico”. “Eppure – evidenzia il presidente della Fisopa - il nostro ruolo è importante: noi svolgiamo il 20% dell'attività del Servizio Sanitario Nazionale. Non desideriamo risvolti economici: per noi è una battaglia di tipo formale, per un nostro riconoscimento morale ed un riconoscimento pratico di tutti i nostri giovani senza futuro”.

Iannuzzi Mungo ha però ricordato che vi sono anche altre criticità a preoccupare i medici delle strutture private accreditate. “Abbiamo problemi anche a livello sindacale, di contratti: di circa 11mila medici che rientrano in questa categoria, la metà sono con contratto di assunzione fatto dall'Aiop, Associazione Italiana Ospedalità Privata, mentre tutti gli altri sono tenuti con contratti di consulenza libero professionale, che non garantiscono neanche la pensionistica”.



Sicilia. Russo: “Efficacia riforma riconosciuta da Corte dei Conti”

Secondo i magistrati contabili il deficit è diminuito del 60% circa, mentre il risultato di esercizio è migliore rispetto alle previsioni del Programma Operativo, anche il risultato di gestione fa segnare un + 157 mln. L'assessore alla Salute, Massimo Russo, si è detto “molto soddisfatto per aver raggiunto uno dei migliori risultati nel confronto interregionale”.

30 GIU - "Sono molto soddisfatto per il giudizio estremamente positivo della Corte dei Conti che ha definito quello della Sicilia uno dei risultati migliori nel confronto interregionale, ponendo il giusto accento su tutte le rigorose misure amministrative adottate per riqualificare il sistema sanitario e razionalizzare la spesa". Lo ha dichiarato l'assessore per la Salute, Massimo Russo, dopo il giudizio di parifica della Corte dei Conti a sezioni riunite. Secondo i magistrati contabili, per quanto riguarda la sanità, il deficit, confrontato al 2009, è diminuito del 60% circa, il risultato di esercizio è migliore rispetto alle previsioni del Programma Operativo, e il risultato di gestione, dopo le coperture previste dal gettito Irap e Irpef, ha fatto segnare addirittura un + 157 milioni.

"Il giudizio di parifica – ha proseguito Russo - fa esplicito riferimento alla efficacia della politica di contenimento dei costi e al miglioramento di tutti gli indici di qualità e appropriatezza come peraltro già rilevato dal 'tavolo ministeriale' nell'ultimo verbale". "Il decremento dell'1,2% della spesa per beni e servizi – ha spiegato - è la conferma che il sistema delle gare centralizzate assicura risparmi e trasparenza, viene riconosciuta la contrazione dell'8,4% dei costi per le consulenze, una migliore tempistica nel pagamento dei fornitori rispetto alla media nazionale, la riduzione dell'11% dei ricoveri ospedalieri (scesi da 1.028.404 del 2009 a 905.043 del 2010) in linea con la politica sanitaria tesa alla deospedalizzazione e alla appropriatezza delle prestazioni e il trend di miglioramento della mobilità passiva".

Anche il dato della spesa farmaceutica, pur nella oggettiva criticità, ha fatto emergere come la contrazione della spesa, nell'ultimo quinquennio, sia stata pari al 15%.

"Voglio condividere questo bel risultato insieme a quanti hanno lavorato con impegno per una seria riforma del sistema sanitario – ha concluso Russo - credendo in un processo di innovazione, anche culturale, che può contribuire al riscatto della Sicilia e dei siciliani: c'è ancora tanto da fare ma sappiamo che la strada intrapresa è quella giusta".



Asl in rosso, arrivano 210 mln per i ratei

DI

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 28 GIUGNO 2011, POSTATO IN: BOX-SANITÀ, SANITÀ

In pagamento i mesi di marzo, aprile e maggio del 2011 per accordi di factoring stipulati dalle aziende sanitarie con i fornitori di beni e servizi Via libera anche a una alla variazione di bilancio di 3 mln a copertura dei debiti delle vecchie Usl

Attuato senza grossi intoppi il piano dei pagamenti delle Asl nei confronti dei fornitori di beni e servizi: per ora arrivano sul piatto 210 mln per il pagamento alle banche dei ratei in scadenza relativi a marzo, aprile e maggio scorso (rispettivamente per 83,8 mln, 72,3 mln e 54,3 mln. Disco verde anche a una variazione di bilancio di 3 mln a copertura di debiti delle vecchie Usl. Intanto avanza il piano dei pagamenti relativi al fatturato del 2011 e il rispetto dell'accordo tra struttura commissariale e cnetri privati accreditati stipulato il 16 maggio scorso. Dopo l'acconto del mese di gennaio entro il 20 giugno scorso in giunta regionale sono stati deliberati gli stanziamenti necessari per il rispetto dell'accordo. Il 16 giugno scorso è stato effettuato un monitoraggio, presso le Asl, sul rispetto dell'accordo. Ecco la mappa

AVELLINO

L'Asl di Avellino ha provveduto all'acconto del mese di gennaio a tutte strutture che hanno sottoscritto il contratto.

BENEVENTO

Alla Asl di Benevento sono in corso di adozione, presso i vari distretti, provvedimenti di liquidazione dell'acconto di gennaio mentre per il pregresso la radiologia in convenzione e i laboratori incassano l'acconto di dicembre 2010, la riabilitazione e l'Fkt l'acconto di novembre 2010, le cliniche l'acconto di novembre 2010.

CASERTA

L'Asl di Caserta ha invece disposto il pagamento dell'acconto dell'85 per cento di gennaio 2011 per la specialistica mentre per la riabilitazione e l'Fkt è stato disposto l'acconto di gennaio 2011 e di febbraio 2011. Per il pregresso antecedente al 31 dicembre del 2010 predisposto il pagamento di una mensilità (settembre 2010).

NAPOLI

Dopo il pagamento del fatturato della specialistica e della Fisiokinesiterapia e dei centri di riabilitazione e dialisi Nei prossimi giorni sarà completato anche l'iter per il completamento dei pagamenti relativi alle 5 mensilità del 2010. Alla Napoli 2 non è ancora completo il processo di liquidazione del mese di gennaio 2011 da parte dei distretti. Il Commissario ha comunque invitato tutti i distretti a completare il processo nel più breve tempo possibile. Nelle more del processo di liquidazione l'azienda ha predisposto il pagamento dell'intero acconto (diverso a seconda della categoria) di una mensilità del 2010. aPer la Asl Napoli 3 Sud sono in corso il completamento i controlli sul 2011 mentre sul fatturato del 2010 (laboratori e specialistica) sono in pagamento settembre e ottobre e novembre 2010). Cliniche: pagato settembre e ottobre 2010. Dialisi: saldati settembre e ottobre 2010 (in corso novembre 2010). Riabilitazione pagato agosto e settembre 2010



Tagli alle Asl, Fazio: Deroche sui primari

REDAZIONE IL DENARO

Nelle misure salva-spesa, domani al vaglio del Consiglio dei ministri, inserita una clausola di salvaguardia per il personale sanitario apicale delle Regioni con i conti in rosso. Lo assicura il ministro della Salute Ferruccio Fazio nel corso del convegno su economia e salute che si è appena concluso ad Ariano Irpino.

Dalla scure che sta per abbattersi sulla Sanità – tra i settori più colpiti dalla manovra salvaspesa firmata dal ministro dell'Economia Giulio Tremonti, e da domani sul tavolo del Governo – saranno esclusi i posti per primario ospedaliero limitatamente alle Regioni (tra cui la Campania) con i conti in rosso. Parola di ministro, in questo caso Ferruccio Fazio, titolare della Salute giunto oggi ad Ariano Irpino per partecipare ad un convegno su Economia e Salute.

PIANO DI RIENTRO

“Accolgo, a nome del Governo – dice Fazio – la richiesta del senatore Raffaele Calabrò di derogare ai limiti imposti al turn-over del personale. Limitatamente alle figure apicali necessarie ad assicurare i Livelli essenziali di assistenza e nelle sole regioni già sottoposte ai piani di rientro dal deficit sarà possibile colmare le lacune. Si tratta – sottolinea Fazio – di uno sforzo che va nel senso di garantire che i tagli necessari a razionalizzare la spesa pubblica non intacchino i livelli di assistenza soprattutto nelle regioni, già sottoposte da anni a limitazioni sulle assunzioni di personale”.

Fazio ricorda, nel suo discorso, i nodi del sistema sanitario italiano: “tra i migliori al mondo – sottolinea – ma con sacche di inefficienze che occorre riassorbire”.

Nella ricetta che il ministro prescrive per la cura della Sanità delle 13 regioni che hanno i conti non in regola, Fazio inserisce i percorsi diagnostico-terapeutici, il riequilibrio delle funzioni tra ospedale e territorio a garanzia di anziani e pazienti cronici. la diversificazione, in chiave di maggiore appropriatezza, delle attività di Pronto soccorso per dirottare subito sul territorio i codici non urgenti. E ancora: la valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale, vera porta di ingresso e bussola del sistema, passando per il governo dei processi di cura per finire agli indicatori di efficacia, efficienza ed economicità. Il tutto calato nell'alveo dell'età digitale : ovvero ricette on-line, certificati telematici e fascicolo sanitario elettronico, veri architravi delle nascenti reti di cura a complessità crescente dalla periferia del sistema all'ospedale di alta specializzazione.



La nuova governance sanitaria del Piemonte



“Per far funzionare in maniera efficace un sistema sanitario dal punto di vista della qualità dei servizi e dei costi è necessario che le strutture ospedaliere lavorino in base a parametri di efficienza documentabili e oggettivi”: a dichiararlo è stato il presidente della Regione, Roberto Cota, intervenendo il 29 giugno al convegno “Sanità+efficienza+qualità”, organizzato dalla Regione in collaborazione con Aress, Federsanità e CSI-Piemonte. Al centro della discussione la nuova governance sanitaria, gli assetti istituzionali, il federalismo e i costi standard.

“In Piemonte - ha sottolineato Cota - ci sono molte strutture che rispondono pienamente a questi parametri e ne esistono altre che non ce la fanno. Per permettere anche alle strutture inefficienti di raggiungere l'obiettivo è necessario riorganizzare il sistema e mettere in rete, salvaguardando così sul territorio anche i piccoli presidi”.

Efficienza, rigore economico, qualità dei servizi ed efficacia delle risposte da dare al territorio sono pertanto le parole d'ordine dei prossimi provvedimenti normativi che trasformeranno il modo di governare le strutture sanitarie e i relativi percorsi assistenziali. Il nuovo assetto, in larga parte già individuato dalla Regione Piemonte, comporterà la riorganizzazione e l'integrazione del sistema ospedaliero, secondo il modello “hub&spoke”, che consentirà di eliminare gli sprechi del passato e dare nuovo impulso ai servizi territoriali modulandoli sugli effettivi bisogni dei piemontesi per affrontare le grandi sfide della promozione della salute, della prevenzione, dell'assistenza agli anziani e ai soggetti fragili in generale.

La riforma federalista dello Stato, inoltre, impone alle istituzioni l'obbligo di rivedere anche in ambito sanitario i principi che regolano l'allocazione e l'impiego delle risorse. Un passaggio storico, che prevede l'introduzione di standard economici e di efficacia che abbandonano i trasferimenti di risorse economiche fondati sulla spesa storica e incentivano percorsi virtuosi. “Le nuove norme - ha evidenziato Cota - introducono il costo standard e una serie di parametri di efficienza e di qualità del sistema sanitario ospedaliero e territoriale, destinato a regolare per il futuro i flussi di spesa più equi tra le Regioni e maggiori garanzie di servizi al cittadino. Uno studio indipendente ha cominciato a calcolare i costi standard di Asl e ospedali del Piemonte, non perché si vogliono dare delle pagelle ma per costruire una sistema più efficiente. Il mondo è cambiato, un sistema che non è ispirato all'efficienza non può stare in piedi. Non possiamo avere duplicazioni inutili né zone completamente scoperte. Ma penso che spiegando bene la riforma, tutti la capiranno. Sono determinato e non posso che essere ottimista”.

Il presidente ha attivato fin dall'estate 2010 un gruppo di lavoro di esperti e professionisti del settore per introdurre anche in Piemonte criteri più oggettivi di valutazione dei bisogni di salute dei cittadini, efficienza, qualità e sicurezza nell'erogazione dei servizi. Tutto ciò in coerenza con gli obiettivi del piano di rientro della Regione. Il team di progetto ha prodotto un primo documento che valuta standard di

servizio, costi delle strutture ospedaliere e territoriali, individuando contestualmente le migliori performance per la riorganizzazione del sistema. Rimane, ovviamente, di competenza degli organi istituzionali regionali la definizione delle politiche. Dal mese di ottobre del 2010, inoltre, si è insediato in Aress un apposito tavolo che ha analizzato nel dettaglio la spesa regionale.

“La determinazione dei costi standard con il sistema bottom up - ha detto Claudio Zanon, commissario straordinario di Aress - permetterà di determinare i costi reali della sanità piemontese elaborati a livello territoriale (Asl e Distretti): il territorio acquista le prestazioni dalle reti ospedaliere in rapporto a reali necessità e non a necessità indotte (appropriatezza della richiesta)”. Tale determinazione permette un’analisi di benchmarking intraregionale tra realtà più o meno virtuose al fine di elaborare indicatori di efficienza che si aggiungeranno agli indicatori di efficacia già presentati recentemente al convegno Conoscere=scegliere”.

“L'esigenza di avere una sanità sostenibile sotto il profilo dei costi - ha concluso Paolo Monferino, direttore regionale della Sanità - è oggi ineludibile e appare prioritario nel contesto di una necessaria riorganizzazione che punta ad un utilizzo delle risorse appropriato e proporzionato ai bisogni e che pone il cittadino al centro di questo nuovo sistema, con la cooperazione ed il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari”.

SPESA SANITARIASuperticket da 10 euro sospeso
Tassa sulle industrie del farmaco**Sanità.** A carico delle aziende il 35% del disavanzo

Sospeso il superticket da 10 euro Tassa sulle industrie del farmaco

Roberto Turno

■ Saltaperil momento il ritorno automatico dal 1° gennaio 2012 del superticket da 10 euro su visite specialistiche e analisi: si vedrà a fine anno se il Governo lo rifinanzia. E spunta a sorpresa una tassa a carico delle industrie farmaceutiche: dal 2013 pagheranno il 35% del rosso della spesa per farmaci in ospedale, almeno 800 milioni. Il decreto sbarcato in Consiglio dei ministri ha riservato come di consueto altre novità sui tagli alla sanità. Confermando però risparmi totali crescenti che fin dal 2013 supereranno abbondantemente i 4 miliardi l'anno, in at-

L'EFFETTO DEI TAGLI

Dagli interventi sono previsti risparmi per 4 miliardi dal 2013. Confermato il blocco dei contratti al personale di Asl e ospedali

tesa che gradualmente i costi standard facciano il loro effetto, oltretutto sulla qualità dei servizi, anche sul versante della minore spesa complessiva.

Personale, farmaci, acquisti di beni e servizi, prezzi di riferimento, tetto di spesa per i dispositivi medici, mega ticket dal 2014: questi i capitoli più spinosi della manovra che trova già contro di sé i fucili spianati sia delle Regioni che di tutte le categorie coinvolte.

Il menu dei tagli

Si comincia dal Fondo nazionale: rispetto al 2012 crescerà solo dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014; un'intesa coi governatori dovrà sancire la strada per contenere la spesa. Ma le linee guida sono già fissate. Eccole.

Anzitutto i farmaci. Dal 2013 - se sarà confermato nel testo finale - il deficit della spesa farmaceutica ospedaliera (rosso di 2,2-2,4 miliardi previsto per quest'anno) sarà per il 35% a carico delle industrie farmaceutiche (oggi pagano tutto le Regioni) in proporzione ai singoli fatturati delle imprese. Se entro il 30 giugno non sarà pronto il regolamento per definire il pay back a carico delle industrie, sempre dal 2013 scatterebbero norme più efficaci sulla spesa in farmacia per incentivare l'uso dei generici: in questo caso il tetto di spesa territoriale scenderebbe dal 13,3 al 12,5% dell'intera spesa sanitaria. Ancora sui farmaci si prevede la riorganizzazione dell'Aifa con un «diritto annuale» (una tassa) a carico delle imprese che chiedono l'autorizzazione in commercio dei prodotti.

Altro capitolo portante è la sforbiciata agli acquisti di beni e servizi, con un primo assaggio da luglio 2012 dei prezzi di riferimento per comprare al meglio dispositivi medici, farmaci ospedalieri e prestazioni e servizi sanitari da individuare, sicuramente i più costosi. Nel mirino anche l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato. Ma i risparmi, attesi fin dal 2013, dovranno puntare anche sui dispositivi medici con tanto di un nuovo «tetto» di spesa del 5,3% nazionale e regionale. L'effetto di risparmio si moltiplicherebbe con i costi standard; e le Regioni, in caso di spese extra tetto, pagheranno da sé i deficit, tranne quelle con i conti a posto.

Personale nel mirino

Il blocco dei contratti di tutto il personale dipendente così come delle convenzioni (medici di famiglia e pediatri, speciali-

sti ambulatoriali, guardie mediche) durerà fino al 2014. E insieme continuerà lo stop al turn over negli ospedali, con eccezioni per i primariati nelle Regioni sotto piano di rientro, che avranno anche più armi nel blocco dei pignoramenti che prosegue fino a tutto il 2012. Nel 2013-2014 proseguirà poi la stretta sui costi del personale (+1,4% sul 2004), sugli organici anche dei precari e sugli standard organizzativi negli ospedali.

I ticket che verranno

Dal 2014 lo Stato potrà introdurre ticket, anche aggiuntivi a quelli già esistenti, sui farmaci e su «tutte» le prestazioni sanitarie. E potrebbe non essere poca cosa: nel 2014 dovranno coprire il 47% della manovra necessaria, se non ci sarà intesa con le Regioni. Per evitare la raffica di nuovi ticket, in ogni caso, le Regioni potranno indicare misure alternative con proprie risorse, se mai ce la faranno, ma rigorosamente da certificare ai tavoli col Governo.

Sul superticket da 10 euro per visite e analisi, infine, il Governo ha deciso di prendere tempo, visto il negativo impatto mediatico del ritorno automatico del balzello dal 2012. Lo Stato pagherà intanto i 486,5 milioni che mancano da giugno a dicembre. Ma nel decreto non dice più che dal 1° gennaio il superticket tornerà automaticamente in vita, senza però negarlo. Nei fatti, senza finanziamento, il superticket tornerebbe però in vita. Tutto dipende evidentemente da eventuali interventi compensativi a fine anno. Come dire che il superticket per adesso non è più dietro l'angolo, ma potrebbe rispuntare. Insomma, c'è, ma non c'è. Forse sì, forse no. Si vedrà a fine anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I giudici contabili esaminano i bilanci della Regione. Il deficit cala di 98 milioni, in aumento le spese per le strutture convenzionate

Sanità, i privati crescono

Il Pg della Corte dei conti: "Bene i tagli, ma troppi malati vanno al Nord"

ANTONIO FRASCHILLA

DURO j'accuse sulla sanità in Sicilia da parte del procuratore generale della Corte dei conti, Giovanni Coppola, nel giudizio di parifica sui conti della Regione. «È aumentata di 4 milioni la spesa per i viaggi della speranza e crescono dal 4 al 6 per cento i rimborsi ai privati», dice il procuratore, mentre la sezione di controllo della Corte dei conti sottolinea come «sia comunque diminuito il deficit sanitario e il ricorso alle consulenze». Il governatore Lombardo attacca Coppola: «Parla come un uomo della strada». I magistrati lanciano poi l'allarme sull'indebitamento della Regione, che ha superato quota 5 miliardi di euro, e sul costo del personale: «Occorre un piano di rientro generale».

A PAGINA IV

L'accusa della Corte dei conti "La sanità ci costa un milione l'ora"

Lombardo attacca il Pg: parla come un uomo della strada

Il piano di rientro ha ridotto il deficit ma cresce ancora la spesa per i privati

ANTONIO FRASCHILLA

«IN Sicilia vale ancora il detto che il miglior medico è l'aereo per andare a farsi curare altrove». Il procuratore generale d'appello della Corte dei conti, Giovanni Coppola, non usa giri di parole per giudicare il sistema sanitario siciliano e fascettare la reazione del governatore Raffaele Lombardo: «Parla come un uomo della strada e non come un procuratore nelle sue funzioni». Al di là scontro, di

certo c'è che dal giudizio di parifica dato dalla sezione controllo della Corte dei conti guidata da Rita Arrigoni e dalla relazione di Coppola emerge un quadro con luci e ombre su una sanità che in Sicilia da un lato segna un'inversione di rotta per quanto riguarda il deficit, la spesa per consulenze e i ricoveri, ma dall'altro continua a costare a ogni siciliano «1 milione di euro all'ora», vede aumentare la spesa per i viaggi della speranza e per i rimborsi ai privati.

I conti generali

Il giudizio di parifica sulla sanità fatto dalla sezione controllo della Corte dei conti è positivo sul fronte dei dati economici: «Si registra una forte contrazione del deficit d'esercizio, che segna un

meno 98,6 milioni di euro con una riduzione del 62 per cento rispetto al 2009 — scrivono i magistrati — Quanto ai costi dell'assistenza sanitaria, questi aumentano tra il 2010 e il 2009 dello 0,9 per cento con un sensibile decremento rispetto alla crescita registrata nel biennio precedente». Detto questo, sia la sezione con-



Lettori: n.d.

la Repubblica **PALERMO**

01-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Sebastiano Messina

da pag. 4

trollo che la procura ribadiscono come la cifra per il comparto sanitario rimanga elevata e che nel 2010 sia attestata a quota 8,9 miliardi di euro, con un incremento rispetto allo scorso anno dell'1,4 per cento. «In sostanza oggi la sanità costa un milione di euro all'ora per ogni siciliano», dice Coppola. Inoltre rimane elevato il deficit delle Asp di Catania e Messina e del Civico di Palermo.

Gli incarichi esterni e i ricoveri

Le consulenze e le collaborazioni esterne fatte dalle aziende sanitarie locali sono diminuite dell'8,42 per cento rispetto allo scorso anno: per questa voce la spesa è stata di 33 milioni, contro i 36 milioni dell'anno precedente. In calo dell'11 per cento i ricoveri e del 7 per cento le giornate di degenza, che scendono sotto la soglia di un milione per la prima volta negli ultimi anni, attestandosi a quota 905 mila.

Cliniche e laboratori privati

Entrambi i rami della Corte dei conti puntano il dito anche contro l'aumento della spesa per i privati. In particolare Coppola nella sua relazione sostiene che «la spesa ospedaliera convenzionata nel 2010 è cresciuta attestandosi a 667 milioni, con un aumento del 4,5 per cento rispetto al 2009, mentre l'assistenza specialistica segnando quota 429 milioni regi-

stra un incremento del 6,7 per cento». La sezione controllo va oltre: «Il complesso delle voci riconducibili all'assistenza in convenzione è aumentato del 4 per cento — si legge nel giudizio di parifica — in particolare quella ospedaliera (le cliniche, ndr) mostra un incremento del 5,87 per cento, superiore a quello della media nazionale che segna un più 1,9 per cento». Elevato rimane anche il numero delle strutture convenzionate che è pari a 1.646. Una cifra in calo rispetto al 2009 quando erano 1.731, ma imparagonabile a quella del Piemonte, dove sono appena 144.

La spesa farmaceutica e il 118

Superiore alla media nazionale è la spesa farmaceutica convenzionata che nell'Isola cresce dell'1,6 per cento mentre nel resto d'Italia diminuisce dello 0,6. In crescita anche la spesa per il 118 (più 9,37 per cento) e per le ambulanze (più 32 per cento), anche se è aumentato il numero di quelle medicalizzate.

I viaggi della speranza

Il procuratore Coppola però ha criticato fortemente il dato che riguarda la spesa per la mobilità extraregionale, cioè i pazienti siciliani che vanno a farsi curare in altre regioni: «Per questa mobilità si sono spesi nel 2010 ben 238 milioni di euro con un saldo negativo peggiore di 4 milioni di euro rispetto al 2009», si legge nella rela-

zione del procuratore. Coppola poi ai cronisti ha aggiunto: «In Sicilia vale il detto che il migliore medico è l'aereo». Parole, queste, che non sono piaciute al governatore Lombardo: «Ringrazio i giudici delle sezioni unite della Corte dei conti per il loro prezioso lavoro, stupiscono invece le dichiarazioni rese alla stampa dal procuratore Coppola che, travalicando le prerogative istituzionali, ha dato pesanti giudizi sulla qualità della nostra sanità — dice — Questa è una chiara violazione della correttezza dei rapporti tra la Regione e la Corte. Il procuratore parla della sanità siciliana senza cognizione di causa: il numero dei ricoveri fuori Sicilia si è ridotto del 4 per cento circa. È evidente la gravità di queste affermazioni che offendono la professionalità degli operatori sanitari».

L'assessore Massimo Russo si dice «soddisfatto»: «Il giudizio di parifica fa esplicito riferimento alla efficacia della politica di contenimento dei costi e al miglioramento di tutti gli indici di qualità e appropriatezza — dice — Anche il dato della spesa farmaceutica, pur nella oggettiva criticità, comune a quasi tutte le regioni italiane, fa emergere come la contrazione della spesa, nell'ultimo quinquennio, è pari al 15 per cento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri della sanità



SPESA SANITARIA
COMPLESSIVA

8 mld 902 mln

+127 milioni
rispetto al 2009



DEFICIT
DI BILANCIO

127 mln

-82%
rispetto al 2009



Spese per curare i
siciliani in altre regioni

238 milioni

+4 milioni
rispetto al 2009

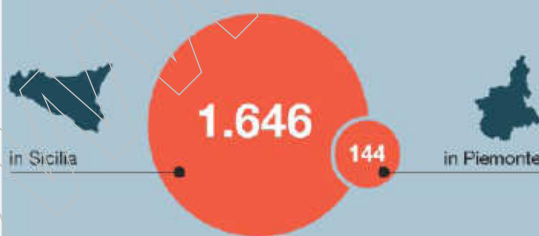


Spesa farmaceutica
convenzionata

1 mld 56 mln

+1,6%
rispetto al 2009

STRUTTURE CONVENZIONATE



SPESA ASSISTENZA CONVENZIONATA

Ospedaliera

667 milioni

+4,5%

Specialistica

429 milioni

+6,7%

ONLINEBESL.IT

Lettori: n.d.

la Repubblica **PALERMO**

01-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Sebastiano Messina

da pag. 4

I punti



I COSTI

La spesa per il comparto sanitario nel 2010 si è attestata a 8,9 miliardi di euro



I RICOVERI

Risultano in calo i ricoveri dell'11 per cento e del 7 per cento le giornate di degenza



I PRIVATI

Cresciuta la spesa ospedaliera convenzionata che si è attestata a 667 milioni

Lettori: n.d.

la Repubblica ROMA

01-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 6

Guardia di finanza

Controlli in farmacie e laboratori sanzioni per 900mila euro

UN ANNO di controlli e verifiche nei confronti di 150 tra laboratori di analisi e farmacie, a Roma e in provincia, ha portato la Guardia di finanza a emettere sanzioni pecuniarie per circa 900mila euro. Le fiamme gialle hanno riscontrato irregolarità nella trasmissione telematica dei dati contenuti nelle ricette mediche al ministero dell'Economia e delle Finanze. Soltanto nella capitale, i laboratori e le farmacie multate sono state 93: 410mila le irregolarità per un totale di 820mila euro da pagare.

I controlli, che proseguiranno nei prossimi mesi, erano finalizzati a monitorare la spesa sanitaria e ad appurare eventuali sprechi e frodi al Servizio sanitario nazionale, in base alla normativa introdotta nel 2003. Tra le violazioni, dati omessi o incompleti al sistema informativo del Ministero e ritardi rispetto ai termini previsti, da parte di farmacie e laboratori convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

Lettori: 311.000

Avenire

01-LUG-2011

Diffusione: 106.363

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

da pag. 8

I TICKET**STRUMENTO CHE TUTTI VOGLIONO CAMBIARE**

Come «tassa di scopo» o «contributo» di sistema il ticket, tornato in questa manovra, da sempre ha rappresentato il modo più diretto per intervenire sulla spesa pubblica, ma il sistema delle esenzioni da sempre è guardato come "perfettibile" da maggioranza e opposizione. Il ministro della Salute Ferruccio Fazio lo intende come una tassa di scopo, mentre l'ex ministro Livia Turco nel 2006-2007 indicava la necessità di intervenire per correggere la partecipazione dei cittadini non solo sulla base del reddito ma anche, ad esempio della composizione familiare. Il ticket sui codici bianchi al pronto soccorso è già in vigore da anni in tutte le regioni, tranne la Basilicata, e in alcune è anche più alto, con il picco della Campania che ne ha già imposto uno da 50 euro e a Bolzano dove può raggiungere i 100 euro. L'obiettivo, da sempre, è quello di scoraggiare un uso improprio del pronto soccorso, sempre più affollati soprattutto nel periodo delle influenze. La loro introduzione non rappresenta quindi una novità assoluta per l'Italia. E nel 2007 il governo Prodi aveva previsto che ogni anno dovesse scattare un ritocco al rialzo dei costi legati alla specialistica: finora, però, si era sempre trovata una copertura finanziaria.

LE MISURE/1 Nel decreto da 47 miliardi conto salato anche per Regioni e Comuni

Scure su ministeri e sanità tre anni per cambiare il fisco

Tassa auto solo per le super-potenti. Salve le banche

*Mini imposte
per le imprese
gestite da giovani:
solo il 5%*

*Allentamento
del patto di stabilità
per gli enti locali
virtuosi*

di **LUCA CIFONI**

ROMA — «Chiunque si troverà qui nel 2013-2014 dovrà fare questo e non ha alternative». Il «questo» a cui si riferisce Giulio Tremonti nella conferenza stampa di presentazione della manovra economica è il pareggio di bilancio concordato con l'Europa. Il ministro dell'Economia riassume così la logica della manovra che dovrebbe portare il nostro Paese al risanamento dei conti dopo la grande crisi; nel farlo delinea la fisionomia di un intervento che opera limitatamente su quest'anno e il prossimo (circa 1,5 e 5,5 miliardi) per concentrare il grosso della correzione sul biennio successivo, in misura di 20 miliardi l'anno. Dunque alla fine l'impatto totale del decreto sui quattro anni arriverà a 47 miliardi, nell'ipotesi che l'intervento sul 2012 serva a coprire nuove spese e non a ridurre il deficit.

Come di consueto dalla riunione del Consiglio dei ministri il testo del decreto è uscito con aggiustamenti anche a sorpresa e novità dell'ultimo minuto. Così ad esempio la tassa addizionale sulle auto più potenti andrà a colpire quelle sopra i 225 chilowatt, quindi solo poche vetture tra le più costose. Mentre è stato inserito un regime di

favore per i giovani imprenditori (fino a 35 anni) che per un periodo di 5 anni potranno versare al fisco solo il 5 per cento del reddito: questa agevolazione sarà finanziata con il sostanziale smantellamento dell'attuale regime dei contribuenti minimi. Quanto alle banche l'iniziale impianto che prevedeva un prelievo sul trading e sulle transazioni finanziarie è stato profondamente ridimensionato, in seguito alle rimostre degli istituti di credito.

Contemporaneamente il governo ha approvato il disegno di legge delega in tema di riforma del fisco: ci saranno tre anni per portarla a termine. Il testo è piuttosto aperto, anche se in materia di Irpef viene stabilito fin d'ora il principio delle tre aliquote fissate al 20 al 30 e al 40 per cento. Queste percentuali si applicheranno però ad una base imponibile molto più ampia, quindi depurata delle molte detrazioni e deduzioni che si sono stratificate nel tempo. Sull'Iva la delega si limita a prevedere una rimodulazione delle aliquote, ma con attenzione agli effetti inflazionistici; è confermato il principio della graduale cancellazione dell'Irap, a partire da quella che colpisce il costo del lavoro, ma è chiaro che il tributo sarà assorbito dal nuovo assetto di federalismo fiscale. C'è anche il passaggio al 20 per

cento dell'aliquota sulle rendite finanziarie, con l'eccezione dei titoli di Stato.

Alla fine il conto del risanamento sarà pagato soprattutto da tre grandi settori: i ministeri, la sanità e gli enti locali. I primi dovranno iniziare a rivedere in profondità la struttura del proprio bilancio, garantendo comunque a regime un risparmio di circa 5 miliardi. Un sacrificio più o meno delle stesse dimensioni è richiesto al comparto sanitario: la riduzione del fondo nazionale dovrebbe essere il risultato dell'adozione dei costi standard, ma sarà comunque attuata. Quanto ai ticket, la versione finale del teso è leggermente più sfumata, prevedendo che quelli sulle prestazioni specialistiche e sul pronto soccorso non siano operativi per il 2011, senza specificare esplicitamente il ripristino dal 2012. Resta in piedi la possibilità di istituire una compartecipazione sull'assistenza farmaceutica a partire dal 2014.

Il conto è salato anche per Regioni, Comuni e Province, dai quali ieri sono arrivate voci di forte preoccupazione. Nel dettaglio, le regioni a statuto ordinario si vedranno decurtare a regime, nel 2014, 1,6 miliardi; quelle a statuto speciale 2, le Province 800 milioni e i Comuni ancora 2 miliardi. Riduzioni aggiuntive sono previste per Sicilia e Sardegna, per un impatto complessivo sugli enti locali di circa 9 miliardi. In compenso gli enti virtuosi si vedranno allentare i vincoli del Patto di stabilità interno: tra i parametri di vir-



Lettori: 1.460.000

Il Messaggero

01-LUG-2011

Diffusione: 202.257

Dir. Resp.: Mario Orfeo

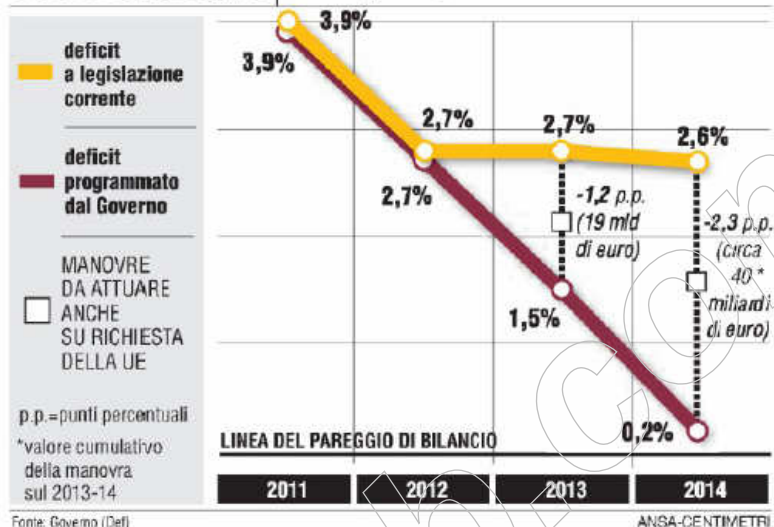
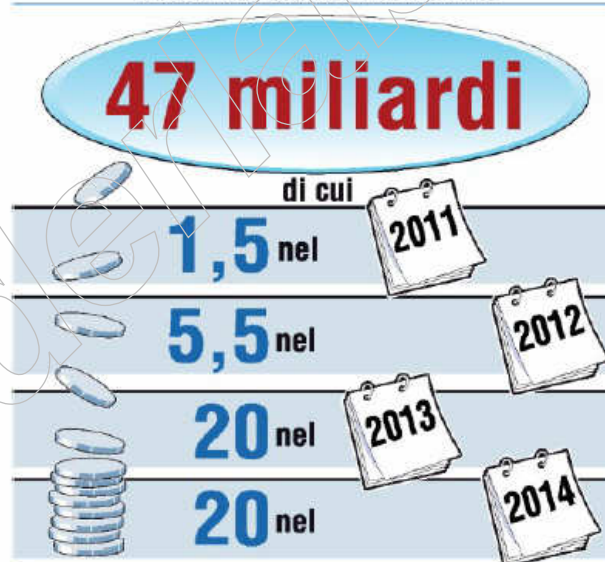
da pag. 4

tuosità sono esplicitamente inserite l'autonomia finanziaria, l'incidenza della spesa per il personale, di quella per auto di servizio e per le sedi all'estero, e la partecipazione alla lotta all'evasione fiscale. Infine il pubblico impiego, che dovrà contribuire con 740 milioni nel 2014 attraverso la conferma degli attuali blocchi di stipendi e assunzioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Obiettivo pareggio

Cifre in rapporto al pil nominale

**Le cifre della manovra**

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION



Il Consiglio dei Ministri vara la manovra

Quarantasette miliardi di euro spalmati da qui al 2014: 1,5 miliardi per quest'anno, 5,5 per il prossimo, venti nel 2013 e altri venti nell'anno successivo. Tanto vale il provvedimento varato oggi dal Governo con l'obiettivo di arrivare al pareggio di bilancio nel 2014. L'analisi dei punti specifici, sanità compresa, sarà presentata domani o nel corso dei prossimi giorni. Se [saranno confermate le ipotesi](#) annunciate, si prevede un coinvolgimento della sanità con tagli importanti.

30 GIU - Ci sono volute più di quattro ore per varare la manovra economica che vale ben 47 miliardi di euro spalmati in quattro anni: 1,5 miliardi per il 2011, per il 2012 saranno 5,5 e venti rispettivamente per il 2013 e il 2014. Ma per avere informazioni più dettagliate sul contenuto del provvedimento, e quindi anche sulla sanità, bisognerà attendere. "È una manovra equilibrata nella composizione, nella distribuzione, passa per tutti i settori, e nel profilo temporale in quanto si è sviluppata su questo biennio e sul prossimo biennio" ha detto Tremonti nella conferenza stampa al termine del Cdm illustrando le linee generali della manovra. "E l'analisi dei punti specifici – ha specificato – sarà presentata con i Ministri responsabili domani o nei prossimi giorni".

Se [quanto anticipato nei giorni scorsi](#) sarà confermato si avranno pesanti ricadute sulla sanità. Il provvedimento - che inizierà ora il suo iter parlamentare al Senato e approderà in Aula alla Camera la settimana tra il 25 e il 30 luglio come stabilito in via preliminare dalla conferenza dei capigruppo di Montecitorio – mirerebbe dritto al cuore della sanità con tagli considerevoli al fondo sanitario che si dovranno ottenere grazie a nuovi ticket e un giro di vite per l'acquisto di beni e servizi. Interventi stringenti colpiscono anche la farmaceutica con l'abbassamento di 0,8 punti percentuali, a partire dal 2013, del tetto della territoriale e con la conferma ancora per un anno di tutte le misure di taglio a stipendi e assunzioni per il personale dipendente e convenzionato.