



Rassegna Stampa del 01.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Superticket. Solo 4 regioni ancora non lo applicano. Ma la battaglia non è finita

Sono rimaste solo le Pa di Trento e Bolzano insieme a Val d'Aosta e Sardegna ad aver deciso di non voler applicare il superticket da 10 euro che non sarà più coperto dallo Stato. Le altre 17 regioni hanno applicato il balzello seguendo tre strade: semplice applicazione del ticket da 10 euro; rimodulazione del ticket in base alla prestazione e rimodulazione in base al reddito. Nonostante ciò non si fermano le polemiche dovute ai ricorsi già presentati da alcuni enti locali. Zaia (Veneto) è stato chiaro sul punto: "La battaglia non è finita".

01 SET - Il [super ticket di 10 euro](#), che com'è noto dalla manovra di Luglio non sarà più coperto dal Governo non piace a nessuno, si sa, ma nonostante questo sono rimaste solo quattro (Pa Trento, Pa Bolzano, Val d'Aosta e Sardegna) a rinunciare alla nuova tassa. Numero che potrebbe ancora restringersi qualora la Sardegna (che ha già i ticket al massimo a quota 46 euro) introducesse un miniticket aggiuntivo di un euro. Per ora sono solo voci e in ogni caso i quattro enti locali godono di uno status di autonomia speciale. Il grosso delle regioni, infatti, ha dovuto applicare il ticket. Non tutti, però, lo hanno fatto allo stessa maniera e senza opporre resistenza. Tre sono state le rotte prescelte dai "17 del ticket". Quella della rimodulazione del ticket in base a delle fasce reddituali scelta da [Emilia Romagna](#), [Toscana](#), [Umbria](#), Marche e [Veneto](#) (tra le regioni la più contraria al ticket) che ha presentato "obtorto collo" la sua formula. Il secondo 'modello' è quello su cui hanno optato [Piemonte](#) e [Lombardia](#) che hanno anch'esse rimodulato i ticket in modo progressivo ma questa volta in base alla tipologia di prestazione. Le restanti dieci (Abruzzo, Liguria, Calabria, Molise, Lazio, Campania, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Sicilia) hanno invece seguito alla lettera normativa e hanno aggiunto i 10 euro sic et simpliciter. Seppure con queste differenze, l'annosa tassa che tanto fa torcere il naso a cittadini e governatori va, ricordiamo, ad aggiungersi agli [altri ticket \(vedi dossier ticket farmaci, specialistica e pronto soccorso\) già in vigore in ogni Regione](#).

Nonostante le Regioni abbiano in gran parte dovuto attivare i ticket, stanno ulteriormente cercando di portare avanti la battaglia per una loro eliminazione. Chiaro sul punto il governatore Veneto Luca Zaia: "La battaglia sui ticket sanitari non è finita". Infatti, il Veneto (anche il Friuli lo ha fatto) ha ratificato i ricorsi presentati alla Corte Costituzionale e al Tar.

Regioni	Applicazione Ticket specialistica
Piemonte	Sì, Progressivi
Valle d'Aosta	No
Lombardia	Sì, Progressivi
Pa Bolzano	No

Pa Trento	No
Veneto	Sì, in base al reddito
FVG	Sì
Liguria	Sì
Emilia R.	Sì, in base al reddito
Toscana	Sì, in base al reddito
Umbria	Sì, in base al reddito
Marche	Sì, in base al reddito
Lazio	Sì
Abruzzo	Sì
Molise	Sì
Campania	Sì
Puglia	Sì
Basilicata	Sì
Calabria	Sì
Sicilia	Sì
Sardegna	No

Lettori: n.d.

la Repubblica **PALERMO**

01-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Sebastiano Messina

da pag. 4

Il caso

Sanità, il governatore si tira fuori “Sui manager decide Russo”

«SUI manager decide Massimo Russo». A mettere la parola fine alla vicenda dei direttori generali che hanno sfiorato il budget assegnato dalla Regione è il governatore Raffaele Lombardo, che ieri ha ribadito di rimettersi alle decisioni dell'assessore alla Sanità: «Io e Russo abbiamo incontrato alcuni dirigenti generali che hanno sostenuto le loro tesi e che hanno reso il tutto in delle memorie che hanno consegnato. L'assessorato proporrà delle conclusioni che io accetterò tout court, perché se c'è un rapporto di fiducia nei confronti degli assessori, e di Russo in maniera particolare, non potrò far altro che recepire il risultato di questa valutazione», ha sottolineato il governatore, smentendo i boatos di divergenze di vedute tra lui e Russo sulla vicenda. La decisione sui manager delle quattro Asp che non hanno conseguito gli obiettivi di bilancio (Messina, Catania, Agrigento e Siracusa), è attesa nel fine settimana. Su almeno tre delle quattro aziende coi conti in disordine si allunga l'ombra del commissariamento.

g.sp.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Locri Un tavolo unitario - operatori e sindacati - dovrà integrare il documento proposto dal sindaco Lombardo

Sanità, fronte di lotta più compatto

«Inaccettabile l'utilizzo del solo criterio economico per il piano di rientro»



Un momento dell'incontro di ieri sulla sanità tra sindaci, operatori sanitari e sindacalisti

Pino Lombardo LOCRI

La Locride unita scenderà sul sentiero di guerra a difesa della realtà sanitaria nel territorio che sta subendo, attraverso la cancellazione o il declassamento di fondamentali e strategici reparti dell'ospedale di Locri sui quali si regge la sanità locridea, processi di forte depotenziamento.

Questo il forte risultato dell'incontro-confronto tenutosi presso il comune di Locri ed effettuato tra i sindaci della Locride, gli operatori sanitari del territorio e le organizzazioni sindacali per integrare il documento-base predisposto dal sindaco di Locri Pepè Lombardo per il confronto sulle problematiche della Locride (sanità, viabilità, emergenza rifiuti ecc)

con il presidente Scopelliti e la manager dell'Asp di Reggio-Locri, messo in calendario per il prossimo 24 settembre.

Due i risultati importanti conseguiti ieri sera dall'incontro organizzato dal comitato dei sindaci della Locride con gli operatori sanitari del territorio e le organizzazioni sindacali, finalizzato a concretizzare idonee strategie ad impedire che l'ospedale spoke di Locri venga depotenziato con tutto ciò che significa per la garanzia della tutela della salute dei cittadini. Il primo risultato di natura istituzionale conseguito grazie ai "suggerimenti" scaturiti dagli interventi degli operatori sanitari e dai rappresentanti sindacali, (i medici primari Brugnano, Mammi e Stilo, Giugno, Mesiti, Passafaro e i rappresentanti sindacali Fragomeni e Mi-

cheli) consiste nell'affermazione che il decreto del commissario regionale alla Sanità calabrese, che traccia le linee relative la razionalizzazione della rete ospedaliera in Calabria e dà indicazioni sul Piano di rientro sanitario «non è immodificabile ma dev'essere applicato sulla base delle esigenze del territorio» e l'atto aziendale



Lettori: n.d.

Gazzetta del Sud Reggio Calabria

31-AGO-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Nino Calarco

da pag. 36

che dovrà formalizzare quelle strategie, come prevede la norma, non potrà essere approvato se prima i sindaci non lo avranno valutato ed espresso un parere.

Il secondo risultato è di natura strategica. La battaglia sarà

condotta unitariamente dalle organizzazioni sindacali e dagli operatori sanitari del territorio.

Oggi i sindaci s'incontreranno con una delegazione composta da operatori sanitari e rappresentanti sindacali per formalizzare un tavolo unitario che dovrà integrare il documento proposto dal sindaco di Locri con richieste specifiche. La riunione di ieri è stata voluta dai sindaci della Locride – hanno evidenziato Pepè Lombardo sindaco di Locri e Ilario Ammendolia presidente dell'Asso-

ciatione dei sindaci – a seguito dei continui segnali provenienti dalle scelte gestionali già attuate dal management dell'Asp provinciale che evidenziano come «nella definizione del nuovo atto aziendale dell'Asp 5 non verrebbe tenuta nella debita considerazione la realtà sanitaria della Locride». I primi cittadini locridei, ma anche gli operatori sanitari e i rappresentanti sindacali, ieri sera hanno fortemente contestato il principio della «centralizzazione» concretizzato con l'accorpamento delle ex Asl territoriali, quella di Locri e quella di Palmi, in un'unica Asp con quella di Reggio Calabria, basato sostanzialmente sul cosiddetto mo-

dello «ospedali-hub-spoke».

Per un territorio come la Locride – hanno sostanzialmente ribadito un po' tutti – il principio della «centralizzazione», proprio del modello hub-spoke, pur valido in generale presenta notevoli limiti di applicazione. Questi limiti scaturiscono innanzi tutto «dalle grandi distanze dagli ospedali hub più vicini (l'ospedale spoke di Locri dista oltre 110 km da quello hub di Reggio Calabria e di Catanzaro), dallo stato della rete stradale jonica che determina tempi di percorrenza molto variabili e comunque alti e pericolosi per la garanzia della salute degli utenti e dalle condizioni orografiche del territorio costiero e montano».

«Non è accettabile» hanno sostanzialmente affermato i sindaci Lombardo, Scordino, Crinò e Ammendolia, «l'utilizzo del solo criterio economico per un piano di rientro per il quale si ritiene prioritaria e indispensabile una valutazione complessiva della situazione, sia in termini di efficienza che di economicità, al fine anche di non disperdere un patrimonio di competenze costruito nel tempo».

L'amara constatazione dei sindaci locridei è che nella Locride «la situazione rimane critica e anche i segnali che stanno arrivando, dopo l'accorpamento delle Asl, sono molto preoccupanti relativamente alle scelte gestionali già attuate o a quelle che potrebbero prossimamente essere fatte con la stesura del nuovo atto aziendale».

Solo la metà delle Asl ha raggiunto il pareggio di bilancio

Prosegue la riduzione della spesa per il personale e i farmaci ma sarà dura arrivare ad un saldo attivo

DI FRANCESCO DI MIERO

Tra le quattro Asl abruzzesi le più virtuose, stando ai bilanci relativi all'anno 2010, sono quelle di Teramo, che ha chiuso in pareggio e di Pescara che ha fatto registrare persino un avanzo di gestione, anche se modesto. Ancora in passivo invece le Asl di Chieti per undici milioni e dell'Aquila, per ventotto milioni. Quest'ultimo dato relativo all'azienda sanitaria che, oltre all'Aquila comprende anche i territori di Avezzano e Sulmona è spiegabile con il post terremoto e la conseguente tendenza di parecchi pazienti a farsi curare in altre strutture sanitarie, anche fuori regione. In ogni caso, complessivamente la situazione finanziaria va migliorando notevolmente e lo sarà ancora di più nei prossimi anni, stando alle proiezioni elaborate dal commissario governativo, Gianni Chiodi, e dalla vice Giovanna Baraldi.

Lo stesso Chiodi azzarda la previsione di un prossimo avanzo di esercizio. Insomma la cura dimagrante dei risparmi (la chiusura o il ridimensionamento dei piccoli ospedali già decretati e confermati dal Consiglio di Stato; la razionalizzazione e la riduzione del personale, l'abbassamento dei livelli di spesa dei farmaci, con la collaborazione dei medici di famiglia) sta dando i suoi frutti. Ovviamente il consuntivo elaborato dal commissario ora dovrà passare al vaglio dei tecnici del Ministero della salute. Una volta validato il documento tecnico contabile si dovrà procedere a un ulteriore assestamento della manovra al termine della quale potrebbe anche terminare la fase del commissariamento. Ma prima

dovrà essere predisposto il Piano sanitario regionale con valenza triennale, nel quale fissare precisi paletti che consentano di mantenere l'equilibrio finanziario delle quattro Asl e quindi dell'intero sistema regionale ed evitare che si ripetano gli errori e gli sprechi del passato quando la spesa non era sottocontrollo, tanto a ripianare tutto ci pensava lo "Stato Pantalone". Stato che ormai da anni ha smesso i panni della maschera bolognese e ha iniziato ad imporre alla sanità italiana un rigore economico e contabile che fino a poche tempo fa era stato del tutto estraneo alla gestione delle Asl.

Si pensi che fino a non molti anni fa gli importi richiesti dalle cliniche private venivano liquidati

a pie' di lista, tanto che per far fronte agli enormi debiti accumulati, la Regione dovette fare ricorso alle famigerate cartolarizzazioni che hanno finito per indebitare gli abruzzesi almeno per un altro decennio ingessando ulteriormente il bilancio regionale. Ora i tetti di spesa del settore privato, peraltro essenziale per alcuni tipi di prestazioni (si pensi alla riabilitazione) sono preventivamente determinati anche sulla base di intese con le stesse case di cura. Gli sforamenti non saranno più tollerati non solo, ma per le strutture residenziali e semiresidenziali,

sia pubbliche che private è prevista a partire dal 2013 la compartecipazione del paziente in base a

parametri ancora da determinare con precisione, ovviamente tenendo conto del reddito del cittadino assistito. Riduzione anche del personale sanitario che al dicembre dello scorso anno era di 10.158 unità. Nel 2010 a fronte della cessazione di 340 rapporti di lavoro (pensionamento, scadenza del contratto) ci sono state 92 assunzioni. Per il 2012 sono stimate 285 cessazioni e 176 ingressi. Insomma, di anno in anno il totale del numero dei dipendenti del comparto sanitario tende sempre più a ridursi. Tale tendenza è giustificabile, comunque, solo con la razionalizzazione dei servizi e delle prestazioni in modo da non incidere negativamente sui Lea (Livelli essenziali di assistenza), altrimenti tutta l'operazione si ridurrebbe a un mero esercizio ragionieristico. Andamento pressoché analogo per il personale tecnico che al 31 dicembre 2010 era di 2341 unità. Nello scorso anno alle 93 cessazioni si è rimediato solo con quattro assunzioni. Nella proiezione 2012 vi sarebbero 117 assunti contro 91 licenziati. Sostanzioso smaltimento per il personale amministrativo (1451 al 31 dicembre scorso): 100 licenziati e 4 assunzioni nel 2010, altre 68 cessazioni e 38 posti di lavoro in ba-



Lettori: n.d.

laDiscussione

01-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Antonio Falconio

da pag. 11

se alla stima relativa al 2012. Considerando qualche altra figura professionale, a fine 2010, il personale di tutto il sistema sanitario pubblico abruzzese era di 14.045 unità con progressiva tendenza alla diminuzione grazie al differenziale tra licenziati e assunti. Per quanto riguarda la riduzione della spesa farmaceutica Chiodi fa molto affidamento nella collaborazione dei medici di famiglia prevedendo anche degli incentivi.

Insomma dell'era del tutto a tutti, e per giunta quasi gratis, è finita ora dovrebbe essere arrivata, anche nella regione Abruzzo, l'ora del rigore e del buon senso.

Stesso esame, ticket diversi tra Asl e ospedale

Poi l'assessore corregge l'errore. Per l'esenzione stop all'autocertificazione

**Ora l'azienda sta passando
organizzazione ospedale
visite specialistiche pagate più
del dovuto. Reddito ospedali
ha così portato a zero**

SARA STRIPPOLI

CHÈ gran confusione questo ticket regionale. Mentre da oggi l'autocertificazione per la richiesta di esenzione non potrà più essere accettata, ad agosto il ticket ha avuto costi diversi a seconda dell'ospedale dove si capitava. I torinesi fortunati, quelli che si sono rivolti all'ospedale Molinette, hanno pagato 23,10 euro per una visita specialistica generale, che fosse ginecologica o oculistica. L'azienda aveva correttamente applicato la circolare e sommato 4 euro e 50 centesimi al ticket fisso di 18 euro e 60 centesimi. I meno fortunati, quelli che si sono prenotati in una struttura dell'Asl To2, hanno pagato 5 euro e 50 centesimi in più, per un totale di 28 euro e 60 centesimi.

La denuncia è arrivata dalla Cisl durante il convegno organizzato dal Pd che si è svolto al Parco Ruffini martedì sera. Il titolo, emblematico, era «Ticket, quanto mi costi?». «Serve più chiarezza — ha detto nel suo intervento la segretaria regionale della Cisl Giovanna Ventura — È indispensabile che ovunque il tariffario sia pubblicato e che i cittadini sappiano esattamente quanto sono chiamati a pagare. Questo è anche il risultato di sistemi informatici diversi e non centralizzati che possono generare un sacco di errori. Dopo pochi giorni è arrivata una circolare del neo assessore Paolo Monferino che chiariva ulteriormente la modalità di applicazione».

L'ospedale Molinette conferma che il sistema è assai complesso e comporta la massima attenzione nell'applicazione. Dice Alessandra Brusco, del dipartimento programmazione del San Giovanni Battista: «Teniamo conto che esiste un valore che corrisponde a quanto percepisce la struttura per ogni ticket pagato (per la visita specialistica generale, questo valore è di 30 euro). Ed esistono codici che per una sola cifra possono essere scambiati».

Luisella Cesari, direttrice sanitaria dell'Asl unica torinese, ammette che ci possono essere stati degli errori, ma chiarisce che questi possono essersi verificati sol-

tanto nel caso dei centri prenotazioni sparsi sul territorio, ma non nel caso dei pazienti passati dal sovracup: «Mi hanno confermato che il Csi ha inserito immediatamente i dati corretti — spiega Cesari — Possiamo dunque dedurre che se ci sono stati degli errori possono essere stati commessi soltanto per una digitazione sbagliata. Non credo che si possa trattare di un numero eccessivo». La direttrice sanitaria si affretta a ricordare che chiunque ritenga di aver pagato di più di quello che avrebbe dovuto può chiedere il rimborso: «Bisogna rivolgersi nelle sedi dei diversi distretti, o anche in ospedale, dove si compila un modulo. La somma può essere riscossa nella banca che sarà indicata dagli operatori».

Da oggi, intanto, l'autocertificazione per la richiesta di esenzione non può più essere accettata e il direttore sanitario di presidio dell'ospedale Martini Artemio Brusa dice di essere molto preoccupato: «Abbiamo passato il mese di agosto a ricevere in ospedale persone che non hanno ricevuto il certificato di esenzione semplicemente perché sono "ignote agli uffici", disoccupati o persone con un reddito molto basso. Si tenga conto che solo nella nostra Asl, oltre centomila persone prima autocertificavano. Finora abbiamo chiuso un occhio, ma da domani mattina questo non è più possibile per legge e saremo costretti a far pagare il ticket a chiunque non sia in possesso del certificato». Luisella Cesari rinnova l'appello: «Ci si renda conto che si parla del rispetto della legge. Ad agosto i nostri sportelli hanno controllato moltissime situazioni di persone che chiedevano l'esenzione, alcune sono state respinte, altre accettate». Ma Brusa teme l'effetto intasamento pronto soccorso: «Temo che questa situazione spinga molti a venire in pronto soccorso per saltare il pagamento del ticket e al Martini in questi giorni siamo al limite della sopportabilità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL CENTRODESTRA «CI CHIEDIAMO PERCHÉ VENDOLA NON ATTIVI IL TURN OVER IN DEROGA PER GARANTIRE L'ASSISTENZA NEGLI OSPEDALI»

«C'è troppo poca chiarezza, Vendola venga a riferire in consiglio regionale»

Palese (Pdl): «Preoccupano i criteri scelti per le nuove società di servizi»

GRECO (PPDT)

«Persi 8 mesi sulla definizione delle nuove piante organiche»

● Era stata una lunga stagione calda sui temi della sanità. Anche la ripresa delle attività del Consiglio regionale si preannuncia incandescente sugli stessi temi. Tra i preventivati tagli e le questioni occupazionali, l'opposizione al governo Vendola ha materiale in abbondanza per richiamare alle sue responsabilità il governo regionale e in particolare l'assessore alla Sanità, **Tommaso Fiore**. Il capogruppo del Popolo della Libertà, **Rocco Palese** parte da una delle vertenze aperte, quella delle Utic (unità di cardiologia) denunciata nei giorni scorsi dalla Cisl Puglia: «Ci auguriamo che il Governo Vendola e l'assessore Fiore - dice Palese - ascoltino le proposte Cisl per la salvaguardia dei pazienti e il ripristino della garanzia dei livelli minimi di assistenza. Chiediamo al governo Vendola per l'ennesima volta di procedere in deroga al blocco del turn over come peraltro previsto anche da Leggi regionali (art. 2 Legge Regionale 12/2010) e di attivare le procedure di mobilità».

Poi inevitabilmente il discorso cade sulle Asl e sui problemi che si stanno manifestando quanto al nuovo tentativo di internalizzare i

servizi attraverso la costituzione di società cosiddette in house. Due gli elementi da cui parte il ragionamento di Palese: il suicidio del manager di Sanità service Bari e il sequestro, con l'ipotesi di reato di peculato d'uso continuato, dell'auto Bmw di proprietà della Sanitaservice di Foggia e, questa l'accusa, utilizzata per motivi personali dal manager foggiano. «Questi due episodi - dice Palese - rendono urgente ed indifferibile una informativa dell'assessore Fiore e dei direttori generali delle Asl in Commissione Sanità, per fare il punto sulla

situazione delle società in house e sulla loro gestione. Purtroppo - aggiunge Palese - si confermano e si rafforzano i nostri dubbi iniziali e da sempre espressi in ogni sede istituzionale sulle modalità di creazione, gestione e sulla trasparenza dell'operato di queste società. Riteniamo che l'assessore Fiore e i direttori generali, anche in seguito delle riunioni che hanno tenuto in questi giorni sulla gestione delle società e la situazione del personale del servizio sanitario, debbano venire in Commissione per informarci sugli esiti di queste riunioni, per fare il punto su tutte le società in house della Puglia e sulla situazione del personale a partire, per quanto possibile e di nostra competenza, dalle due vicende della Sanitaservice di Bari e Foggia».

Per **Salvatore Greco**, coordinatore regionale de La Puglia prima di tutto, il punto d'avvio delle

contestazioni mosse a Fiore è il provvedimento sulla revisione delle piante organiche delle Asl. «Dopo 8 mesi che gli diciamo di attivare le procedure per adeguare il personale ai tagli di ospedali, reparti e posti letto, redistribuendo le risorse umane disponibili, siamo ancora a zero. Se serviva una "leggina", perché non la si è portata in Consiglio prima, visto che peraltro il centrodestra si è sempre detto disponibile a collaborare?»

E poi, immancabile, il riferimento agli ultimi episodi riguardanti la creazione di società apposite per riassorbire il personale che negli ultimi anni si è occupato dei servizi nelle Asl pugliesi: «È incomprensibile - dice Greco - l'inerzia dell'assessorato alla Sanità e della Asl di fronte alle circostanze sempre più opache che avvolgono la tragica, e allo stato inspiegabile, morte di Massimo Novelli: mentre la Procura di Taranto decide di riesumare il cavaddere per eseguire la autopsia e approfondire le cause mediche del decesso, la Regione mostra di voler girare la testa dall'altra parte, malgrado siano stati proprio i vertici della azienda sanitaria barese a riferire, in più di un'intervista, dello stato di ansia e preoccupazione nel quale Novelli aveva riferito di trovarsi».



IL FATTO VIA LIBERA DALLA GIUNTA REGIONALE ALLA RIDUZIONE DEL 30%

Sanità pugliese, tagliati gli stipendi dei manager

Si uccide a Bari neurochirurgo del Policlinico coinvolto nell'indagine della procura sul reparto

ARMENISE E ALTRI SERVIZI ALLE PAGINE 8 E 9 >>

Manager delle Asl di Puglia la giunta taglia le indennità

Decurtato del 30% il compenso di direttori generali, sanitari e amministrativi

Si passa da 154mila a 111mila euro all'anno per il massimo vertice delle Aziende sanitarie e da 123mila a 89mila per i suoi collaboratori

● Da 154mila euro annui a 111mila per i direttori generali e da 123mila a 89mila per i direttori amministrativi e sanitari. La giunta regionale pugliese ha varato ieri, su proposta dell'assessore alla Sanità, Tommaso Fiore e in ossequio agli «aggiustamenti» determinati dalla necessità di adeguarsi al dettato di una sentenza della Corte costituzionale, la nuova tabella dei compensi dovuti ai manager delle Aziende sanitarie locali di Puglia. La decurtazione dei compensi sconta due successive «limature» così come previste dalle leggi 133 del 2008 e poi 122 del 2010 e 1 del 2011. Entrambe le disposizioni di legge cancellano la situazione delle indennità così come fissata nei criteri di calcolo stabiliti dall'articolo 17 della legge regionale numero 1 del 2005.

Con nota del direttore generale del ministero datata 1 giugno 2011, il **ministero della Salute** aveva evidenziato come la sentenza numero 68/2011 della Corte Costituzionale avesse, per effetto delle varie modifiche che si erano succedute nel tempo e successivamente dichiarate incostituzionali, avesse fatto venire meno l'articolo 17 della legge

del 2005. Come conseguenza immediata di questo, anche il calcolo del trattamento economico di direttori generali, sanitari e amministrativi andava rivisto in modo che non venisse più citato tale articolo. La giunta regionale ha dunque rettificato la delibera numero 932/2011 determinando questa volta il trattamento economico dei vertici sanitari facendo riferimento al decreto del presidente del Consiglio dei ministri numero 502/1995 con le decurtazioni previste.

Sempre ieri la giunta ha poi varato lo schema di disegno di legge che approva formalmente il Piano di rientro della regione Puglia 2010-2011. Il disegno di legge è composto da un articolo unico suddiviso in 5 commi. La legge «corrisponde alla richiesta del Tavolo interministeriale istituito per la verifica dell'attuazione dell'accordo sul piano di rientro della Regione come da verbale della riunione di verifica tenutasi il 19 luglio 2011.

Il governo regionale pugliese ha stabilito che le Aziende devono, al fine del contenimento della spesa disposto dall'art. 2 commi 71-72

della legge finanziaria n. 191/2009, ridefinire le dotazioni organiche sulla base del riordino della rete ospedaliera, della nuova organizzazione del dipartimento di prevenzione e dei distretti socio-sanitari. «Le dotazioni organiche devono, altresì, - si legge ancora nella relazione che accompagna il provvedimento - individuare le strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali nell'ambito del numero complessivo assegnato con deliberazione di giunta regionale numero 1388/2011 e dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui al regolamento Regionale n. 3/2005. Le disposizioni emanate dall'articolo che si propone devono essere recepite anche nei Protocolli d'intesa tra Regione e Università».



Sequestrata la Bmw X3 della società in house amministrata da Di Biase che gestisce il 118 a Foggia. L'accusa: peculato d'uso continuato

Sott'inchiesta il manager con il Suv

Pedinato e intercettato: in giro con l'auto di servizio per shopping e matrimoni

I POLIZIOTTI della Digos si sono presentati a casa sua, ieri mattina alle otto e si sono portati via la Bmw X3: sequestro preventivo. Il gip del tribunale di Foggia, Antonio Diella ha accolto la richiesta della procura. Per Antonio Di Biase, amministratore unico della Sanitaservice, la società in house della Asl di Foggia che ha internalizzato i servizi non sanitari degli ospedali della provincia, è scattata la denuncia per

peculato d'uso continuato. Il Suv infatti non è suo ma della società, una srl il cui capitale è totalmente pubblico. Insomma un'auto di servizio. Utilizzata per andare con la famiglia ad alcuni matrimoni, per viaggi di piacere e trasferite per fare shopping. Ma Di Biase si difende. «Tutto regolare».

PIERO RICCI A PAGINA III

L'auto dell'Asl per viaggi e matrimoni

Denunciato il manager di Sanitaservice: aveva un Suv Bmw di servizio

I nodi



GLI STIPENDI

La giunta regionale ha ridotto gli stipendi dei manager: 111 mila euro ai direttori generali, 89 mila a direttori sanitari e amministrativi



IL PERSONALE

La giunta regionale ha approvato un articolo unico per obbligare i manager a rifare le piante organiche sulla base dei tagli dovuti al riordino ospedaliero



LE INTERNALIZZAZIONI

L'assessore Fiore sta predisponendo una delibera che consente alle società in house di ampliare i servizi per le Asl, come fatto a Foggia e Brindisi



I PRECARI

A settembre vanno annullati gli atti di stabilizzazione fatti con la legge bocciata e i capi del personale devono comunicarlo agli interessati

Il dirigente si difende: "Per l'uso promiscuo a fini personali pago 140 euro al mese"

PIERO RICCI

I POLIZIOTTI della Digos si sono presentati a casa sua, ieri mattina alle otto e si sono portati via la Bmw X3: sequestro preventivo. Il gip del tribunale di Foggia, Antonio Diella ha accolto la richiesta della procura. Per Antonio Di Biase è scattata la denuncia per peculato d'uso continuato. Di Biase, 62 anni di Trinitapoli, è l'amministratore unico della Sanitaservice, la società in house della Asl di Foggia che ha internalizzato i servizi non sanitari degli ospedali della provincia. E il Suv dello storico marchio tedesco non è suo ma della società, una srl il cui capitale è totalmente pubblico. Insomma un'auto di servizio. Non proprio un'utilitaria visto che il modello base non costa meno di 40 mila euro. Di Biase aveva l'uso esclusivo dell'auto e la usava non solo per andare al lavoro o

in giro per lavoro ma anche per motivi personali. Le indagini hanno accertato che l'ha utilizzata per andare con la famiglia ad alcuni matrimoni, viaggi di piacere, anche trasferite per fare shopping con puntate anche a Milano e a Fermo, nelle Marche. Gli uomini della Digos per un anno, lo hanno pedinato, hanno acquisito i tabulati del Telpass che ne hanno certificato gli spostamenti privati.

Di Biase si difende. «Tutto regolare. Pago un fringe benefit per l'uso promiscuo dell'auto di servizio e ogni mese mi vengono trattenuti 140 euro sulla busta-paga, come dal tariffario dell'Ac», osserva Di Biase. L'amministratore unico di Sanitaservice ammette: «È vero ho usato l'auto della società per motivi personali ma fu una scelta imprenditoriale quella di acquistarla perché con i rimborsi chilometrici, i costi sarebbero stati maggiori». Comunque i suoi avvocati sono al lavoro. E stanno imbastendo la difesa sul presupposto che la Sanitaservice è una società sottoposta al codice civile e che nessuna delle attività for-

nite dalla società in house, come ausiliari, portieri, addetti alle pulizie e facchini, può configurarsi come pubblico servizio. «Nemmeno il lavoro che facciamo con il 118, con i nostri soccorritori che non sono personale sanitario può essere considerato servizio pubblico, né l'auto che mi era stata assegnata è stata sottratta al servizio d'emergenza», insiste Di Biase che da oggi, volente o nolente, se non vuole andare al lavoro a piede, sarà costretto a usare l'auto privata «col rimborso chilometrico».

Per Di Biase, che è stato il pioniere delle società in house in Puglia e il primo ad aver fatto le internalizzazioni assumendo il personale di società e cooperative che s'aggiudicavano gli appalti, è un'altra tegola dopo l'episodio del marzo scorso quando per contestare i contenuti di un articolo pubblicato su un quotidiano locale, andò in redazione e aggredì fisicamente il giornalista. L'episodio ebbe un'eco anche in Consiglio regionale: erano i giorni caldi della sentenza della Corte costitu-



zionale che bocciò le internalizzazioni facili e bloccò le stabilizzazioni. Ora che la Digos gli ha sequestrato l'auto di servizio e denunciato per peculato, l'opposizione di centrodestra è tornata all'attacco: «L'assessore Fiore e i direttori generali vengano urgentemente in commissione a riferire - chiede il capogruppo del Pdl, Rocco Palese - sulla situazione delle società in house. Purtroppo - conclude l'esponente del Pdl - si confermano e si rafforzano i nostri dubbi iniziali e da sempre espressi in ogni sede istituzionale sulle modalità di creazione, gestione e sulla trasparenza dell'operato di queste società».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPO IL NOSTRO SERVIZIO SUI DISAGI DELL'UTENZA, INTERVIENE IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

"Presto ci sarà un apparecchio per pagare i ticket anche nel POLO SANITARIO di Ischia"

di Isabella Marino

Per adesso, ne è disponibile solo uno presso l'ospedale "Rizzoli". Ma tra qualche tempo sull'isola dovrebbe esserne attivato un altro nel "polo" sanitario di Ischia Ponte. Si tratta dei cosiddetti "punti gialli", ovvero quelle apparecchiature per il pagamento automatico dei ticket che l'Asl sta dislocando sul territorio di sua competenza per venire incontro - almeno in quello - alle esigenze degli utenti che usufruiscono dei vari servizi sanitari. All'indomani del nostro servizio sui disagi sopportati dai cittadini che fanno riferimento al presidio "San Giovan Giuseppe", il direttore sanitario del Distretto 36 di Ischia e Procida, Roberto Landolfi, è intervenuto sull'argomento, anticipandoci la novità che prossimamente dovrebbe risolvere il problema delle file alla posta per pagare i ticket dovuti per le visite specialistiche. Una buona notizia che va nella direzione auspicata dagli utenti e che poi corrisponde, semplicemente, ad una operazione di buon senso e di buona organizzazione, sfruttando pure nell'Asl Na2 Nord e perfino ad Ischia le oppor-

L'apparecchiatura già operativa in via Fundera è al servizio anche del Distretto, non solo dell'ospedale, dove peraltro il ticket si può pagare in contanti allo sportello dell'apposito ufficio all'ingresso, vicino al quale è stato collocato il primo "punto giallo" dell'isola



tunità offerte dalle tecnologie ormai di uso quotidiano del ventunesimo secolo. "Mi rendo conto dei disagi degli utenti - ci ha detto il direttore Landolfi - Certamente doversi rivolgere all'ufficio postale per versare i ticket non è cosa agevole e comporta qualche problema. Ma è giusto chiarire che sull'isola è già operativo un apparecchio per il pagamento automatico, cioè il "punto giallo" esistente presso l'ospedale, che è in rete, come gli altri installati dall'Asl in terraferma, e può essere utilizzato per tutti i servizi aziendali, senza distinzione tra ospedale e distretto. Per cui, chi vuole, può pagare anche lì il ticket per le visite effettuate presso gli ambulatori sul territorio, evitando le file alla posta e senza l'aggravio del costo per il conto corrente".

Dunque, l'apparecchiatura già operativa in via Fundera è al servizio anche del Distretto, non solo dell'ospedale, dove peraltro il ticket si può pagare in contanti allo sportello dell'apposito ufficio all'ingresso, vicino al quale è stato collocato il primo "punto giallo" dell'isola. D'altra parte, per chi deve passare una visita al presidio "San Giovan Giuseppe", non è certo agevole passare

prima per Lacco Ameno e pagare il ticket in ospedale, a meno che non risieda nelle vicinanze, per cui la "macchinetta" lacchese non viene incontro alle esigenze dei tanti frequentatori dell'ex clinica di Ischia Ponte. Che, perciò, dovranno continuare a rivolgersi agli uffici postali, anche se ancora per poco. Perché la novità positiva è che "l'Asl ha già previsto un secondo "punto giallo" sull'isola - precisa Landolfi - E' stata già fatta anche la gara per l'installazione di un nuovo dispositivo a Ischia Ponte e adesso si tratta solo di risolvere alcuni problemi di natura tecnica per procedere all'installazione". In sostanza, date le caratteristiche dell'apparecchiatura, i tecnici dovranno individuare l'area più appropriata in cui collocarla o presso il presidio "San Giovan Giuseppe" o presso la vicina "Villa Romana", dove ci si reca prima di accedere alle visite per prenotarle. Dunque, è solo una questione di tempo per farla finita con le file alla posta. Già, ma quanto tempo? "Il progetto è in dirittura d'arrivo

- conferma Landolfi - ci sono da risolvere le ultime questioni tecniche, che comunque non sono di poco conto. Perciò prevedo che sarà tutto a posto entro qualche mese". Meglio così... Nel frattempo, sulla questione delle informazioni insufficienti o errate a proposito dei ticket, il direttore del Distretto ci ha dichiarato: "Le disposizioni sui ticket sono in divenire e cambiano velocemente. Il personale adegua le informazioni in base a quanto stabiliscono i decreti commissariati che vanno applicati. Mi rendo conto che l'utenza sia un po' disorientata in questa fase, ma invito chi ne ha bisogno, a rivolgersi al nostro Ufficio relazioni con il Pubblico (081. 5070655) per ottenere tutte le informazioni e delucidazioni del caso". Con la speranza che venga spiegato chiaramente agli utenti che il pagamento del ticket, per ora, richiede il pagamento di un conto corrente presso un ufficio postale. A meno che non si preferisca una capatina al "Rizzoli" per usufruire del "punto giallo" già esistente...

"E' stata fatta la gara per l'installazione di un nuovo dispositivo a Ischia Ponte e adesso bisogna risolvere gli ultimi problemi per procedere all'installazione". I tecnici dovranno individuare l'area più appropriata presso il presidio "San Giovan Giuseppe" o presso la vicina "Villa Romana"



Ticket sanitari: e se per abolirli tagliassimo i costi della politica?

Nelle ultime settimane le **Regioni** sono state impegnate sul fronte dei nuovi **ticket** introdotti dalla **manovra economica** di luglio. Da più parti si è cercata la strada per evitare questo ulteriore peso sulle spalle dei **pazienti**: alcune Regioni hanno tentato una rimodulazione



dei ticket, per molte altre invece non è stato possibile fare altro che applicarli alla lettera. Tuttavia la battaglia sull'introduzione di questi ticket (già entrati in vigore) sembra ancora aperta, tanto che si fa strada un'ipotesi alternativa che sarebbe bene non sottovalutare: abolire gli odiosi ticket grazie al taglio dei **costi della politica**.

L'occasione è offerta, paradossalmente, dalla manovra bis in corso di approvazione in questi giorni. La manovra di luglio ha ripristinato il ticket di 10 euro sulle **prestazioni specialistiche**, varato nel 2007, e confermato il ticket di 25 euro sui ricorsi impropri al Pronto soccorso, i cosiddetti "**codici bianchi**". Ecco, questi costi che vanno a cadere sui cittadini potrebbero essere pagati invece dalla politica, risparmiando sulle auto blu e sui ministeri. La proposta è stata lanciata in questi giorni dal **senatore Ignazio Marino, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale**.

"In periodo di crisi – afferma il senatore del Pd – non è possibile caricare sui più bisognosi il peso delle inefficienze dello Stato e per questo chiediamo che nella manovra bis in discussione al Senato sia abolito il ticket sulle visite specialistiche e sulla diagnostica introdotto a luglio".

"Per il 2011 – continua Marino – basterebbe recuperare le risorse, che oggi vengono raccolte con una misura iniqua e sbagliata come il ticket, attraverso la razionalizzare dell'utilizzo delle auto blu e l'accorpamento degli uffici periferici dello Stato. A partire dal 2012, le risorse per evitare il ticket, pari a 834 milioni di euro l'anno, possono essere individuate con un fondo aggiuntivo ricavato dal risparmio delle spese dei ministeri, per 1 miliardo l'anno".

L'emendamento che chiede l'abolizione del ticket, sostiene Marino, tiene conto di una visione della sanità che vuole combattere gli sprechi e le inefficienze, ma anche tenere in considerazione le esigenze dei pazienti. Infatti, a causa di quanto previsto dalla manovra di luglio, "per una ecografia alla mammella nel servizio pubblico un cittadino deve spendere 46 euro, per un elettrocardiogramma 22 euro e per una lastra al torace 25,50 euro. Di fronte a queste cifre qualcuno potrebbe anche scegliere di rinunciare a un esame o un accertamento e tenersi il dubbio di avere una malattia".

La partita sembra aperta. Ora bisognerà vedere quale ascolto troverà questa proposta nell'iter della manovra bis. La speranza è che per una volta, la razionalizzazione dei costi della politica sia un vantaggio concreto in termini di risparmio per i cittadini. Questo soprattutto, considerando che si tratta di servizi che riguardano un aspetto fondamentale della vita delle persone come la salute.



Ticket e rischio mobilità passiva

In seguito alla manovra del Governo di metà Luglio, che ha previsto, per gli assistiti non esenti, il pagamento di una quota fissa di 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, diverse Regione "obtorto collo" e nonostante, l'opposizione o proposte alternative, stanno adeguandosi "all'imposizione nazionale dei ticket" in modo variegato.

Sulle prestazioni di assistenza specialistica la Lombardia ha deliberato una "quota fissa aggiuntiva al ticket oggi corrisposto, pari al 30% del valore della ricetta", il Veneto un ticket di 10 euro ai soggetti appartenenti a nuclei familiari con reddito maggiore o uguale a 29 mila euro e di 5 euro se con reddito inferiore; la Regione Emilia Romagna ha scelto un percorso più articolato e per fasce in base al reddito autocertificato complessivo del nucleo familiare fiscale (Fascia 1 fino a 36.152 euro, Fascia 2 tra 36.153 e 70.000, Fascia 3 tra 70.001 e 100.000 e Fascia 4 maggiore di 100.001).

Dal 29 agosto, i cittadini non esenti, che usufruiscono dei servizi sanitari della nostra Regione, dovranno pagare 5 euro in più per una visita specialista, una quota fissa di 5 (Fascia 2), 10 (Fascia 3) o 15 euro (Fascia 4), a condizione che il ticket sia superiore a 10 euro e non si tratti di visite, TAC e RMN; 46,15 euro per un intervento ambulatoriale di Cataratta o Tunnel Carpale e un ticket sui farmaci di 1 (Fascia 2), 2 (Fascia 3) o 3 euro (Fascia 4) a confezione.

Per una TAC o una Risonanza Magnetica in Emilia Romagna si pagherà 36,15 euro se in Fascia 1 (invariato), 50 se in Fascia 2 e 3 e 70 se in Fascia 4, in Lombardia 46,95, in Veneto 41,15 (Reddito inferiore a 29.000 euro) o 46,15 (Reddito superiore a 29.000); per una Prima Visita Cardiologica con ECG in Emilia Romagna 34,60 (Fascia 1), 39,60 (Fascia 2), 44,60 (Fascia 3) e 49,60 (Fascia 4), in Lombardia 37,10, in Veneto 34,60 (Reddito inferiore a 29.000) o 39,60 (Reddito superiore a 29.000 euro).

Con questi esempi il cittadino ferrarese troverà conveniente usufruire delle prestazioni sanitarie offerte dal S. Anna, oggi in Corso Giovecca (domani a Cona), e dagli Ospedali della Provincia o emigrerà in Lombardia o Veneto, soprattutto se concorrenziali sui tempi? La mobilità passiva fuori Regione non potrà che aumentare!

Inoltre, siccome la normativa non prevede applicazione dei ticket alle prestazioni di pronto soccorso, vi sarà un rischio reale che l'utente andrà di più e impropriamente al P.S., ritenendolo più vantaggioso e veloce.

Infine il ticket sui farmaci (ma anche la quota fissa per ricetta) potrebbero avere una ricaduta negativa, e non essere economicamente sostenibile per gli assistiti che, a causa di una patologia cronica, devono assumere più farmaci, a meno che non si provveda a specifici correttivi, se non a una marcia indietro. Se, alla parziale e incompleta attribuzione delle esenzioni per patologie si può ovviare, ma non in tempi brevi, con visite specialistiche, si deve con chiarezza affermare che possono essere erogati in esenzione non solo i farmaci per il trattamento della patologia o malattia rara per la quale è stata rilasciata l'esenzione, ma soprattutto tutti gli altri in uso e prescritti al paziente in maniera continuativa, anche se non è prevista una specifica esenzione (vedi per fare un esempio farmaci per il colesterolo per chi ha la pressione alta, il diabete, ha avuto un infarto o un ictus; o protettori gastrici per chi usa antiinfiammatori o cortisonici; o farmaci per l'osteoporosi per chi ha avuto una frattura vertebrale o del femore).

Per ultimo, senza soffermarci se fosse stato o sarà meglio l'indicatore ISEE (che considera il patrimonio familiare e il numero dei componenti del nucleo familiare) chiediamo se scegliendo le fasce autocertificate si sia pensato alle lunghe ed estenuanti pratiche burocratiche a cui si dovranno non solo oggi, ma anche domani in caso di modifiche reddituali, sottoporre i cittadini di questa Regione o se questa modalità di partecipazione alla spesa possa essere funzionale a favorire l'appropriatezza prescrittiva.

Francesco Levato

il Quotidiano della Calabria.it

Sanità. Dalla Regione, 245mln di euro per le Aziende sanitarie e ospedaliere

L'Assessore al Bilancio Giacomo Mancini: "l'impegno di questa somma cospicua è utile per incrementare l'attività delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere dell'intero territorio regionale"



31/08/2011 «La Ragioneria Generale della Regione Calabria ha

impegnato la quota di oltre 245 milioni di euro per l'erogazione alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della quota del servizio sanitario regionale a destinazione indistinta, prevista per il mese di agosto 2011».

«204 milioni di euro – si precisa in una nota - vengono destinati alle Aziende Sanitarie provinciali: 73 milioni all'Asp di Cosenza, 37 a quella di Catanzaro, 19 milioni e 500.000 euro all'Asp di Crotone, 8 a quella di Vibo Valentia, circa 56 a quella di Reggio Calabria e 576mila euro al presidio Inrca dell'Asp di Cosenza. Alle Aziende ospedaliere invece verrà trasferita la somma di circa 39 milioni di euro, 11.681.000 all'Ao di Cosenza, 11.143.000 all'Azienda ospedaliera Pugliese-Ciaccio, 3.730.000 all'Ao Mater Domini, 12.372.724 all'Ao di Reggio Calabria. Infine 1 milione e 500 mila euro verrà liquidato alla Fondazione per la ricerca e la cura dei tumori «Tommaso Campanella».

«La Giunta regionale continua a produrre fatti concreti per attuare il Piano di rientro dal disavanzo della sanità calabrese – commenta l'Assessore al Bilancio Giacomo Mancini (*in foto*) – e l'impegno di questa somma cospicua per incrementare l'attività delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere dell'intero territorio regionale ne è una ulteriore prova. L'Amministrazione regionale sotto la guida del Presidente Scopelliti – conclude l'Assessore Mancini - prosegue il suo impegno costante per mantenere la promessa: garantire a tutti i calabresi la sanità che meritano».



SANITA': TICKET ATTIVO IN 17 REGIONI SU 21, DOMANI VERTICE A ROMA SU MANOVRA

mercoledì 31 agosto 2011

Roma, 31 ago. (Adnkronos/Adnkronos Salute) - Sono rimaste in quattro. A non aver introdotto il superticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - inserito nella Manovra economica di luglio - sono solo quattro Regioni: la Sardegna, la Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Trento e quella di Bolzano. Si restringe sempre di più, quindi, il fronte delle Regioni che tiene duro contro l'applicazione di un balzello che non piace a nessuno e ha suscitato tante polemiche.

A scatenarle sono state soprattutto le Regioni, unanimamente contrarie all'applicazione del superticket, ritenuto "un danno sia per i cittadini, sia per il Servizio sanitario nazionale". Tanto che domani, nel corso della Conferenza delle Regioni, convocata in via straordinaria per fare il punto sulla Manovra, i governatori torneranno a chiederne la cancellazione. Molti presidenti di Regione - ma anche la maggior parte degli addetti ai lavori - sono infatti convinti che l'introduzione del ticket finisca con lo spingere i pazienti verso la sanità privata, a danno delle casse del Ssn.

Se la bocciatura è stata unanime non si può dire altrettanto per quanto riguarda le soluzioni che gli enti locali hanno adottato a riguardo. C'è chi - la maggior parte delle Regioni - ha applicato il superticket tenendo fede alla legge nazionale e introducendo quindi i 10 euro in più a ricetta, anche perché alle prese con i conti in rosso. Altre invece, soprattutto quelle più virtuose e con i bilanci in ordine, hanno invece perseguito altre strade, modulando l'applicazione del ticket a seconda del reddito o del costo della prestazione. Il dato certo è però che, una volta saltata la possibilità di scongiurarne l'introduzione attraverso l'aumento delle accise sul tabacco - ipotesi ventilata all'inizio di agosto - le Regioni si sono dovute "piegare": 17 su 21 sono state "costrette" ad applicare il balzello.

Welfare. Monferino: «Quest'anno per la prima volta in Piemonte spesa in calo»

Parte la stretta sulla sanità

A settembre al ministero la verifica sui conti del primo semestre

TORINO

Filomena Greco

I conti di Asl e ospedali piemontesi al vaglio del ministero: è prevista per le prime settimane di settembre, a Roma, la riunione di verifica sull'andamento della spesa nel primo semestre dell'anno. Dalla regione fanno sapere che la situazione è sotto controllo e che il semestre 2011 confermerà quanto già emerso nel primo trimestre, che aveva registrato un risparmio di 18 milioni rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso. «Ci aspettiamo - anticipa l'assessore alla Sanità Paolo Monferino - che il trend di riduzione della spesa sia confermato».

Le risorse del 2011

L'azione di "smagrimento" della sanità piemontese, dunque, va avanti, e il 2011 dovrebbe segnare una inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti, con una macchina sanitaria che per la prima volta costerà, nel complesso, meno che l'anno precedente. Già il triennio 2007-2009, confermano i tecnici, aveva visto un rallentamento della dinamica della spesa sanitaria, che quest'anno dovrebbe registrare il segno meno.

La manovra sul personale (blocco del turnover e dei contratti "atipici") e il taglio delle prestazioni da privato sono le leve che hanno portato i risparmi più immediati. «Circa il 30-40% dei risparmi - conferma l'assessore Monferino - arriva dall'uscita del personale, una voce che dovrebbe crescere nel corso dell'anno». Con i sindacati fortemente critici sulle conseguenze del piano di rientro su lavoratori e pazienti. Più difficile, invece, esercitare un'azione di riduzione dei costi ad esempio sulla farmaceutica ospedaliera e, in generale, sul capitolo beni e servizi.

Il Piemonte, dunque, strin-

ge la cinghia. Potrà contare quest'anno su risorse pari a 8,16 miliardi, comprensive dei 7,89 miliardi garantiti dallo Stato e del contributo regionale che l'anno scorso era di 400 milioni e che quest'anno dovrebbe attestarsi sui 250. Alle Asr andranno 8,026 miliardi, come recita la delibera della giunta varata il 29 luglio scorso e che fissa i paletti che i commissari dovranno rispettare, pena il blocco totale delle assunzioni.

L'ex assessore alla Sanità Eleonora Artesio ragiona sui numeri e avanza qualche dubbio. «Il sistema sanitario piemontese decresce, a causa dei correttivi della manovra Tremonti - sottolinea Artesio - e dell'eccezionalità della riduzione regionale del 2011: il dato è evidente se si raffronta il riepilogo del 4° trimestre 2010 Asl per Asl e la tabella relativa al riparto per il 2011. Si passa da 8,147 miliardi a 8,026, ovvero 120,682 milioni netti in meno». Riduzione strutturale, dunque. Ma con qualche dubbio: «L'attitudine alla decrescita vantata da Monferino e da Cota si fonda su un risparmio di 18 milioni al primo trimestre 2011: trend annuale di 72 milioni, poco più della metà dei 120 milioni di minori trasferimenti. È lecito dubitare che le aziende riusciranno a rispettare gli obiettivi economico-finanziari, senza penalizzare ulteriormente i servizi e sarebbe ragionevole prevedere un rifinanziamento in sede di assestamento di bilancio, ma in base all'addendum del febbraio 2011 non è possibile». Monferino si dice ottimista: «Crediamo che con le risorse stanziare e con altre entrate proprie le Asr riusciranno a coprire i costi. La spesa complessiva per la sanità scenderà di 120-130 milioni e contiamo di mantenere il contributo della regione a 250 milioni, senza doverlo aumentare».

La compartecipazione

A rendere il quadro ancora

7,89 miliardi

Fondo nazionale. La quota riservata alla regione Piemonte per l'anno 2011

250 milioni

Contributo. Le risorse che garantirà la regione, 150 milioni in meno del 2010

più complesso c'è la partita del ticket sulla diagnostica e la specialistica. Una partita che vale 63 milioni di minori trasferimenti all'anno per il Piemonte, minori entrate che saranno compensate dai nuovi ticket introdotti dalla giunta Cota prima della pausa estiva. Il gettito stimato tocca i 73 milioni a carico dei pazienti piemontesi. Maggiori esborsi che faranno salire a oltre 184 milioni all'anno la quota di compartecipazione alle spese della sanità sostenuta dai piemontesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Regione ritocca le tariffe delle prestazioni e fissa un contributo aggiuntivo per l'intramoenia

Aumentano le visite a pagamento

Da 10 a 30 euro in più sulle prestazioni in libera professione all'ospedale

PISTOIA. I rincari in questa fine estate spuntano come i funghi, a volte annunciati, altre, come nel caso delle visite e prestazioni specialistiche, in modo più subdolo. Aumentano, come direbbero a Napoli. Aumenta il costo a causa della revisione del nomenclatore tariffario, comprese visite e prestazioni in libera professione dei medici ospedalieri, cioè in intramoenia e intramuraria.

Sono prestazioni su cui la Regione, con la manovra che ha introdotto i nuovi ticket su farmaci ed esami, ha un imposto una maggiorazione a seconda del costo. Si tratta di aumenti di non poco conto, come si evince dalla prima tabella: 10 euro se la visita era sotto i 100 euro, 15 se era fra i 100 e 200 euro e 30 euro sopra i 200. Nel contempo, come si diceva, è scattata nei giorni scorsi su delibera della Regione la revisione di tutto il nomenclatore tariffario, che era fermo dal '97, in modo da vicinarlo alla media italiana. Le prime visite passeranno da 18,60 a 22 euro, quelle di controllo da 12,90 a 20 euro. Il costo di tutte le prestazioni specialistiche di ambulatorio subirà un arrotondamento all'unità superiore (per esempio, se l'importo da pagare è di da 18,20 euro si pagheranno 19 euro).

Niente cambia per il pronto soccorso, per il quale continuerà ad essere applicata la delibera della giunta regionale 534 del 2007. Ovvero, per le situazioni ritenute non gravi, classificate con codice bianco o azzurro, è previsto il pagamento di un ticket di importo massimo pari a 50 euro.

Per la libera professione (intramoenia) è previsto un contributo aggiuntivo sulle prestazioni modulato a seconda del valore della prestazione stessa. Ma chi andranno questi soldi in più, visto che l'Asl riceve una cifra abbastanza ridotta tranne che per le prestazioni più care come radiografie e Tac? Ben poco ai medici, temono i sindacati. E si annuncia già una nuova

Il sindacato dei medici «Penalizzato solo l'intramoenia»
Ritoccato tutto il nomenclatore tariffario

PRESTAZIONI A PAGAMENTO: GLI AUMENTI PREVISTI DALLA REGIONE

TARIFFA ATTUALE	CONTRIBUTO AGGIUNTIVO
Sotto i 100 euro	10
Tra i 100 e i 200 euro	15
Sopra i 200 euro	30

PRESTAZIONI A PAGAMENTO: LE TARIFFE DEL 2011

MEDICO PRIMARIO	PRESTAZIONE	COSTO IN EURO	
		compenso al medico	tariffa al paziente
Maurizio Chiti	Ecografia	85,69	120,00
(Cardiologia Pistoia)	Elettrocardio.	107,32	150,00
Roberto Cecchi	Visita generale	72,31	100,00
(dermatologia Pistoia)	Controllo	30,90	50,00
Giuseppe Pettina	Visita generale	78,92	100,00
(Medicina 1 Pistoia)	Controllo	61,53	80,00
Grazia Panigada	Visita generale	55,53	80,00
(medicina Pescia)			
Giuseppe Seghieri	Visita generale	87,61	110,00
(medicina interna Pistoia)	Controllo	61,53	80,00
Giuseppe Valentini	Esame completo	98,33	130,00
(oculistica Pistoia)	Controllo	81,44	110,00
Cesare Frugoli	Visita generale	96,48	130,00
(oculistica Pescia)	Controllo	74,02	100,00
Franco Zecchini	Visita generale	70,22	90,00
(ortopedia Pistoia)	Controllo	61,53	80,00
Giuseppe Maffei	Visita generale	115,35	150,00
(ortopedia Pescia)	Controllo	112,27	150,00
Sandro Giannessi	Visita generale	122,39	150,00
(Chirurgia generale)	Controllo	78,92	100,00
Enzo Buccianelli	Visita generale	115,30	150,00
(Chirurgia generale Pescia)	Controllo	48,31	70,00
Pierantonio Calamandrei	Visita generale	78,91	100,00
(Otorinolaringoiatria Pistoia)	Controllo	61,52	80,00
Alessandro Natali	Visita generale	70,52	100,00
(Gastroenterologia Pescia)			
Laura Niccoli	Visita ginecologica	62,14	85,00
(Ostetricia e ginecologia Pescia)	più colposcopia	51,9	85,00
Marco Stefanacci	Visita complessa	64,18	90,00
(Oncologia Radioterapica PT)			

Fonte: ASL 3 PISTOIA



Mer 31/08/2011

Il Tirreno Montecatini

Estratto da pag.

7

battaglia.

«A livello regionale i sindacati si stanno già muovendo - dice Maria Benvenuti della Cgil dirigenti medici -. A Pistoia aspettiamo i prossimi giorni, quando saranno rientrati tutti, per discuterne e programmare incontri e iniziative. Certo il malumore c'è già, perché un'impennata non indifferente dei costi a carico del paziente non aiuta nessuno. Verrà penalizzata esclusivamente l'intramoenia, perché il resto della libera professione fuori dall'ospedale non avrà conseguenze».

Insomma, visto che i prezzi si avvicineranno a quelli degli ambulatori privati, i pazienti non troveranno più grande convenienza nel farsi visitare o sottoporsi ad altre prestazioni dai medici ospedalieri. «Non dimentichiamo che a Pistoia c'è già un contenzioso aperto con l'Asl proprio sulla libera professione. Siamo in causa da quando ci fu un passaggio di contabilità e l'azienda ci chiese indietro dei soldi, nonostante l'accordo un periodo di sei mesi per valutare i nuovi costi. Alcuni medici dovettero dare più di quanto avevano guadagnato nel frattempo. Poi la Regione bloccò le tariffe. In primo grado il tribunale dette ragione all'azienda, ma noi siamo ricorsi in appello e aspettiamo la nuova sentenza».

Francesco Albonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TICKET

Le code al Cup si fanno più lunghe All'Inps uno sportello sull'Isee

PISTOIA. Continua il forte afflusso agli sportelli dell'Asl e, di conseguenza, qualche disagio in più nell'applicazione delle norme regionali per la partecipazione alla spesa sanitaria. Anche i problemi per gli operatori sono aumentati, ma sono pochi i casi di difficoltà tecniche, quanto invece di situazioni facilmente risolvibili nella norma e aumentate a dismisura proprio dal grande afflusso. Considerato però che molti cittadini, soprattutto gli anziani, corrono agli sportelli per ottenere il certificato di esenzione per reddito, riteniamo opportuno ricordare che tale certificazione sarà necessaria a partire dal 1 dicembre prossimo. Fino ad allora è valida l'autocertificazione che si effettua direttamente agli sportelli. Gli operatori, inoltre, hanno segnalato che molti utenti riferiscono di aver avuto notizia che la certificazione Isee deve esse-

re fatta entro il 1 settembre: si tratta di una informazione assolutamente falsa, poiché non è presente in nessuna normativa. L'Asl consiglia in casi del genere, di verificare tali informazioni presso l'Urp (Ufficio relazioni con il pubblico) dell'Azienda Usl 3 (telefono 0573-352774/78) o di consultare il sito Internet aziendale (www.usl3.toscana.it), dove è pubblicato un elenco di risposte alle domande più frequenti poste agli operatori.

Inps. Frattanto, la direzione regionale dell'Inps Toscana fa sapere che nella prima giornata di presidio telefonico istituito per fornire ai cittadini le informazioni relative al rilascio dell'Isee, sono stati circa 400 gli utenti che hanno contattato gli uffici della sede regionale. Il numero telefonico messo a disposizione dall'Inps è lo 055.2378111, in funzione dal lunedì al venerdì con orario 9-15.