

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 01.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Balduzzi alla commissione Igiene e Sanità del Senato: «Il contenimento di spesa non deve ledere la fiducia nel sistema»

«Si dovrebbe evitare che le ragioni di contenimento della spesa comportino il venir meno della fiducia nel sistema, che è elemento importante della vitalità e dell'orgoglio del nostro sistema sanitario». A sottolinearlo è stato il ministro della Salute Renato Balduzzi, che ha illustrato gli indirizzi generali del suo dicastero alla Commissione igiene e sanità del Senato. «Ogni misura in tale direzione - ha chiarito Balduzzi - si dovrebbe accompagnare a decisioni volte a aumentare qualità e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi resi». D'altra parte, ha ammesso il ministro, «in questo momento in cui siamo in presenza di un temuto, forte rallentamento della crescita, anche in sanità è indispensabile fare dell'appropriatezza il faro che regola la materia, altrimenti il grado di soddisfazione dei cittadini si ridurrebbe in modo considerevole».

Balduzzi ha accennato anche alla questione dei nuovi Lea, fermi da anni per mancanza di copertura economica: «I nuovi Lea aspettano da tempo una loro conclusione. Vi sono alcune emergenze come le malattie rare, l'epidurale, i disabili. Mi riservo di verificare la praticabilità di un approccio graduale per Lea di maggiore significatività territoriale e sociale, anche se ci sono problemi di tipo tecnico».

Balduzzi ha rivendicato la «bontà di fondo del servizio sanitario nazionale», che tuttavia «necessita una costante manutenzione»: occorre ad esempio «precisare e migliorare le regole sul rapporto tra decisione politica e assetto dei vertici», ma anche «regole trasparenti e chiare sulla corretta relazione tra professionista sanitario e paziente, disincentivando comportamenti opportunistici», e affrontando «tutto il problema della medicina difensiva, con un'attenzione a profili che ancora più valorizzino l'alleanza terapeutica. Penso alle proposte in tema di giustizia riparativa, modelli complementari di risoluzione delle controversie». Tema delicato, a causa del quale «in alcune specialità mediche non ci sono candidati a sufficienza, con in prospettiva un assetto profondamente squilibrato dei servizi sanitari».

Intanto ieri la Commissione Igiene e Sanità del Senato ha riunito l'Ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi per definire il calendario dei lavori.

Conferma per quello già definito per la settimana e decisione unanime di interpellare il presidente del Senato per chiedere al Governo di dare modo alla Commissione di completare l'indagine conoscitiva sulla Croce rossa italiana prima di potersi esprimere sullo schema di decreto legislativo di riordino dell'ente (atto del Governo n. 424).

Definiti anche come prioritari i disegni di legge n. 2935 (sperimentazione clinica e riforma degli ordini delle professioni sanitarie), n. 6 (responsabilità professionale personale sanitario) e n. 8 (limiti vendita e consumo tabacco).

Infine, l'Ufficio di presidenza integrato ha ribadito l'impegno a concludere in tempi ragionevolmente brevi l'indagine conoscitiva "Nascere sicuri" e ha stabilito di chiedere chiarimenti al presidente del Senato sul prosieguo dell'iter del disegno di legge n. 10-B (testamento biologico) e del disegno di legge n. 1142 (professioni sanitarie), quest'ultimo già all'esame dell'Assemblea.

FederLab Italia

Balduzzi al Senato: “Contenimento della spesa non deve incidere sulla qualità della sanità”

Prima audizione parlamentare per Renato Balduzzi. Intervento incentrato sulla necessità di “manutenzione” del Ssn in nome dell’appropriatezza. Presto i nuovi Lea. Ordini: “Il Governo armonizzerà riforma con liberalizzazioni”. Ecco il programma del neo ministro alla Salute

30 NOV - "Si dovrebbe evitare che le ragioni di contenimento della spesa comportino il venir meno della fiducia dei cittadini nel sistema. Per questo ogni misura in tale direzione si deve accompagnare a interventi finalizzati ad aumentare qualità e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati". Così il ministro della Salute **Renato Balduzzi**, oggi in Commissione Igiene e Sanità del Senato per la sua prima audizione parlamentare per la presentazione delle linee programmatiche del suo dicastero (la prossima settimana replica alla Camera).

"In un momento in cui siamo in presenza di un temuto e forte rallentamento della crescita – ha sottolineato il ministro - è indispensabile fare dell’appropriatezza il faro che illumina tutta la materia. Altrimenti, si ridurrebbe il grado di soddisfazione del cittadino in modo considerevole, come accade in presenza di un razionamento delle prestazioni, dell’allungamento dei tempi di attesa e di un’eccessiva compartecipazione".

Ad orientare la condotta politica del ministero Balduzzi sarà “il dialogo con le commissioni parlamentari”. E in tal senso la sua audizione è “una prosecuzione della discussione sulla fiducia parlamentare. Fiducia che – ha puntualizzato – va rinnovata di giorno in giorno, non essendo questo un Governo parlamentare. L’auspicio è che le mie proposte siano il più possibile unitive e non divisive”.

Il ministro ha poi continuato presentando il programma per la sanità del nuovo Esecutivo dividendo quelle di “carattere programmatico” da quelle di “carattere legislativo”, con riferimento all’attività della commissione precedentemente illustrata dal presidente Antonio Tomassini.

Oggi al Senato, infatti, Balduzzi, non ha annunciato alcuna iniziativa legislativa propria né la volontà di intervenire con riforme importanti. Però, ha precisato, “il sistema sanitario ha bisogno di costante manutenzione”.

“Da più di 30 anni il Ssn è una componente fondamentale del Paese a garanzia del diritto alla salute, che è un diritto costituzionale”, ha affermato il ministro, per il quale, peraltro, “il comparto sanità presenta caratteristiche significativamente innovative”, come l’aziendalizzazione.

Secondo Balduzzi, tuttavia, non vanno negati “né i problemi né la necessità di ritocchi”, o meglio di “costante manutenzione del sistema”. Concetto che ha trovato d’accordo i senatori, che hanno ripreso il termine nel corso dei loro successivi interventi.

Ma cosa vuol dire “manutenzione” per Balduzzi. Ad esempio “precisare le regole tra le aziende e la politica a partire dalle nomine”. Stabilire poi “regole trasparenti e chiare tra professionisti e pazienti, evitando la medicina difensiva, attiva e passiva”, puntando di più su “quei profili professionali che valorizzano l’alleanza terapeutica”. “Penso alle proposte – ha sottolineato - in tema di giustizia riparativa e di modelli complementari di risoluzione delle controversie”. Un problema delicato tanto che “in alcune specialità mediche non ci sono candidati a sufficienza, con in prospettiva un assetto profondamente squilibrato dei servizi sanitari”.

Tra le altre priorità del ministro c’è il “tavolo di lavoro tra Stato e Regioni sui nuovi Lea, che aspettano da tempo una conclusione”, Per i Lea, in particolare, Balduzzi ha sostenuto che è “importante un approccio graduale, per disegnare una loro rimodulazione complessiva”. Restano comunque alcune priorità da affrontare subito come “le malattie rare, l’epidurale, la disabilità”.

Il ministro punta poi la sua attenzione sul federalismo fiscale e sul nuovo Patto per la salute. E sulla necessità di uno sforzo significativo per la “trasparenza sui Piani di rientro e la qualità dei servizi”.

Commentando le priorità dell’attività legislativa della Commissione precedentemente illustrate dal presidente **Antonio Tomassini** (legge sul tabacco, responsabilità professionale, sperimentazione clinica, comitati

etici e riforma degli Ordini delle professioni sanitarie), Balduzzi ha rivolto un "incoraggiamento" ai senatori. Ma per quanto riguarda gli Ordini ha anche voluto puntualizzare che ci sarà "un suggerimento del Governo per armonizzare gli interventi". Anche perché, ha sottolineato, "è necessario rendere dinamico questo profilo con quello sulle liberalizzazioni da parte del Governo".

Concludendo l'audizione dopo le repliche dei senatori, il ministro si è soffermato solo su alcuni punti sollevati "non per priorità ma per questione di tempo". In particolare per il ministro è importante che si concludano i lavori per l'approvazione del testo sulla medicina difensiva e rischio clinico. Per quanto riguarda i Piani di rientro, il ministro ha detto che riferirà in commissione "successivamente a un monitoraggio. Su questo – ha aggiunto - abbiamo sensibilità comuni". Breve accenno poi alla vertenza della Croce Rossa. "Sono interessato allo schema di decreto sulla Cri e terrò conto dell'indagine del Senato". Indagine al momento sospesa ma che, ha assicurato Tomasini, risprenderà al più presto per essere conclusa entro la fine dell'anno. Ultimo punto la verifica di qualità delle strutture, assicurando che lo scopo delle attività in corso per la valutazione delle cure non è certamente quello di "fare classifiche".

FederLab Italia

Groupon: “Solo in Italia abbiamo avuto problemi per l'offerta di prestazioni sanitarie”

Il Ceo per l'Italia di Groupon, Boris Hageney in una conferenza stampa sul tema delle offerte sanitarie on line, ha voluto spegnere le polemiche con l'Ordine dei medici. “Noi non violiamo nessuna legge, creiamo lavoro e portiamo nuovi clienti” e specifica: “L'Ordine non ci ha mai interpellato”.

01 DIC - “I problemi e gli attacchi che abbiamo avuto qui in Italia per l'offerta di prestazioni sanitarie non li abbiamo avuti in nessun altro Paese. Eppure noi non violiamo nessuna legge, creiamo lavoro e portiamo nuovi clienti”: è questa la constatazione di **Boris Hageney**, Co-Founder e CEO Italia, Spagna, Portogallo di Groupon, che dopo gli ultimi attacchi da parte dell'ordine dei medici di Bologna e la denuncia presentata all'Antitrust dalla Fnomceo, ha voluto spiegare alla stampa, oggi a Milano, come funziona Groupon e come vengono selezionati i medici e le prestazioni sanitarie offerte con sconti che arrivano fino all'80%.

“Siamo in Italia da un anno e mezzo. – spiega – All'inizio eravamo noi a cercare i medici, ma adesso la metà delle nostre offerte pubblicate arriva direttamente dal professionista che ci contatta. Le prestazioni sono odontoiatriche, ginecologiche, dermatologiche, oculistiche, nutrizionistiche, allergologiche, angiologiche, fisioterapiche e analisi diagnostiche. Certo, non offriamo di ricomporre una frattura a una gamba. Per lo più si tratta di servizi che non ci si concede tutti i giorni e che difficilmente pagheremmo o compreremmo al loro prezzo normale”.

Perché un medico possa 'offrirsi' su Groupon deve essere regolarmente iscritto all'Ordine dei medici e operare solo privatamente. Come spiega l'azienda, gli addetti del sito, una squadra di 15 persone che ha il compito di verificare e approvare ogni singola offerta, visitano la struttura per accertare la completezza delle informazioni, l'esistenza e la veridicità del trattamento, durata e svolgimento. Dopo di che controllano che non vi siano commenti negativi su internet sulla struttura in questione e il tariffario originale firmato dal professionista, per capire il reale valore del pacchetto offerto, e quindi applicare lo sconto.

Molti i vantaggi che ne sono derivati ai medici, secondo Hageney. “Abbiamo creato un nuovo mercato e gli facciamo arrivare nuovi clienti – precisa – Non si tratta di una vendita, ma di una promozione per far provare per la prima volta un trattamento o un certo prodotto. Tocca poi al medico fare del suo meglio per fidelizzare il cliente. Abbiamo fatto fare e-commerce ad aziende e professionisti che prima non lo facevano, nonché contribuito a diffondere questa metodica di acquisto anche tra il pubblico. In Italia all'inizio c'era una certa resistenza all'acquisto online, ma ora si è passati da un mercato di una cerchia ristretta di navigatori di internet ad uno di massa”.

Tuttavia, qualche criticità non manca, come è stato evidenziato da alcuni presenti all'incontro. Come ad esempio aver 'promosso' il paziente a cliente, trasformato i medici in esperti di marketing, nonché il fatto che molto raramente il medico dice al 'cliente' che in realtà non ha bisogno della prestazione acquistata con il coupon. L'accusa è che 'vince' l'autodiagnosi e si crea un bisogno fittizio. Senza contare che non essendoci un tetto al numero di offerte accettabili, per i piccoli centri o studi a volte può diventare veramente difficile gestire la mole di nuovi pazienti. In altri ambiti commerciali vi sono state alcune aziende che hanno quasi rischiato il fallimento. Hageney ci tiene però a precisare che le loro offerte contengono sempre la visita iniziale del professionista, finalizzata a capire chi ha veramente bisogno del trattamento ed accertare lo stato di salute del paziente. “Capita che il medico competente e responsabile decida di non effettuare l'offerta e di rimandare il paziente a Groupon per il rimborso. Al momento abbiamo raccolto pochissimi casi ma restiamo naturalmente disponibili a rimborsare il paziente che ha acquistato inutilmente il coupon”. Quanto alle difficoltà recettive, effettivamente è emerso il bisogno di valutare le reali potenzialità del partner e la capacità della struttura o del centro medico. “A volte è necessario porre un tetto massimo ai coupon”.

In ogni caso la richiesta di prestazioni sanitarie da parte degli utenti continua a crescere, e Groupon sta già studiando altre categorie cui allargarsi. Anche se prima vorrebbero che le polemiche si placassero. "L'ordine dei medici non ci ha mai parlato – prosegue Hageney – invece dovrebbero collaborare con noi. Creiamo lavoro e non obblighiamo nessun professionista a rivolgersi a noi. Devo dire che attualmente molti medici hanno paura, dicono di essere intimoriti dagli ordini". Il problema è, secondo il Ceo di Groupon, che i rappresentanti degli ordini gli fanno la guerra senza in realtà "sapere bene cos'è Groupon, come funziona e il processo di verifica dell'offerta. Comunque, - conclude - nonostante qualche timore, l'interesse mostrato dai medici nei nostri confronti non accenna a calare".

FederLab Italia

Toscana. Ticket, da oggi le nuove procedure per l'esenzione

Confermata l'entrata in vigore della [nuova procedura](#) prevista dalla normativa nazionale. Dall'assessorato al diritto alla Salute si è resa nota la flessibilità che sarà applicata, per il primo mese, in modo da non creare disagi ai cittadini.

01 DIC - Entra ufficialmente in vigore da oggi la [nuova procedura](#) di rilevazione e autocertificazione del diritto all'esenzione per motivi di reddito, prevista dalla normativa nazionale. Dall'assessorato al diritto alla Salute hanno comunicato che, per il primo mese, la nuova procedura sarà applicata con un'iniziale flessibilità in modo da non creare disagi ai cittadini.

Da oggi, tutti i cittadini interessati, nel momento in cui si vorranno avvalere del diritto all'esenzione, dovranno essere in possesso del certificato nominativo di esenzione rilasciato dalla propria Asl. Le procedure di rilascio degli attestati sono state avviate a partire dal mese di settembre e non sono previsti termini di scadenza per l'acquisizione dell'attestato. La rilevazione del codice di esenzione avverrà in fase di prescrizione: il medico, sulla base del certificato esibito dal cittadino, riporta sulla ricetta il relativo codice di esenzione. I codici di esenzione per motivi di reddito (E01, E02, E03, E04) devono essere riportati, ai fini dell'esenzione, anche sulle ricette recanti la prescrizione di farmaci. La mancata presenza del codice di esenzione sulla ricetta del Ssn comporta il pagamento del ticket. In questo primo mese di avvio delle nuove procedure, l'assessorato ha comunque invitato le direzioni aziendali ad adottare modalità attuative che riducano al minimo i possibili disagi per i cittadini al momento dell'accesso alla prestazione sanitaria, consentendo in via eccezionale l'autocertificazione anche all'atto dell'erogazione e fruizione della prestazione.

Accreditamenti, in testo in Aula

REDAZIONE IL DENARO – MERCOLEDÌ 30 NOVEMBRE 2011

Sono al vaglio dell'Aula oggi, a partire dalle ore 15, gli emendamenti al provvedimento approvato lunedì scorso in Commissione Sanità che riforma la legge n. 14 dello scorso 4 agosto (relativamente al comma 237 dell'articolo 1 della legge regionale 4 del 2011) per la definizione delle procedure di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private. La prima novità è il termine per la presentazione delle nuove istanze: le strutture sanitarie e socio-sanitarie private, che intendono proseguire in regime di accreditamento istituzionale definitivo l'attività erogata in regime di accreditamento provvisorio, presentano nuova domanda entro 20 giorni dalla pubblicazione sul Burc del decreto commissariale di disciplina delle modalità per l'utilizzo della piattaforma applicativa informatica aperta da Soresa dallo scorso 28 ottobre, nel caso si tratti di strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale. Entro il termine del 30 aprile 2012. Così anche nel caso di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private. La nuova domanda di accreditamento istituzionale è presentata esclusivamente attraverso l'utilizzo di una piattaforma applicativa informatica messa a disposizione dalla Soresa e secondo modalità disciplinate con un successivo provvedimento amministrativo da adottarsi entro dieci giorni dall'entrata in vigore della legge.

LE DOMANDE

Alla presentazione delle domande sono ammesse esclusivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie private provvisoriamente accreditate in possesso di certificazione dell'Asl territorialmente competente, di valido titolo convenzionale in base alla legge 724 della legge 23 dicembre 1994 (misure di razionalizzazione della finanza pubblica), nonché di eventuale titolo di intervenuta modifica disciplinare o assetto assistenziale fermo restando, per le strutture di ricovero ospedaliero, il numero di posti letto originariamente convenzionati, ovvero di provvedimento giurisdizionale (sentenza passate in giudicato). esentate dal presentare nuove domande sono le strutture di dialisi, quelle termali già accreditate e tutte le strutture già accreditate ai sensi del regolamento n. 3 del 2006.

CERTIFICAZIONE DELLE ASL

La certificazione della Asl territorialmente competente indica, inoltre, le attività per le quali le strutture richiedenti operano in regime di accreditamento provvisorio ed è rilasciata previa verifica di conformità con quanto riportato nell'originario titolo convenzionale o nell'eventuale titolo di intervenuta modifica disciplinare dell'assetto assistenziale, ovvero nel provvedimento giurisdizionale esecutivo di accreditamento, l'autorizzazione all'esercizio ai sensi della delibera di giunta regionale del 31 dicembre 2001 n. 7301, ovvero idonea certificazione dell'Asl territorialmente competente che attesti che il mancato rilascio del titolo autorizzativo, fermo restando l'avvenuto adeguamento ai requisiti strutturali da parte delle strutture richiedenti entro i termini indicati da 006 (di proroga in proroga fino al 28 febbraio del 2008) sia dipeso da causa non imputabile alle strutture stesse.

Abrogato, inoltre, il comma 237 septies della legge n. 14 del 4 agosto 2011. Viene a cadere, dunque, l'esigenza che le nuove domande di accreditamento istituzionale definitivo siano corredate da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del legale rappresentante, attestante la permanenza del possesso dei requisiti stabiliti con la delibera n. 7.301 del 2001 (autorizzazioni) e in particolare gli estremi dell'atto di autorizzazione all'esercizio dell'attività rilasciato ai sensi della medesima delibera.

Le domande di accreditamento di cui al comma 237 quinquies sono considerate ammissibili soltanto se contengono però dichiarazioni di notorietà attestanti la permanenza dei requisiti stabiliti con la delibera 7.301 del 2001, l'avvenuta presentazione dell'istanza di accreditamento istituzionale ai sensi dei regolamenti 3 del 2006 e 1 del 2007, il possesso dei requisiti ulteriori prescritti per l'accreditamento istituzionale dai regolamenti 3/2006 e 1/2007. Sono esentate dalla presentazione della dichiarazione di notorietà le strutture provvisoriamente accreditate che non hanno inoltrato, nei termini di legge, l'istanza di accreditamento istituzionale di cui ai regolamenti 3 del 2006 ed 1 del 2007 perché non ancora in possesso, per causa non imputabile, dell'autorizzazione all'esercizio prevista dalla Delibera 7.301/del 2001.

RICONVERSIONI

In caso di superamento del fabbisogno, rispetto all'offerta assistenziale in regime di accreditamento il commissario ad acta procede a riconversioni, alla fissazione di nuovi standard e alla proporzionale riduzione delle attività accreditabili.

CONSEGUIMENTO DEI TITOLI

Il titolo di accreditamento istituzionale definitivo decorre, per le strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, nonché per tutte le altre strutture sanitarie e socio- sanitarie private dalla data di pubblicazione sul bollettino regionale del decreto commissariale di presa d'atto.

FederLab Italia

INTERVENTO DEL DIRETTORE GENERALE SANITARIO DELLA REGIONE OSPITE DI UN CONVEGNO DEL PDL

«Sanità piemontese piena di sprechi»

Tra gli esempi: 724 sistemi informatici che non "dialogano" e un 10% di medicinali scaduti

■ «La riforma è l'ultimo treno che abbiamo a disposizione per salvare il nostro modello di sistema sanitario»: parole pesanti quelle di Sergio Morgagni, direttore generale della Sanità Piemonte, invitato lunedì, all'auditorium del centro sportivo "Novarello", dal "Circolo Pdl Sanità", alla presenza del presidente del circolo Angelo Sante Bongo, e dell'onorevole Gianni Mancuso.

Il direttore Morgagni ha fornito, in particolare, una serie di dati emblematici sugli sprechi della Sanità piemontese. La Regione Piemonte, infatti, è l'unica del nord in una situazione di dissesto finanziario, alla quale è stato chiesto di porre rimedio con un piano di rientro: 150 milioni di euro entro il 2011. «È una richiesta impegnativa» ha detto Morgagni. «Siamo riusciti a rientrare di 50 milioni, ma il cammino è ancora lungo e difficile, soprattutto alla luce di due dati: l'aumento annuale del cinque per cento dei costi negli ultimi dieci anni, rispetto ad una crescita del Pil che non arriva nemmeno all'uno per cento». Tante le problematiche da affrontare, su tutte la riduzione degli sprechi. Diversi gli esempi portati dal direttore: la presenza nella regione di 106 magazzini rifornitori di medicinali con almeno il dieci per cento del materiale scaduto, per una perdita totale di circa 100 milioni l'anno; 720

sistemi informatici, usati dalle varie Aziende Sanitarie, ognuno diverso dall'altro e, quindi, impossibilitati ad una modalità di registrazione dei dati omogenea; 24 laboratori di emodinamica, molti dei quali non arrivano nemmeno a 100 interventi l'anno, a fronte di un fabbisogno di sole 10 unità. Per Morgagni, la riduzione a 6 direttori di Aziende Ospedaliere richiederà un livello di competenza e professionalità molto alto e l'accorpamento degli ospedali ai soli centri di Torino, Cuneo, Alessandria e Novara porterà con sé un cambiamento netto di mentalità rispetto alla mobilità del personale.

«La presenza di grandi ospedali specializzati non risolverà tutti i problemi» - ha continuato Morgagni - ma permetterà una concentrazione delle competenze e un potenziamento della rete del 118: la distanza dagli ospedali verrà compensata e notevolmente superata dall'intervento diretto sul malato da parte dello staff medico presente a bordo dell'ambulanza durante il trasporto e la certezza, una volta arrivati, di trovare medici specializzati pronti ad intervenire per ogni evenienza». Dovrebbe anche essere predisposta una rete capillare di piazzole per l'atterraggio dell'elisoccorso (ne sarebbero previste 5 di cui una con servizio h22).

Ilaria Cuffolo



I NODI DELLA REGIONE

LA LEGGE APPROVATA IN COMMISSIONE SANITÀ, DOMANI ALTRO VOTO. ENTRO IL 7 DICEMBRE ANDRÀ IN AULA

Esenzione dal ticket, si cambia: in 500 mila dovranno pagare

Non varrà più il modello Isee ma la dichiarazione dei redditi: ecco alcuni esempi

RUSSO: «NOVITÀ PER LE RICETTE, TUTTI POSSONO PAGARE UN EURO»

La norma sta spaccando il Parlamento. Ieri è stato necessario sospendere i lavori su pressione di deputati di ogni schieramento: nessuno vuole intestarsi il voto sull'addio alle esenzioni.

Giacinto Pipitone
PALERMO

●●● Cambiano le regole per l'esenzione dal ticket in Sicilia. E almeno 500 mila persone che oggi non lo pagano saranno chiamate a farlo. La legge che rivoluziona il sistema di acquisto dei farmaci è pronta: già approvata in commissione Sanità, attende entro domani il via libera della commissione Bilancio e sarà poi varata dall'aula entro il 7 dicembre.

Il testo messo a punto dall'assessore Massimo Russo prevede di adeguare il sistema di calcolo ai fini dell'esenzione a quello in vigore a livello nazionale. In Sicilia oggi si applica il modello Isee: una fotografia della situazione patrimoniale familiare che prende in considerazione, oltre allo stipendio, eventuali proprietà o spese per affitto, il numero dei familiari e i beni posseduti. Chi oggi ha un Isee che vale 11 mila punti, è del tutto esente a prescindere dall'età.

Il nuovo sistema punterà invece sulla dichiarazione dei redditi (sfruttando Cud, 730 o 740). La soglia di esenzione è fissata al di sotto dei 37 mila euro lordi all'anno. Solo chi ha un tale reddito e meno di sei anni e più di 65 è esente. Gli altri, cioè chi ha fra i 7 e i 64 anni e/o un reddito superiore, dovrà pagare. Cosa cambia nei fatti? L'assessorato sta predisponendo tabelle e proiezioni. In commissione è stato il Pd, con Roberto De Benedictis, a fornire un dato non smentito dall'assessore: «Oggi ci sono in

Sicilia un milione e 600 mila esenti, col nuovo sistema si scenderà a un milione e centomila. Non lo dico io, è una stima dell'assessorato all'Economia». E così, 500 mila siciliani pagheranno il ticket: per questo motivo i democratici sono contrari alla norma e De Benedictis chiede di applicare con più rigore il modello Isee.

Ma Russo ha spiegato in commissione che è lo Stato ad aver chiesto alla Sicilia di modificare il sistema, altrimenti non verrebbero sbloccati gli ultimi 96 milioni di «premio» per aver attuato il piano di rientro. Inoltre, senza questa legge, lo Stato imporrebbe alla Regione di versare le somme equivalenti alla esenzione di questi 500 mila cittadini in quanto verrebbe riconosciuta a livello nazionale solo l'esenzione di un milione e centomila persone. L'assessore ha aggiunto che «la Guardia di Finanza ci ha più volte segnalato la difficoltà di effettuare i controlli sul modello Isee perché ci sono troppi parametri che cambiano da utente a utente». Col nuovo sistema basterà il controllo sulle dichiarazioni dei redditi. L'assessore ha precisato che resteranno in vita tutte le esenzioni dovute a specifiche patologie ma «chi ha un reddito elevato anche se malato cronico può ugualmente pagare il ticket». Un successivo decreto di Russo permetterà di fissare l'importo delle varie tipologie di ticket per le fasce prima esenti.

La norma sta spaccando il Parlamento. Il Pdl, con Roberto Vinciullo, è stato l'unico a votare contro in commissione Sanità mentre in commissione Bilancio ieri è stato necessario sospendere i lavori su pressione di deputati di ogni schieramento: nessuno vuole intestarsi il voto sull'addio alle esenzioni. Ma Russo ha anticipato anche un'altra manovra, quella sulle ricette: «Tutti, anche i poveri, possono pagare un euro a ricetta». Nella legge questa mossa non c'è. Ma è la prossima frontiera per far cassa.



LA VERTENZA

Primo incontro con i quattro manager delle Asl sugli atti aziendali e la riorganizzazione dei servizi

«Chiodi dia certezze sui fondi della sanità»

I sindacati riprendono il dialogo con la Baraldi, oggi vertice con il presidente della Regione

di Fabio Casmirro

PESCARA. Riparte il confronto su riorganizzazione della sanità, atti aziendali delle Asl e potenziamento dei servizi ma resta aperto l'interrogativo sulle risorse per gli investimenti. La sub commissaria alla sanità Giovanna Baraldi ha incontrato ieri a Pescara i sindacati.

Preoccupa il dato sulla mobilità passiva soprattutto a Teramo Tensioni per il ricorso delle cliniche private

Una riunione preliminare e interlocutoria sui contenuti, in attesa di un nuovo incontro programmato oggi all'Aquila con il commissario **Gianni Chiodi**. Con la Baraldi e i rappresentanti di Cgil, Cisl, Uil e Ugl c'erano anche i quattro direttori generali delle Asl. «Confronto incognito», commenta il segretario Uil, **Roberto Campo**, «per la prima volta, è stato possibile incontrare i manager con la Baraldi e affrontare le questioni, al livello delle singole Asl, su una base omogenea secondo l'accordo del 3 agosto che, per noi, significa soprattutto assunzioni e investimenti per la costruzione della sanità sul territorio». Oggi all'Aquila si parlerà anche di risorse, dopo che il pacchetto dei 255 milioni annunciato ad agosto sembra essere già stato impegnato

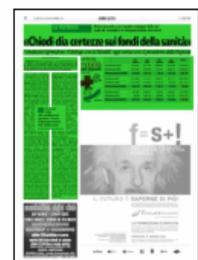
nei bilanci delle singole Asl. «Ma si parlerà anche del contenzioso con le cliniche private», incalza Campo, «che dopo aver sottoscritto il 14 ottobre scorso, tetti di spesa con la Regione oggi tornano all'attacco opponendosi al Tar. Noi ribadiamo di essere schierati per il rispetto delle regole e diciamo no agli splanamenti dei budget che preludono al ritorno di un nuovo far west per la convenzionata esterna». I titolari delle cliniche private hanno già annunciato che disserteranno la riunione odierna all'Aquila con il commissario, ma i rappresentanti sindacali hanno deciso che parteciperanno comunque, perché le questioni sul tappeto in materia sanitaria restano prioritarie, anche alla luce dei dati sulla mobilità passiva che segnalano un grande esodo di malati verso centri di cura extraregionali. «Si è parlato finalmente di sanità del territorio», dice il segretario generale Cgil, **Gianfranco Di Cesare**, «e della realizzazione dei nuovi distretti. Passi importanti anche sull'ospedale di comunità che sta prendendo corpo a Pescara, nella Marsica. Resta aperto il capitolo delle risorse, da cui ci attendiamo oggi delle risposte. Ricordo che lo spirito dell'accordo del 3 agosto parlava di investimenti capaci di risollevarne la qualità dei servizi, anche perché il dato della mobilità passiva è questo-

ne molto seria che si può combattere soltanto con scelte di fondo. Per esempio», suggerisce Di Cesare, «facendo accordi con le regioni vicine, a partire

dalle Marche, e soprattutto dopo la nascita della macro-regione Adriatica».

«Il potenziamento della sanità territoriale», osserva il segretario Cisl, **Maurizio Spina**, «può avvenire certamente continuando a produrre risparmi ma soprattutto riequilibrando il rapporto tra assistenza di base e sanità ospedaliera che oggi è sbilanciato a favore degli ospedali. I manager», prosegue Spina, «presentando le bozze degli atti aziendali, hanno illustrato problematiche diversificate: dal processo di riunificazione delle Asl a Chieti e L'Aquila ai problemi di mobilità passiva che sono particolarmente stringenti nel Teramano. Questo accade anche perché, sul confine nord verso le Marche c'è una forte presenza di cliniche private che favoriscono questo fenomeno. Sulla questione delle risorse per gli investimenti, Baraldi ha confermato che nell'incontro con Chiodi sarà data una valutazione definitiva».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Confronto mobilità extra regionale 2010/2009



	ASL L'AQUILA	ASL CHIETI	ASL PESCARA	ASL TERAMO	TOTALE
Mobilità passiva 2010	41.357.597	46.112.446	26.988.953	53.276.058	167.755.133
Mobilità passiva 2009	44.901.695	43.070.696	27.047.097	50.849.313	165.860.429
Differenza passiva 2010/2009	3.544.098	3.041.751	58.143	2.426.745	1.894.704
Mobilità attiva 2010	45.374.396	21.161.701	24.964.347	8.977.131	100.477.575
Mobilità attiva 2009	44.111.296	24.424.497	23.178.132	7.997.346	99.711.271
Differenza attiva 2010/2009	1.263.100	3.262.796	1.786.215	979.785	768.304
Mobilità saldo 2010	4.016.799	24.950.745	2.024.606	44.298.927	67.277.558
Mobilità saldo 2009	790.399	18.646.198	3.868.965	42.851.967	66.149.158
Differenza saldo 2010/2009	4.807.198	6.304.547	1.844.358	1.446.960	1.128.400

«Sprechi Asl Na 1, ex manager risarciscono 284mila euro»

L'accusa
Tra il 2003
e il 2006
hanno corrisposto
agli infermieri
indennità
di rischio malattia
non dovute

La sentenza

La condanna della Corte dei Conti Stangata da 113mila euro per l'ex assessore Montemarano

Sabato Leo

Sperpero di danaro pubblico all'Asl Na 1: risarciscono il danno erariale gli ex direttori generali Angelo Montemarano (nella foto) e Mario Tursi, il direttore amministrativo Pasquale Corcione (neodirettore generale dell'azienda ospedaliera universitaria della Seconda Università di Napoli) e il direttore del servizio gestione risorse umane Amoroso Nuzzolo. Lo ha sentenziato la Corte dei conti che ha condannato i superburocrati a pagare la somma complessiva di 284.112 euro. La magistratura contabile napoletana di via Piedigrotta ha messo a carico di Montemarano (già assessore regionale alla Sanità) la somma maggiore: 113.644 euro. Nuzzolo dovrà pagare 75.457 euro mentre la condanna nei confronti Tursi e Corcione è più mite: 42.616 euro ciascuno.

L'illecito erariale è derivato dall'irregolare erogazione al personale infermieristico - tra gennaio 2003 e maggio 2006 - dell'indennità di rischio di malattia infettiva prevista dal contratto collettivo

nazionale di lavoro per gli operatori della Sanità. Dagli accertamenti svolti dalla Guardia di Finanza, su delega della Procura regionale della Corte dei conti, era emerso, però, che gli infermieri percettori dell'indennità prestavano servizio nei Ser.T. (Servizio Tossicodipendenti) e non avevano diritto al beneficio economico erogato. Il contratto riconosceva l'indennità per ogni giornata di lavoro prestato nei servizi di malattie infettive. Aggiungeva che la medesima indennità poteva essere corrisposta, secondo gli accordi decentrati, ad altri operatori del ruolo sanitario, limitatamente ai giorni in cui avessero prestato un intero turno lavorativo nei servizi di malattie infettive, cioè nei reparti in cui sono ricoverati pazienti la cui malattia è già stata diagnosticata come infettiva.

La Regione, attraverso l'assessorato alla Sanità, aveva formato un elenco dei nosocomi della Campania con reparti di malattia infettiva, fra i quali, però, non era ricompresa l'allora Asl Na 1, presso la quale non vi erano reparti in cui venivano ricoverati pazienti la cui malattia era stata già diagnosticata come infettiva.

La sentenza è appellabile davanti alle Sezioni centrali di Roma della Corte dei conti. La condanna resta sospesa con il deposito del ricorso di appello. La difesa di Montemarano, Tursi e Corcione è stata sostenuta dall'avvocato Antonio Nardone. Nuzzolo, invece, si è costituito in giudizio con l'avvocato Attilio Davide. Segretario Francesca Cerino, pm Francesco Buccarelli, il verdetto della Corte dei conti è stato firmato dal presidente Fiorenzo Santoro e dai consiglieri Daniela Acampora e Rossella Cassaneti, relatore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La dismissione unico rimedio possibile per sanare almeno in parte i conti. In caso di flop aumenteranno le tasse

La Regione vende i suoi immobili trenta giorni per salvare la sanità

Montaldo accelera ma il centrosinistra è ancora spaccato. E Sel e Federazione della Sinistra storcono il naso davanti all'operazione

L'APPUNTAMENTO è per stamane alle 11 e 30: il nodo della vendita degli immobili pubblici per coprire il disavanzo dei conti della sanità ligure, viene al pettine. La Regione ha poco meno di 30 giorni di tempo per vendere. Se non ci riesce non potrà coprire il disavanzo dei conti della sanità con questa entrata straordinaria. Oggi così incontrano i consiglieri della maggioranza di centrosinistra con gli assessori e primo fra tutti l'assessore alla salute Claudio Montaldo. E' lui che mette il dito nella piaga edice: «più immobili riusciremo a vendere, meno tasse dovremo mettere. Viceversa, se non si vendono gli immobili bisognerà aumentare le tasse». Lo dice perché l'aria che tira nella maggioranza è tutt'altro che buona per la seconda manovra di smobilizzazione del patrimonio varata in pochi anni. Un'aria tanto grave che il provvedimento della cartolarizzazione doveva già essere stato approvato dal consiglio regionale ma è stato "stralciato" per cercare una mediazione. Matteo Rossi di sel e Alessandro Benzi della Federazione della Sinistra ieri hanno scritto che va bene la vendita se una parte dei proventi verrà destinata alla creazione di un fondo per l'ospedale del ponente genovese e per il welfare. Ma non sono i soli a storcere il naso. Il nodo sono i cambi di destinazione d'uso che la Regione prevede di fare celermente e di sostituirsi ai Comuni qualora questi dovessero impiegare troppo tempo: i cambi servono per aumentare il valore degli immobili e dunque consentire alla Regione

di incassare di più. I Comuni che sarebbero espropriati hanno già fatto sapere che tutto sommato è questione di prezzo: nella legge regionale si prevedeva di dare ai Comuni interessati una quota del 5 per cento sul sovrapprezzo strappato con il cambio di destinazione d'uso. Il consiglio delle autonomie locali (Cal) ha fatto sapere che va bene se la percentuale sale al 20 per cento. Potrebbe aprirsi una trattativa.

Oggi comunque molto dipenderà dal tipo di immobili che saranno nell'elenco delle vendite e che potrebbero essere strategici nell'economia dei centri in cui si trovano. Per Arenzano, ad esempio, potrebbe essere il caso del vecchio ospedale Marina Rati. Nel centro di Genova potrebbe apparire anche la parte del complesso dell'ex psichiatrico di Quarto che però, dicono, qualcuno avrebbe già suggerito di stralciare. Intanto la parola d'ordine è fare presto: tutto quello che non sarà venduto entro l'anno (trattato: entro i prossimi 30 giorni, scarsi considerando pure le festività) non potrà essere utilizzato per "tappare" il buco dei 150 milioni (non ancora certificati ma sarebbe l'ordine della cifra) della sanità di quest'anno. Quanto al gettito delle imposte già esistenti, la giunta ha deciso che un terzo, che sono 24 milioni, verrà utilizzato, nel 2012, per pagare quella che dovrebbe essere la compartecipazione delle famiglie dei disabili alle spese sanitarie. Il resto, 38 milioni, andranno a coprire il disavanzo dei conti della sanità.

(a.zun.)

La scheda

30 GIORNI
E' il tempo che resta alla Regione per vendere almeno 70 milioni di immobili per pareggiare i conti della sanità

24 MILIONI
Sono le imposte che la Regione utilizzerà per eliminare la compartecipazione alle spese per i disabili

38 MILIONI
E' la quota di imposte già esistenti che la Regione destina a coprire il deficit dei conti sanitari

70 MILIONI
E' la cifra minima da ricavare dalla vendita degli immobili per tamponare il deficit dei 150 milioni



TOSCANA SPORTELLI CHIUSI ALLE 13: LA GENTE RIMANDATA A CASA

Esenzione dal ticket: caos nelle Asl

File interminabili, litigi, svenimenti

Sandro Bennucci

IN CODA PER ORE: fra litigi, nervi tesi, malori. Nelle Asl della Toscana, ieri, c'è stato l'assalto agli sportelli per ottenere il sospirato timbro: quello per l'esenzione dal ticket. Che sostituisce l'autocertificazione del reddito, che da domani primo dicembre non sarà più valida per effetto di un decreto nazionale.

Le situazioni più difficili a Massa e a Viareggio. Mentre a Firenze c'è stato super lavoro per consegnare 50 mila certificati. E oggi il calvario toccherà ad altri trentamila assistiti ancora senza timbro. E situazione sostanzialmente simile in quasi tutti gli altri capoluoghi. Tanto che la Regione è stata costretta a correre ai ripari. Stamani, l'assessore alla Sanità, Daniela Scaramuccia, invierà una circolare alle Asl con due disposizioni: un invito ai direttori generali a mettere in campo tutto il personale possibile per soddisfare le attese della gente in coda; e una raccomandazione alla tolleranza: domani, primo dicembre,

chi si presenterà agli ambulatori o nelle farmacie senza l'esenzione non dovrà essere respinto: il personale dovrà essere flessibile e non rifiutare medicine o analisi. Basterà? Da agosto la sanità toscana è piombata in una specie di caos quotidiano: non solo per l'entità del super ticket, quanto per i

REGIONE

L'assessore Scaramuccia invita le farmacie a non essere troppo fiscali

modi di pagarlo e, soprattutto, per dimostrare di essere esenti. Una giungla? Quasi. Per certificare il reddito (in attesa dell'Isee obbligatoria per tutti, dal 2012) non sono sufficienti nemmeno i tesseri sanitari anche se già attivati all'Asl: perché le farmacie non hanno le macchinette per leggerli. E molti medici non sono ancora in possesso del sistema per applicare il codice con l'indicazione del reddito sulle ricette.

La Scaramuccia si scusa. Ma è in-

dubbio che il suo assessorato abbia sottovalutato la situazione. Al punto che ieri si è sfiorata davvero la rivolta. Al Cup di Massa non sono mancati spintoni e gomitate fra la gente in coda. E tanta rabbia verso gli impiegati: perché alle 8, all'apertura dell'unico sportello, erano stati distribuiti 300 biglietti numerati. Ma alle 13 lo sportello ha chiuso. E chi era rimasto cinque ore in fila è stato rimandato a casa senza l'esenzione. Naturale lo sfogo verso il personale, trincerato dietro i vetri divisorii come se fossero state le palizzate di *Fort Apache*. E tre ore prima, intorno alle 10, c'erano stati un paio di malori: due anziani svenuti per lo stress.

A Viareggio disagio doppio: per la scadenza del primo dicembre e anche per la mancanza di personale. Sono gli stessi dipendenti a denunciare i disagi: se manca un impiegato il sistema va in tilt. Oggi nuovo assalto. Ma intanto arriva la lettera dell'assessore...



Il Piemonte alle prese con la riforma delle Asl

Nella sanità resa dei conti per Pdl e Lega

A fine anno scadono i 17 commissari
Le nuove nomine test per la maggioranza

Sanità piemontese al giro di boa delle nomine dei nuovi direttori di asl e aziende ospedaliere. L'incarico dei commissari chiamati dal presidente della Regione Piemonte Roberto Cota, poco meno di un anno fa, è in scadenza il 31 dicembre prossimo. Entro quella data sarà necessario varare il nuovo assetto territoriale di asl - da 13 dovrebbero diventare 11 - e aso

- da 8 a 6 - e avviare la titanica impresa dello scorporo degli ospedali dalle aziende sanitarie, per poi procedere alle nomine. Un banco di prova per la maggioranza al governo viste le spaccature interne al Pdl e il mancato rimpasto in giunta. Intanto si inseguono i rumors su chi resterà in sella e chi invece dovrà lasciare il campo.

Servizi ► pagina 4 e 5

Risiko Asl e ospedali in vista delle nomine Torino verso il cambio

Corsa per il via libera al riordino delle aziende

17

Sul territorio. Dopo l'accorpamento e lo scorporo saranno 11 le Asl e 6 le Aso

I nodi. Tempi stretti per l'approvazione di accorpamenti e assetto territoriale
Polemiche sul nuovo piano

TORINO

Silvia Alparone
Filomena Greco

Esattamente come l'anno scorso in questo periodo, nei corridoi degli ospedali e delle Asl si rincorrono voci su quali saranno i nomi dei prossimi direttori generali, chi sarà riconfermato, chi tornerà alle sue precedenti occupazioni e chi sarà solo spostato di sede. Un anno fa si consumava un cambiamento "epocale" legato al risultato elettorale e all'alternanza politica. Quest'anno conferme e sostituzioni saranno dettate

principalmente dai nuovi equilibri di questi mesi, soprattutto in relazione al peso relativo di Lega e Pdl nella maggioranza di centro-destra. E dal nervosismo in seno al principale partito della coalizione al governo, dopo la nascita del gruppo "ribelle" di Progett'Azione e il mancato rimpasto in Giunta. In casa Pdl, comunque, c'è da scommettere che la situazione resterà sospesa almeno fino a metà dicembre, data in cui è previsto il congresso provinciale e si andrà alla conta per determinare quale delle due anime, quella che fa capo a Vito Borsari o quella col-

legata al coordinatore regionale Enzo Ghigo, avrà la meglio.

A pesare sulla partita, poi, ci sono le tante resistenze del territorio e i malumori dei rispettivi referenti politici. A cominciare dal-

le tre province del Piemonte orientale, i cui ospedali finiranno sotto Novara, o l'Astigiano, i cui nosocomi dipenderanno da Alessandria, o nell'Albese, dove nel 2013 sarà completato il nuovo polo di Verduno, che si ritroverà



Lettori: n.d.



NORDOVEST

30-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

da pag. 1

orfano dell'Asl di riferimento (oggi la Cn2).

Le scadenze

Il toto-nomine appassiona tutti anche se, o forse soprattutto perché, notizie ufficiali non ce ne sono. La scadenza è il 31 dicembre, data in cui si concluderà il mandato degli attuali commissari. Entro fine anno, dunque, bisognerà varare la riorganizzazione delle aziende sanitarie e lo scorporo degli ospedali dalle asl per poi procedere alle nomine con il nuovo assetto istituzionale.

A complicare il quadro c'è l'approvazione del Piano socio-sanitario, che nelle intenzioni della maggioranza dovrebbe passare in Consiglio entro Natale. Le consultazioni avviate sui territori - si concludono domani, 1° dicembre, a Novara - si sono rivelate accese e la minoranza si prepara a dar battaglia in aula con una pioggia di emendamenti, rendendo poco plausibile un'approvazione in tempi stretti. Per ora, comunque, si corre per portare il testo in Consiglio il mese prossimo, anche se la vera partita si gioca intorno alla riorganizzazione delle aziende sanitarie. Una possibile via d'uscita potrebbe essere puntare sull'approvazione della sola delibera (la 104 del dicembre 2010) e rimandare il Piano sanitario ai primi mesi del nuovo anno. D'altra parte, lo scorporo degli ospedali dalle asl avrebbe come immediata conseguenza l'impovertimento di più di un'asl, fattore

che peserebbe nella distribuzione degli incarichi. In caso la delibera andasse per le lunghe, non resterebbe che prorogare i commissari per alcuni mesi.

Il rumor

Nel tentativo di ipotizzare i contorni della sanità piemontese di domani ci sono alcuni tasselli, a oggi, più sicuri di altri. Il primo sembra la non riconferma di Emilio Iodice a capo della maxi azienda ospedaliera Molinette-Cto-Maria Adelaide-Sant'Anna-Regina Margherita. Dopo un anno impegnato nella titanica impresa di traghettare tre fra i più grandi ospedali del Piemonte verso un'azienda unica, Iodice potrebbe tornare a Novara, alla guida dell'ospedale Maggiore. Al suo posto si parla insistentemente del possibile arrivo dalla Toscana di Luigi Marroni, direttore dell'Asl di Firenze, che però secondo alcuni avrebbe più competenze per ricoprire il ruolo di direttore dell'Asl unica che dovrebbe nascere a Torino dalla fusione di To1 e To2. Altro nome in lizza per le Molinette è Gaetano Cosenza, ora a capo del polo ospedaliero novarese. Il commissario sotto cui già è unificata la direzione delle due asl torinesi, Giovanni Manuguerra, non dovrebbe, a sua volta, essere riconfermato.

Al San Luigi di Orbassano potrebbe essere confermata Cinzia Tudini, direttore amministrativo e commissario facente funzione da quando Ser-

gio Morgagni è stato chiamato in assessorato alla direzione generale Sanità a fianco dell'assessore Paolo Monferino, oppure potrebbe arrivare una nomina esterna, presumibilmente quella di Nicola Giorgione, attuale commissario dell'ospedale di Alessandria. Aria di riconferma invece per Remo Urani, commissario del Mauriziano, sempre che il destino dell'ospedale resti separato da quello delle Molinette. Alte le possibilità di conferma per Mario Minola all'ospedale di Novara, Mario Marchisio all'aso S.Croce e Carle di Cuneo e per Nicola Giorgione all'ospedale di Alessandria, a meno di un suo trasferimento ad Orbassano.

Nella cintura torinese, se Giorgio Rabino e Renzo Secreto potrebbero restare a capo rispettivamente di To3 e To4, qualche dubbio in più riguarda invece Giovanna Briccarello, alla guida della To5 in sostituzione di Vito Plastino, travolto dall'inchiesta sugli appalti truccati che la scorsa primavera portò all'arresto dell'assessore Caterina Ferrero. Nelle province, Valter Galante e Giovanni Monchiero sembrano saldamente a capo rispettivamente dell'Asl di Asti - senza più l'ospedale - e di quella unificata di Cuneo. Più incerto il destino di Carla Peona a Biella, Vittorio Brignoglio a Vercelli e Corrado Cattrini nel Vco, che pare però più avviato verso una riconferma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: n.d.

30-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 1

Aziende sanitarie	Commissario	Area	Possibilità di riconferma
To 1	Giovanni Manuguerra	Pdl	
To 2			
To 3	Giorgio Rabino	Centrodestra	
To 4	Renzo Secreto	Pdl	
To 5	Giovanna Briccarello*	Lega	
Cn 1	Giovanni Monchiero	Centrodestra	
Cn 2			
Novara	Gaetano Cosenza	Lega	
Alessandria	Mario Pasino	Pdl	
Asti	Valter Galante	Pdl	
Biella	Carla Peona	Lega	
Vercelli	Vittorio Brignoglio	Centrodestra	
Vco	Corrado Catrini	Lega	

Aziende ospedaliere	Commissario	Area	Possibilità di riconferma
Aou Molinette	Emilio Iodice	Lega	
Ao Oirm Sant'Anna			
Ao Cto maria Adelaide			
Aou San Luigi di Orbassano	Cinzia Tudini**	Centrodestra	
Aou Maggiore di Novara	Mario Minola	Pdl	
Ao S. Croce e Carle di Cuneo	Mario Marchisio	Area Fiat	
Ao di Alessandria	Nicola Giorgione	Centrodestra	
Ao Ordine Mauriziano	Remo Urani	Pdl	

Probabilità di riconferme

- Alte
- Basse
- Medie

Lettori: n.d.

NORD OVEST

30-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 1



Verso l'uscita. Poche change di riconferma per Emilio Iodice a capo dell'Aso di riferimento dei principali ospedali torinesi



Verso la riconferma. Si candida a restare a capo dell'Asl di Asti da neo-direttore e non più commissario Valter Galante



In arrivo a Torino. Il commissario dell'ospedale Maggiore di Novara potrebbe essere nominato direttore della maxi Aso Molinette

Lettori: n.d.

calabria
ora

30-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Piero Sansonetti

da pag. 15

«Ottimi risultati di Scopelliti»

COSENZA In difesa del governatore-commissario Scopelliti. Contro gli attacchi del Pd sulla sanità si scagliano l'assessore regionale Piero Aiello e il capogruppo della "lista Scopelliti" in Consiglio Giovanni Bilardi. Dice Aiello: « Si leggono da più parti riflessioni sulla gestione della sanità che, spesso, rasentano un banale diletantismo teso a screditare (senza successo politico... naturalmente) un impegno profondo, serio e garante dei diritti di tutti i territori, che il presidente Scopelliti sta approfondendo con grande spirito di abnegazione. Il piano di rientro prevede alcune priorità: 1) la spesa farmaceutica (oggi sensibilmente calata); 2) l'abbattimento del deficit (e i risultati sono più che lusinghieri, solo nel 2010 vi è stato un risparmio di circa sessanta milioni di euro); 3) la riorganizzazione della rete sanitaria generale. Mi domando quale altro presidente ha sentito l'esigenza di sensibilizzare i territori della regione per capire e conoscere? Non è fallito, dunque, il piano di rientro ma esso ha rappresentato, insieme con il commissariamento, il fallimento di una politica sanitaria del passato che ha prodotto queste situazioni per cui il presidente Scopelliti sta lavorando, ottenendo progressi confortanti riconosciuti anche dal Tavolo Massicci. E' tutto risolto? Assolutamente no. Il piano di rientro - conclude Aiello - prevede il suo completamento entro la fine del 2012. Lasciamo lavorare il presidente e i subcommissari con serenità e anzi, in quanto forze politiche responsabili, affianchiamolo e, se necessario, criticiamolo ma costruttivamente, senza argomentazioni di mera delegittimazione».

Infine Bilardi: «A volte non riusciamo a capire se gli esponenti di centrosinistra lo facciano per contrapposizioni di natura politica oppure, perché, e in questo caso la cosa sarebbe grave, convinti che sia possibile bocciare il piano di rientro. Com'è possibile, ribadiamo, paragonare Campania e Lazio alla Calabria, viste le differenze temporali? Chi lo fa, questo è chiaro, o mente sapendo di mentire creando allarmismi immotivati oppure, cosa assai grave, ignora tutto ciò».



Sanità, restano i nodi Atti aziendali al palo

Lo stop del "Massicci", modificate le linee guida

COSENZA

A passi spediti verso il consiglio regionale di venerdì dedicato ancora alla sanità. A passi spediti e anche un po' nervosi, visto il clima che nelle ultime ore sta caratterizzando il dibattito politico in Calabria. E visto anche il clima che si respira nelle aziende sanitarie, nelle quali non mancano le fibrillazioni dovute alla necessità di riadeguare gli atti aziendali appena licenziati (e successivamente molto contestati...) alle nuove linee guida elaborate dal commissario "ad acta" per l'attuazione del piano di rientro dal debito sanitario Scopelliti. Costretto dalle osservazioni dell'ultimo "Tavolo Massicci" a rivedere le precedenti linee guida agli strumenti di governo delle aziende sanitarie, quelle sancite con il decreto commissariale 54 del luglio scorso che evidentemente non avevano convinto i funzionari ministeriali chiamati alla verifica e al monitoraggio dei passi in avanti della Calabria nella strada per riorganizzare la sanità. Uno stop, quello del "Massicci" relativo alle linee guida degli atti

aziendali, che si aggiungerebbe ad altri che il tavolo di verifica interministeriale avrebbe imposto nelle ultime riunioni. Uno stop che emerge dalle pieghe del decreto 120 del commissario "ad acta" dello scorso 25 novembre, laddove si citano le "osservazioni" (in pratica prescrizioni) datate 25 ottobre, cioè il giorno immediatamente successivo all'ultimo "Tavolo Massicci". Che forse è stato meno tenero di come viene presentato dalla maggioranza di centrodestra... In ogni caso, le "osservazioni" hanno indotto la struttura commissariale ad apportare, con il decreto 120 del 25 novembre, alcune precisazioni-integrazioni al decreto 54 sulle linee guida per gli atti aziendali, precisazioni-integrazioni che riguardano in particolare i dipartimenti di salute mentale, materno infantile, riabilitazione, dipendenze, e ancora strutture semplici di direzione medica ospedaliera e consiglio sanitario regionale. Per le Asp quindi la necessità di rimettere mano agli atti aziendali, con tutto quello che ne deriva in termini di ulteriori ritardi. E di ulteriore caos. Come se già non ce ne fosse abbastanza...

ant. cant.



La sede dell'assessorato regionale alla Sanità a Catanzaro



Paradosso italiano

Medici a prezzi stracciati e l'Ordine li «indaga»

Dopo aver denunciato Groupon all'Antitrust per eccessiva concorrenza, i chirurghi attaccano i colleghi: aderire non è etico

■ ■ ■ ANTONIO SPAMPINATO

■ ■ ■ Da una parte ci sono gli Ordini professionali, in particolare quello dei medici e degli odontoiatri, dall'altra i gruppi di acquisto che offrono agli iscritti le prestazioni dei professionisti a prezzi scontati. In mezzo, come troppo spesso accade nel Belpaese, ci sono sia i consumatori, che potrebbero dire addio ai risparmi a loro riservati se le corporazioni dovessero vincere la battaglia, sia i professionisti che si trovano a loro agio nell'uso della piattaforma web per farsi conoscere.

L'ultimo atto del braccio di ferro tra Groupon, il leader mondiale dei gruppi di acquisto online, e l'Ordine dei medici, si è consumato ieri, con la controffensiva dell'azienda statunitense, presente in Italia dal 2010, che ha annunciato azioni legali contro la corporazione, accusata di voler «denigrare il nostro business e minacciare i medici» che offrono le loro prestazioni agli iscritti Groupon a prezzi scontati rispetto ai tariffari.

Il primo a sferrare l'attacco è stato lo scorso settembre Amedeo Bianco, in qualità di presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri, con una denuncia contro Groupon all'Antitrust e ai Nas. Di questi giorni invece, secondo quanto riferito dalla multinazionale di Chicago, l'iniziativa dell'Ordine di contattare i medici per evidenziare problemi deontologici a quanti offrono le loro prestazioni scontate ai gruppi di acquisto.

«Il messaggio che vogliamo far passare è che queste "offerte", disponibili sul web per un tempo limitato e accessibili a pochi, non possono in nessun modo costituire un sistema orga-

nico e innovativo di sanità low cost, capace di vicariare, in tutto o in parte, il Servizio sanitario Nazionale, ove mostrasse criticità o carenze», sostiene Bianco. «Non fosse altro, perché un sistema commerciale - è di questo che si tratta - non può vendere costantemente sottocosto».

Ma queste offerte, ribatte l'azienda Usa, durano solo per 24 ore e gli sconti proposti dai professionisti vengono da loro stessi considerati investimenti per farsi conoscere e quindi limitati nel tempo e nel numero. Inoltre gli stessi Ordini, sottolinea Groupon, difendono tariffari considerati minimi che sono stati invece abrogati dal decreto Bersani del 2006.

«La nostra azienda è presente in 45 Paesi nel mondo ma al momento, per quanto riguarda la polemica con l'Ordine dei Medici, non riscontriamo una situazione simile a quella presente in Italia», attacca Boris Hageney, Ceo Groupon Italia. «Crediamo dipenda da fattori culturali, economici e sociali legati al nostro territorio; anzi in altri Paesi Groupon collabora con le associazioni di categoria proprio perché i professionisti riconoscono il nostro ruolo di apertura del mercato e ci sostengono nella verifica delle offerte in vista della tutela degli utenti».

Un check up medico completo a 39 euro invece di 140; una visita angiologica e tre sedute di terapia per eliminare i capillari di gambe o viso a 119 euro invece di 720; pulizia dei denti con sbiancamento a 29 euro: le offerte, sottolinea Groupon «vengono sottoposte preliminarmente ad un rigido iter qualitativo». E non è solo l'Ordine dei medici ad avere il dente avvelenato con i gruppi di acquisto. La

vendita di una certificazione energetica di un'abitazione o di un ufficio a 69 euro invece di 380 ha mandato in bestia più di un ingegnere. Ma ha reso felici molti proprietari immobiliari. Associazione nazionale architetti italiani o Altrapsicologia (Movimento nazionale liberi farmacisti), che rificano l'eliminazione degli albi e riforma strutturale. E nei "I veri intoccabili" emergono storie bizzarre. C'è il caso dello scontro ai vertici degli agronomi, tra il presidente dei dottori forestali e quello degli agrotecnici: disputa sfociata nelle minacce di morte e nell'invio di buste contenenti proiettili calibro 7,5. C'è la storia del "business delle formazione permanente obbligatoria" che, con quello dei congressi rimpingua le casse di colletti bianchi di varia estrazione. C'è la disputa tra dottori commercialisti con laurea accesa da veronese Italo Corradi contro i ragionieri commercialisti senza laurea.

Le statistiche, riportate nel libro dicono che il 44% degli architetti è figlio di architetti, il 41% dei farmacisti, il 37% dei medici figlio di un medico. La riforma gli ordini è utopia. L'ultimo tentativo fu, in estate, di Giulio Tremonti che, sia nella manovra di luglio che d'agosto tentò di introdurre elementi liberalizzatori, come da dettato Bce. Venne bloccato. Per una volta aveva ragione Bersani, che nel 2006, da ministro prodiano vaticinò: «Le liberalizzazioni prima si fanno e poi si dicono, perché se si dicono va a finire che non si fanno più...». Appunto.



Lettori: 434.000

Libero

01-DIC-2011

Diffusione: 107.638

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

da pag. 27

GROUPON NEL MONDO

Performance a partire da novembre 2008



MADE IN USA

Groupon è una società statunitense nata nel 2008 ed è presente in Italia dallo scorso anno.

FederLab Italia

Fials: "Rivedere i ticket significherebbe ridurre il tasso di esclusione dalla prevenzione dei ceti sociali meno abbienti"

Sanità, "Polverini interroghi il ministro"

"Aspettiamo un segnale di equità e di buon governo"

di Rema Naem Mohammad

"Già dopo una settimana dal proprio insediamento il ministro della Salute Renato Balduzzi ha dichiarato di voler rivedere i ticket sanitari. Non è ben chiaro in che termini voglia mettere in pratica cambiamenti ma è proprio questo un buon motivo affinché il presidente e attuale commissario ad acta per la sanità, Polverini, chieda al ministro di fare chiarezza sul senso delle proprie affermazioni. Rivedere i ticket nel Lazio significa ridurre il tasso di esclusione dalla prevenzione dei ceti sociali meno abbienti e nello stesso tempo favorire l'accesso alle strutture pubbliche rispetto a quelle non convenzionate con il servizio regionale". A parlare è il segretario regionale di Fials Confasal Gianni Romano. "Di fatto, l'ammontare odierno dei costi per le prestazioni diagnostiche mette in serio pericolo la diagnosi precoce e le cure di alcune patologie ormai ricorrenti: i cittadini infatti devono fare i conti sempre di più con i tagli dei servizi e con i costi sempre più alti dei ticket. Giova ricordare che in molti casi acquistare direttamente un farmaco ovvero eseguire una prestazione medica dallo specialista non convenzionato a un costo inferiore rispetto al ticket imposto. Oramai - precisa Romano - i livelli essenziali di assistenza (Lea) si vanno trasformando da ciò che deve essere garantito dallo Stato in ciò che può essere garantito sulla base delle risorse di-

sponibili del nucleo familiare. Vale a dire che la prevenzione e la cura delle malattie sta diventando nel Lazio solo un optional per chi ha disponibilità sufficienti di denaro. Sulla base di questo concetto che trapela dalle parole dei cittadini che chiedono in ogni occasione di avere un servizio sanitario equo e solido, rinnoviamo l'invito al presidente Polverini - prosegue Romano - affinché si impegni da subito a presentare un programma di rimodulazione dei ticket al ribasso. E al contempo provveda a mettere in campo quei provvedimenti che vincolano le aziende sanitarie a rispettare i tempi di attesa nei distretti e nelle Asl. Siamo infatti arrivati a intervalli fra prenotazione ed esame che oltrepassano sempre i 40 giorni e per le visite specialistiche di controllo si può aspettare fino ai 600. Un'assurdità che si trasforma in paradosso: servizi e risposte sempre più lenti a costi sempre più elevati che inducono i pazienti a cercare altre soluzioni più puntuali e meno costose che certificano il fallimento dell'assistenza pubblica. Aspettiamo quindi dal nuovo ministro Balduzzi e dal presidente Polverini un segnale di equità e di buon governo. Diversamente - conclude Romano - la Nostra Organizzazione provvederà a forme di protesta non esclusa la messa in campo dello sciopero bianco che rifiuta ogni prestazione di lavoro straordinario attinente la riscossione delle tasse sulla salute".



In commissione la norma che rivede i criteri. Il tetto del reddito annuo di 35 mila euro

“Sanità, troppi siciliani sono esenti dal ticket” Il governo prepara la stretta

Perderebbero il diritto circa 500 mila utenti. A Sala d'Ercole si è già acceso lo scontro

I punti

IL DDL
La proposta del governo prevede il cambio dei parametri per l'esenzione del ticket, passando dall'Isee alla dichiarazione dei redditi.

I PARAMETRI
Prevista l'esenzione del ticket per chi ha meno di sei anni e più di 65 anni e appartiene a una famiglia con reddito fino a 36 mila euro.

LO STOP
La commissione Bilancio ha stoppato il disegno di legge rinviandolo in commissione Sanità, che adesso dovrà ridiscuterlo.

LA COMMISSIONE Bilancio al momento ha stoppato il piano. Ma il governo tornerà alla carica in commissione Sanità, dove sarà ridiscusso il disegno di legge che rivoluziona il sistema di esenzione dal ticket per la specialistica e la farmaceutica in Sicilia. Il ddl proposto dall'assessore Massimo Russo prevede un calcolo per l'esenzione attraverso il reddito e non più con il parametro Isee, che mette insieme diverse cose, come reddito e patrimonio. Di fatto la Sicilia recepirebbe così il sistema nazionale,

che prevede tra l'altro il blocco dell'esenzione per chi ha più di 6 anni e meno di 65 anni, mentre fino a oggi nell'Isola si poteva evitare di pagare il ticket a qualsiasi età. «La norma — spiegano dall'assessorato — si rende necessaria perché ce lo chiede lo Stato, che minaccia di non trasferire più le risorse necessarie a coprire l'esenzione, circa 100 milioni di euro, se non omologhiamo il sistema di calcolo a quello nazionale. Inoltre con il sistema del reddito la Guardia di finanza potrà fare controlli più capillari rispetto all'Isee, che è un sistema complesso. Non a caso oggi ci sono 1,6 milioni di siciliani esenti da ticket, forse un po' troppi».

Ecco comunque nel dettaglio il nuovo sistema di calcolo del

ticket: in base al ddl Russo potranno essere esentati soltanto «cittadini di età inferiore a 6 anni e superiore a 65 anni appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo non superiore a 36.151 euro». Saranno esentati inoltre portatori di patologie e malattie gravi, a esempio tumori, donne in gravidanza e «soggetti in particolari situazioni di disagio economico»: nel dettaglio, disoccupati, operai in cassa integrazione, pensionati con meno di 65 anni e un reddito inferiore agli 8 mila euro all'anno». Nel ddl prevista inoltre la possibilità, per l'assessore, di fissare con decreti altre patologie per l'esenzione e importi del ticket diversificati in base alla malattia e al reddito dei cittadini. Con questi parametri, comunque, chi ha più di 6 anni e meno di 65 dovrà pagare indipendentemente dal reddito, mentre oggi con il parametro Isee poteva ottenere l'esenzione se guadagnava meno di 300 euro al mese.

Il ddl è stato approvato dalla commissione Sanità, ma è stato bloccato dal Bilancio: «La norma è troppo generica, delega all'assessore la scelta di chi deve o meno pagare il ticket, e inoltre non c'è alcuno studio sulla platea dei siciliani che perderanno l'esenzione», dice Fabio Mancuso del Pdl. «Dopo il rinvio in commis-

sione, dovremo rivedere alcuni passaggi», dice Roberto De Benedictis, componente Pd della commissione Sanità. «Sosterremo il ddl perché così si fissano criteri veri per la lotta all'evasione», dice Rudy Maira, capogruppo del Pdl.

I sindacati sono sul piede di guerra. Per Maurizio Bernava, segretario della Cisl siciliana, e Carmelo Raffa della Cisl Fnp, «archiviare il riferimento all'Isee rischia di tradursi in fattore di iniquità sociale». «Siamo preoccupati», aggiunge Claudio Barone, segretario generale della Uil Sicilia. «Con il passaggio dall'Isee alla dichiarazione dei redditi, circa 500 mila siciliani potrebbero perdere l'esenzione dal ticket», aggiunge Mariella Maggio, segretaria della Cgil. L'assessore Russo intanto ha annunciato un altro provvedimento, che prevede il pagamento di 1 euro per tutte le ricette.

a. fras.

© FOTOCOPIAZIONE RISERVATA



Il caso

Asl e coop tra indagini e polemiche

Il modello sanitario della Toscana mai come ora è messo a dura prova. L'Asl di Massa Carrara ha un buco che si aggira intorno ai 280 milioni e su questo sta indagando anche la magistratura. «La Giunta ha negato per anni – spiega il consigliere del Pdl, Paolo Marcheschi – ma ora la situazione di Massa è sotto gli occhi di tutti e presto si aprirà il nuovo fronte di Pistoia».

Nel presentare i bilanci delle aziende sanitarie per il 2010 approvati dalla Giunta il 28 ottobre, l'assessore regionale alla Salute, Daniela Scaramuccia dirà: «Voglio cogliere questa occasione per sottolineare una serie di aspetti che stanno a indicare un sistema sano e dinamico: primo fra tutti, la tenuta economica del sistema, a fronte di una inversione di tendenza dei finanziamenti statali; ma anche gli investimenti in innovazione e ricerca, i risultati di salute, lo sforzo di contenimento della spesa». Sulla sanità qualcosa in più dice il governatore Enrico Rossi. «La vicenda di Massa Carrara – dichiara nel suo ufficio di Piazza Duomo – ha rappresentato un errore ma anche una risposta. Sono stato infatti io a denunciare le anomalie alla Procura della Repubblica e alla Corte dei conti senza guardare in faccia a nessuno, dai manager ai revisori dei conti. Sfido a trovare altri che abbiano il coraggio di farlo».

Una difesa del modello sanitario che giunge fino alle infrastrutture. «Si parla tanto dello strapotere delle coop rosse in Toscana – dice d'un fiato Rossi – ma pochi ricordano che nel project financing dei quattro nuovi ospedali abbiamo escluso proprio la cordata con le coop perché non rispettava le prerogative fissate».

Un ragionamento che non convince il consigliere del Pdl Paolo Marcheschi che il 21 gennaio 2006 presentò il dossier "Potere rosso - Politica e affari, l'egemonia rossa in Toscana: le connessioni". «Allora – dice – denunciasti lo strapotere delle cooperative dall'edilizia alla grande distribuzione, passando attraverso l'assistenza socio-sanitaria. Oggi nulla è cambiato, anzi forse quel monopolio, grazie all'accondiscendenza della politica, si è rafforzato».

R.Gal.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



► Regione. 8 ◀

Piano di rientro dal debito: in un decreto i programmi operativi

Sono alla firma del tavolo interministeriale di verifica (Salute ed economia) i programmi operativi del Piano di rientro dal deficit 2011-2012 elaborati dalla struttura commissariale. I piani saranno esaminati a latere del bilancio in un tavolo separato in Consiglio regionale parallelamente alla discussione della legge di Bilancio. L'articolato programma che la Regione già sottoposto ai direttori generali di Asl e aziende ospedaliere deve ora essere trasformato in un decreto commissariale per la pubblicazione sul Bollettino regionale.

GRANDI MANOVRE

In 163 pagine sono illustrate tutte le manovre di rientro condotte dal 24 aprile del 2010, data della nomina del commissario ad acta per la sanità e definite le cose fatte e da fare per concludere il periodo di commissariamento da parte dei ministeri vigilanti che dal prossimo anno dovrebbero diventare ministeri affiancanti. Nel documento sono indicati gli strumenti di governance del settore, il piano di riordino della rete ospedalie-

ra, le ipotesi di valorizzazione e i risultati per singolo presidio, la razionalizzazione dei presidi del territorio, i risparmi finora conseguiti e quelli attesi per venire a capo di uno sbilancio strutturale ancora non coperto dalla manovre fiscali per il 2010 di 70 milioni di euro.

I PUNTI SALIENTI DEL PIANO

Riqualificazione dell'assistenza territoriale, razionalizzazione della rete laboratoristica e di quella trasfusionale, potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle rete dell'emergenza 118. E ancora accordi tra medici e pediatri di libera scelta, prevenzione, medicina veterinaria e igiene collettiva, gestione del personale, contenimento della spesa per medici e infermieri e turn-over dei dirigenti, razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionale e ospedaliera oltre che gli interventi di sistema (accreditamenti, ticket, acquisti di beni e servizi), i contenuti del documento che si configura come una vera e propria legge quadro di riforma del sistema sanitario regionale.

Il documento completo sul portale sanità
di **denaro.it**

FederLab Italia

ETTORE MAUTONE

Sanità, accreditamenti: via libera alla nuova legge

Approvata ieri in Aula la legge regionale sugli accreditamenti delle strutture sanitarie. Bocciati tutti gli emendamenti presentati dai gruppi di maggioranza e opposizione. Resta dunque immutato il testo della legge approvato in commissione lunedì scorso anticipato dal Denaro Sanità. La norma riforma la legge regionale n. 14 dello scorso 4 agosto (relativamente al comma 237 dell'articolo 1 della legge regionale 4 del 2011) e definisce la spinosa questione delle procedure di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie private.

LE DOMANDE

La prima novità è il termine per la presentazione delle nuove istanze: le strutture sanitarie e socio-sanitarie private, che intendono proseguire in regime di accreditamento istituzionale definitivo l'attività erogata in regime di accreditamento provvisorio, presentano nuova domanda entro 20 giorni dalla pubblicazione sul Burc del decreto commissariale di disciplina delle modalità per l'utilizzo della piattaforma applicativa informatica aperta da Soresa dallo scorso 28 ottobre. Nel caso si tratti di strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale entro il termine del 30 aprile 2012. Così anche nel caso di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private. La nuova domanda di accreditamento istituzionale è presentata esclusivamente attraverso l'utilizzo di una piattaforma applicativa informatica messa a disposizione dalla Soresa e secondo modalità disciplinate con un successivo provvedimento amministrativo da adottarsi entro dieci giorni dall'entrata in vigore della legge.

I REQUISITI

Alla presentazione delle domande sono ammesse esclusivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie private provvisoriamente accreditate in possesso di certificazione dell'Asl territorialmente competente, di valido titolo convenzionale in base alla legge 724 della legge 23 dicembre 1994 (misure di razionalizzazione della finanza pubblica),

nonché di eventuale titolo di intervenuta modifica disciplinare o assetto assistenziale fermo restando, per le strutture di ricovero ospedaliero, il numero di posti letto originariamente convenzionati, ovvero di provvedimento giurisdizionale (sentenza passata in giudicato). Esentate dal presentare nuove domande sono le strutture di dialisi, quelle termali già accreditate e tutte le strutture già accreditate ai sensi del regolamento n. 3 del 2006.

CERTIFICAZIONI ASL

La certificazione della Asl territorialmente competente indica, inoltre, le attività per le quali le strutture richiedenti operano in regime di accreditamento provvisorio ed è rilasciata previa verifica di conformità con quanto riportato nell'originario titolo convenzionale o nell'eventuale titolo di intervenuta modifica disciplinare dell'assetto assistenziale, ovvero nel provvedimento giurisdizionale esecutivo di accreditamento. L'autorizzazione all'esercizio ai sensi della delibera di giunta regionale del 31 dicembre 2001 n. 7301, ov-

vero idonea certificazione dell'Asl territorialmente competente che attesti che il mancato rilascio del titolo autorizzativo, fermo restando l'avvenuto adeguamento ai requisiti strutturali da parte delle strutture richiedenti entro i termini indicati da 006 (di proroga in proroga fino al 28 febbraio del 2008) sia dipeso da causa non imputabile alle strutture stesse.

Abrogato, inoltre, il comma 237 septies della legge n. 14 del 4 agosto 2011. Viene a cadere, dunque, l'esigenza che le nuove domande di accreditamento istituzionale definitivo siano corredate da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del legale rappresentante, attestante la permanenza del possesso dei requisiti stabiliti con la delibera n. 7.301 del 2001 (autorizzazioni) e in particolare gli estremi dell'atto di autorizzazione all'esercizio dell'attività rilasciato ai sensi della medesima delibera.

Le domande di accreditamento di cui al comma 237 quinquies sono considerate ammissibili soltanto se contengono però dichiarazioni di notorietà attestanti la permanenza dei requisiti stabiliti con la delibera 7.301 del 2001, l'avvenuta presentazione dell'istanza di accreditamento istituzionale ai sensi dei regolamenti 3 del 2006 e 1 del 2007, il possesso dei requisiti ulteriori prescritti per l'accreditamento istituzionale dai regolamenti 3/2006 e 1/2007. Sono esentate dalla presentazione della dichiarazione di notorietà le strutture provvisoriamente accreditate che non hanno inoltrato, nei termini di legge, l'istanza di accreditamento istituzionale di cui ai regolamenti 3 del 2006 ed 1 del 2007 perché non ancora in possesso, per causa non imputabile, dell'autorizzazione all'esercizio prevista dalla Delibera 7.301/del 2001.

RICONVERSIONI

In caso di superamento del fabbisogno, rispetto all'offerta assistenziale in regime di accreditamento il commissario ad acta procede a riconversioni, alla fissazione di nuovi standard e alla proporzionale riduzione delle attività accreditabili.

I TITOLI

Il titolo di accreditamento istituzionale definitivo decorre, per le strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, nonché per tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private dalla data di pubblicazione sul bollettino regionale del decreto commissariale di presa d'atto.



La norma in pillole

- **Il fabbisogno di prestazioni:** viene soddisfatto dalle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate entro il 1° luglio del 2007
- **Le nuove domande:** le strutture sociosanitarie che intendono proseguire in regime di accreditamento presentano domanda entro 20 giorni dall'approvazione dalla pubblicazione sul Burc della norma di disciplina dell'utilizzo della piattaforma informatica (regolamento da ufficializzare entro 10 giorni dalla pubblicazione della legge). Il termine diventa il 30 aprile del 2012 per le strutture di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale
- **Ammissione:** Alla presentazione delle domande sono ammesse esclusivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie provvisoriamente accreditate in possesso di idonea certificazione
- **Requisiti:** la permanenza dei requisiti stabiliti con la deliberazione di Giunta regionale n. 3.958 del 2001 (autorizzazioni), l'avvenuta presentazione dell'istanza di accreditamento istituzionale in base ai regolamenti 31 luglio 2006, n. 3 o del regolamento del 22 giugno 2007, n. 1, o di entrambi, il possesso dei requisiti ulteriori prescritti per l'accreditamento istituzionale dai regolamenti

Al testo, in commissione è stato aggiunto un articolo 237quinquies bis che consente ai laboratori di analisi che effettuano meno di 300 analisi annue di accorpate le strutture con altri laboratori in un lasso di tempo di circa un anno

La Sanità, il Consiglio

Cliniche e laboratori, approvate le nuove regole per gli accreditamenti

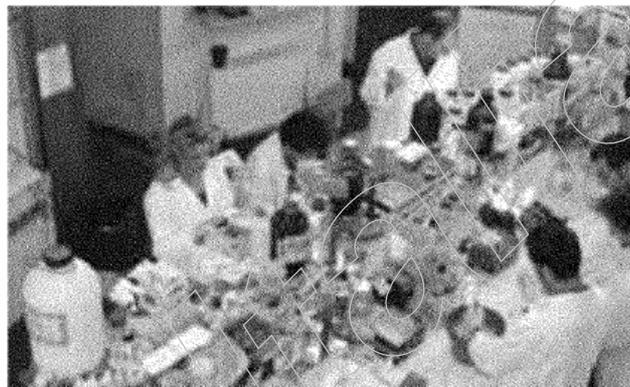
Il provvedimento necessario alla manovra di rientro del debito del comparto

Paolo Mainiero

Dopo una lunga serie di rinvii e di polemiche, il consiglio regionale ha approvato la legge che disciplina gli accreditamenti dei centri privati. Si tratta di un atto richiesto dal tavolo tecnico interministeriale per il rientro dal debito della sanità. La legge fissa i requisiti tecnico-sanitari necessari per ottenere l'accredimento e indica i termini entro cui i centri privati devono presentare la domanda attraverso la piattaforma informatica messa a disposizione dalla Soresa. Per quanto riguarda le case di cura, la domanda andrà presentata entro venti giorni dalla pubblicazione sul

Bollettino ufficiale della Regione dei decreti attuativi della legge approvata ieri. Tutti gli altri centri privati (radiologia, laboratori di analisi, riabilitazione) hanno tempo fino al 30 aprile 2012 per presentare la domanda.

La legge è stata approvata a maggioranza: 35 i voti favorevoli, quelli del centrodestra e di Psi, Idv e Api. Il Pd si è astenuto. E proprio i democratici sono stati protagonisti in aula di una polemica con il Pdl. «Dopo otto riunioni, la legge in commissione è stata approvata all'unanimità. Si fa chiarezza dopo anni di vuoto legislativo e si garantisce alle strutture private un accreditamento non più provvisorio e incerto. E si consente alla Regione, attraverso un sistema centralizzato, di avere un quadro completo della sanità privata. Non capisco l'atteggiamento del Pd», ha detto il presidente della commissione Sanità Michele Schiano. Ma il Pd, che pure in commissione aveva votato a favore, in aula ha posto una serie di obiezioni e ha riproposto una serie di emendamenti. Lello Topo ha sottolineato che alcuni punti della legge «sono in contrasto» con quanto previsto dal Piano ospedaliero. «Viene delineato da un lato lo schema per la riduzione dei posti letto - ha spiegato Topo - e dall'altro si determina l'automatismo per cui si passa dalla convenzione all'accredimento permanente. La Regione deve sapere a cosa si va incontro». Il capogruppo del Pd Peppe Russo ha invece osservato che «la sanità privata resta eternamente uguale a se stessa. Qual è il processo di riforma del settore? Dov'è il riformismo di Caldoro? Quanti centri privati servono effettivamente al territorio? Se c'era un vincolo per trasformare le convenzioni in accreditamento si poteva farlo direttamente, senza perdere tanto tempo in aula». Critico anche Cor-



La votazione

Con centrodestra e Psi hanno detto sì Idv e Api il Pd si astiene, 35 favorevoli

rado Gabriele. «Mentre il pronto soccorso del San Gennaro chiude il consiglio regionale discute dell'accredimento. Evidentemente - ha detto - quando si tratta di decidere il destino delle strutture private c'è sempre tempo. Manca, invece, quando c'è da discutere dei servizi pubblici».

Approvata questa legge, i consiglieri devono aver evidentemente pensato che poteva concludersi la loro giornata. E così per mancanza del numero legale la seduta è stata sciolta. Niente da fare, dunque, per due disegni di legge particolarmente attesi: quello sulla dieta mediterranea e quello sull'ordinamento professionale dei maestri di sci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rimandati
 Resta al palo la discussione sui disegni legislativi per la dieta mediterranea e i maestri di sci

«Sprechi Asl Na 1, ex manager risarciscano 284mila euro»

La sentenza

La condanna della Corte dei Conti Stangata da 113mila euro per l'ex assessore Montemarano

Sabato Leo

Sperpero di danaro pubblico all'Asl Na 1: risarciscano il danno erariale gli ex direttori generali Angelo Montemarano (nella foto) e Mario Tursi, il direttore amministrativo Pasquale Corcione (neodirettore generale dell'azienda ospedaliera universitaria della Seconda Università di Napoli) e il direttore del servizio gestione risorse umane Amoroso Nuzzolo. Lo ha sentenziato la Corte dei conti che ha condannato i superburocrati a pagare la somma complessiva di 284.112 euro. La magistratura contabile napoletana di via Piedigrotta ha messo a carico di

Montemarano (già assessore regionale alla Sanità) la somma maggiore: 113.644 euro. Nuzzolo dovrà pagare 75.457 euro mentre la condanna nei confronti Tursi e Corcione è più mite: 42.616 euro ciascuno.

L'illecito erariale è derivato dall'irregolare erogazione al personale infermieristico - tra gennaio 2003 e maggio 2006 - dell'indennità di rischio di malattia infettiva prevista dal contratto collettivo nazionale di lavoro per gli operatori della Sanità. Dagli accertamenti svolti dalla Guardia di Finanza, su delega della Procura regionale della Corte dei conti, era emerso, però, che gli infermieri percettori dell'indennità prestavano servizio nei Ser.T. (Servizio Tossicodipendenti) e non avevano diritto al beneficio economico erogato. Il contratto riconosceva l'indennità per ogni giornata di lavoro prestato nei servizi di malattie infettive. Aggiungeva che la



L'accusa
 Tra il 2003
 e il 2006
 hanno corrisposto
 agli infermieri
 indennità
 di rischio malattia
 non dovute

medesima indennità poteva essere corrisposta, secondo gli accordi decentrati, ad altri operatori del ruolo sanitario, limitatamente ai giorni in cui avessero prestato un intero turno lavorativo nei servizi di malattie infettive, cioè nei reparti in cui sono ricoverati pazienti la cui malattia è già stata diagnosticata come infettiva.

La Regione, attraverso l'assessorato alla Sanità, aveva formato un elenco dei nosocomi della Campania con reparti di malattia infettiva, fra i quali, però, non era ricompresa l'allora Asl Na 1, presso la quale non vi erano reparti in cui venivano ricoverati pazienti la cui malattia era stata già diagnosticata come infettiva.

La sentenza è appellabile davanti alle Sezioni centrali di Roma della Corte dei conti. La condanna resta sospesa con il deposito del ricorso di appello. La difesa di Montemarano, Tursi e Corcione è stata sostenuta dall'avvocato Antonio Nardone. Nuzzolo, invece, si è costituito in giudizio con l'avvocato Attilio Davide. Segretario Francesca Cerino, pm Francesco Buccarelli, il verdetto della Corte dei conti è stato firmato dal presidente Fiorenzo Santoro e dai consiglieri Daniela Acampora e Rossella Cassaneti, relatore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONSIGLIO

Nulla di fatto, invece, sui budget della salute, sulla disciplina delle scuole di sci e sul marchio relativo alla dieta mediterranea

Sì alle nuove norme sull'accreditamento delle strutture sanitarie private

Via libera ieri dal Consiglio regionale della Campania alla legge regionale che disciplina l'accreditamento delle strutture sanitarie private.

L'assemblea legislativa campana, in particolare, ha approvato il testo con 35 voti favorevoli e 14 astenuti.

"Il testo ha il parere favorevole della Commissione Sanità e l'ha licenziato all'unanimità - ha affermato il consigliere del Pdl Michele Schiano, presidente della commissione Sanità - E' un testo importante che è il risultato di 7-8 incontri della Commissione".

Malgrado la premessa, però il consigliere del Pd, Raffaele Topo ha tenuto a sottolineare, durante il dibattito in aula, che alcuni punti "sono in contrasto" con quanto previsto dal Piano ospedaliero messo a punto da Caldoro in qualità di commissario ad acta per la

sanità.

"Viene delineato da un lato lo schema per la riduzione dei posti letto - ha spiegato Topo - dall'altro determiniamo l'automatismo che porta dal convenzionamento all'accreditamento permanente".

Secondo o'esponente del centrosinistra, la Regione "deve fare una stima e capire a cosa si va incontro".

Dalle fila dello stesso gruppo politico, il presidente dei consiglieri del Pd, Giuseppe Russo, intervenendo in Aula, ha sottolineato che "la sanità privata resta eternamente uguale a se stessa".

"Qual è - si è chiesto Russo - il processo di riforma di questo comparto del settore? Dov'è a riguardo il riformismo di Caldoro?"

"Se c'era un vincolo per trasformare le convenzioni in accreditamento - ha aggiunto l'esponente del partito di Bersani - si poteva

farlo direttamente, senza perdere tanto tempo in aula".

Tempo, intanto tiranno per l'aula regionale che ieri ha chiuso i suoi lavori prima del termine fissato per le 120,00. La mancanza del numero legale, verificatasi dopo accese polemiche su altri provvedimenti, ha fatto sì che la seduta venisse sciolta con quasi un'ora di anticipo rispetto alla tabella di marcia e un nulla di fatto sugli altri provvedimenti all'ordine del giorno.

Dunque si riprenderà, nella prossima riunione, dalle votazioni sui testi di legge relativi alla disciplina delle scuole di sci e alla dieta mediterranea.

Riportato, invece, in Commissione per opportuni approfondimenti il disegno di legge sui budget per la salute relativi ai percorsi di riabilitazione sociosanitaria.

SCINTILLE AL QUESTION-TIME

Sanità privata, scontro Caldoro-Pd

La polemica si fa incandescente sui presidi del capoluogo:
"Da mesi nessun chiarimento su un servizio essenziale"

NAPOLI. Botta e risposta sulla sanità. Nel giorno in cui passa la legge sugli accreditamenti delle strutture private, il presidente Caldoro sceglie di "snobbare" le interrogazioni del Pd scatenando le ire del principale partito di centrosinistra. "Il presidente ha scelto di non rispondere in Consiglio regionale al Question Time presentato da me sullo scandalo del Loreto Mare e sulla richiesta di non procedere alla chiusura dei presidi in città" tuona il consigliere regionale Antonio Marciano, tra i più tenaci accusatori del primo inquilino del palazzo di via Santa Lucia. Un affondo, quello dell'esponente dei Democratici, che segue di poche ore l'appello rivolto dal sindaco di Napoli, Luigi De Magistris di "sospendere il provvedimento di chiusura del pronto soccorso dell'ospedale San Gennaro stabilita dal commissario straordinario della Asl Napoli 1, Maurizio Scoppa". "Dopo mesi di mutismo totale sulla sanità - accusa ancora Marciano - il presidente della giunta e commissario al piano di rientro avrebbe avuto la possibilità di esprimersi in una sede istituzionale su un tema cruciale come quello della tutela della salute dei cittadini. E invece anche in questo caso ha deciso di tacere, di non delegare nessuno dei suoi assessori a parlare, e quindi di bloccare sul nascere qualsiasi tentativo di dibattito sulla questione". Per Marciano si tratta dell'ennesima "scelta irresponsabile del presidente, figlia di un atteggiamento irrispettoso non solo nei confronti dei cittadini

campani, che finora non sono mai stati ascoltati dalla Regione, ma anche delle istituzioni regionali". "Il riformismo di Caldoro - conclude il consigliere del partito di Bersani - continua a essere drammaticamente afono". Sulla stessa falsariga Corrado Currucullo, responsabile sanità del Pd Campania. "La vicenda della chiusura del Pronto Soccorso del San Gennaro è molto grave. La giunta regionale affronta la questione sanità con estrema superficialità se pensa che chiudere il Pronto Soccorso dei piccoli presidi sia una valida soluzione al problema del sistema dell'emergenza sanitaria in Campania" sottolinea Currucullo, che poi prosegue: "Riteniamo grave sul piano istituzionale evitare, come fa Caldoro, di rispondere al Question Time sulla sanità presentato dal Pd. E' indice della totale mancanza di argomenti validi sulla questione e che sulla sanità si procede a vista".

Fin qui il j'accuse dei Democratici. La replica della maggioranza, infatti, non si è fatta attendere. Ci ha pensato il capogruppo di "Caldoro Presidente", Gennaro Salvatore a replicare al fuoco di fila del centrosinistra. "Sulla Sanità - ha spiegato il delegato ai rapporti tra giunta e Consiglio - è necessario il massimo senso di responsabilità piuttosto che polemiche tanto demagogiche quanto sterili". "Il Consiglio regionale campano - ha ribadito ancora ribadito Salvatore rifilando una "bacchettata" a

Marciano - è stato precursore di quanto accaduto sullo scenario nazionale, intraprendendo, grazie soprattutto alla consapevolezza di larga parte dell'opposizione, un percorso di responsabilità rafforzato dalla congiuntura politica nazionale. Chi cerca di buttarla in rissa, a dispetto anche del senso delle Istituzioni, è destinato a rimanere ai margini della vita politica". "In Regione - ha aggiunto l'esponente socialista puntando il dito contro il precedente governo Bassolino - abbiamo ereditato un disastro senza precedenti, grande quanto l'inadeguatezza di chi ci ha preceduto e comunque abbiamo invertito la rotta. Il ministero della Sanità, gli uffici preposti e gli osservatori terzi riconoscono le buone pratiche introdotte che coniugano rigore, contenimento della spesa e qualità

dei servizi. Non nascondiamo le difficoltà esistenti ma siamo tutti impegnati per superarle".

Quanto alla situazione di Napoli, pure lamentata dagli ambienti Pd, Salvatore ha ricordato come "il generale Maurizio Scoppa, chiamato alla guida della Asl Na1, sta applicando, nella massima autonomia, il piano ospedaliero regionale ed il suo operato rappresenta la migliore garanzia del rispetto delle regole e della normativa vigente". Il suo, ha ammesso il consigliere del centrodestra: "è un lavoro delicato, prezioso, che non va contestato strumentalmente ma accompagnato e sostenuto nei modi opportuni".

Lello Scarpato



Votazione in consiglio regionale

Sanità privata, fissati nuovi criteri per le convenzioni



Medici in una clinica privata

LE CLINICHE dovranno presentare domanda entro i venti giorni successivi alla pubblicazione dei decreti attuativi. Per i laboratori di analisi, invece, il termine è il 30 aprile del prossimo anno. Lo ha deciso il consiglio regionale (35 favorevoli, 14 astenuti) che ieri sera ha approvato i nuovi criteri per le convenzioni della sanità privata.

In aula la protesta del consigliere del Pd Raffaele Topo: «Alcuni punti del testo sono in contrasto con quanto previsto dal Piano ospedaliero messo a punto dal presidente Stefano Caldoro in qualità di commissario alla sanità. La Regione deve fare una stima dei posti letto e capire a cosa si va incontro».

Sanità

Tagli all'Asl, in campo i parlamentari

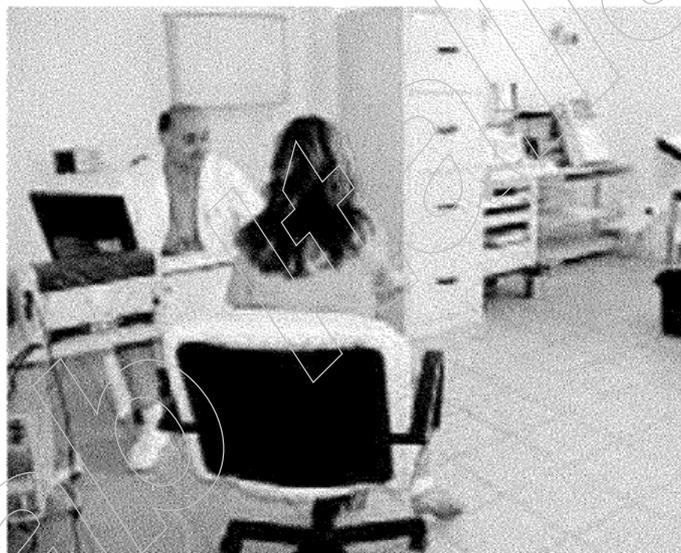
Boffa invita alla mobilitazione per evitare altre penalità
Izzo contatta Caldoro e Calabrò

«Con il taglio di 6 milioni di euro, sui circa 18 milioni della mensilità di competenza dell'Asl sannita, ancora una volta il nostro territorio paga a caro prezzo l'incapacità della Regione Campania di programmare la spesa delle risorse a propria disposizione». Così Costantino Boffa, parlamentare del Pd, sulla decurtazione operata dalla Regione. «Ciò che si sta verificando nella sanità - secondo il deputato del Pd - lo abbiamo già vissuto, e lo stiamo vivendo, col trasporto pubblico locale, con la scuola, e in altri settori. Il taglio alle mensilità di competenza determinerà, come denunciato dagli operatori del settore e dalle rappresentanze sindacali, ripercussioni gravi per l'Azienda Sanitaria Locale che a stento sarà in grado di pagare gli stipendi al personale dipendente diretto, mentre è seriamente a rischio l'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali. Resta poi da capire perché questo taglio, che pure interessa tutte le Asl campane, salva soltanto l'ASL Napoli 1, la più indebitata della regione, che mantiene il finanziamento previsto di 61 milioni e 104 mila euro. Per la sanità privata sannita, addirittura, i pagamenti sono fermi ad inizio 2010 e perfino l'ordinaria gestione è oggi in mano alla volontà delle banche di concedere prestiti e credito. Una cosa è parlare di razionalizzazione della spesa - conclude Boffa - altro è tagliare continuamente e in modo cospicuo quei settori, come appunto la sanità, essen-

ziali alla popolazione. In pratica, il Presidente della Regione, e la sua Giunta, insistono nel comportarsi come fossero commissari liquidatori o ragionieri e non una classe politica di governo chiamata ad affrontare e risolvere i problemi attraverso la programmazione. Occorre, quindi, una mobilitazione capace di tenere assieme le istituzioni, le rappresentanze parlamentari e regionali, gli amministratori della sanità e gli operatori del settore, per salvaguardare le attese e i diritti del territorio sannita».

Nella situazione della sanità interviene pure il senatore del Pd Mino Izzo che esprime «viva preoccupazione, grande amarezza e profondo sconcerto». «Per la verità, è già stato concordato con il prefetto Mazza - dice Izzo - un incontro con le parti interessate, le rappresentanze parlamentari sannite per lunedì prossimo al fine di esaminare la situazione ed avviare iniziative volte ad evitare il blocco delle attività e la grave situazione di difficoltà che si determinerebbe per i creditori ed il personale degli stessi. Mi sono incontrato con il senatore Calabrò, consigliere politico del presidente Caldoro in tema di sanità, ed allo stesso ed al Governatore ho rivolto un pressante invito ed una calda sollecitazione perché possano essere trasferiti all'Asl di Benevento, Azienda che ha sempre dimostrato di essere virtuosa nella gestione, i fondi necessari per il pagamento dei farmacisti, delle case di cura private, delle terme, delle strutture di riabilitazione, dei laboratori, dei radiologi e di tutti gli altri fornitori. Ed, intanto, invito la Asl a distribuire in maniera percentuale fino all'ultimo euro disponibile le somme residue».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità Visite ed esami in farmacia il cup

Dal 1° gennaio si potranno prenotare le visite e gli esami direttamente in farmacia, in tutta la provincia di Salerno. Al solo costo di 1 euro. E' il nuovo «servizio CUP - Ticket», risultato del protocollo di intesa tra l'Asl Salerno e Federfarma Salerno ed i consorzi delle farmacie pubbliche Co.Fa.Ser e C.F.I. Gli accordi prevedono che al bancone delle farmacie, presentando la sola ricetta medica, si potranno prenotare visite specialistiche ed effettuare il pagamento dell'eventuale ticket. Successivamente, sarà possibile anche il ritiro dei referti diagnostici alle stesse condizioni. Il protocollo d'intesa rappresenta lo sviluppo dell'esperienza, che va avanti dal 2009 con la sperimentazione di un sistema unico e semplificato per le prenotazioni delle prestazioni sanitarie.

FederLab Italia

La sanità Da gennaio procedure semplificate

Visite ed esami si prenotano in farmacia

 Sistema unico sul territorio
 Intesa tra Asl, Federfarma e i Consorzi pubblici

Simona Paolillo

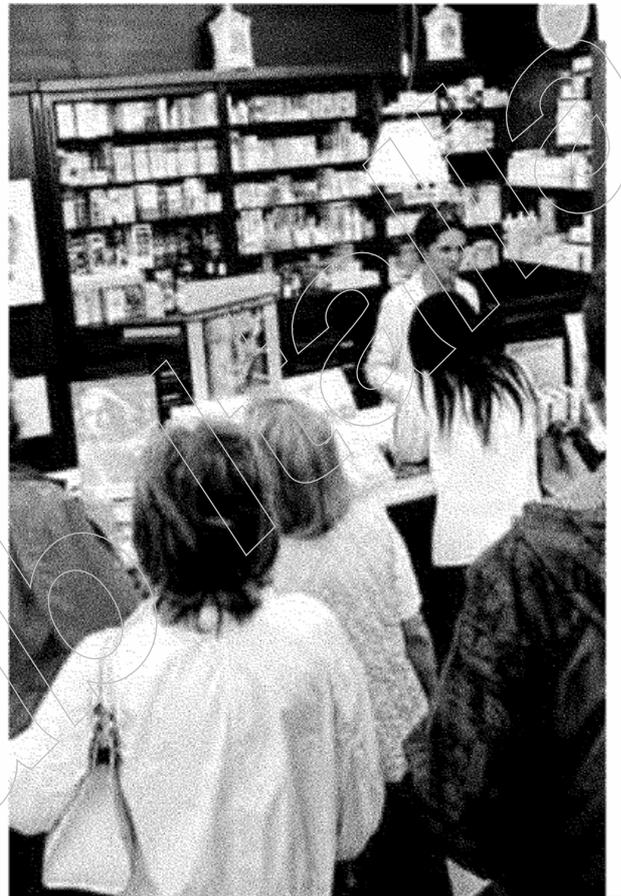
Dal 1° gennaio si potranno prenotare le visite e gli esami direttamente in farmacia, in tutta la provincia di Salerno. Al solo costo di 1 euro. È il nuovo «servizio CUP - Ticket», risultato del protocollo di intesa tra l'Asl Salerno e Federfarma Salerno ed i consorzi delle farmacie pubbliche Co. Fa. Sere e C.F.I. Gli accordi prevedono che al bancone delle farmacie, presentando la sola ricetta medica, si potranno prenotare visite specialistiche ed effettuare il pagamento dell'eventuale ticket.

Successivamente, sarà possibile anche il ritiro dei referti diagnostici alle stesse condizioni. Il protocollo d'intesa rappresenta lo sviluppo dell'esperienza, che va avanti dal 2009 con la sperimentazione di un sistema unico e semplificato per le prenotazioni delle prestazioni sanitarie. Finora, la sperimentazione ha consentito l'espletamento di ben 76.800 prenotazioni e valorizzato una procedura che snellisce le fila agli sportelli di prenotazione della Asl, migliora le performance degli operatori dell'Azienda, attualmente impegnati in tali compiti, con l'ottimizzazione/liberazione di risorse da destinare ad altre attività. Grazie alla collaborazione con Federfarma il servizio diventa oggi una risorsa offer-

ta a tutti i cittadini della provincia di Salerno. L'azienda precisa che ciò è stato possibile mediante il ripristino di un corretto rapporto tra l'Azienda e l'Associazione di categoria dei farmacisti, con la sottoscrizione di un accordo con l'associazione delle farmacie private convenzionate, «che l'Azienda sta tuttora onorando e che ha portato alla puntualità nei pagamenti mensili dell'anno 2011 da parte dell'Azienda e all'instaurarsi di nuovi rapporti di collaborazione. La spesa farmaceutica convenzionata rimborsata ad oggi è stata pari a 142.084.670,19 euro», precisa la nota diffusa alla stampa dall'Asl.

«La cifra simbolica del servizio sottolinea la volontà della categoria di omaggiare il Commissario nello spirito di collaborazione e soprattutto la volontà di essere vicini al cittadino, per capillarità, ma non si coprono i costi sostenitori», dice il presidente di Federfarma Salerno, Leonardo Accarino. Dalle intese si dà attenzione, tra l'altro, anche richieste delle piccole farmacie, situate nelle località più disagiate del vasto comprensorio che copre l'azienda, per le quali è stato disposto anche il pagamento della cosiddetta «indennità di residenza a favore delle farmacie rurali» per il biennio 2010-2011, pari a 253.515,35 euro (di cui 202.678,19 euro solo per le 92 farmacie rurali sussidiate della exSA3). Nello specifico si tratta di ben 138 farmacie rurali sussidiate (su un totale di 342), di cui oltre la metà situate nell'ambito territoriale della ex Salerno 3.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rivoluzione Anche al bancone della farmacia si potranno prenotare visite e esami