

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

The logo for FederLab features the word "Feder" in blue and "Lab" in red. A pipette is positioned over the "Lab" part. Below the main text is a red horizontal bar with the text "COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI" in white. To the right, the word "Italia" is written in white on a blue background.

Rassegna Stampa del 02.03.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidianosanità.it
EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Riparto 2012. Balduzzi incontra le Regioni. "Soddisfazione per intesa raggiunta"

"La rapidità e la positività" con cui si è raggiunta l'intesa per il riparto "rappresentano la compattezza di fondo" tra le Regioni e il Ministero della Salute. Ad affermarlo è una nota congiunta di Errani e Balduzzi. Ed ora "pronti a lavorare al Patto per la salute".

01 MAR - "Soddisfazione". È quanto esprimono il ministro della Salute, Renato Balduzzi, e il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, sull'intesa raggiunta sul riparto delle risorse per il servizio sanitario per l'anno 2012, pari a 108,8 miliardi di euro, confermando l'impianto del riparto dell'anno precedente e riconoscendo l'aumento di popolazione aggiornato agli ultimi dati Istat del 2011.

Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, e la delegazione della Conferenza delle Regioni guidata dal presidente Vasco Errani e composta dalla presidente Renata Polverini, dal presidente Michele Iorio e dagli assessori Luca Coletto e Carlo Lusenti, hanno preso atto reciprocamente dell'accordo raggiunto in un incontro avvenuto stamani presso il dicastero della Salute. Il ministro, nel corso dell'incontro, ha acconsentito oggi al trasferimento di una quota pari a circa 30 milioni di euro dei fondi ministeriali che le Regioni chiedevano per potere chiudere l'intesa sul riparto 2012.

"La rapidità e la positività della conclusione rappresentano la compattezza di fondo del Ssn tra le Regioni stesse e tra le Regioni e il Ministero della Salute", si legge nella nota congiunta diffusa dal ministero della Salute a termine dell'incontro.

In particolare, Balduzzi ha ringraziato Errani "per la disponibilità al confronto costruttivo mostrata in tutte le sedi in queste settimane" e si è detto "lieto di aver potuto offrire il proprio contributo al risultato raggiunto". Errani ha espresso "profonda soddisfazione per l'atteggiamento del Ministro che consente di chiudere definitivamente il Riparto 2012".

Il ministero della Salute e le Regioni si dicono ora "pronte per lavorare alla costruzione del Patto per la salute (2013-2015), in modo che possa rappresentare un passaggio fondamentale per la sanità del nostro Paese e sul quale, sin dalla prossime settimane, comincerà il lavoro di merito.

Secondo Errani, il nuovo Patto "deve rappresentare l'opportunità per rilanciare le cure primarie, lo sviluppo delle reti sul territorio soprattutto per far fronte a cronicità e non autosufficienza, per una forte integrazione del Sistema Socio-sanitario, l'elaborazione di regole migliori per i piani di rientro delle Regioni in disavanzo e uno sforzo congiunto Governo-Regioni per una politica di investimento adeguati finalizzati all'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie pubbliche".

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Riparto 2012. Soddifazione delle Regioni, ma preoccupazione per risorse

01 MAR - Soddifazione ma anche preoccupazione. È questo con questo stato d'animo che i presidenti delle Regioni e delle Province Autonome hanno accolto l'intesa raggiunta sul riparto delle risorse per il servizio sanitario relativamente all'anno 2012. Soddifazione per i tempi decisamente brevi con cui si è giunti all'accordo, ma preoccupazione per la constatazione che il fondo, rispetto al 2011, è stato incrementato di poco e questo comporta preoccupazione anche per il futuro della sanità.

“È stata trovata la via più rapida per trovare un'intesa sul riparto del Fondo sanitario 2012: sono parzialmente soddisfatto”: ha detto il Presidente della Regione Molise, e vicepresidente della Conferenza delle Regioni, **Michele Iorio**, al termine della seduta straordinaria sul riparto del Fondo sanitario 2012 da 108,8 miliardi di euro. Il Molise, grazie all'accordo per il 2012 avrà 6 milioni di euro in più rispetto allo scorso anno.

Per **Renata Polverini**, presidente del Lazio che ha visto riconosciuto un incremento del 2%, l'accordo “è un risultato importante, frutto di un impegno costante e continuo all'interno della Conferenza e di un leale rapporto di collaborazione”. Collaborazione, ricorda la Polverini, che portato a chiudere “dopo pochissime ore di trattativa. A conferma che i tecnici e gli assessori hanno lavorato con grande concretezza, portando il lavoro ad una fase avanzata. Mostrare velocità nelle decisioni così importanti in un momento delicato per il nostro Paese - ha concluso - è un segnale che va raccolto positivamente”.

L'assessore regionale alla Sanità della Lombardia, **Luciano Brescianisi** è detto “molto soddisfatto. Ha vinto la squadra lombarda con la sua tesi che vada finanziato l'incremento della popolazione con lo stesso valore per tutte le regioni”. Aggiungendo poi “abbiamo incrementato di 90mila unità la popolazione lombarda e il valore del finanziamento di circa 1.700 euro pro è molto vicino al costo pro capite standard che la Regione Lombardia ha dimostrato con il suo pareggio di bilancio e l'erogazione sanitaria appropriata”.

“È stato fatto un ottimo lavoro, con grande responsabilità, e sono molto soddisfatto”. Così il Presidente della Regione Piemonte, **Roberto Cota**, giudica l'approvazione dell'accordo sul riparto del Fondo sanitario nazionale 2012. “Sono soddisfatto perché per il 2012 le nostre risorse sono aumentate, in linea con le previsioni di trasferimenti che sono attesi dal nostro piano di rientro”. Al Piemonte, infatti, il riparto assegna circa 7 miliardi 978 milioni di euro, con un aumento rispetto al 2011 di 108,2 milioni di euro. “Adesso – conclude Cota – andiamo avanti con la nostra azione di riforma” Piano di rientro”.

Incremento anche per la Campania che ha avuto 145 milioni di euro in più. Il presidente della Campania, **Stefano Caldoro**, al termine della riunione ha così commentato: “Abbiamo preso come riferimento l'accordo dell'anno scorso con il criterio di aumento percentuale della popolazione”. Ma ha anche ricordato come “la grande partita ci sarà il prossimo anno dove la Campania farà una battaglia per l'impiego di criteri diversi e innovativi, legati su fenomeni sociali, sulle patologie ed elementi legati all'attesa di vita”.

Dalla Campania al Veneto, anche il Presidente **Luca Zaia** ha definito “un risultato importante e significativo, per il sistema delle Regioni nel loro complesso” l'approvazione del riparto. Importante sia “per le modalità attraverso le quali è stato raggiunto che per i suoi contenuti”. Al Veneto il riparto assegna circa 8 miliardi 608 milioni di euro, con un aumento di 140 milioni rispetto all'anno precedente.

Zaia ha inoltre sottolineato come “in un momento di difficoltà generale come questo ancora una volta le Regioni hanno dimostrato senso di responsabilità e concretezza, raggiungendo l'accordo in una giornata di lavori anziché in settimane di tira e molla come è stato in passato”.

Claudio Montaldo, assessore regionale alla Salute della Liguria, che con questo riparto recupera 35 milioni di euro passando da 3,18 miliardi a 3,53 miliardi ha sottolineato come “nella suddivisione delle risorse sono state applicate i criteri riferiti alla nuova popolazione in Italia, 286.000 abitanti, sulla quota dell'incremento pari a 504 milioni di euro. La restante parte di incremento, oltre 700.000 euro è stato assegnato sulla base dei livelli della quota capitaria del 2011. In questo modo – ha concluso – la Liguria, con un incremento di sole 802 persone, ha ottenuto 35 milioni più dell'anno scorso”.

Soddisfazione anche dalla Regione Umbria, che vedrà assegnate risorse con un incremento dell'1,76 per cento rispetto allo scorso anno. La Presidente della Regione Umbria, **Catiuscia Marini**, insieme all'assessore regionale alla Sanità, Franco Tomassoni, sottolineano come “tale risultato è stato possibile grazie al costante impegno e lavoro svolto in queste settimane dalla Regione Umbria che, insieme alla Regione Veneto, coordina l'area Sanità per le Regioni italiane”. “Resta comunque la sottostima della dotazione complessiva del Fondo nazionale – hanno rilevato Marini e Tomassoni – che non coprirà nemmeno il maggior costo determinato dall'indice dell'inflazione generale. Senza considerare che il settore della sanità è caratterizzato da un indice di inflazione specifico molto più alto, determinato da un lato dall'invecchiamento della popolazione e dall'altro lato dalla continua introduzione di nuove tecnologie ad alto costo”.

Per l'assessore regionale alle Politiche della Salute, **Ettore Attolini**, “la Puglia potrà contare su circa 100 milioni in più nel 2012 rispetto al 2011. La somma di circa 6 miliardi e 927 milioni di euro raggiunta l'anno scorso, dopo larghe discussioni e difficili trattative, quest'anno è stata superata”.

“Con il riparto 2012 del Fondo sanitario nazionale, la Sicilia otterrà circa 120 milioni di euro in più per finanziare la sanità”: a sostenerlo è l'assessore alla Sanità della Regione **Massimo Russo**. “Le risorse rimangono scarse – ha aggiunto Russo – e diminuiranno sempre di più”.

Daniela Scaramuccia, assessore della Regione Toscana alla sanità, scherza sui tempi rapidi con i quali la Conferenza delle Regioni ha trovato l'accordo “Solo un riparto del Fondo sanitario nazionale fatto il 29 febbraio poteva essere così celere”. Aggiungendo però anche la propria soddisfazione che è condivisa da dal Presidente della Calabria **Giuseppe Scopelliti**: “Un altro risultato utile per la Calabria. Sono soddisfatto per l'accordo raggiunto in breve tempo e per l'incremento di 44 milioni di euro per la Calabria. Per il secondo anno registriamo un dato positivo, in passato non sempre è stato così”.

Giovanni Chiodi presidente dell'Abruzzo ha riferito che la sua regione avrà 48 milioni di euro in più e ha aggiunto che l'Abruzzo, come lo scorso anno, anche per il 2012 beneficerà anche di un contributo di solidarietà legato alla maggiore mobilità sanitaria passiva dovuta al post-terremoto. “L'Abruzzo – ha ricordato Chiodi – ha il bilancio sanitario in pareggio. Lo scorso anno abbiamo registrato un avanzo di 11 milioni. Bisogna pensare che nel 2005 il deficit della Regione in sanità ammontava a 450 milioni. È stato fatto un grande percorso di risanamento”.

Regione Basilicata, **Attilio Martorano**. La Basilicata lo scorso anno aveva avuto, per finanziare la sanità, 1,20 miliardi e quest'anno avrà 1,32 miliardi. “Siamo tutti soddisfatti - ha proseguito l'assessore - c'è stato un riequilibrio dei finanziamenti. Utilizzeremo le risorse in più per continuare l'opera di razionalizzazione anche dal momento che l'anno prossimo si prospetta non facile”.

Per il presidente delle Marche **Gian Mario Spacca** “Sul piano delle cifre il riparto offre un quadro di luci e ombre. Da un lato siamo soddisfatti perché le risorse del Fondo sanitario nazionale previste per le Marche per il 2012 rimangono sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente. Tuttavia, il quadro finanziario 2013-2014 per il sistema sanitario si conferma pesantissimo con un taglio su scala nazionale che per le Marche comporterà una riduzione di almeno -200 milioni di euro: tali tagli addirittura potrebbero più che raddoppiarsi in assenza di misure correttive nazionali”. Dunque per Spacca “si conferma l'assoluta necessità e urgenza di procedere sul piano delle riforme strutturali per affrontare questo scenario senza penalizzare i servizi ai cittadini, incrementando soprattutto la specializzazione e l'appropriatezza delle prestazioni”. Le risorse del Fondo sanitario nazionale previste per le Marche nel 2012 ammontano a 2.786 milioni di euro, con una percentuale di riparto del 2,63%.

Lombardia. Denuncia del Pd: poca trasparenza nello “scontrino” sanitario

Il cittadino vedrà quanto costa una prestazione sanitaria solo nel caso in cui il ticket pagato sia inferiore all'importo complessivo della prestazione. Se il ticket è più alto del costo lo scontrino non c'è. Lo rilevano due consiglieri del Pd lombardo.

01 MAR - Dal primo marzo 2012 gli ospedali e le strutture sanitarie lombarde riporteranno nel dettaglio quanto sono costate le prestazioni che il malato ha ricevuto, indicando la quota a carico del cittadino e quella a carico della comunità, sia per i ricoveri che per la specialistica ambulatoriale. Una “scelta di trasparenza e di sensibilizzazione verso il cittadino”, come ha sempre spiegato l'assessore lombardo alla Sanità, Luciano Bresciani. Ma che invece, almeno secondo i consiglieri regionali del Pd, Alessandro Alfieri e Gianantonio Girelli, di trasparente ha poco visto che il cittadino potrà vedere il cosiddetto “scontrino” solo quando paga meno del valore effettivo della prestazione.

Negli altri casi invece no, quando cioè il costo è inferiore a quanto versato dal cittadino. Il che, dice il Pd, avviene per moltissime prestazioni ambulatoriali, sostanzialmente per quelle al di sotto dei 50,20 euro. “Si tratta di una trasparenza a senso unico – sottolineano Alfieri e Girelli - Il cittadino riceverà le informazioni annunciate solo quando si tratta di prestazioni per le quali paga in ticket una somma inferiore al costo dell'esame. Ma quando paga una prestazione più di quanto costa, cosa che avviene nel 75% dei casi, non avrà il diritto di sapere quanto è costata effettivamente la prestazione che gli è stata erogata”.

Per dimostrarlo i due consiglieri Pd riportano alcuni esempi. Nel caso di una tac all'addome il cittadino vedrà che la sua parte ammonta a 66 euro, tra ticket regionale (36 euro) e superticket nazionale (30), mentre la prestazione costa complessivamente 105,56. O ancora, per una ecoendoscopia la parte pagata dal cittadino sarà sempre di 66 euro, tra ticket e superticket, ma il costo totale è di 700 euro. Diverso il discorso per le prestazioni meno costose, come l'ecografia all'addome, che costa 32,70 ma il cittadino paga 41,7 euro (per i 9 euro di superticket nazionale) o la scintigrafia della tiroide, che al cittadino costa 42,75 euro contro un costo effettivo di 33,75.

Nella circolare inviata da Bresciani a tutti i direttori generali di asl, aziende ospedaliere, case di cura accreditate e ospedali religiosi, si spiega che nella prima fase di implementazione l'entità dei rimborsi medi della Regione alle strutture per le diverse prestazioni verrà indicata solo per quelle particolarmente significative in rapporto allo stato di salute, come la cataratta, la Pet, l'endoscopia del pancreas e la risonanza magnetica del cuore, ma non quelle relative alla glicemia e al colesterolo. Peccato che tra le circa 2000 prestazioni ambulatoriali presenti sul nomenclatore, quelle di cui non verrà indicato il costo “sono di fatto quelle al di sotto dei 50,20 euro – concludono i due consiglieri - Chiediamo invece che nella ricevuta rilasciata venga sempre indicato il costo della prestazione, anche quando il costo è inferiore a quanto pagato dal cittadino sommando le voci del ticket regionale e di quello nazionale. Solo così si potrà parlare di trasparenza vera e i cittadini lombardi sapranno quando pagano di più o di meno rispetto al costo di una prestazione sanitaria”.

	costo della prestazione	quota di ticket	quota di superticket nazionale	totale pagato dal cittadino
Streptococco	5,80	5,80	1,50	7,3
Prima visita specialistica	22,50	22,50	6,00	28,5
Radiografia ginocchio	23,8	23,80	6	29,8
ecografia addome	32,70	32,70	9	41,7
scintigrafia tiroide	33,75	33,75	9	42,75
mammografia	44,87	36	12,30	48,3
Densitometria ossea (MOC)	61,23	36	16,80	52,80
TAC addome	105,56	36	30	66
ecoendoscopia	700	36	30	66
colonscopia	118	36	30	66

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Sicilia. Guizzardi lascia la direzione dell'assessorato. Sarà il nuovo Dg del Gemelli di Roma

Dopo tre anni Maurizio Guizzardi lascia la direzione generale del dipartimento pianificazione strategica dell'assessorato regionale della Salute per andare a ricoprire la carica di direttore generale del Policlinico Gemelli di Roma.

02 MAR - "È una straordinaria opportunità professionale che mi si è prospettata in questi giorni e alla quale ho detto di sì per riavvicinarmi a casa e alla mia famiglia - ha detto **Guizzardi** in una nota della Regione Sicilia. - Voglio ringraziare il presidente della Regione Lombardo e l'assessore Russo per la grande fiducia che mi hanno accordato. Sarò sempre al fianco di quest'amministrazione che ha dimostrato coraggio e rigore nelle difficilissime scelte che è stata chiamata a compiere in un momento in cui era necessaria una radicale riforma del sistema per riequilibrare i conti e riqualificare l'offerta sanitaria. In Sicilia ho vissuto tre anni molto intensi, ricchi di soddisfazioni personali e professionali: un'esperienza bellissima che tra l'altro è stata apprezzata in tutta Italia dove è stata riconosciuta la bontà dei traguardi ottenuti".

"Auguro a Guizzardi altri successi come quelli ottenuti in Sicilia - ha commentato l'assessore **Massimo Russo** -. Dispiace che vada via, c'era l'intenzione di proseguire nel rapporto di lavoro ma rispetto la sua volontà, motivata anche da ragioni familiari che comprendo. La commozone con cui mi ha comunicato la scelta è la conferma di come sia stata una decisione sofferta. La prestigiosa carica che gli è stata offerta dal Gemelli di Roma è la conferma di quanto Guizzardi sia stimato in tutta Italia e che tre anni fa, quando lo abbiamo voluto al nostro fianco, avevamo visto bene".

PER L'ISOLA 120 MILIONI IN PIÙ, MA RESTA UN BUCO DI 600 MILIONI NEL BILANCIO

Ripartito il Fondo sanitario alla Sicilia oltre otto miliardi

Per il trasporto pubblico locale, il governo ha sbloccato i 425 milioni promessi alle Regioni nello scorso dicembre

ROMA. Via libera agli accordi tra il governo e le Regioni su sanità e trasporti locali. In tempi record è stato ripartito il Fondo sanitario nazionale 2012, da cui la Sicilia incassa oltre 8 miliardi e mezzo di euro, ed è stato sbloccato il finanziamento del trasporto pubblico locale, per una cifra complessiva di 425 milioni.

Sul fronte sanitario il ministro della Salute, Renato Balduzzi, si è limitato a ratificare l'intesa raggiunta l'altra sera fra le Regioni, con grande soddisfazione di tutte le parti che a breve torneranno ad incontrarsi per aprire il confronto sul Patto per la Salute 2013-15. Il Fondo sanitario ammonta a 108 miliardi (più 40 milioni di fondi vincolati al raggiungimento di determinati obiettivi ma che il ministro ha messo fin d'ora a disposizione), ed è stato diviso anche in funzione dell'incremento delle popolazioni regionali.

A farla da padrone è la Lombardia, con uno stanziamento di oltre 17 mi-

liardi, e a seguire il Lazio (quasi 10 miliardi) e la Sicilia che, con 8.673.936.418 di euro riesce a strappare "120 milioni in più per finanziare la Sanità". A spiegarlo è l'assessore regionale Massimo Russo, che afferma: "Sono soddisfatto per la celerità con la quale le Regioni hanno raggiunto l'accordo, ma le risorse rimangono scarse e diminuiranno sempre più".

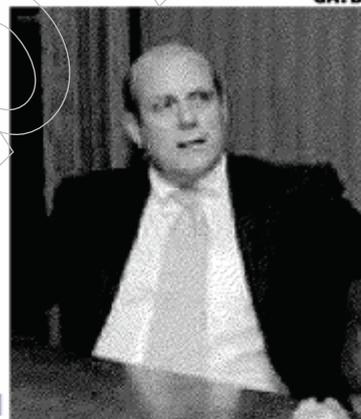
In particolare, per quanto riguarda la Sicilia, la quota di partecipazione della Regione è rimasta bloccata al 49,11%, elevata dal 42% quando era ministro della Sanità Rosi Bindi. In occasione della finanziaria nazionale 2008 era stato stabilito che alla Sicilia in compenso sarebbe stato versato il 20% delle accise, ma questi fondi non sono mai arrivati. Quindi per la Regione resta un buco di 600 milioni, che non consente di varare il bilancio per l'esercizio in corso senza procedere a drastici tagli.

Per quanto riguarda il trasporto pubblico locale, il governo ha sbloccato i 425 milioni promessi alle Regioni nell'accordo dello scorso dicembre. Ma il finanziamento prevede anche altri 970 milioni a favore dell'edilizia sanitaria, che saranno ripartiti in base ad intesa già siglata tra le Regioni e il ministero della Salute. "Seguiranno altri incontri

- informa il ministro per gli Affari regionali, Piero Gnudi - per ragionare sul finanziamento del trasporto pubblico locale per i prossimi anni, cercando di raggiungere al tempo stesso una maggiore efficienza".

Più che soddisfatto il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, ("dal punto di vista economico tutti gli impegni del governo sono stati rispettati"), è il governatore del Lazio, Renato Polverini, che afferma: "Da questo momento in poi è messo al riparo il 2012 e iniziamo a lavorare per il futuro".

GA. BE.



MASSIMO RUSSO

Per la Sanità del Lazio confermati 200 mln in più

Polverini: l'incremento del 2% (al riparto) è un grande risultato

di Luigina D'Emilio

“È stato confermato il riparto che avevamo definito mercoledì in conferenza delle Regioni, con grande soddisfazione da parte del ministro rispetto a una tempistica rivoluzionaria. Adesso ci attiveremo tecnicamente per renderlo quanto prima possibile autorizzato all'interno della Conferenza Stato Regioni, così siamo liberi anche da questo elemento di discussione per poter procedere ai tavoli sul patto per la salute”.

Lo ha detto la presidente della Regione Lazio Renata Polverini, lasciando il **Ministero della Salute**, dopo aver incontrato il ministro Renato Balduzzi assieme con il presidente della conferenza delle Regioni Vasco Errani.

“L'incremento del 2 per cento della quota di riparto del fondo sanitario nazionale, che tradotto in euro vale circa 200 milioni in più per l'anno 2012, è un grande risultato, che giunge in queste settimane di vuote polemiche di stampo ideologico e che ci sprona a proseguire con maggiore in-

tensità nel nostro impegno per eliminare il pesantissimo deficit ereditato e per garantire ai cittadini di questa regione un'offerta sanitaria efficiente e ramificata su tutto il territorio. Grazie alla grande determinazione dimostrata dalla Presidente Polverini, cui deve giungere il nostro convinto plauso, possiamo proseguire il lavoro iniziato, ben consapevoli che l'obiettivo raggiunto è

segno di una politica sanitaria virtuosa e proficua”. E' quanto dichiara in una nota Alessandra Mandarelli, Presidente della Commissione Sanità e consigliere della lista Renata Polverini.

“L'accordo raggiunto per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale del 2012 è un fatto positivo per il Servizio Sanitario Regionale. Finalmente una buona notizia sul fronte della sanità ma allo stesso tempo occorre garantire il corretto utilizzo dei 200 milioni di Euro extra riconosciuti al Lazio in virtù dell'aumento demografico”. Lo ha dichiarato in una nota Giuseppe Celli, capogruppo della Lista Civica cittadini e alla Regione Lazio. Per

Celli “è fondamentale abbandonare l'approccio ragionieristico con il quale fino ad oggi è stata affrontato il piano di riordino. Il taglio indiscriminato di posti letto non è la soluzione per rientrare dal deficit, perché in realtà non taglia le spese e colpisce i più fragili: acuti e lungodegenti.

Al posto dei tagli, occorre puntare con convinzione sulle riconversioni, per una maggiore presenza della sanità sul territorio”. “Per un modello di sanità pubblica che coniughi abbattimento dei costi e mantenimento dei servizi, è necessario ripartire dal riequilibrio di servizi e risorse, organizzando una vera e propria ‘rete di prevenzione’ sul territorio attraverso la riconversione delle strutture in RSA, PTP e Hospice, la creazione di presidi con la presenza H24 del medico di base e di personale specialistico. L'obiettivo deve essere quello di ottenere una sanità di prossimità agile e vicina al cittadino, che faccia da filtro tra territorio e ospedale e consenta la decongestione dei pronti soccorso”.



Ratificato ieri il riparto del Fondo nazionale per il 2012. Al Molise vanno oltre 574 milioni di euro

Sanità, dal Ministero c'è l'ok

Il presidente della Regione, Iorio: «Supereremo la fase del Piano di rientro»

E' andato tutto bene a Roma, nell'incontro dei presidenti delle Regioni con il ministro della Sanità, Renato Balduzzi. All'indomani del raggiunto accordo sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale per il 2012, i governatori, insieme al presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, hanno incontrato il titolare del dicastero, per la ratifica di quanto concertato in sede di conferenza.

Dunque giunge l'ok al Molise per la dotazione finanziaria di 574 milioni e 651 mila euro, 7 milioni in più rispetto all'anno precedente. Con il Ministro Balduzzi si è anche fissato il percorso di incontri successivi che dovrà portare alla definizione del Patto della Salute relativo agli anni 2013-2014-2015. Il Presidente Iorio si è detto soddisfatto di questa implementazione "che -ha sottolineato- vede riconosciuto, per la seconda volta, al Molise un aumento della sua quota in ragione delle sue specificità territoriali e demografiche.



Siamo in una giusta direzione che mi auguro ci porterà a vedere riconosciuti pienamente le nostre reali esigenze finanziarie che indirizzeremo in modo efficace ed efficiente al miglioramento del nostro Sistema Sanitario". Iorio ha poi evidenziato come "questi ulteriori sette milioni di euro, che si aggiungono all'ottima performance di 36 milioni e 361 mila euro di mobilità attiva registrata nell'ultimo anno, rafforzano ulteriormente la certezza che abbiamo di superare in tempi brevi la fase del Piano di rientro".



» | **La Regione sulla norma contestata**

«Accreditamento dei privati, i controlli già esistono»

NAPOLI — La Regione Campania contrattacca e sul piano per l'accreditamento delle strutture sanitarie private la giunta Caldoro rivendica la correttezza del suo operato. Con una nota di Palazzo Santa Lucia «si precisa che le direttive di merito vengono dettate dalla legge regionale numero 23 del 14 dicembre 2011. In particolare, la legge spiega che, sulla base dell'analisi della domanda di salute, il fabbisogno va soddisfatto prioritariamente attraverso l'accreditamento delle strutture provvisoriamente accreditate alla data del 1 luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e infine mediante l'accreditamento delle strutture o attività di nuova realizzazione».

«La norma — continua la Regione — punta da un lato a concludere il processo per l'accreditamento definitivo delle strutture che, essendo già in regime di accreditamento provvisorio, hanno dimostrato la loro affidabilità e che già sono state sottoposte a controlli; e dall'altro a razionalizzare il percorso dell'accreditamento, allineandolo al fabbisogno di prestazioni sanitarie del territorio».

E i rilievi di incostituzionalità del Governo? «Sulla questione degli accreditamenti definitivi — spiegano dalla Regione — il Governo solleva rilievi perché incorre in una valutazione che non guarda alla specificità del percorso avviato in Campania. Qui le strutture che chiedono l'accreditamento definitivo sono le stesse

per le quali vige il regime del provvisorio accreditamento per cui sono già in possesso dei requisiti richiesti e vengono regolarmente sottoposte ai controlli di qualità. E da sottolineare — continua la Regione — altresì che ai controlli sui requisiti, già effettuati per legge, in tutte le strutture sanitarie che hanno rapporti con la Regione si aggiungeranno ulteriori controlli in vista dell'accreditamento istituzionale. In conclusione, la legge regionale che sta alla base del provvedimento non salta i controlli, anzi li velocizza attraverso la previsione di una procedura che garantisce efficienza e tempestività. Le strutture che non risulteranno in possesso dei prescritti requisiti e che ora erogano prestazioni in regime di accreditamento provvisorio cesseranno dall'aver rapporti contrattuali con il servizio sanitario regionale».

E ieri da Palazzo Santa Lucia si è pure rivendicato il lavoro svolto sulla sanità attraverso tre direttrici: debito, deficit e livello dei servizi. «Siamo passati da 861 milioni di deficit del 2007 a 496 milioni nel 2010 e ci attendiamo un ulteriore abbattimento per il 2011». Per quanto riguarda il debito la Regione ha dovuto fronteggiare l'aumento del contenzioso e dei pignoramenti. Anche su questo punto dal governo regionale si promette «che col decreto n.12/2011 si dovrebbe ripristinare l'ordinato svolgimento dei pagamenti ai creditori».



«La Campania ha diritto ad avere di più»

CASERTA. "Invece di rincorrere l'indice di 'deprivazione' quale elemento per rimpinguare il fondo sanitario regionale della Campania, il governatore Stefano Caldoro richiama alla Conferenza Stato-Regioni che il riparto del fondo disponibile avvenga sulla base dell'effettiva spesa sanitaria sostenuta dalle regioni, ovvero dalla spesa a carico del servizio sanitario nazionale a cui deve aggiungersi la spesa a carico dei cittadini per ticket ed esami privati". Così l'on. Vincenzo D'Anna (Popolo e Territorio), membro della commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e componente della consulta regionale Sanità del Pdl Campania, secondo il quale: "un riparto che tenga conto della spesa complessiva sostenuta dalle singole regioni, modificherebbe sostanzialmente i criteri di riparto del fondo sanitario nazionale assegnando alla Campania oltre un miliardo di euro in più". "In sintesi, viste le continue richieste di intervento ai parlamentari campani del presidente Caldoro" sarebbe bene, per l'on. D'Anna: "che in futuro si desse l'opportunità a quegli stessi parlamentari di poter concertare valutazioni e proposte da far valere in sede nazionale". Viceversa, conclude l'esponente di Popolo e Territorio: "gli appelli alla condivisione ed all'impegno dei parlamentari in favore della Campania rischiano di apparire sterili se non strumentali".





L'Opinione Ignazio Marino

Più controlli e sanzioni agli incapaci

Un singolo organismo pienamente responsabile di controllare la sanità in Italia non c'è, benché i controlli vengano effettuati e il monitoraggio delle attività pure. Se ne occupa il corpo dei carabinieri del Nas, che lavora con il ministro della Salute e c'è l'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) che dal 1993 affianca il ministero nell'analisi della qualità delle prestazioni e dei costi della sanità. Poi ci sono le commissioni parlamentari d'inchiesta, quella sugli Errori e sulle cause dei disavanzi delle regioni e quella sull'Efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, che ha poteri d'indagine analoghi alla magistratura, e quindi è potenzialmente molto incisiva. Ma anche le regioni possiedono i loro organismi di sorveglianza con le Agenzie regionali per i servizi sanitari. I controlli allora ci sono, e a volte sono anche superflui perché alcune funzioni si sovrappongono e si ripetono con spreco di risorse umane, economiche e scarsa efficienza nel momento delle decisioni. La sicurezza e la qualità potrebbero, invece, essere assicurate con maggiore efficienza attraverso l'istituzione di un unico organismo, indipendente dalla

politica, che verifichi gli aspetti gestionali e clinici degli ospedali, accerti i requisiti anche delle strutture private, controlli la qualità e i risultati in termini di sopravvivenza, complicità e ricoveri inutili e infine valuti il lavoro degli operatori sanitari. Una sorta di "Garante della salute", che abbia anche il potere di sospendere le attività di un servizio inadeguato.

Esistono esperienze molto positive di organismi indipendenti nel mondo anglosassone, a partire dalla Joint Commission americana, con funzioni di controllo e di affiancamento nel caso di situazioni anomale da correggere. In Inghilterra compiti simili li svolge il Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence) e l'ultimo esempio arriva dall'Australian Commission in Safety and Quality of Health Care.

In Gran Bretagna alcuni anni fa si è arrivati alla diffusione di quell'atteggiamento detto "Blame

and Shame" (biasimo e vergogna) che rendeva sistematica la denuncia pubblica delle inadempienze di medici e amministratori che, con i loro errori, avevano arrecato un danno agli ammalati

e alla collettività. Le denunce inducevano rabbia nell'opinione pubblica e forme di critica a volte anche violente che mettevano in seria difficoltà i professionisti colpiti da tale forma di ritorsione. Non credo che la caccia alle streghe sia una strategia costruttiva ma l'esperienza inglese è sintomatica di un clima di esasperazione che a volte si può instaurare nel momento in cui crolla la fiducia in un'istituzione. Anche per questo è urgente intervenire in Italia per aumentare la trasparenza nella sanità e puntare sulla verifica e sul rispetto delle regole. Il controllo sistematico dei risultati permetterebbe di limitare la discrezionalità e l'invadenza della politica per premiare i professionisti e le pratiche migliori e sanzionare chi non dimostra di essere in grado di offrire uno standard di cura adeguato, sia esso un amministratore o un operatore sanitario. Il governo Monti, anche attraverso decisioni controverse, sta dimostrando che il cambiamento è possibile, che non siamo solo il Paese dell'immobilismo e la sanità dovrebbe essere al primo posto nell'opera di miglioramento dei servizi e nell'utilizzo di risorse, essenziali per ognuno di noi ma non illimitate.



Riparto del Fondo sanitario nazionale 2012: la soddisfazione di Scopelliti e di Lella Golfo

CATANZARO. "Un altro risultato utile per Calabria". Così il Presidente della Regione Calabria, **Giuseppe Scopelliti**, ha commentato l'approvazione del riparto del **Fondo Sanitario Nazionale 2012**. "Sono soddisfatto - si legge in una nota dell'ufficio stampa della Giunta - per l'accordo raggiunto in breve tempo tra le Regioni che hanno dimostrato grande senso di responsabilità e per l'incremento di **44 milioni di euro per la Calabria**. Per il secondo anno registriamo un dato positivo, in passato non sempre è stato così". "L'incremento di 44 milioni di euro per la Calabria previsto dal riparto del Fondo sanitario nazionale è un'ottima notizia ed è frutto del buon lavoro fatto dal Presidente Scopelliti e dalla **Vicepresidente Stasi** in Conferenza Regioni". Lo afferma, in una nota, **Lella Golfo**, deputata del Pdl. "Già poche settimane fa - prosegue Golfo - avevamo incassato aveva incassato il successo della decisione del Ministero dell'Economia di erogare alla Regione Calabria oltre 53mila euro, per l'attuazione di Progetti afferenti agli **"Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale"** e non rientrati Fondo sanitario regionale. Oggi il **ministro Balduzzi** dovrà dare il suo via libera affinché una quarantina di milioni di fondi vincolati al raggiungimento di **determinati obiettivi** siano già da subito messi a disposizione delle Regioni e mi auguro in un suo parere positivo. L'incremento del Fondo sanitario regionale per il 2012 insieme a questi fondi aggiuntivi sarà certamente prezioso per il **Piano di Rientro** su cui il Presidente si sta impegnando strenuamente in qualità di Commissario ad acta".

Fermato un impiegato dell'Asp accusato di peculato continuato e falso ideologico Teneva per sé i soldi del ticket

Si appropriava indebitamente di gran parte delle **somme di denaro** che gli assistiti pagavano, a titolo di ticket, per le visite specialistiche o per gli esami di laboratorio eseguiti in una struttura sanitaria pubblica di Nocera Terinese). Per questo il nucleo di polizia tributaria della **Guardia di Finanza** di Catanzaro, coordinato dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Lamezia Terme, ha eseguito il fermo di un **impiegato dell'Asp di Catanzaro**, accu-

sato dei reati di peculato continuato e falso ideologico in atto pubblico. **L'uomo, responsabile** dell'area amministrativa del poliambulatorio, attraverso annotazioni contabili contraffatti e documentazione falsa, comunicava agli uffici centralizzati dell'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro **incassi di ticket** notevolmente inferiori rispetto a quelli effettivamente riscossi dagli assistiti. Ciò al fine di poter versare soltanto in parte quanto spettante all'ente pubblico e trattenere illecitamente

per sé la differenza. Nei soli mesi di dicembre 2011, gennaio e metà febbraio 2012 sono state sottratte alle casse dell'azienda sanitaria somme per complessivi **6.492,17 euro**. Ma dalla documentazione sequestrata dagli inquirenti, emerge che la condotta illecita sarebbe stata perpetrata per un lasso di tempo molto più ampio, probabilmente alcuni anni e, pertanto, sono in corso ulteriori **accertamenti finalizzati** a quantificare l'entità complessiva del danno arrecato dal funzionario infedele.



► Stato-Regioni ◀

Sanità, alla Campania 9,9 mld. Caldoro: Ora il Patto per la Salute

DI MAURO TONETTI

Secondo round ieri al tavolo della Conferenza Stato-Regioni sul riparto del fondo sanitario. Dopo il via libera in tempi record al riparto del Fondo sanitario nazionale deliberato all'unanimità il solo punto discusso ieri con il ministro della Salute Renato Balduzzi riguarda la possibilità di utilizzare una parte delle risorse nazionali nel riparto regionale, come peraltro era già accaduto anche lo scorso anno. In totale l'ammontare delle risorse è pari a 108,779 miliardi di eu-

ro, di cui 106,582 oggetto del riparto tra le Regioni. La cifra che le Regioni hanno chiesto al governo e segnatamente al ministero e a Balduzzi il via libera a un fondino da 30-40 milioni di euro, così da garantire che tutte le Regioni abbiano un incremento rispetto alle quote ricevute con il riparto 2011.

Per le Regioni con i conti in rosso e sottoposte al piano di rientro dal debito da segnalare gli aumenti del fondo assegnati per il Molise al quale saranno destinati 6 milioni di euro in più rispetto allo scorso anno, alla Campania 145 milioni mentre l'incremento per il Lazio sarà di 199 milioni di eu-

ro. Alla Campania sono dunque assegnati fondi che sfiorano quota 9,9 miliardi su una torta di 108,8 miliardi di euro. Il ministro Balduzzi deve ora ratificare l'accordo e dare il via libera definitivo. Qualche assessore, in ogni caso, ha già fatto sapere che "da Balduzzi è informalmente già arrivato un ok a questa operazione". Il presidente della Regione Campania Stefano Caldoro sottolinea al Denaro: "Siamo anche pronti ad avviare con il ministero, e più in generale con il Governo, il confronto sul nuovo Patto salute 2013-2015".



L'assistenza

«Sanità, più soldi alle Regioni ma basta sprechi»

Il ministro Balduzzi: troppe inefficienze maggiore rigore, pronta una task-force

Intervista Pietro Perone

L'accordo sul riparto dei fondi per la sanità è stato appena firmato dal governo dopo l'intesa raggiunta l'altro giorno tra i presidenti delle Regioni a tempo di record. Renato Balduzzi, ministro della Salute, però avverte: avere ottenuto più soldi non significa «affatto fare quello che si vuole, insomma non è il via per il "liberi tutti"». Avviso ai «naviganti» dell'assistenza pubblica, manager di ospedali, Asl e amministratori locali con particolare attenzione al Mezzogiorno e alla Campania perché avverte ancora il ministro le Regioni in deficit «hanno un onere in più nell'investire le risorse aggiuntive, cioè quello di dimostrare che siano utilizzate secondo criteri di appropriatezza, il che significa evitare duplicazioni dei servizi di cura, eliminare sprechi e inefficienze, essere inflessibili sulle regole».

Intesa-lampo grazie a una maggiore consapevolezza delle difficoltà economiche o semplicemente perché c'erano un po' di soldi in più?

«È stato un accordo rapido e positivo, al cui raggiungimento un piccolo contributo è stato dato anche dal ministero della Salute nell'ottica di una leale collaborazione tra governo e Regioni che per

un ministro della Salute rappresenta un imperativo non solo costituzionale, ma anche operativo. E questo è un buon viatico anche per il prossimo patto per la salute 2013-2015 che dovrà essere un accordo vero in grado di coinvolgere non solo il ministero e le Regioni, ma anche gli operatori, le categorie dei lavoratori, le associazioni dei cittadini. E tutti dovranno avere la possibilità di esprimersi, perché il tema della salute evidentemente non è una questione da discutere solo tra addetti ai lavori nei luoghi istituzionali, ma l'efficienza del settore deve appassionare anche l'intera società civile».

Oltre ai 108 miliardi ci saranno intanto risorse aggiuntive?

«Il quadro delle risorse per il 2013 e il 2014 è quello definito dalla manovra estiva dell'anno scorso. Il nuovo Patto della salute tuttavia riguarderà anche il 2015, anno per il quale occorrerà stabilire un quadro finanziario ulteriore, compatibilmente con le congiunture economiche. Esso dovrà in ogni caso continuare a garantire pienamente l'equilibrio tra risorse e prestazioni sanitarie».

Si tratta comunque di finanziamenti limitati: si riuscirà a garantire nel corso dell'anno un livello di assistenza pari agli altri paesi europei?

«Non esiste un livello europeo di assistenza. In tutta Europa si deve tendere

a garantire una elevata protezione della salute. L'Italia garantisce ben di più, perché ha un Servizio sanitario nazionale che per sua natura è caratterizzato dalle cure per tutti e dal fatto che tutti possano accedere ai servizi senza distinzioni. È un sistema che si può definire universale e globale. Sappiamo che non è facile, specialmente in questi tempi, assicurare questi principi allo stesso modo in tutte le Regioni, ma è proprio qui che si gioca l'impegno attorno al nuovo Patto per la salute».

Il Sud non protesta a differenza del passato visto che quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno ottengono più soldi come la Campania; il Nord a sua volta festeggia perché dal prossimo anno saranno introdotti i costi standard sui risultati di esercizio del 2011: c'è il rischio che la rissa sia stata soltanto rinviata di un anno?

«Noi utilizzeremo il 2012 come anno nel quale definire esattamente i parametri e i criteri attraverso cui, dal 2013, ripartire secondo nuove prospettive le risorse destinate alla sanità. Non è un problema dunque di evitare la rissa, ma di utilizzare bene il tempo che ci è dato, che poi è anche il tempo di questo governo dei tecnici».

Quali saranno i parametri da introdurre oltre ai costi standard?

«Sono i consueti parametri

della buona qualità dei sistemi sanitari. Tuttavia non è un problema di soli parametri, né di soli costi. La questione vera è la governance regionale e aziendale da potenziare, se necessario, attraverso apposite task-force da costituire insieme alla Conferenza delle Regioni e composte da esperti delle varie discipline che hanno a che fare con la sanità, da affiancare alle strutture regionali più deboli».

Diciotto mesi per un'ecografia mammaria al Cardarelli, malati visitati a Napoli sulle scrivanie del pronto soccorso, mancano anche le barelle e si assiste inermi a situazioni al limite

dell'immaginazione: con 145 milioni in più la Sanità in Campania quali priorità dovrà darsi?

«Soldi in più non significa affatto fare quello che si vuole, insomma non è il via per il "liberi tutti". La sanità in Campania, come nelle altre Regioni sotto piano di rientro, ha un onere in più nell'utilizzare le risorse aggiuntive, cioè quello di dimostrare che siano utilizzate secondo criteri di appropriatezza, che significa evitare duplicazioni dei servizi di cura, eliminare sprechi e inefficienze, essere inflessibili sulle regole, impedendo ogni tipo di politica di favori e lottizzazione. Ma questo è

un problema che non riguarda solo la Campania, ma l'intero sistema sanitario italiano, dove ci sono ancora tante isole di spreco e molte cose da riorganizzare. Quindi ci sono ancora ampi margini di risparmio da realizzare per poter fornire qualità migliore nei servizi».

Rigore nelle spese e qualità dei servizi: dall'esperienza di questi mesi ritiene che l'obiettivo sia stato raggiunto?

«Coniugare rigore e qualità non è certo un obiettivo che si può raggiungere in pochi mesi: occorre più tempo. Insomma bisogna ragionare in termini medi e non brevi. Però l'intero sistema sanitario sta

andando in questa direzione, seppur non senza fatica. L'importante è non perdere di vista l'obiettivo. Le denunce delle situazioni di cattiva sanità ben vengano purché non offuschino lo sforzo che si sta facendo dappertutto per andare verso questo obiettivo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Campania

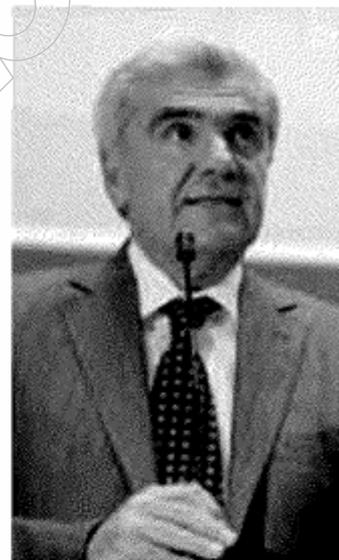
Nell'utilizzare le risorse aggiuntive stiano attenti a evitare duplicazioni e lottizzazioni

Il Fondo sanitario nazionale

Quanto riceverà ogni Regione per finanziare la sanità nel 2012. Cifre in euro



ANSA-CENTIMETRI



”

Il Patto 2013-2015

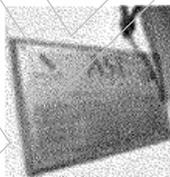
Utilizzeremo quest'anno per definire criteri validi che possano garantire risparmi e funzionalità

La riorganizzazione Asl Napoli 2 scatta il piano anti sprechi

Nello Mazzone

POZZUOLI. Lotta agli sprechi e miglioramento degli standard di qualità delle prestazioni erogate al cittadino-utente dai centri medici privati convenzionati, con il contenimento dei costi pubblici e la garanzia di uniformità sul territorio dell'intera Asl Napoli 2 per le procedure di controllo, accreditamento e pagamento. Sono gli obiettivi della nuova struttura organizzativa centralizzata ad alta specializzazione varata dall'azienda sanitaria guidata dal direttore generale Giuseppe Ferraro, che si estende sui trentadue Comuni dell'hinterland a nord di Napoli comprendendo una popolazione di poco superiore al milione di abitanti. Una struttura innovativa in Campania, per la terza azienda sanitaria più grande d'Italia per numero di prestazioni erogate e utenti complessivi. Sono oltre duecentocinquanta i centri medici convenzionati che da oggi dovranno letteralmente fare i conti con la «rivoluzione organizzativa», come la definisce il manager Giuseppe Ferraro.

«I centri privati sono una grande risorsa per la sanità pubblica - sottolinea il direttore generale della Na2 Nord Ferraro - è necessario, tuttavia, che le loro attività siano coordinate in modo centralizzato e controllate con grande cura. Per questa ragione, per ridurre il numero dei contenziosi legali con il privato accreditato e per creare un'uniformità nei pagamenti, abbiamo realizzato questo importante cambiamento organizzativo».



**Il manager
Giuseppe
Ferraro**
«Coordinare
i rapporti
con i centri
medici
convenzionati»

Da questa mattina una cabina di regia tecnica è stata incaricata di coordinare le attività di tutte le strutture private che operano sul territorio in regime di convenzione. Cliniche private, centri di riabilitazione, laboratori di analisi, centri radiologici ed ambulatori convenzionati avranno come unico punto di riferimento la struttura centralizzata ad alta specializzazione che fa capo direttamente alla direzione strategica aziendale. La task-force è guidata da Pasquale Bove e si articola in differenti gruppi di lavoro che puntano ad ottimizzare le prestazioni cliniche, con un robusto risparmio per le casse statali. «Occorre modellare i servizi sanitari sulle esigenze dei cittadini garantendo la massima coerenza ed uniformità tra quanto avviene sui diversi territori dell'azienda sanitaria - dice Pasquale Bove, direttore dell'Unità accreditamento e controllo della spesa sanitaria - Siamo certi che questo modello organizzativo ci permetterà di migliorare l'assistenza e di attuare con più efficacia i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni. Il sistema ridimensionerà notevolmente il contenzioso legale».

Meno sprechi, più servizi per il nuovo modello organizzativo che dovrà coordinare e controllare una spesa sanitaria annua complessiva di oltre duecentocinquanta milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intervento

Convenzionati, la legge va cambiata

di RAFFAELE TOPO*

Il *Corriere del Mezzogiorno* ha dato ampio risalto al ricorso proposto dal Governo per la declaratoria di illegittimità costituzionale della legge regionale n. 23/2011, che si occupa di accreditamento definitivo delle strutture sanitarie private, per contrasto con l'art. 17 comma 3 della Costituzione.

Il Governo si appunta essenzialmente su quattro disposizioni della citata legge.

Il presidente della Regione ha già sospeso l'efficacia di due norme impugnate, quelle concernenti la trasformazione dell'accredimento delle strutture eroganti prestazioni di Fkt in accreditamento per l'area socio sanitaria e quelle relative a strutture non accreditate provvisoriamente ed operanti in comuni compresi nelle Comunità Montane.

Restano in vigore l'art. 1 comma 1 nella parte in cui modifica l'art. 1 comma 237 undecies e duodecies della l.r.4/2011, con cui si stabilisce che

la conferma dell'accredimento avviene con provvedimento commissariale di presa d'atto e che la verifica dei requisiti per l'accredimento avviene successivamente e comunque entro il 31.12.2012 e l'art. 1 comma 1 nella parte in cui modifica l'art. 1 comma 237 sexdecies che si riferisce agli accordi di riconversione e consente l'accredimento definitivo per attività diverse da quelle autorizzate.

A questo punto la Regione continuerà le procedure secondo le norme impugnate, col rischio di vedere travolto tutto a seguito dell'accoglimento del ricorso o più ragionevolmente, interviene e modifica le disposizioni impugnate?

Il gruppo regionale del Pd nei prossimi giorni proporrà un progetto di legge di modifica delle disposizioni censurate allineandosi alla disciplina di principio stabilita dall'art. 8 quater della legge 502/1992, stabilendo che l'attività di accertamento dei requisiti delle strutture sanitarie deve precedere l'accredimento definitivo e che in ogni caso quest'ultimo deve riguardare esclusivamente strutture già provvisoriamente accreditate

ed esclusivamente nelle attività già autorizzate. Tali argomenti peraltro sono stati proposti in aula dal Pd, che ha votato contro evidenziando i rischi di incostituzionalità puntualmente sollevati dal Governo.

Devo constatare purtroppo che la maggioranza anziché concentrarsi su temi decisivi, come quello in esame, propone oggi (ieri, ma il testo è stato rimandato in commissione, ndr) all'aula l'approvazione di un disegno di legge composto da una sfilza di disposizioni anti personam.

In breve si dice che i commissari straordinari possono durare al massimo un anno, che i direttori amministrativi e sanitari delle Asl e delle Aziende ospedaliere non possono essere dipendenti delle aziende stesse e quelli nominati decadono (!), che i direttori generali possono essere nominati «per un triennio consecutivo» (proprio così), e dulcis in fundo, il presidente della V commissione diventa componente di diritto di tutti comitati di rappresentanza dei sindaci delle Asl ed allo stesso vanno trasmessi tutti gli atti adottati dalla Asl (entro 7 giorni!), con buona pace del principio di separazione delle funzioni di indirizzo e di gestione e di autonomia della aziende sanitarie. Inutile ricordare che anche queste disposizioni contrastano con l'art. 117 comma 3 della costituzione e con le norme di principio fissate dalla citata legge 502/1992.

Il presidente della Regione a questo punto deve prendere una posizione, non si può sopportare fino a questo punto. Dettasse al Consiglio l'agenda.

Se l'accredimento definitivo delle strutture è una delle priorità fissata dal Governo per sbloccare fondi accantonati, e mettere sotto controllo la spesa sanitaria delle strutture private, deve imporre alla sua maggioranza di occuparsi di questo e di approvare un testo coerente con quanto dice il Governo. Questa è da sempre la posizione del Pd.

Occorre anche prendere posizione sulle scemenze proposte in consiglio. Nelle condizioni in cui si trovano oggi la Regione e la sanità in particolare non sono più tollerabili.

*Consigliere Regionale Pd-Segretario Commissione Bilancio

Sanità. Le aziende private sono decise per far marciare cliniche e ospedali ma sono a corto di liquidità

La Asl di Napoli paga dopo 1.596 giorni

Roberto Turno
ROMA

Dai farmaci alle siringhe, dalle lenzuola alle tac, dalle lavanderie alle farmacie, dai ferri chirurgici alle pulizie e all'igiene in corsia. Ovvero: come far marciare con mezzi e servizi (privati) la macchina pubblica della salute, ma non riuscire a passare all'incasso da parte di asl e ospedali sempre più col fiato corto di liquidità. Una situazione di sofferenza che complessivamente per le imprese che lavorano per il Ssn vale 40 miliardi di crediti insoluti, ha denunciato l'anno scorso la Corte dei conti. Con tempi medi d'attesa di un anno, che però si allungano sempre di più. Ma con punte regionali che in Calabria sono appena arrivati a 993 giorni e con casi da record (negativo) mondiale: la Asl del centro di Napoli rimborsa i suoi fornitori di prodotti biomedicali dopo 1.596 giorni (4 anni, 4 mesi e 15 giorni). Mentre, chissà come e perché, la asl 3 dell'alto Friuli ce ne mette soltanto 61; solo in Germania si riesce a fare meglio.

E la sanità pubblica il primo e più grave nervo scoperto per le imprese che vantano crediti rimasti impigliati nei gironi infernali del "non pagherò mai" della pubblica amministrazione. Segno delle sofferenze finanziarie e di cassa sempre più pesanti che affliggono asl e ospedali e i sistemi regionali che proprio alla sanità dedicano mediamente il 73% dei propri bilanci. Un grande debitore, il servizio sanitario nazionale, che onora le fatture sempre più tardi. Col Sud che sta diventando un pagatore impossibile, soprattutto nelle regioni commissariate (Campania, Calabria, Molise, Abruzzo) e sottoposte dal Governo a severi piani di rientro dai deficit miliardari accumulati in anni e anni di gestione allegra. Risultato: in queste aree, mentre (con risultati non sempre positivi) si cerca di tagliare e di tirare la cinghia della spesa sopra le righe, intanto mancano i mezzi finanziari per pagare i debiti ai fornitori. E così la catena dei ritardi di pagamento alle imprese continua ad allungarsi, con effetti che si ripercuotono anche sugli assistiti e sui contribuenti, che proprio

nelle regioni in deficit devono pagare più Irpef e più Irap. Ma anche più ticket.

E intanto le imprese, già nella morsa del credit crunch, falliscono o lasciano il campo in Italia. Le multinazionali hanno un motivo in più per non investire. E per le aziende piccole e medie il danno è doppio: andare avanti sta diventando impossibile, per loro c'è lo spettro del fallimento e per i loro dipendenti della disoccupazione.

«Non siamo ancora arrivati al livello di sospendere le forniture perché ci rendiamo conto che porterebbe disagi ai pazienti che devono stare fuori da tutto questo, ma confidiamo che le istituzioni si rendano conto della situazione», afferma il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi. Le stime di Prometeia sono da brivido: i ritardati pagamenti in Italia comportano un gap di competitività e di potenziali investimenti perduti in farmaceutica valutato in 5 miliardi verso la Germania, 3 miliardi nei confronti della Gran Bretagna, 2,1 sulla Francia e di 800 milioni sulla Spa-

gna. Quando in Italia le imprese farmaceutiche incassano le fatture, in Germania i loro crediti sono stati saldati quattro volte. Solo la Grecia fa peggio di noi. Non è un caso, aggiunge Scaccabarozzi, che «il problema dei crediti è all'attenzione delle corporation internazionali, comprese quelle a capitale italiano».

Uno scenario da tempo condiviso da Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica (industrie biomedicali): «Per noi ormai è questione di vita o di morte, soprattutto per le piccole e medie imprese, mentre tra le multinazionali cresce la voglia di delocalizzare». Lasciare l'Italia, trovare riparo in mercati più sicuri. Non è un caso che tra i progetti di Assobiomedica sia spuntato anche quello di sospendere l'assistenza alle macchine e, come ultima spiaggia, di bloccare le forniture. Come dire, la paralisi della sanità pubblica. E per i malati, anzitutto. Chissà se ora il progetto del Governo per sbloccare almeno in parte i debiti verso i fornitori privati fermerà anche le proteste estreme.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RISCHIO FALLIMENTI

Il Servizio sanitario nazionale è un grande debitore, che onora le fatture sempre più tardi. Allarme al Sud: in Calabria ritardi di 993 giorni

4 miliardi

Industrie farmaceutiche
Il valore dello scoperto. Tempi medi pagamento 240 giorni; punta di 687 giorni in Molise e Calabria, tempi più veloci in Friuli con 84 giorni

5,5 miliardi

Industrie biomedicali
Il valore dello scoperto. Tempi medi di pagamento di 317 giorni; punta di 993 giorni in Calabria, tempi più veloci in Trentino con 91 giorni

1 miliardo

Servizi di sterilizzazione
Valore dello scoperto. Tempi medi di pagamento: 240 giorni; punta di 470 in Calabria, in Lombardia-Friuli e Valle d'Aosta sotto i 100 giorni

1,4 miliardi

Farmacie
Valore dello scoperto. Tempi medi di pagamento Crotone (Calabria): 8 mesi