

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 03.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

2 maggio 2011

Partita l'autocertificazione sul reddito, regna la confusione

Da ieri le autocertificazioni sul reddito per ottenere l'esenzione dal pagamento del ticket per visite ed esami specialistici dovranno essere validate dai medici. Ma i medici non ci stanno e chiedono che siano le Asl ad effettuare i controlli, mentre tra i cittadini regna la confusione, come conferma il segretario nazionale della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), **Giacomo Milillo**, «c'è grande disagio tra i medici, che per rispondere a tale incombenza dovrebbero sottrarre tempo a visite e pazienti, ma anche tra i cittadini, spesso confusi sul da farsi, anche considerando le diverse indicazioni da parte delle differenti regioni».

Obiettivo delle nuove norme è combattere l'evasione in questo settore considerando che, secondo alcune stime, ammonta a oltre un miliardo di euro l'anno l'evasione sui ticket sanitari e sarebbe esentato senza diritto circa il 40% dei malati. A godere dell'esenzione dei ticket dovrebbero essere le fasce con reddito più basso e per questo è richiesta una autocertificazione per non pagare la tassa su visite ed esami. La confusione deriva anche dalla diversità delle procedure regionali. Il medico deve, infatti, rilevare il codice di esenzione tramite i sistemi regionali e indicarlo sulla ricetta. Se però il paziente non risulta presente negli elenchi, la Regione Lazio, per esempio, ha stabilito che fino al 30 giugno 2011 si potrà ancora ricorrere alla autocertificazione, ma nel frattempo il cittadino dovrà comunque recarsi presso le asl per rendere l'eventuale autocertificazione. Iter diversi in altre regioni: in Emilia Romagna, sono ad esempio le asl o i patronati a rilasciare i certificati di esenzione che il cittadino dovrà presentare al medico. In Campania, invece, sono previsti meccanismi attraverso i quali la Regione provvede ad aggiornare i programmi dei medici, per cui il codice di esenzione del cittadino compare in automatico.



REGIONE BASILICATA

Esenzione ticket, consegnati ai medici 95 mila tesserini

02/05/2011 Il Dipartimento Salute ha posto così i professionisti nelle migliori condizioni per svolgere il proprio compito

Basilicata La Regione Basilicata è tra le prime in Italia ad adeguarsi al Decreto Brunetta.

Il Dipartimento Salute, tramite le aziende sanitarie, ha provveduto direttamente alla distribuzione presso i medici dei 95.000 tesserini per gli esenti da ticket.

Con tale decisione, il Dipartimento Salute ha superato le perplessità dei MMG circa il profilo organizzativo del provvedimento, ponendo così i professionisti nelle migliori condizioni per svolgere celermente il proprio compito secondo le nuove direttive nazionali e nel contempo evitando disagi per i cittadini interessati.

Da oggi viene dunque abbandonata la tradizionale modalità che prevede l'autocertificazione da parte dell'assistito al momento della prenotazione. I tesserini predisposti dalla Regione Basilicata, grazie al fattivo ed efficace contributo delle aziende sanitarie ASP ed ASM, sono stati prodotti mediante la ricognizione dei dati dall'elenco degli aventi diritto all'esenzione all'interno dell'archivio delle tessere sanitarie, integrando le informazioni con i dati anagrafici contenuti nelle banche dati regionali. Sul tesserino di ogni assistito sono riportati gli eventuali seguenti codici di esenzione: E01 - soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro; E03 - titolari di assegno (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico; E04 - titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

Sanità e sprechi, Zaia annuncia «Ora chiudo gli ospedali inutili»

Aggiustati i conti. «Ma reintrodurre l'Irpef per sostenere gli investimenti non deve far paura»



Il governatore Luca Zaia (archivio)

VENEZIA —Presidente Luca Zaia, avete fatto il miracolo: là dove c'era un buco milionario, e cioè nei conti della Sanità, ora si legge perfino un attivo di 12 milioni di euro. «E' stato un lavoro di squadra straordinario, merito soprattutto del mio assessore, Luca Coletto, con cui c'è grande affiatamento. So bene che avevo chiesto performance ai limiti dell'impossibile: le ho avute».

Il risultato è talmente inaspettato che qualcuno non ci crede. Quanta polvere c'è sotto il tappeto? «Resta perplesso soltanto chi non sa come si scrive un bilancio. Da un lato ci sono le voci d'esercizio, il dare e l'avere dell'anno, e qui siamo riusciti nell'impresa di pareggiare i conti prima e mettere a segno l'attivo di 12 milioni poi, dall'altro ci sono gli investimenti e lì, in effetti, qualche problema c'è».

Un problema da oltre un miliardo di euro... «Abbiamo fatto un'operazione di trasparenza senza precedenti, dicendo chiaro e tondo ai cittadini che negli anni si sono accumulati un miliardo e 155 milioni di ammortamenti mai coperti. Abbiamo concordato con il ministero dell'Economia una rateizzazione di qui al 2038. Il bilancio di quest'anno è un capitolo chiuso, ora inizio a pensare al prossimo, quando scatterà la prima rata da pagare: una sorpresina da 60 milioni di euro».

Più di così, dicono i direttori generali delle Usl, la cinghia non si può tirare. Dove pensate di trovare questi soldi? «La chiave di volta è il nuovo Piano sociosanitario: manca all'appello da 16 anni, va approvato entro l'estate. Sarà il business plan della Sanità veneta, ci dirà quali ospedali chiudere e quali presidi invece rafforzare. Non ci tireremo indietro: qualche serranda va abbassata perché con le sale operatorie che abbiamo oggi in Veneto potremmo operare l'Italia intera e ci sono sale parto che contano più medici e infermiere che nascite in un anno».

Reintrodurrete l'addizionale Irpef dopo l'estate? «L'addizionale non è e non deve essere lo spauracchio. Le Regioni più virtuose, nel resto del Paese, hanno tutte o il ticket o l'addizionale, noi siamo rimasti gli unici a non avere né l'uno né l'altra. Non penso che il cittadino vada in crisi quando deve pagare le tasse, semmai si scandalizza se paga e poi non riceve i servizi che merita».

Troverà il modo di spedire a casa anzitempo qualche direttore generale, come si mormora da tempo nel Palazzo? «Chiusi i conti valuteremo caso per caso che tipo di decisioni prendere e quali opportunità ci si parano davanti, tenendo sempre a mente che i contratti hanno la loro scadenza naturale nel 2012. Intanto i direttori generali devono continuare a fare quello per cui sono pagati: gestire in modo manageriale le Usl, creando economie di scala, tenendo bassi i costi e garantendo elevati standard di servizio».

Veniamo alla questione profughi. Il Patriarca Scola ha parlato di «gestione a zig zag», il presidente del consiglio

regionale Ruffato di «poca chiarezza e troppe manfrine». In effetti, lei aveva detto che in Veneto mai sarebbero arrivati clandestini tunisini e invece sono arrivati, tunisini e pure clandestini. Col permesso di Maroni. «Non mi pento di quel che ho detto e di come abbiamo gestito l'emergenza. Abbiamo dimostrato alle cassandre che andavano in tivù a dire che avremmo piantato le tendopoli (il riferimento, in particolare, è al sindaco di Padova Zanonato, ndr) che invece gli arrivi si potevano limitare: abbiamo ricevuto 215 persone contro le 4 mila di cui parlava qualcuno».

Tunisini, clandestini. «Non erano profughi, è vero, ma avevano comunque il permesso di soggiorno per protezione umanitaria ed erano passati al vaglio del ministero dell'Interno».

Ne arriveranno altri? «Vista l'evoluzione della situazione in Libia temo di sì, ad ogni Tornado che si alza, parte una barca per Lampedusa... Continueremo su questa strada: ospitalità diffusa, impatto negativo limitato il più possibile, velocità nel turn over. Poi è chiaro che se sbarcano 300 mila persone il piano va rivisto. Ma serve chiarezza, come giustamente pretende Bossi da Berlusconi senza per questo voler per forza far cadere l'esecutivo».

A proposito di governo: è lei il regista occulto della guerriglia scatenata da Sgarbi contro il ministro della Cultura Galan? Il critico dice che lei e la Lega gli coprite le spalle... «Vittorio lo conosco bene, lo stimo ed ho assoluta fiducia in lui. Quando venne nominato sovrintendente del polo museale di Venezia diedi il mio placet all'allora ministro Bondi, che ebbe la sensibilità e l'attenzione di coinvolgermi nella decisione, ma da allora non sono più intervenuto. L'ultima volta che ho visto Vittorio è stato al Vinitaly e non abbiamo parlato di queste faccende. Ciascuno farebbe bene a prendersi fino in fondo le proprie responsabilità».

Tra meno di due settimane ci sono le elezioni... «Faccio tre comizi al giorno per la Lega».

Che ne dice dei sondaggi che danno il Pdl in asfissia, nella sua Treviso come nel resto del Veneto? «Dobbiamo vincere ma non stravincere, la Lega non ha alcun interesse ad avere un alleato debole. Spero che il Pdl mantenga la sua spina dorsale, solo così può essere funzionale ad un progetto di governo».

Passato il voto ci sarà il tanto atteso «cambio di passo» invocato anche e soprattutto dalla sua maggioranza? «E' un richiamo che condivido e che per competenza giro proprio alla nostra maggioranza in consiglio: lo statuto, il regolamento d'aula, il piano sociosanitario, il piano casa sono le sfide più importanti che ci attendono. E non è che le può vincere Zaia in giunta».

Marco Bonet

03 maggio 2011

Accertamento esenzione da ticket, in Toscana il nuovo sistema partirà da ottobre



FIRENZE – In Toscana il nuovo sistema per l'accertamento dell'esenzione dal ticket prenderà il via a ottobre. E non sarà compito dei medici di famiglia né dei pediatri di libera scelta. Saranno invece le Asl a certificare il diritto all'esenzione del cittadino, che poi dovrà esibire l'attestato al proprio medico curante.

Dal 1° maggio è entrato in vigore il Decreto ministeriale che modifica le modalità di verifica delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (finora basata sulla autocertificazione resa dal cittadino al momento della fruizione della prestazione). Secondo il decreto dell'11/12/2009, la verifica dell'esenzione da ticket dovrà avvenire sulla disponibilità dell'elenco dei soggetti esenti, sulla base delle informazioni provenienti da Agenzia entrate e Inps, messa a disposizione da Sogei (la Società generale di informatica del Ministero dell'economia e delle finanze), tramite il sistema della Tessera Sanitaria. Il medico ha poi l'obbligo di rilevare il codice di esenzione. I cittadini che vantano il diritto di esenzione e non sono inclusi nelle liste Sogei possono fare l'autocertificazione. Saranno poi possibili controlli sulle autocertificazioni.

Il Decreto ministeriale ha tempi differenti di attuazione da parte delle diverse Regioni. In Toscana, il nuovo sistema andrà a regime da ottobre prossimo. Per il momento, la nuova modalità viene sperimentata, in accordo con il ministero, nella Asl 3 di Pistoia. I cittadini esenti dovranno fare richiesta dell'attestato di esenzione agli sportelli Asl, e presentare poi l'attestato al proprio medico al momento di ogni prescrizione specialistica. Fino a nuova indicazione – precisano comunque dagli uffici della Asl 3 di Pistoia, dove è in corso la sperimentazione – l'utente potrà continuare ad autocertificare la propria condizione reddituale sulle richieste mediche.

Queste, lo ricordiamo, le categorie degli aventi diritto all'esenzione:

- cittadini di età inferiore a sei anni e superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro;
- titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico
- disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico
- titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

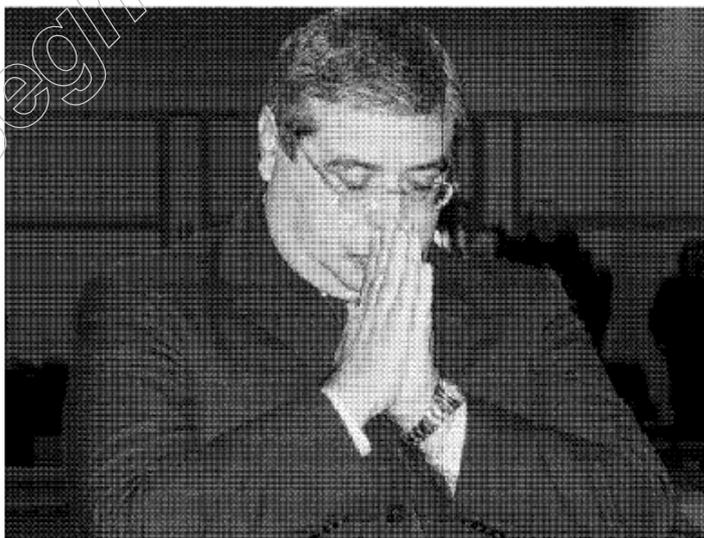
Lucia Zambelli

Palermo Conseguenza della condanna **Cuffaro licenziato da medico dipendente dell'Ispettorato sanità**

PALERMO. Dopo la condanna in Cassazione a sette anni di carcere, per favoreggiamento alla mafia, e l'ingresso in cella, per l'ex governatore della Sicilia, Salvatore Cuffaro è arrivato il licenziamento dall'ispettorato regionale alla Sanità dove era dipendente da 21 anni. Il direttore del personale, Giovanni Bologna, ha firmato, oltre un mese fa, il provvedimento che risolve qualsiasi rapporto tra Cuffaro e l'amministrazione regionale. «Abbiamo rescisso il contratto - dice - appena abbiamo ricevuto copia della sentenza».

«Il licenziamento è obbli-

gatorio per il tipo di reati per il quale è stato condannato Cuffaro», spiega Bologna. L'ex senatore del Pld, che è medico specializzato in radiologia, era dipendente dell'Ispettorato regionale alla Sanità dal 1989. Dal 1991, dopo la prima elezione all'Assemblea regionale siciliana, era in aspettativa. Cuffaro aveva un'anzianità di servizio di 21 anni, ma dal 1991 in poi è sempre stato impegnato in politica a tempo pieno fino alle dimissioni da presidente della Regione presentate a gennaio del 2008 in seguito alla condanna in primo grado. ◀



Salvatore Cuffaro: il licenziamento, un atto dovuto dopo la condanna

Il decreto. Ma il confronto con gli amministratori locali resta in salita

Sanzioni per i governatori che sfiorano: Bossi accelera

ROMA

PREMI: Premi (pochi) per chi è in regola con i conti e sanzioni (tante) per i governatori in default sanitario e per sindaci e presidenti di Provincia in dissesto finanziario. Spinto soprattutto dalla Lega per cercare di anticipare i tempi prima delle elezioni, il Governo tenta di accelerare per il varo dell'ottavo tassello del federalismo fiscale da trasmettere all'esame della bicameralima parlamentare.

Lo schema di decreto legislativo, su cui già è mancata l'intesa due settimane fa, è iscritto infatti formalmente giovedì all'ordine del giorno della Conferenza unificata per un vertice con i rappresentanti di regioni ed enti locali che non si annuncia affatto in discesa. Anche perché nella stessa occasione palazzo Chigi vorrebbe incassare una risposta definitiva

sul disegno di legge che riformale conferenze attuali con governatori, sindaci e province, istituendo la «Conferenza della Repubblica» che è stata da subito respinta al mittente dagli enti locali fin dal suo primo esame preliminare in Consiglio dei ministri.

La discussione di giovedì sullo schema di decreto che riserva carote e bastoni per gli amministratori locali a seconda dell'andamento dei loro bilanci, sarà preceduta fin da oggi da contatti politici tra le parti che però potrebbero non essere affatto risolutivi, soprattutto nell'imminenza delle prossime consultazioni per le elezioni amministrative del 15 e 16 maggio. Il termine dei 30 giorni per la mancata intesa definitiva - dopo di che il Governo può comunque inviare alla bicameralina il testo dello schema di Dlgs

- scade solo il 20 maggio. Ma proprio in vista della prima tornata elettorale, il Governo cercherà in queste ore sotto la pressione della Lega una difficile mediazione per accelerare i tempi dell'invio del testo alle Camere. Sempreché riesca a superare tutte le riserve, anche di natura costituzionale, avanzate da Regioni ed enti locali.

Sia per i governatori sottoposti a piano di rientro dal debito sanitario che per i sindaci e i presidenti di provincia in dissesto finanziario, è previsto l'obbligo della predisposizione di un «inventario di fine legislatura» da rendere pubblico entro 20 giorni dalle elezioni locali. La sanzione potrà arrivare fino «fallimento politico»: l'ineleggibilità per dieci anni e il taglio del 30% dei rimborsi elettorali per partiti e liste che presentino nuovamente candidati go-

vernatori dichiarati «politicalmente falliti». Decadenza dagli incarichi che per la spesa sanitaria varrà anche per assessori e manager di asl e ospedali, mentre sanzioni e premi sono previsti per enti locali e Regioni in caso di rispetto o meno del patto di stabilità interno e per gli acquisti centralizzati di beni e servizi sanitari. Un capitolo a parte del decreto è legato alla lotta all'evasione fiscale. A partire dal pieno coinvolgimento anche delle Province negli accertamenti fiscali e nella gestione organica dei propri tributi.

R. Tu.

LA SUPERCONFERENZA

Sul tavolo di confronto che si terrà giovedì anche la proposta di accorpare le sedi per il dialogo tra i vari livelli di governo



Sopra la presidente della giunta regionale Catuscia Marini ieri via libera al disegno di legge per la nomina di manager delle Asl e dei primari



Sanità, per i manager cambia tutto Cacciati se la pagella non è bella

di LUCA BENEDETTI

PERUGIA - Detto e fatto. Miss presidente Catuscia Marini ieri ha messo sul tavolo della giunta regionale il disegno di legge che modifica le norme per la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie e dei primari degli ospedali. Qualche buon paletto in più, l'obiettivo di tenere la politica (non solo quella dei partiti) lontana da alcune scelte e di trovare vie di accesso per la selezione il più rigorose possibile. Il merito, certo. Ma non solo.

Il disegno di legge, sul fronte dei manager, è più duro per quanto riguarda la decadenza, revoca e risoluzione del contratto. Che verranno

sollevati dall'incarico non solo (come è oggi) se non rispetteranno l'equilibrio economico (cioè se i conti non tornano), ma anche se mancheranno gli obiettivi della verifica annuale sul fronte dell'efficienza e della programmazione. Per farla facile: se la giunta indica di razionalizzare i punti nascita degli ospedali di un'azienda e questo non viene fatto, per il manager scatta il benservito. Per le nomine l'intesa con il rettore dell'Università viene estesa anche all'Azienda ospedaliera di Terni mentre per finire nella lista dei manager che possono concorrere all'incarico di direttore generale di Asl e Azienda ospedaliera ci sarà un elenco pubblico.

Giunta Via libera al disegno di legge Direttori generali, “verifica” annuale

di PIERPAOLO BURATTINI

PERUGIA - Sanità, croce e delizia. Con le orecchie tese ad ascoltare i brutti rumori di fondo che arrivano dalla Conca, dove il Pd si sbrana sulla convenzione tra Comune e Asl e Di Girolamo traballa; e con una mano a spingere il pulsante verde al disegno di legge che cambia i criteri di nomina dei primari e suona la campanella sulla “mission” dei direttori generali. Se poi il disegno di legge è rivoluzione, perestroika o invece puro maquillage, lo si vedrà più avanti quando il testo sarà valutato. Ma la Giunta un colpo lo ha battuto, indubbiamente, evitando così che si passasse dal roboante annuncio al mesto nulla di fatto. Il provvedimento, che a breve sarà discusso



»» Catuscia Marini

in maggioranza sostanzialmente prevede l'istituzione di una commissione tecnica per la valutazione degli idonei a ricoprire il ruolo di primario. Commissione composta da un direttore sanitario e da due primari. E ancora: i componenti di questa commissione dovranno essere sorteggiati da un elenco che comprende una rosa di candidati nell'ambito della disciplina oggetto della nomina. Rosa che non potrà essere inferiore a otto: nel caso contrario potrebbero entrare a far parte della lista alcuni operatori di fuori regione. La Giunta, in sintesi, se questo nuovo assetto verrà approvato, si limiterà ad indicare qual è la casella del primariato da assegnare, mentre la scelta sarà fatta dal direttore generale ma su una serie di nomi “valutati” in precedenza dalla commissione.

La verifica. A proposito dei direttori generali, c'è una “chicca”: verifica annuale con annessa possibilità della sollevazione dall'incarico, se gli obiettivi assegnategli non vengono raggiunti. Azienda integrata e dintorni: la bagarre ternana fermerà i già lenti lavori in corso?

AUTOCERTIFICAZIONI PER I TICKET. Medici di famiglia italiani in rivolta: tocca a loro da ieri accertare gli aventi diritto

Esenzioni, anche la Sicilia pronta a cambiare

Nell'Isola per ora resta il vecchio sistema, ma è allo studio una nuova formula

Il provvedimento preso per contrastare l'evasione che raggiunge il miliardo. Sono oggi due terzi i siciliani che godono di questo beneficio
ANDREA LODATO

CATANIA. Non ci stanno i medici. Non ci stanno i pazienti. Non ci stanno nemmeno i farmacisti. Con il primo maggio è scoppiato un altro pandemonio nel mondo dell'assistenza sanitaria in Italia, provocato dall'entrata in vigore del decreto del ministero dell'Economia che prevede che da questo momento le autocertificazioni sul reddito per ottenere le esenzioni dal pagamento del ticket per visite ed esami specialisti dovranno essere validate dai medici. Per di più in queste ore in Sicilia l'interpretazione del decreto ha portato qualcuno a ritenere che il nuovo regime ingloberebbe anche le certificazioni per l'esenzione per l'acquisto dei farmaci, insomma un'altra tegola, un problema in più per i medici e per i loro assistiti, che, al momento, ha anche rallentato in alcuni casi la prescrizione e la vendita delle medicine in farmacia. Anche se, come chiariremo più avanti, la Sicilia per il momento resta ferma allo status esistente sino al 30 aprile, senza recepire per ora il decreto.

La protesta, però, è già esplosa a livello nazionale, anche se ci sono situazioni differenti tra le varie regioni, alcune delle quali, come il Piemonte, hanno chiesto un rinvio dell'entrata in vigore del decreto, altre come il Lazio ha confermato la validità dell'autocertificazione sino al 30 giugno 2011, anche se in questo periodo i cittadini dovranno rivolgersi alle rispettive Asl per presentare le autocertificazioni ed averle validate.

In Sicilia, come detto, l'assessorato diretto da Massimo Russo per il momento ha confermato le procedure che sono state operative in questi anni, per cui i

medici ricevono dai loro assistiti le certificazioni fatte, generalmente, da Caf o Patronati. Ma la cosa non potrà durare a lungo e quel che si sa è che il governo chiede a Palermo di adeguarsi anche sotto questo profilo e alla Regione sanno che, prima o poi, le cose dovranno cambiare. Per questo si è già messa in moto la macchina che porterà presto alla firma di una convenzione tra Assessorato e Agenzia delle Entrate, affinché siano gli uffici più competenti, con controlli più massicci, a confermare il diritto all'esenzione dei malati siciliani.

Di certo c'è che i medici dell'Isola, ai pari di quelli del resto d'Italia, non vogliono sentir parlare di questo decreto.

«La posizione della Federazione italiana dei medici di medicina generale - spiega il dott. Mimmo Grimaldi che ne è segretario catanese e componente dell'esecutivo nazionale - è molto dura e drastica. Non possiamo essere noi a fare accertamenti sui redditi dei nostri assistiti e a validare, di conseguenza, le esenzioni. Per il momento in Sicilia restiamo al vecchio iter, ma proprio oggi abbiamo parlato con l'assessore Russo e abbiamo stabilito di varare un tavolo di lavoro per affrontare la questione in tempo».

Quel che dicono i medici in queste ore, al di là delle soluzioni temporanee prese dalle singole Regioni che hanno poteri autonomi sulle questioni legate all'assistenza sanitaria, è molto chiaro. Dice il messinese Giacomo Caudo, anche lui del sindacato dei medici generali: «Non tocca a noi occuparci di questa vicenda che è da un lato squisitamente burocratica, ma che comporta anche un'assunzione di responsabilità rispetto alla validazione delle documentazioni, che può avvenire soltanto dopo la richiesta ai pazienti delle documentazioni che comprovino il diritto all'esenzione. Il che ci obbligherebbe anche ad una enorme perdita di tempo, da sottrarre ai pazienti».

E' così, perché si tratterebbe, infatti, di

compiere veri e propri accertamenti da certificare alla fine dando lo sta bene senza potere, nella maggior parte dei casi, potersi effettivamente interfacciare con i terminali delle Asl che dovrebbero conservare nei loro database i codici di esenzione da trascrivere, a quel punto, sulle ricette.

La vicenda è, come al solito, molto confusa, parte da un principio sacrosanto, che è quello di abbattere le speculazioni e gli abusi dell'esenzione, ma non ha trovato una ragionevole dinamica d'applicazione. L'evasione nel sistema sanitario per quanto riguarda i ticket non pagati ammonta secondo le ultime stime ad oltre un miliardo l'anno, considerato che circa il 40% dei malati che gode di queste esenzioni non ne avrebbe diritto.

E su questo punto, a quanto pare, cioè quello della lotta all'evasione, Roma ha mandato segnali di pressione a Palermo. Perché se nel governo nazionale ragionano in tanti come il ministro Romani (che a proposito degli incentivi sul fotovoltaico ha detto, in modo molto infelice, che si può credere alle autocertificazioni delle imprese lombarde, non certo a quelle del Sud) allora anche sulla vicenda ticket il pressing per alzare i livelli di controllo nella nostra regione saranno sempre più insistenti.

Ma come funziona in Sicilia il capitolo delle esenzioni da reddito? Nell'Isola, in pratica, i due terzi dei siciliani, stando ai dati Istat sui redditi, gode di qualche forma di esenzione in campo sanitario. In sostanza nei limiti del valore Isee di 11 mila sono compresi soggetti con reddito annuo di circa 30.000 euro, casa di proprietà, moglie e due figli a carico, anche se in effetti a conti fatti il reddito non deve superare 27.000 euro. Il cittadino che vuole certificare il proprio Isee deve compilare la dichiarazione sostitutiva unica che viene compilata una volta l'anno, con validità 12 mesi.

Edizione

Gazzetta del Sud

del 03.05.2011

da pag. 28

Salute Prenotazioni di controlli e prestazioni diagnostiche secondo priorità ed entro limiti di tempo ben precisi

Stop alle lunghe liste di attesa

Lombardo: smantelleremo le vecchie logiche. Russo: altra sfida per le Asp

Martino Caminiti
CATANIA

«Quello di oggi rappresenta un ulteriore passo avanti nel processo di riforma della sanità, che punta a smantellare vecchie logiche, riorganizzando il sistema secondo criteri di efficienza e qualità». Con queste parole il presidente della Regione Raffaele Lombardo è intervenuto al convegno "Appropriatezza prescrittiva e prescrizioni per priorità" che si è svolto nel Palazzo Esa per presentare le nuove linee-guida redatte dalle Asp del bacino Orientale, con l'obiettivo di garantire una scala di priorità per le prenotazioni delle visite e delle prestazioni specialistiche. «Diminuire la forbice tra domanda e offerta di prestazioni diagnostiche e riconvertire l'indicatore rappresentato dal relativo tempo di attesa - ha spiegato l'assessore regionale alla Salute Massimo Russo - rappresenta una sfida che le Aziende Sanitarie stanno affrontando con grande tempestività: in questo nuovo sistema, dove l'utente/cittadino è al centro del cambiamento dettato dalla riforma regionale, diventa infatti fondamentale sviluppare progetti di razionalizzazione dell'erogazione dei servizi, per favorire l'implementazione di attività sistematiche di valutazione e di intervento, innalzando così le aspettative della popolazione e costruendo modelli di omogeneizzazione dei percorsi assistenziali». Il "Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa" ha infatti demandato alle Regioni la predisposizione di un Piano Attuativo che prevedesse anche l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con i soggetti prescrittori (medici di base, pediatri e specialisti dipendenti

ambulatoriali interni e privati accreditati) e la definizione delle specifiche cliniche per stabilire l'urgenza delle prestazioni a maggiore criticità: «Nonostante il decreto sul Regolamento di gestione per le prescrizioni obblighi il medico a segnalare la tipologia di urgenza, le prestazioni ambulatoriali possono avvenire in situazioni di grande incertezza clinica - ha sottolineato Giuseppe Calaciura, manager dell'Azienda sanitaria provinciale etnea - tanti e diversi sono infatti gli elementi da tenere in considerazione: dalla severità del quadro clinico alla tendenza al peggioramento; dalla presenza di dolore o di deficit funzionale alle implicazioni sulla

qualità della vita, passando per le caratteristiche del paziente che possono configurare criticità ed eccezioni. Pertanto in adesione alle normative, abbiamo redatto un documento contenente la definizione delle modalità prescrittive, di prenotazione e monitoraggio di visite e di prestazioni specialistiche ambulatoriali».

Lo scopo è quello di concordare un nuovo "linguaggio prescrittivo" condiviso, prevedendo tempi di attesa differenziati per singola prestazione: «Le classi di priorità individuate sono quattro - ha affermato il direttore sanitario dell'Asp Catania Domenico Barbagallo - "urgente" per gli esami da effettuare nell'arco di

48 ore; "breve" per le visite e le prestazioni specialistiche da effettuare entro 10 giorni; "differibile" (entro 60 giorni) e "programmabile" (entro 180). Si è voluto così formulare un programma condiviso che potesse portare al raggiungimento di obiettivi specifici: l'applicazione dei raggruppamenti di attesa omogenei (Rao) e, soprattutto, il miglioramento dell'accesso alle prestazioni e dell'appropriatezza delle prescrizioni».

Il progetto coinvolge tutte le Asp del bacino orientale ed è coordinato dal direttore del Distretto di Paternò Domenico Torrisi e dal coordinatore sanitario area territoriale Franco Luca. ◀



Manager e dirigenti sanitari all'incontro svoltosi nel Palazzo Esa a Catania

Via libera della giunta: ci saranno verifiche biennali. Controproposta del Pdl

Cura di trasparenza per la sanità

Cambiano i criteri di nomina dei top manager di Asl e aziende ospedaliere

Lucia Baroncini

PERUGIA - Nel pianeta sanità la giunta regionale volta pagina, facendo seguire agli annunci i fatti. In un disegno di legge, adottato ieri pomeriggio in modo unanime dal massimo esecutivo, si ridisegnano i criteri per la scelta delle figure apicali del sistema sanitario umbro. Cambiano le regole per la nomina dei direttori generali, con la politica che lima le unghie al proprio potere discrezionale, senza tuttavia abdicare al ruolo di indirizzo e di programmazione che le compete. Più trasparenza, più oggettività, maggiori controlli e severa pesatura dell'operato dei prescelti, con possibilità di revoca dell'incarico. E cambia anche il modo di selezionare i primari responsabili delle varie strutture complesse, sottoposti alla valutazione di idoneità riposta nelle mani di una commissione tecnica, la cui composizione persegue criteri massimi di neutralità. Il provvedimento deve risolvere qualche problema procedurale, prima di approdare in consiglio regionale. Qui lo attende un'agguerrita minoranza, con in prima fila il Pdl che sul tema del conferimento degli incarichi di primariato ha le sue idee e le ha già messe in una proposta di legge, a revisione della normativa preesistente (la 15 del 2005). Nel caso dei primari, la commissione tecnica di valutazione dei concorrenti, formata da un direttore sanitario che per norma nazionale ne è il presidente e da due membri effettivi più due sup-



Riforma La giunta regionale ha varato un ddl sulla sanità

plenti, non viene più nominata dal direttore generale in modo discrezionale, ma selezionata attingendo tramite sorteggio - non, dunque, con scelta ad personam - ad un elenco regionale di direttori di struttura complessa della disciplina oggetto della nomina che sia non inferiore alle otto unità. Nel caso in Umbria non si raggiunga il numero, il disegno di legge prevede che si ricorra a direttori di strutture complesse di altre regioni. Altra regola è che occorre sempre fare riferimento, per la composizione della commissione tecnica, a primari esterni all'azienda sanitaria dove si svolge il concorso. La procedura per l'attribuzione dell'incarico deve concludersi entro dodici mesi dall'autorizzazione che ha dato la giunta regionale per la copertura e l'assegnazione del posto vacante. In caso contrario la stessa autorizzazione decade. E sempre riguardo ai primari, prima che vengano estratti dall'elenco i membri dell'organismo tecnico, il

direttore generale e il collegio di direzione possono definire gli indirizzi e le specificità entro cui va individuato il candidato idoneo a ricoprire quel tal posto. Una sorta di binario entro cui si deve muovere la commissione. La quale, alla fine, dovrà motivare il giudizio di idoneità redigendo il suo parere in una relazione che, condizionandone la discrezionalità, fornirà al direttore generale tutti gli elementi per la scelta. Non c'è la famosa "rosa" dei nomi proposta dal Pdl, ma motivazioni tecniche che compongono la idoneità a ricoprire il ruolo.

Con i nuovi criteri riguardanti la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie viene modificata un'altra legge, la 3. Nel disegno della giunta di Palazzo Donini è prevista la costituzione di un elenco regionale degli idonei ad assumere l'incarico, nel quale il massimo esecutivo attingerà per poi fare le sue scelte. L'elenco, con tutti i requisiti degli interessati, verrà ag-

giornato con cadenza biennale. Una serie di criteri consentiranno l'accesso degli aspiranti alla idoneità. Sono inoltre previste clausole - in tutto quattro, fra cui il mancato rispetto del mandato della giunta e il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico - in base alle quali è possibile arrivare alla revoca dell'incarico del direttore generale nominato. La giunta non solo fissa obiettivi e indirizzi, a cui il prescelto deve attenersi, ma può disciplinare in termini di efficacia e di efficienza modalità per la verifica periodica - biennale - dell'operato del direttore. Nel caso di esito negativo, è prevista la possibilità di determinare la risoluzione del rapporto. Cosa mai fatta e, fino ad oggi, mai avvenuta. Fa fede la vicenda giudiziaria tuttora aperta e senza esiti certi riguardante il direttore generale dell'Asl di Foligno, Maria Gigliola Rosignoli, indagata ma rimasta al suo posto. L'elenco aggiornato degli idonei a ricoprire il ruolo di direttore generale verrà pubblicato anche sul web, con tanto di curricula degli interessati. A illustrare il provvedimento è stata ieri pomeriggio la presidente Catuscia Marini, coadiuvata nella spiegazione dell'atto dalle integrazioni del direttore generale Emilio Duca. In questo caso la volontà politica si è ben coniugata con quella della dirigenza dell'ente e con la necessità di rendere più trasparente e obiettiva la selezione di chi siede nella cabina di comando della sanità umbra.

lucia.baroncini@libero.it

L'accorpamento Monaldi, Cto e Cotugno: nasce l'Azienda dei Colli

Nasce l'Azienda dei Colli, che non ha nulla a che fare con l'agriturismo ma è il nome dato alla struttura che accorpa Monaldi, Cotugno e Cto. Si tratta di un ulteriore passo verso quel risanamento della sanità che comporta scelte drastiche ma innovative.

La nascita della nuova azienda è prevista dal piano di riassetto della rete ospedaliera ed è accompagnata da un rilevante risultato in termini di razionalizzazione e di risparmio. Le unità operative complesse scendono dalle 94 originarie a 79, circa il 20 per cento in meno, mentre i Dipartimenti sanitari diventano 10, rispetto ai 15 di prima, con una riduzione del 33 per cento sul totale. I tagli nelle unità complesse riguardano tutte le aree: quella sanitaria (16 al Cotugno; 9 al Cto; 39 al Monaldi) passa da 64 a 54; quella di staff scende a 15 dalle 18 originarie (di cui 9 al Cotugno; 6 al Monaldi; 3 al Cto); quella amministrativa a 10, rispetto alle 12 di un tempo (5 Cotugno, una Cto, 6 Monaldi).

L'accorpamento è stato realizzato dal commissariato alla sanità e dai vertici dell'Azienda dei Colli.

La riforma
Unità operative complesse
e dipartimenti sanitari:
riduzione del 20 per cento

Soddisfatto il direttore generale Antonio Giordano. «Abbiamo rispettato le scadenze e le indicazioni previste dal commissariato sul Piano di rientro dal debito. E possiamo dire con soddisfazione - sostiene il manager - che ci siamo mossi in totale sintonia con le indicazioni della Regione, tendenti a razionalizzare i costi e ad elevare contestualmente l'offerta sanitaria». Giordano annuncia che a breve apriranno due nuove unità operative a costo zero, utilizzando il personale storico delle aziende, con l'obiettivo di elevare ancora di più la qualità dei servizi offerti ai pazienti. «Continuiamo - dice - lungo la strada della costruzione del polo plurispecialistico di eccellenza negli indirizzi pneumo-cardiovascolare, infettivologico ed epatologico e ortopedico-riabilitativo».

Il prossimo passo del processo di accorpamento prevede il potenziamento del Cto, con una serie di specialità aggiuntive, che verranno definite con un apposito protocollo di intesa con la Seconda università di Napoli.

p.mai.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità nella bufera

La Regione taglia la riabilitazione

Le spese a carico degli utenti
Le associazioni dei disabili:
danni irreparabili ai pazienti

Enzo Mulieri

Tempi duri per la sanità privata ed in particolar modo per il delicato settore dell'assistenza ai diversamente abili. La Regione Campania ha decretato lo stop ai servizi riabilitativi a carico del Servizio sanitario nazionale: dai ieri ogni prestazione viene erogata a totale carico dell'utenza. Il taglio è stato motivato da un lato dalla necessità di riordinare un comparto che da tempo si ritrova al centro di una gravissima crisi finanziaria, dall'altro dall'urgenza di dare piena attuazione alla legge 328 che regola l'attività dei piani di zona socio-sanitari cui sono affidate in gran parte le competenze in materia di programmazione e di gestione. Contro la decisione della Regione c'è stata però la reazione degli operatori che hanno immediatamente proclamato lo stato di agitazione, soprattutto per le difficoltà cui andrebbero incontro i disabili che, secondo gli ultimi dati Istat, solo in Terra di lavoro, rappresentano il 5% della popolazione. A Caserta, sede centrale dell'ambito C7, l'ultimo taglio della Regione trova maggiori motivi di preoccupazione a seguito dell'ulteriore consistente riduzione

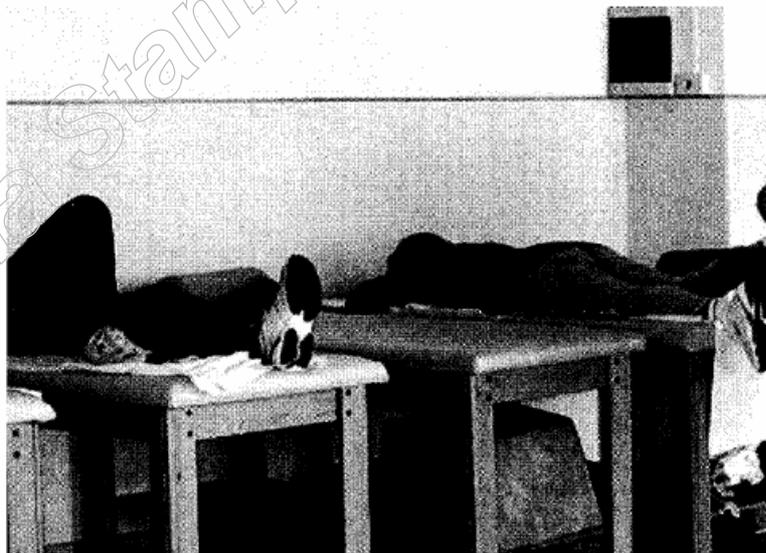
dei finanziamenti erogati ai Comuni, con casi drammatici che sono ormai diventati cronaca quotidiana. Basti ricordare la protesta inscenata a Maddaloni da alcune donne che sono salite nella settimana scorsa addirittura sul tetto del Comune proprio in mancanza di adeguata assistenza. «Mi risulta che a Casagiove è stata chiesta ad una paziente una compartecipazione alla spesa mensile - ha detto il rappresentante della Lega Handicappati Vitaliano Ferrajolo - che arrivava fino a 500 euro». Situazione di assoluta precarietà, come d'altra parte aveva messo in risalto il mese scorso la Cisl nel caso di una manifestazione regionale. In allarme, tutte le associazioni dei disabili, sette soltanto in provincia di Caserta. Si tratta della LHP, dell'AISM (sclerosi

multipla) della Uildm (distrofia muscolare) dell'Anmic (invalidi civili) dell'Anafim (disabili del ministero della difesa) dell'ENS (sordomuti) ed UIC (non vedenti). Ma la risposta più forte è venuta dai rappresentanti del Coordinamento dei centri accreditati dell'Asl di Caserta, mentre l'Aspat, l'associazione della sanità privata, ha invitato tutte le strutture di categoria (più di 150 in Campania) a non sottoscrivere i contratti del 2011 con le Asl. Durissimo pure il comunicato firmato anche dalla Ugl ed indirizzato al Governatore Caldoro ed al presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta Leoluca Orlando. «Con questo abuso - è stato riferito - non solo si viola un diritto sancito dalla Costituzione e dalla Convenzione Onu ma si rischia di determinare danni irreversibili a soggetti affetti da gravi patologie che non potranno fare fronte ai costi terapeutici, con conseguente aggravio del proprio stato di salute e della spesa futura per la Regione. Il fatto più grave è che nonostante la legislazione vigente, non è stato consentito alle parti sociali di

prender parte ai vertici che si sono tenuti presso l'Asl e presso la Regione». Nel frattempo notizie preoccupanti già si registrano sul fronte-lavoro. Alcuni centri privati dell'Aversano da ieri hanno dimezzato l'orario di lavoro, un segnale che potrebbe precedere misure ancor più gravi. Anche per quel che riguarda il Cinetic Center di Marcianise ci sono difficoltà per il mantenimento dei livelli occupazionali (una trentina i dipendenti). «Non si può andare avanti in questo modo - sbotta Salvatore Allocca responsabile del settore della Cgil Fp - sapendo che l'attività della riabilitazione è affidata ai privati per il 90% dei casi. Qui si rischia di entrare in un circuito pericoloso dove non si sa chi è destinato a sopravvivere e chi invece deve soccombere».

”
I privati
 Nell'Aversano
 orario ridotto
 ai dipendenti
 A Marcianise
 a rischio
 trenta posti
 di lavoro

risulta che a Casagiove è stata chiesta ad una paziente una compartecipazione alla spesa mensile - ha detto il rappresentante della Lega Handicappati Vitaliano Ferrajolo - che arrivava fino a 500 euro». Situazione di assoluta precarietà, come d'altra parte aveva messo in risalto il mese scorso la Cisl nel caso di una manifestazione regionale. In allarme, tutte le associazioni dei disabili, sette soltanto in provincia di Caserta. Si tratta della LHP, dell'AISM (sclerosi





**Il commissario
Menduni:
«Vertenza
regionale»**

«Lo stop ai rimborsi per le prestazioni inerenti la riabilitazione non rappresenta una decisione unilaterale dell'Asl». Lo precisa il commissario straordinario dell'Asl di Caserta Paoio Menduni, secondo il quale, inoltre, «il mancato pagamento ai centri di riabilitazione va spiegato con la vertenza in atto con la Regione, non con l'Asl».

Anche la big society deve essere federale

DI LUIGI ROTH*

Nel dibattito sul federalismo fiscale non si può prescindere da un'analisi di quanto già fatto e quanto c'è da fare in ambito sanitario, che rappresenta a oggi il primo vero banco di prova del sistema. Nel momento in cui il Paese si accinge a completare la riforma sul federalismo fiscale, è curioso scoprire quanto gli effetti del federalismo sanitario siano ancora scarsamente indagati. Nell'ultimo quindicennio il servizio sanitario italiano ha vissuto una stagione di profonde riforme. Oltre al processo di regionalizzazione, sono stati introdotti meccanismi definiti di «quasi mercato», si è superato il modello tradizionale o burocratico dando più autonomia di gestione ai manager e responsabilizzando sui risultati i direttori generali. È stata mutuata da un lato l'esperienza del servizio sanitario britannico, antesignano dal 1948 dei grandi sistemi sanitari nazionali europei (il Ssn risale al 1978), dall'altro è stato elaborato un sistema unitario ma competitivo (tra singole realtà regionali) unico nel suo genere, possibile esempio di ciò che potrebbe accadere nel momento in cui verrà stabilita la libera circolazione dei pazienti nell'Unione europea.

Il Sistema sanitario è stato uno dei primi soggetti cui è stato applicato il principio di sussidiarietà, sia in senso verticale sia in senso orizzontale, cioè sia nella distribuzione delle competenze agli enti territoriali, sia nel coinvolgimento dei corpi sociali intermedi (privati profit e non profit). Le dinamiche federaliste oggi in atto, che promettono un'intensificazione della dimensione verticale della sussidiarietà, ci impongono riflessioni manageriali e di policy volte alla definizione di un sistema che possa essere competitivo e anche solidale.

Tali riflessioni devono partire dalle best practice che il sistema già possiede e che risiedono nell'organizzazione di alcuni sistemi regionali particolarmente efficienti, come ad esempio quello lombar-

do. La Lombardia, infatti, ha costruito un modello estremamente competitivo anche a livello internazionale, comparabile a sistemi come quello catalano o a quelli dei paesi scandinavi. È stata implementata fortemente la sanità primaria (cioè l'assistenza territoriale più vicina ai pazienti), uno dei settori più deboli in genere del sistema sanitario italiano, non trascurando quella secondaria o ospedaliera, aprendo in particolar modo al contributo dei privati profit e non profit. Questo ha permesso di creare una sana competizione tra pubblico e priva-

Giusto affidare alle Regioni la governance del sistema sanitario misto

to che ha consentito al pubblico di recuperare efficienza senza per questo gonfiare i costi della sanità. Uno studio di Ricolfi ha rivelato che la Lombardia è una delle sole due regioni italiane (con il Friuli) in cui il discostamento tra la spesa per paziente effettiva e quella ritenuta teoricamente appropriata rispetto ai costi è negativo.

La prossima sfida per il sistema lombardo è l'implementazione di un sistema di sanità secondaria e terziaria (cioè di realtà sanitaria di grande eccellenza e specializzazione) collegate tra loro e all'avanguardia. La Lombardia si appresta a diventare, nei prossimi anni, il teatro di un'esperienza europea unica per la concentrazione di competenze e tecnologie di ricerca biomedica in un distretto paragonabile, per dimensioni, alla Medicon Valley scandinava, con la costituzione della Città della Salute, per esempio, vicino a centri di eccellenza nella ricerca come Nerviano.

Se la Lombardia è un'eccellenza, il Sistema sanitario nel suo insieme contiene comunque alcune criticità che la prospettiva federalista dovrebbe affrontare per liberare quelle energie che possono effettivamente generare risultati migliorativi: vi è una complessiva frammentazione istituzionale; vi è un notevole sforzo di

programmazione che non si traduce in reali benefici per una governance non efficace; vi è disallineamento verticale della catena di governo tra Inps, Regioni, Comuni e famiglie. A queste criticità si aggiunge il rischio che l'evoluzione federale comporti l'impossibilità di creare centri di eccellenza di livello europeo, fatto salvo l'esempio virtuoso e finora unico della Lombardia.

Quali policy allora adottare per il futuro federalista del sistema sanitario nazionale? È arrivato il momento di decidere il livello di governo del settore socio-sanitario. Non è più differibile, inoltre, la costruzione di un'interfaccia unica per gli utenti, capace di selezionare i bisogni e di offrire loro una risposta integrata, evitando lo shopping around per le famiglie. I servizi socio-sanitari pubblici (60%) devono interrogarsi su come integrare i servizi del welfare con quelli acquisiti direttamente dalle famiglie, che pesano oggi per il 40% delle risorse, ovvero su come coordinare l'attività assistenziale della badante con quella del medico o dell'infermiera dipendente dell'Asl.

Alla frammentarietà il federalismo può dare una risposta di semplicità ed efficienza: affidare alle Regioni la governance effettiva del sistema pubblico socio-sanitario, attraverso il coordinamento e la co-gestione in ottica unitaria delle risorse per i servizi sociali oggi gestite dai Comuni; nonché il coordinamento dei finanziamenti erogati dall'Inps per la non autosufficienza, principalmente destinati oggi ad alimentare il mercato degli informal care giver sotto forma di spesa privata dei cittadini. In tal modo il federalismo creerebbe maggiori opportunità di sinergie nell'uso delle risorse oggi troppo suddivise tra diversi attori e livelli di governo, e costituirebbe davvero una razionalizzazione dell'azione pubblica in vista del raggiungimento di maggiore efficacia, a beneficio di tutti. (riproduzione riservata)

*presidente del Consorzio Città della Salute

ZONA OSPEDALIERA NASCE IL NUOVO POLO SANITARIO**Monaldi, Cotugno e Cto
fusi nell'Azienda dei Colli**

È stato completato il piano di organizzazione della nuova azienda ospedaliera di rilievo nazionale Monaldi-Cotugno-Cto, nata in attuazione del piano di riassetto delle rete assistenziale della Campania.

La nuova struttura, che si chiamerà "Azienda dei Colli", ha raggiunto un primo, rilevante risultato sul piano della razionalizzazione e del risparmio: le unità operative complesse scendono dalle 94 originarie a 79,



circa il 20% in meno, mentre i dipartimenti sanitari diventano 10, rispetto ai 15 di prima, con una riduzione del 33%. I tagli nelle unità organizzative complesse riguardano tutte le aree: quella sanitaria (16 al Cotugno, 9 al Cto, 39 al Monaldi) passa da 64 a 54; quella di staff a 15 dalle 18 originarie (di cui 9 al Cotugno, 6 al Monaldi e 3 al Cto), quella amministrativa a 10, rispetto alle 12 di un tempo (5 Cotugno, 1 Cto, 6 Monaldi).

«Abbiamo rispettato - sottolinea il direttore generale Antonio Giordano (nella foto) - le scadenze e le indicazioni previste dal decreto 70 del commissariato ad acta sul piano di rientro dal debito. E possiamo dire con soddisfazione che ci siamo mossi in totale sintonia con le indicazioni della Regione, tendenti a razionalizzare i costi e ad elevare contestualmente l'offerta sanitaria. A breve apriremo due nuove unità operative a costo zero, utilizzando il personale storico delle aziende, con l'obiettivo di elevare ancora di più la qualità dei servizi offerti ai pazienti».

Il prossimo passo del processo di accorpamento prevede il potenziamento del Cto, con una serie di specialità aggiuntive, che verranno definite con un apposito protocollo di intesa con la Seconda Università.

CRONACHE di NAPOLI

WWW.CRONACHEDINAPOLI.ORG

Il quotidiano indipendente dell'informazione partenopea

**Martedì
03 Maggio 2011**

NAPOLI - Nuovo piano ospedaliero, nasce l'Azienda Colli Aminei. E' stato completato il piano di organizzazione della nuova azienda ospedaliera di rilievo nazionale Monaldi-Cotugno-Cto, nata in attuazione del Piano di riassetto delle rete assistenziale della Campania. La nuova struttura si chiamerà Azienda dei Colli. Quest'ultima ha raggiunto un primo, rilevante risultato sul piano della razionalizzazione e del risparmio: le unità operative complesse scendono dalle 94 originarie a 79, circa il 20% in meno, mentre i Dipartimenti sanitari diventano 10, rispetto ai 15 di prima, con una riduzione del 33% sul totale. I tagli nelle Uoc riguardano tutte le aree: quella sanitaria (16 al Cotugno, 9 al Cto, 39 al Monaldi) passa da 64 a 54; quella di staff a 15 dalle 18 originarie (di cui 9 al Cotugno, 6 al Monaldi e 3 al Cto), quella amministrativa a 10,

Nuovo piano ospedaliero, nasce l'Azienda dei Colli

Riorganizzato il polo Monaldi-Cotugno-Cto

rispetto alle 12 di un tempo (5 Cotugno, 1 Cto, 6 Monaldi). "Abbiamo rispettato - sottolinea il direttore generale **Antonio Giordano** - le scadenze e le indicazioni previste dal decreto 70 del Commissariato ad Acta sul Piano di Rientro dal Debito. E possiamo dire con soddisfazione che ci siamo mossi in totale sintonia con le indicazioni della Regione, tendenti a razionalizzare i costi e ad elevare contestualmente l'offerta sanitaria. A breve apriremo due nuove unità operative a costo zero, utilizzando il personale storico delle

aziende, con l'obiettivo di elevare ancora di più la qualità dei servizi offerti ai pazienti. Continuiamo così lungo la strada della costruzione del polo pluri-specialistico di eccellenza negli indirizzi pneumo-cardiovascolare, infettivologico ed epatologico ed ortopedico-riabilitativo". Il prossimo passo del processo di

accorpamento prevede il potenziamento del Cto, con una serie di specialità aggiuntive, che verranno definite con un apposito protocollo di intesa con la Seconda università di Napoli. Qualche giorno fa le dichiarazioni del governatore campano. Un percorso "lungo" in cui "molto è stato fatto". Questo il bilancio tracciato

dal presidente della Regione Campania Caldoro sul primo anno di commissariamento della sanità regionale. Il Governatore, in un fitto confronto con i medici, che si è svolto presso l'Ordine dei medici di Napoli, ha tracciato le linee di quanto realizzato fino ad oggi. Primo traguardo "indispensabile" il rispetto del cronoprogramma stabilito dal piano di rientro, con un'attenzione particolare alla tenuta dei conti pubblici. "Adempimenti rigorosi e obbligati - ha spiegato Caldoro - articolati secondo il cronoprogramma del risanamento contabile fino al rientro nella normalità, secondo il dettato previsto dal tavolo governativo antideficit, formato dai dicasteri dell'Economia e della Salute".




SCIOPERO

CAMPANIA IN PANNE LA SANITÀ RESTA IL REGNO DI SPRECHI ED ERRORI

ENZO CELOTTO*

Venerdì 6 maggio la Cgil parteciperà allo sciopero generale. Dopo l'accordo tra Stato e Regioni, che permetterà alla Campania un riparto favorevole delle quote finanziarie, restiamo davanti ad un sistema che affonda. Per tutti, l'esempio dell'Asl Napoli 3. È stato presentato un Piano di rientro che è una proposta studiata da oscuri contabili senza contatti con la realtà. Il primo punto di debolezza è che non c'è nessuno che possa gestirlo, visto che dall'agosto 2010 la sanità è guidata da un Commissario (Russo), "Precario" che va avanti in regime di proroghe e che non può programmare, senza che nessun partito politico si ribella. Basta visitare ospedali e distretti per capire qual è il riscontro, al distretto di Castellammare, per esempio, una visita oculistica viene prenotata per ottobre 2011, così come una neurologica a domicilio. La Regione parla di rientro della spesa sanitaria completamente fuori controllo ma non ha una politica oculata sugli sprechi il che alimenta il contenzioso legale e il conseguente aumento dei costi. Restiamo a Castellammare; ci sono 6 specialità chirurgiche e due sale operatorie (una per l'emergenza). Una frattura, che richiederebbe 4 giorni di degenza, prolunga la permanenza fino a 15 giorni per la non disponibilità della sala operatoria, usata a turno dai reparti. In termini di costi (600



euro il costo medio giornaliero di una degenza) c'è uno spreco di almeno 6mila euro. E potremmo parlare degli sprechi e dei costi aggiuntivi dovuti alle attrezzature per esempio di endoscopia comprate e mai spaccettate giacenti nel San Leonardo. O potremo parlare dei costi aggiuntivi legati alla mancanza di una politica di prevenzione. E' di questi giorni l'ultima chicca del Commissario: il mancato rinnovo del contratto per 3 biologhe che operavano in anatomia patologica per la prevenzione obbligatoria del tumore dell'utero.

Se poi tocchiamo il nocciolo duro del piano di riconversione ospedaliera ci troviamo di fronte ad una situazione schizofrenica: un piano di cui si comincia a sapere tutto a giugno 2010 e di cui si ha l'approvazione definitiva a settembre 2010. Da quella data si susseguono interventi a favore o contro a marzo la ASL propone l'ennesima delibera in cui ripescia l'Ospedale Maresca e l'ospedale di Pollena dando loro una dimensione ben più accettabile di quanto era proposto nella delibera regionale di settembre: risultato tutto continua ad esser fermo.

Quando ci sta costando la mancanza di decisione su argomenti così fondamentali? Chi pagherà per i costi di un sicuro implemento di emigrazione sanitaria caratterizzata dal mancato utilizzo di questi due ospedali?

E per ottenere risposte concrete che la Fp Cgil Sanità sosterrà scenderà in campo il prossimo 6 maggio nella grande giornata di mobilitazione nazionale per la difesa del Servizio pubblico e per una razionalizzazione della offerta sanitaria sulla scorta della analisi dei bisogni sanitari. Per rendere esigibile il diritto costituzionale alla salute.

*Segreteria provinciale Cgil Sanità

► Regione ◀

Manovra azzerata debito: in arrivo nuovo decreto

Vertice tra le associazioni di categoria e la struttura commissariale: binari separati per il fatturato corrente e le fatture inevase pregresse

ETTORE MAUTONE

Fari puntati sull'azzeramento del debito pregresso. secondo vertice, ieri, a Palazzo Santa Lucia, tra le associazioni di categoria della Sanità privata accreditata e la struttura commissariale. Al tavolo dopo l'Aiop, che nei giorni scorsi ha ribadito la insostenibilità economica finanziaria dei tetti si spesa, le associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale.

I sub-commissari e Achille Coppola hanno deciso di procedere separatamente all'attuazione del decreto commissariale n.12 in ordine al pagamento dei crediti pregressi e dei crediti correnti.

SPESA del 2011

In particolare per quanto concerne il pagamento dei crediti correnti, saranno convocati a stretto giro i commissari delle singole Asl al fine di stabilire, sulle rimesse inviate alle Asl il pagamento delle mensilità correnti a partire dal mese da Gennaio 2011. Tali disposizioni saranno oggetto


Achille Coppola

di un apposito decreto commissariale. Per quanto concerne il pagamento dei crediti pregressi sarà inviato, a breve, alle associazioni di categoria uno schema per la ricognizione delle procedure esecutive pendenti, avendo ad oggetto i crediti pregressi.

La riunione è stata aggiornata a oggi alle ore 18, per le determi-

nazioni che la struttura commissariale assumerà all'esito della riunione con i Commissari straordinari delle singole aziende sanitarie.

LA MANOVRA

La applicazione del budget e dei relativi tetti di spesa del 2011 viaggiano, infatti, di pari passo con l'attuazione della manovra finanziaria deputata a venire a capo dello sbilancio pregresso. Sotto la lente l'ormai famigerato decreto 12 del 21 febbraio del 2011. Decreto che ha sinora trovato insormontabili ostacoli burocratici per la sua traduzione in atti concreti: ossia pagamenti liquidi, ove le condizioni finanziarie delle asl lo consentano e certificazioni del pregresso. A fare da apripista è l'Aiop con il presidente regionale Sergio Crispino. Il 2 maggio sarà la volta delle associazioni di

categoria della specialistica ambulatoriale rappresentata da una dozzina di sigle. Nei giorni successivi di prosegue con la riabilitazione. Il decreto 12, recentemente validato dalla commissione interministeriale che vigila sugli adempimenti del Piano di rientro dal deficit, partendo dal conto economico della Sanità 2005-2009, dal debito consolidato della Sanità dal 31 dicembre del 2005 al 31 dicembre del 2009, analizzando la stima della ripartizione del debito sanitario al 31 dicembre del 2009 fra le diverse categorie di creditori e le disponibilità liquide e situazione dei pignoramenti delle aziende sanitarie alla stessa faccenda facendo capo ai fondi attesi dallo Stato per competenza al 31 dicembre 2009 e alle coperture finanziarie derivanti dalle manovre fiscali aggiuntive su Irap e Irpef indica una strate-

gia per venire a capo del debito pregresso. Il principale obiettivo è venire a capo del contenzioso con i fornitori di beni e servizi delle Asl che determina oneri in rapida crescita e nell'ordine di oltre 250 euro annui.

IL DEBITO SANITARIO

Il debito sanitario ha raggiunto al 31 dicembre del 2009 il livello netto di circa 4,9 miliardi (5,6 miliardi se si aggiungono 719 milioni anticipati dalla cassa regionale alle aziende sanitarie in maggiore difficoltà). Tale importo è al netto di 1,3 miliardi per crediti diversi (composti per circa la metà da carte contabili da sistemare a fronte di esecuzioni pignoratorie) e di 1,4 miliardi di disponibilità liquide, di cui ben 1,3 miliardi per fondi bloccati dai creditori presso i tesoriери delle aziende sanitarie. A fronte di tali debiti sussistono fondi statali per circa 2,9 miliardi di cui 1,7 miliardi (in segu

ito all'esito positivo della verifica del Piano di rientro del 13 e 26 ottobre 2010) in parte già incassato (60 per cento, 1.021 milioni erogati tra novembre e dicembre 2010 e il rimanente 40 per cento in tre tranches: il 20 per cento subordinatamente alla verifica degli adempimenti al 31 dicembre del 2010, il 10 per cento alla verifica degli adempimenti al 28 febbraio scorso e il 10 per cento in base alla verifica dell'andamento economico e delle coperture necessarie per l'equilibrio di bilancio per l'esercizio 2010.

Lea a rischio: il 6 maggio sciopero della Cgil

In Campania la indisponibilità di posti letto per acuti, la presenza di barelle in Medicina di urgenza ed in Pronto soccorso, unitamente alla difficoltà di ricoverare pazienti che poi stazionano per ore e giorni in Pronto soccorso in attesa di una sistemazione adeguata, non è una situazione anomala ma rappresenta un dato strutturale risultato della applicazione ragionieristica del Piano di rientro dal debito sanitario, ma anche della assenza di governo e di programmazione. E' quanto dichiarano Francesco Petraglia, segretario generale Fp Cgil Campania e di Giosuè Di Maro, segretario regionale Fp Cgil medici. Motivazioni che la Funzione pubblica sosterrà nel corso dello Sciopero generale della Cgil del prossimo 6 maggio.

L'allarme riguarda i livelli essenziali di assistenza e le fasce più deboli, quali pensionati, precari e disoccupati sottoposti ai ticket sulla farmaceutica, sulle prestazioni specialistiche e sul pronto soccorso e all'aumento di Irpef e Irap. Inutile sottolineare che i problemi sono strutturali e investono l'attuale come la precedente amministrazione regionale. La richiesta del sindacato è di un confronto più partecipato con le parti sociali Confronto mancato sul Piano ospedaliero e per l'attuale sulla successiva stesura del piano sanitario regionale.

Disponibilità liquide delle Asl: situazione al 31 dicembre 2009

importi in migliaia di euro Aziende Sanitarie	disponibilità liquide NON pignorate o bloccate			disponibilità liquide pignorate o bloccate		
	Cassa	Tesoriere	c/c postale	Cassa	Tesoriere	c/c postale
ASL di Avellino		33.296	2.733		46.854 (1)	
ASL di Benevento	1.206	6.340	1.540			
ASL di Caserta	833	3.472		134.727		9.792
ASL Napoli 1 centro	1.637			712.119		5.926
ASL Napoli 2 nord	52	9.040	6.141	74.687		
ASL Napoli 3 sud	42			129.577		8.913
ASL di Salerno	99			89.027		11.733
A.O. CARDARELLI	155		5	18.173		
A.O. SANTOBONO	1			1.032		
A.O. MONALDI	1	9.829		5.466		
A.O. S.GIOV. SA		9.918	12	2.983		
A.O. MOSCATI AV	66	18.134	86			
A.O. RUMMO BN		13.500				
OSP.CIVI. CE	4		614		3.022	
AOU SUN		11.221			12.225	
AOU F 2*		2.743			10.921	
IRRC PASCALE	79	8.842	9		21.606 (2)	
A.O. COTUGNO	4	5.471			28	
TOTALE 1	4.179	131.806	11.140	0	1.262.447	36.364
TOTALE 2		147.125			1.298.811	
TOTALE GENERALE					1.445.936	

quotidiano**sanità**.it

Riparto 2011. Nord e Sud a confronto. La partita vista da Coletto (Veneto) e Russo (Sicilia)

Su una cosa non hanno dubbi: "Tremonti deve onorare il Patto per la Salute e darci i soldi per la copertura del ticket sulla specialistica fino a dicembre". Tuttavia, a leggere le due interviste, nessuno sembra lamentarsi di come si è chiusa la trattativa sul riparto. Resta la visione diversa sul "ruolo" da dare alle condizioni socio-economiche (favorevole la Sicilia, contrario il Veneto). Ma sul futuro federalista c'è sintonia di vedute. E la Sicilia si candida a Regione benchmark del Sud.

03 MAG - COLETTO: "DEPRIVAZIONE? NO, GRAZIE. SBAGLIATO MESCOLARE QUESTIONI SOCIALI E SANITA'"

Luca Coletto, Assessore alla Sanità del Veneto e coordinatore della Commissione Salute delle Regioni, è stato tra i protagonisti principali della lunga trattativa per il riparto 2011 e in particolare delle fasi finali della vicenda. Era infatti con Vasco Errani all'incontro con il ministro della Salute Ferruccio Fazio, dove si è compiuta la "verifica" dell'accordo raggiunto dalle Regioni.

Assessore Coletto, quanto è stato rilevante il contributo del ministro della Salute per la definizione del riparto?

È stato assolutamente determinante, perché nel corso della trattativa è cambiata un po' la logica del nostro lavoro. Come ha detto più volte anche il presidente Zaia, non abbiamo accolto il criterio di deprivazione, ma abbiamo dovuto e voluto andare in soccorso delle Regioni in difficoltà. E per fare questo dovevamo contare su qualcosa in più, per andare a tirar su le Regioni che non riuscivano ad avere un importo almeno pari a quello dell'anno scorso. Siamo andati a trattare con il ministro Fazio che ha capito benissimo qual era la situazione e c'è venuto incontro.

Il ministero ha messo a disposizione circa 70 milioni, ma oltre a questo l'accordo si fonda anche sull'utilizzo dei finanziamenti del Governo che compensano i mancati introiti derivanti dai ticket sulla specialistica. Ma una parte di quelle risorse non sono ancora state stanziare. È così?

Sì, in buona sostanza è stato ripescata una proposta che noi, Veneto, avevamo avanzato in febbraio. Ma occorre sottolineare che anche la proposta del Cipe aveva dentro questo finanziamento. Ora quei soldi non sono immediatamente disponibili, perché fanno parte della manovra Tremonti, però è legge: sono all'interno del Patto per la Salute.

Lei conta che il Governo vi darà anche la parte mancante?

Mi auguro che si arrivi velocemente a definirli e a ripartirli tra le Regioni, perché con questo impegno è stata data l'intesa in Stato Regioni. Lo Stato Regioni ha approvato il riparto che comprende solo la prima tranche, ma il ministro si è riservato sulla totalità, e visto che quelle risorse sono valutate anche nella delibera Cipe e nel Patto per la Salute, sarebbe strano che non venissero erogate.

In questo accordo c'è anche l'impegno a rivedere i criteri in vista del riparto del 2012, venendo così incontro alle richieste delle Regioni del Sud che chiedevano l'introduzione del criterio di deprivazione socio economica.

Il testo non parla di deprivazione, parla di criteri e all'interno di questi criteri sono indicate anche questioni socio economiche. Ma non è detto che siano queste le questioni prevalenti, anche perché va dimostrata la loro validità. Oltretutto, uno dei primi paesi ad applicare questo criterio socio economico è stata l'Inghilterra e mi pare che il risultato della sanità inglese sia sotto gli occhi di tutti... Stanno tentando una riforma importante. Ecco: stanno tentando una riforma importante. Punto. Credo che sia utile imparare dagli errori.

Quali pensa allora che possano essere i criteri da utilizzare?

Sicuramente la popolazione, che è un dato certo. Altro dato certo è l'anzianità, perché una persona anziana ha un maggiore costo sanitario e su questo non c'è dubbio. Dopo di che si possono valutare anche le questioni socio economiche, ma partendo tutti da una stessa base: ospedalizzazione al 140 per mille, posti letto a 3,8 comprese le lungo

degenze e le riabilitazioni, il rispetto dei tetti della farmaceutica.

Quindi nessuna novità?

Credo che la cosa essenziale sia portare tutti alle stesse basi di partenza, al rispetto dei canoni previsti dal Piano sanitario nazionale. Io sono un geometra e sono abituato a calcolare le fondazioni, perché se non ci sono fondazioni solide non si arriva nemmeno al primo piano. Fatto questo possiamo discutere di inserire criteri legati alle condizioni sociali, ma anche parametri ambientali relativi all'inquinamento, all'industrializzazione. Comunque devono essere criteri oggettivi e non soggettivi. La deprivazione non ha motivo di incidere sulla sanità, perché se mescoliamo questioni sociali e sanità andiamo incontro a una situazione di difficile gestione.

Come pensa che dovrebbero intervenire le Regioni che hanno gravi deficit sanitari?

Non c'è niente da inventare, basta rispettare i canoni del Piano sanitario nazionale. Bisogna avere la forza di andare sul territorio, spiegare ai cittadini che occorre non tagliare ma fare delle riconversioni, adeguando la realtà attuale ospedalocentrica alle esigenze del territorio. Il cittadino vuole i servizi, non gli interessa sapere in che modo vengono erogati: noi per quarant'anni abbiamo concentrato i servizi presso gli ospedali, ma ora questa logica non ha più senso e molti servizi possono essere spostati sul territorio. In Veneto, ad esempio, abbiamo fatto un accordo con i medici di medicina generale, che ci porterà a tenere aperti gli studi anche il sabato, a gestire i codici bianchi attraverso le Utap. E poi abbiamo attivato strutture a bassa intensità, country hospital, che rispondono ai bisogni dei cittadini ma costano molto meno delle degenze ospedaliere per acuti.

Per le Regioni il prossimo appuntamento è il riparto della mobilità interregionale che vale all'incirca 1,3 miliardi. Il tema è all'ordine del giorno della Conferenza delle Regioni di giovedì prossimo, 5 maggio: accordo già fatto o c'è ancora da trattare?

Proprio ieri si è riunita la Conferenza tecnica tra i direttori generali. In discussione c'è soprattutto l'appropriatezza dei Drg ad alta complessità.

Le Regioni del Sud lamentano, in sostanza, il fatto che loro "in casa" hanno regole stringenti imposte dai Piani di rientro, ma poi si trovano a pagare prestazioni erogate altrove quasi a pie' di lista.

Noi in Veneto i controlli li facciamo e anche per i Drg ad alto rischio di inappropriata c'è uno scarto piccolissimo o nullo, ma d'altra parte non possiamo nemmeno permetterci di andare sotto la Tuc (tariffa unica concordata), che già non è remunerativa. Il bilancio è duro per tutti, e io non mi sento di far pagare ai cittadini veneti quello che non hanno consumato loro. In questo problema credo che dovremo coinvolgere anche il ministero, con funzioni di garanzia. E comunque, sia per quanto riguarda il riparto sia per quanto riguarda la mobilità, non dimentichiamo che a breve ci saranno i costi standard.

Come si intrecceranno i costi standard al riparto, secondo lei?

È inevitabile che i costi standard intervengano a definire le quote di finanziamento erogate a ciascuna Regione, perché una penna costerà la stessa cifra a Roma, a Torino o a Verona. Sarà via via l'abbandono dei costi storici.

Non tutti interpretano in n questo senso il decreto.

In ogni caso si prendono delle Regioni benchmark, da cinque si arriva a tre, e da lì si stabiliscono i costi standard e questi vanno a comporre il riparto.

All'indomani del riparto si è parlato di un incremento del fondo veneto di 600 milioni...

No, il nostro incremento è intorno ai 300 milioni e di questo sono assolutamente soddisfatto. Proprio venerdì scorso abbiamo chiuso il bilancio della sanità veneta del 2010 con un saldo positivo di 12 milioni, siamo riusciti ad avere una buona risposta nel riparto nazionale, abbiamo già fatto il riparto regionale.

Come mai avete fatto il riparto regionale in anticipo su quello nazionale?

Abbiamo preferito dire ai Direttori Generali qual era la somma che avevano a disposizione, per consentire loro di pianificare. Anche perché vogliamo gestire la sanità in modo manageriale: con gli obiettivi del pubblico ma con una gestione tesa a monitorare giorno per giorno il livello della spesa. Contando molto sulle possibilità dell'informatizzazione. Attraverso l'informatizzazione dobbiamo arrivare alla trasparenza delle liste d'attesa, al fascicolo sanitario che possa essere prelevabile da qualsiasi punto della rete sanitaria regionale, alle prenotazioni attraverso il Cup. Già oggi gli esiti degli esami di laboratorio vengono inviati via internet in buona parte della regione, entro il 2012 dovremmo avere anche l'anagrafe e il fascicolo elettronico. Tutte soluzioni che fanno risparmiare la sanità, i cittadini e riducono gli spostamenti inutili.

E.A.

RUSSO: "LE REGIONI DEL SUD DEBONO RICONQUISTARE UN RUOLO CENTRALE. E PER FARLO DOBBIAMO FARE SQUADRA"

Appare soddisfatto Massimo Russo, l'Assessore alla Sanità della Sicilia, protagonista di una battaglia durissima

www.federlabitalia.com

nella sua Regione per rimettere a posto i conti della sanità. La partita del riparto ha ancora una volta penalizzato il Sud in termini di trasferimenti pro capite ma, ci dice: "per la prima volta si è concretizzata la necessità di resettare i criteri di riparto già dal prossimo anno tenendo anche conto delle condizioni ambientali, demografiche, sociali ed economiche".

Assessore Russo l'accordo sul riparto del Fondo sanitario nazionale 2011 è stato raggiunto sul filo di lana e con non poche tensioni. Il fronte regionale sembrava, infatti, irrimediabilmente spaccato, con le regioni del Nord e quelle del Sud arroccate sulle proprie posizioni. Ma alla fine ha vinto la solidarietà.

In termini di "sofferenza" questo riparto non è stato molto dissimile da quelli degli ultimi tre anni. Fino alla fine, l'accordo sembrava essere lontano, ma poi riusciamo sempre a trovare il bandolo della matassa e raggiungere un punto di equilibrio. Però quest'anno c'è stata una grande novità. Per la prima volta le regioni del Sud sono arrivate all'appuntamento sui grandi temi quali riparto, mobilità, organizzazione sanitaria con una loro strategia ben precisa. È emersa con evidenza la presenza di interessi comuni: abbiamo fatto squadra per sdoganarci da un passato di inefficienze e sprechi e promuovere al meglio i nostri sistemi sanitari rispetto agli interessi contrapposti delle altre Regioni.

Eppure, se poniamo a confronto quanto vi spetterebbe pro capite rispetto a quanto è stato assegnato al Sud con la correzione della popolazione pesata, emerge un gap di quasi 700 milioni di euro a danno del Mezzogiorno rispetto al Nord e al Centro Italia ...

Non c'è dubbio. Il criterio della quota capitaria secca dovrebbe essere quello principale, mitigato solo da indicatori di prevalenza epidemiologica delle malattie. Ma così non è, e il criterio dell'età della popolazione ha fin ora giocato un ruolo di primo piano. Quindi tutto questo ha sicuramente contribuito a spostare nell'ultimo decennio miliardi di euro al Nord. Ecco perché quest'anno abbiamo condotto con determinazione la battaglia per introdurre il criterio della deprivazione sociale. Un parametro che deve essere tenuto in considerazione, in quanto è scientificamente acclarato che alla deprivazione è correlato l'incremento di alcune patologie. E una testimonianza concreta di ciò ce l'ha fornita lo stesso Stato italiano che ha creato l'Istituto nazionale per il contrasto delle malattie delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà.

D'accordo, ma di fatto l'accordo sulla deprivazione non c'è stato e ha continuato a prevalere il solo indicatore della popolazione pesata per età...

Questo è accaduto soprattutto perché non siamo riusciti a sciogliere il nodo su quali dovessero essere gli indici per misurare il costo delle prestazioni nei territori dove è maggiore l'indice di povertà. Nonostante ciò, abbiamo però raggiunto un accordo politico importante: per la prima volta si è concretizzata la necessità di resettare i criteri di riparto ed è stato dato incarico all'Agenas e ai singoli organi tecnici delle Regioni di formulare nuovi parametri già dal prossimo anno che tengano anche conto delle condizioni ambientali, demografiche, sociali ed economiche.

Rimane poi ancora da chiudere l'accordo sulla mobilità che potrebbe non favorire le realtà del Sud alla luce della migrazione dei pazienti verso le strutture del Nord Italia. Cosa prevede?

Su questo tema ci stiamo impegnando per realizzare politiche atte ad abbattere la mobilità extra regionale. Ci stiamo quindi muovendo su due fronti: da una parte ci stiamo impegnando per ripristinare il rapporto fiduciario con i nostri pazienti offrendo loro le alternative che oggi trovano al Nord, e dall'altra stiamo anche ragionando in maniera razionale, così come abbiamo fatto in Sicilia, sulle prestazioni che sono erogate al Nord: esistono criteri opportunistici che vanno bloccati. Proporremo quindi che gli stessi criteri che applichiamo alle case di cura private per la valutazione dell'inappropriatezza valgano anche per le prestazioni erogate al di fuori della Regione di residenza. Senza contare che persistono anche problemi giuridici che è bene vengano affrontati, una volta per tutte, in maniera seria e rigorosa.

Cioè?

Si accontenti di questo. Le dico solo che stiamo lavorando per risolverli.

In attesa di svelare il mistero, passiamo oltre. In ogni caso l'ultimo testo del decreto sul federalismo regionale e i costi standard sanitari prevede che tra le Regioni benchmark ve ne sia comunque una del Sud. Quale potrebbe essere a suo avviso?

Sono convinto che le regioni del Sud, nel loro complesso, debbano riconquistare un ruolo centrale. La Sicilia, insieme alla Sardegna, è comunque una Regione a statuto speciale che godrà di spazi autonomi per l'applicazione dei costi standard avviando una sorta di negoziato "one to one" nell'ambito della Commissione paritetica. Detto questo, colgo però l'occasione per candidare sin d'ora la Sicilia come una delle prossime Regioni benchmark. Un obiettivo che, alla luce dell'assetto normativo esistente, potremmo raggiungere entro un triennio. Già entro il prossimo anno dovremmo infatti essere in grado di conseguire il pareggio di bilancio: già nel 2011 chiuderemo con un disavanzo di appena 80-90 milioni di euro. Ma non è solo una questione economica. La Sicilia, prima tra le Regioni meridionali, ha intrapreso un processo di riforma. Abbiamo fatto "saltare" dodici aziende sulle ventinove esistenti, riorganizzato e riqualificato il sistema, tagliato oltre 3mila posti letto, riconvertito i piccoli ospedali, creato un modello alternativo sul territorio. Siamo intervenuti sulla farmaceutica, sull'acquisito di beni e servizi: con le gare centralizzate abbiamo ottenuto un risparmio del 20-30 per cento.

C'è ancora un ultimo nodo da sciogliere: il Governo dovrà mettere sul piatto delle Regioni altri 486,50 milioni di euro per scongiurare il pagamento dei ticket sulle prestazioni specialistiche, come promesso nel Patto per la Salute. È fiducioso?

Mi aspetto che il Governo rispetti quanto concordato con le Regioni. Ma non sono in grado di dire come e quando arriverà questa risposta. Spero solo che gli impegni assunti siano mantenuti.

E.M.

La Rassegna Stampa di FederLab Italia

quotidiano **sanità**.it

False esenzioni ticket. Denunciate 636 persone in Umbria

Hanno dichiarato un reddito inferiore a quello reale per ottenere l'esenzione dal ticket. Per questo 636 persone sono state segnalate alle Autorità Giudiziarie nell'ambito di un'indagine condotta dai Nas di Perugia su 10mila dichiarazioni autocertificate nell'anno 2010, delle quali il 6,5% circa è risultata falsa. Il danno al Servizio sanitario regionale è stimato in circa 250mila euro.

03 MAG - I Carabinieri del Nas di Perugia hanno presentato oggi i primi dati dell'indagine 'furbetti del ticket', svolta in collaborazione con il personale delle quattro aziende Usl umbre e della locale Agenzia delle Entrate. I controlli, iniziati nel mese di ottobre dello scorso anno e riguardanti le autocertificazioni per ottenere l'esenzione alla compartecipazione della spesa sanitaria (ticket), hanno portato alla segnalazione alle Autorità Giudiziarie competenti di 636 persone che avevano dichiarato un reddito inferiore a quello reale allo scopo di ottenere l'esenzione al pagamento.

In totale sono state esaminate circa 10mila dichiarazioni dell'anno 2010, delle quali il 6,5% circa è risultata falsa. "In alcuni casi - spiega la nota dei Nas - è stato accertato come il reddito effettivo del nucleo familiare del dichiarante fosse di oltre 100mila euro, ovvero circa tre volte il tetto massimo previsto per ottenere l'esenzione".

Nel corso delle operazioni sono state poste sotto sequestro penale circa 900 prescrizioni mediche relative alle false dichiarazioni attestate. Il danno al Servizio sanitario regionale è stimato in circa 250mila euro per l'anno 2010.



02/05/2011

Esenzione ticket: FIMMG, non faremo controlli

I medici di famiglia aderenti alla Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg) si rifiuteranno di eseguire i controlli sulle autocertificazioni dei pazienti sul reddito per ottenere l'esenzione dal pagamento del ticket per visite ed esami specialistici, come previsto dal decreto del ministero dell'Economia in vigore da ieri. Lo annuncia il segretario Fimmg Giacomo Milillo, sottolineando come già oggi negli studi medici regnino "grande confusione e incertezza".

"C'è grande disagio tra i medici - ha sottolineato Milillo - che per rispondere a tale incombenza devono sottrarre tempo a visite e pazienti e sono ostacolati dunque nella loro attività di assistenza, ma anche tra i cittadini, spesso confusi sul da farsi, anche considerando le diverse indicazioni da parte delle differenti regioni". Per questo, i medici di famiglia, ha confermato Milillo, "in assenza di una certificazione delle Asl, non inseriranno l'esenzione nelle prescrizioni degli esami. Solo a questa condizione accetteremo, in via transitoria e per venire incontro agli assistiti, di trascrivere l'esenzione per reddito, ma riteniamo che tale procedura a regime debba avvenire per via automatica". Ad ogni modo, ha aggiunto il segretario Fimmg, "siamo in una fase transitoria e la maggioranza delle regioni ha già deciso un rinvio; ad esempio, in Lazio varrà ancora l'autocertificazione fino al 31 giugno". Tuttavia, ha concluso Milillo, "resta l'incertezza sulle procedure. Da parte nostra continuiamo ad attendere una risposta da parte del ministero dell'Economia e ribadiamo che il decreto in questione è inapplicabile".

Sanità, dubbi sugli appalti Barani: dossier all'Antimafia

*Il deputato del Pdl ha inviato un esposto al procuratore Grasso di 1200 pagine
 Celesti attacca duramente il metodo-Rossi: «Qui il cittadino non viene tutelato»*

Ieri si è conclusa la kermesse del Pdl a Lucca. Il coordinatore Verdini ha sottolineato l'importanza della battaglia elettorale per rompere il monopolio della sinistra. Molta attenzione è stata riservata alla sanità toscana e al sistema degli appalti. Barani: «Il deficit di tutto le Asl potrebbe raggiungere la cifra di un miliardo di euro»

nostro inviato a LUCCA

Il buco della sanità in Toscana potrebbe superare il miliardo di euro e ormai nel settore si teme anche la presenza di forti infiltrazioni mafiose, tanto che è stato presentato un esposto sugli appalti ospedalieri al capo della Procura antimafia Pietro Grasso. Lo ha rivelato Lucio Barani, deputato Pdl e capogruppo nella commissione parlamentare d'inchiesta sugli sprechi della sanità, intervenendo ieri mattina alla Conferenza programmatica del Pdl toscano, che si è tenuta a Lucca. «Ormai la procura di Massa credo abbia raggiunto un buon grado d'informazioni - ha spiegato Barani - solo a Massa sono stati scoperti 400 assegni circolari che di fatto non corrispondevano a esborsi reali. Non immaginavo che in Toscana potesse succedere qualcosa del genere. Come non avrei mai immaginato ciò che è emerso sul concorso del 2009, nel quale la copertura di un posto si è trasformata nell'assunzione di 72 partecipanti, dopo un ricorso, con la casualità che gli assunti erano tutti figli di esponenti del Pd». Nonostante questi episodi, Barani ha sottolineato come il governatore ed ex assessore alla sanità Enrico Rossi continui a non rispondere alle domande della commissione d'inchiesta, che ha gli stessi poteri della magistratura inquirente: «Gli abbiamo rivolto 32 quesiti, ma non ha risposto neanche ad uno e l'assessore Daniela Scaramuccia si è di fatto comportata nello stesso modo». Barani ha poi spiegato co-

me «ormai solo il buco nella sanità di Massa sia arrivato a 290 milioni ed è aumentato di 20 milioni solo nei primi 4 mesi dell'anno. Altre situazioni negative poi sono emerse a Livorno, quantificabili in 70 milioni di buco, e anche a Firenze e Pistoia, anche se qui la situazione deve ancora essere accertata dalla commissione. Per questo alla fine immaginiamo che il deficit accumulato negli ultimi anni potrebbe raggiungere la cifra di un miliardo di euro in tutte le Asl della regione». Il parlamentare del Pdl ha criticato anche «il metodo di distribuzione delle risorse fra le varie Asl, che ho il sospetto avvenga il base a chi è il direttore di riferimento invece che per le reali necessità».

Barani ha poi aggiunto: «Il Procuratore capo Grasso in una trasmissione televisiva ha dettato un decalogo su come la criminalità organizzata fa affari nelle regioni che non sono di raccolta ma di investimento. In queste regioni si legano ai poteri del posto e agiscono come investitori prediligendo, tra i metodi, il project financing. L'esposto inviato, composto da circa 1.200 pagine, prende in considerazione appalti per vari ospedali e strutture sanitarie, in cui abbiamo verificato che c'è stato un subappalto del

100%, mentre la legge lo consente per una quota del 30%». Oltretutto, secondo la Fondazione Capponnetto, il giro d'affari della criminalità in Toscana è di 15 miliardi l'anno, 4 dei quali nella sanità: «Se il dato fosse reale sarebbe estremamente preoccupante, anche per questo ho presentato l'esposto a Pietro Grasso». A stretto

giro arriva la replica del governatore Rossi: «Non avrei mai immaginato che il dottor Lucio Barani, medico e dirigente di medicina dello sport nella Asl di Massa, raggiunto nei giorni scorsi da una richiesta di rinvio a giudizio per abuso di ufficio, si fosse convertito alle cure omeopatiche». Ma il capogruppo del Pdl in Consiglio regionale, Alberto Magnolfi, rincara la dose: «Ora il governatore deve dare delle spiegazioni».

E pensare che anche senza sospetti mafiosi sugli appalti, la sanità regionale da anni viene bocciata dal centrodestra, come hanno sottolineato ieri alla Conferenza programmatica lucchese Anna Maria Celesti, responsabile della Consulta nazionale sanità del Pdl, Stefano Mugnai vicepresidente della commissione sanità in consiglio regionale e Jacopo Ferri presidente della commissione d'inchiesta sul buco dell'Asl di Massa. «Il problema degli ultimi dieci anni è stato che il governo, credendo ai dati diffusi, ha riconosciuto

meriti della sanità toscana, peccato che il pareggio di bilancio era qualcosa di contabile, ma non di economico come adesso appare sotto gli occhi di tutti», hanno concluso Celesti, Mugnai e Ferri.

La responsabile della Consulta sanità del Pdl, Celesti, ha poi aggiunto che «i problemi della sanità regionale vanno anche oltre le questioni economiche. Sono infatti le lunghe liste di attesa e l'impossibilità per il paziente di scegliere il posto dove curarsi a creare una sanità che non va incontro al cittadino. E in una regione dove il Pd controlla i posti apicali delle strutture sanitarie va a finire che soltanto le scorcioie usate tra "amici degli amici" possono servire a avere delle prestazioni in minor tempo rispetto ai normali cittadini. Ci sono delle malattie con le quali il paziente non rischia la vita, ma che la loro risoluzione migliora la qualità della vita. Ed è su queste che le liste di attesa per interventi e terapie sono sempre più lunghe». Secondo Celesti «con tutte queste difficoltà è evidente che la sanità toscana tenda a non mettere in competizione una struttura con l'altra come invece succede nei posti dove la sanità è migliore. Oltre tutto Rossi si innamora di soluzioni che gli altri Paesi sono già superate. È il caso dell'intensità di cura, che suddivide i pazienti non in base ai reparti tradizionali ma in base alla gravità della malattia. Questa sistema lo hanno inventato in Canada ma proprio in quel Paese è stato già superato. Non si capisce come mai Rossi inizi ad applicarlo qui creando difficoltà e disorientamento sia fra medici e infermieri che tra pazienti».

Impietoso anche il giudizio del coordinatore regionale del Pdl, Massimo Parisi: «È crollato così il mito della sanità toscana, è di evidenza palese, come il nostro partito ha dimostrato più volte».

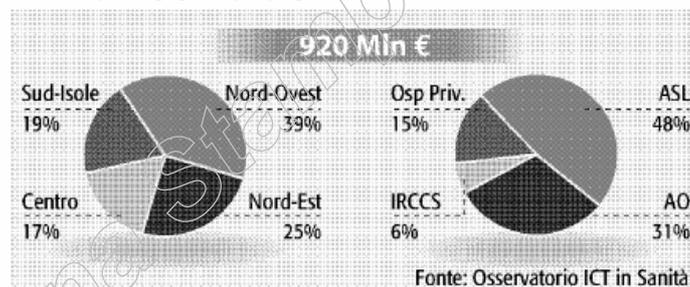
[MaBas]

Ict a misura di sanità. Soprattutto nel Nord

Ammonta a 920 milioni di euro il budget complessivo in tecnologie dell'informazione e della comunicazione delle strutture sanitarie italiane pubbliche e private. Un tesoretto che non è certo distribuito uniformemente, essendo la spesa concentrata nel 79% dei casi tra le strutture del Nord, dove si registra una spesa Ict pro capite di 21 euro, contro i soli 9 euro per abitante nel Sud e nelle Isole. È la fotografia scattata dall'Osservatorio Ict in Sanità in una ricerca che sarà presentata oggi presso l'Aula Carlo de Carli del Politecnico di Milano in occasione del convegno «Ict in Sanità: l'innovazione in cerca di autore» promosso dalla School of Management del Politecnico di Milano, con il contributo dell'Ict Institute del Politecnico di Milano e in collaborazione con Senaf/Exposanità. La ricerca ha individuato i percorsi di innovazione e razionalizzazione necessari a coniugare l'efficacia e la qualità della cura con una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, attraverso un'analisi empirica che ha coinvolto un campione di chief information officer (Cio), direttori generali, amministrativi e sanitari di 176 strutture sanitarie pubbliche e private su tutto il territorio nazionale. Ne è emerso, inoltre, che gli investimenti sono destinati ad aumentare nei prossimi 3 anni, ma risultano ancora ampiamente insufficienti. Il rapporto tra budget Ict e spesa complessiva aziendale infatti si attesta su un valore medio di circa l'1%, quota ancora lontana dai target europei. Questo, mentre la volontà di fare innovazione in sanità si scontra spesso con una governance frammentata e inefficace. Si allarga, infine, il divario tra chi spende poco e chi spende molto: cresce sia la percentuale di strutture sanitarie che destinano all'Ict oltre 2,5 milioni di euro sia quella delle strutture con budget inferiore al milione.

RIPARTIZIONE SPESA ICT 2010 DELLE AZIENDE IN ITALIA

Suddivisione per area geografica e per tipologia di azienda sanitaria - Fonte: Osservatorio Ict



BUDGET ICT PRO-CAPITE NEL 2010 IN ITALIA

Spesa per singolo utente per area geografica - Fonte Osservatorio Ict



Sanità, dubbi sugli appalti Barani: dossier all'Antimafia

*Il deputato del Pdl ha inviato un esposto al procuratore Grasso di 1200 pagine
 Celesti attacca duramente il metodo-Rossi: «Qui il cittadino non viene tutelato»*

Ieri si è conclusa la kermesse del Pdl a Lucca. Il coordinatore Verdini ha sottolineato l'importanza della battaglia

elettorale per rompere il monopolio della sinistra. Molta attenzione è stata riservata alla sanità toscana e al sistema

degli appalti. Barani: «Il deficit di tutte le Asl potrebbe raggiungere la cifra di un miliardo di euro»

nostro inviato a LUCCA

Il buco della sanità in Toscana potrebbe superare il miliardo di euro e ormai nel settore si teme anche la presenza di forti infiltrazioni mafiose, tanto che è stato presentato un esposto sugli appalti ospedalieri al capo della Procura antimafia Pietro Grasso. Lo ha rivelato Lucio Barani, deputato Pdl e capogruppo nella commissione parlamentare d'inchiesta sugli sprechi della sanità, intervenendo ieri mattina alla Conferenza programmatica del Pdl toscano, che si è tenuta a Lucca.

«Ormai la procura di Massa credo abbia raggiunto un buon grado d'informazioni - ha spiegato Barani - solo a Massa sono stati scoperti 400 assegni circolari che di fatto non corrispondevano a esborsi reali. Non immaginavo che in Toscana potesse succedere qualcosa del genere. Come non avrei mai immaginato ciò che è emerso sul concorso del 2009, nel quale la copertura di un posto si è trasformata nell'assunzione di 72 partecipanti, dopo un ricorso, con la casualità che gli assunti erano tutti figli di esponenti del Pd». Nonostante questi episodi, Barani ha sottolineato come il governatore ed ex assessore alla sanità Enrico Rossi continui a non rispondere alle domande della commissione d'inchiesta, che ha gli stessi poteri della magistratura inquirente: «Gli abbiamo rivolto 32 quesiti, ma non ha risposto neanche ad uno e l'assessore Daniela Scaramuccia si è di fatto comportata nello stesso modo». Barani ha poi spiegato co-

me «ormai solo il buco nella sanità di Massa sia arrivato a 290 milioni ed è aumentato di 20 milioni solo nei primi 4 mesi dell'anno. Altre situazioni negative poi sono emerse a Livorno, quantificabili in 70 milioni di buco, e anche a Firenze e Pistoia, anche se qui la situazione deve ancora essere accertata dalla commissione. Per questo alla fine immaginiamo che il deficit accumulato negli ultimi anni potrebbe raggiungere la cifra di un miliardo di euro in tutte le Asl della regione». Il parlamentare del Pdl ha criticato anche «il metodo di distribuzione delle risorse fra le varie Asl, che ho il sospetto avvenga il base a chi è il direttore di riferimento invece che per le reali necessità».

Barani ha poi aggiunto: «Il Procuratore capo Grasso in una trasmissione televisiva ha dettato un decalogo su come la criminalità organizzata fa affari nelle regioni che non sono di raccolta ma di investimento. In queste regioni si legano ai poteri del posto e agiscono come investitori prediligendo, tra i metodi, il project financing. L'esposto inviato, composto da circa 1.200 pagine, prende in considerazione appalti per vari ospedali e strutture sanitarie, in cui abbiamo verificato che c'è stato un subappalto del

100%, mentre la legge lo consente per una quota del 30%». Oltretutto, secondo la Fondazione Capponnetto, il giro d'affari della criminalità in Toscana è di 15 miliardi l'anno, 4 dei quali nella sanità: «Se il dato fosse reale sarebbe estremamente preoccupante, anche per questo ho presentato l'esposto a Pietro Grasso». A stretto

giro arriva la replica del governatore Rossi: «Non avrei mai immaginato che il dottor Lucio Barani, medico e dirigente di medicina dello sport nella Asl di Massa, raggiunto nei giorni scorsi da una richiesta di rinvio a giudizio per abuso di ufficio, si fosse convertito alle cure omeopatiche». Ma il capogruppo del Pdl in Consiglio regionale, Alberto Magnolfi, rincara la dose: «Ora il governatore deve dare delle spiegazioni».

E pensare che anche senza sospetti mafiosi sugli appalti, la sanità regionale da anni viene bocciata dal centrodestra, come hanno sottolineato ieri alla Conferenza programmatica lucchese Anna Maria Celesti, responsabile della Consulta nazionale sanità del Pdl, Stefano Mugnai vicepresidente della commissione sanità in consiglio regionale e Jacopo Ferri presidente della commissione d'inchiesta sul buco dell'Asl di Massa. «Il problema degli ultimi dieci anni è stato che il governo, credendo ai dati diffusi, ha riconosciuto

meriti della sanità toscana, peccato che il pareggio di bilancio era qualcosa di contabile, ma non di economico come adesso appare sotto gli occhi di tutti», hanno concluso Celesti, Mugnai e Ferri.

La responsabile della Consulta sanità del Pdl, Celesti, ha poi aggiunto che «i problemi della sanità regionale vanno anche oltre le questioni economiche. Sono infatti le lunghe liste di attesa e l'impossibilità per il paziente di scegliere il posto dove curarsi a creare una sanità che non va incontro al cittadino. E in una regione dove il Pd controlla i posti apicali delle strutture sanitarie va a finire che soltanto le scorciatoie usate tra "amici degli amici" possono servire a avere delle prestazioni in minor tempo rispetto ai normali cittadini. Ci sono delle malattie con le quali il paziente non rischia la vita, ma che la loro risoluzione migliora la qualità della vita. Ed è su queste che le liste di attesa per interventi e terapie sono sempre più lunghe». Secondo Celesti «con tutte queste difficoltà è evidente che la sanità toscana tenda a non mettere in competizione una struttura con l'altra come invece succede nei posti dove la sanità è migliore. Oltre tutto Rossi si innamora di soluzioni che gli altri Paesi sono già superate. È il caso dell'intensità di cura, che suddivide i pazienti non in base ai reparti tradizionali ma in base alla gravità della malattia. Questa sistema lo hanno inventato in Canada ma proprio in quel Paese è stato già superato. Non si capisce come mai Rossi inizi ad applicarlo qui creando difficoltà e disorientamento sia fra medici e infermieri che tra pazienti».

Impietoso anche il giudizio del coordinatore regionale del Pdl, Massimo Parisi: «È crollato così il mito della sanità toscana, è di evidenza palese, come il nostro partito ha dimostrato più volte».

[MaBas]

L'intervento
**SANITÀ TOSCANA
 UN MODELLO
 CHE SI SBRICIOLA**

*Il sistema-Rossi
 è dirigitico
 e autoreferenziale
 Vanno aboliti
 i «carrozzi» e dato
 più spazio ai privati*



ANNA MARIA CELESTI*

È crollato il "mito" della sanità toscana che è stato sapientemente costruito dalla sinistra di governo, enfatizzando oltre misura gli aspetti positivi e sottacendo ad arte i punti di criticità sempre più preoccupanti ed evidenti. La critica principale che il Pdl toscano muove al "modello" sanitario regionale è che esso risulta essere eccessivamente ideologizzato, autoreferenziale, monopolista e dirigitico (...).

(...) Ciò rende farraginosa la comprensione del funzionamento e il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblici. Le conseguenze politiche di questa struttura verticale e gerarchica è rappresentata dal fatto che le criticità del sistema sanitario toscano fanno riferimento alle scelte operate dall'allora assessore regionale alla sanità Enrico Rossi, ed oggi presidente della Toscana.

Abbattimento delle liste d'attesa

Il nostro Sistema Sanitario Regionale spesso non viene percepito dai cittadini come un sistema di qualità. Un punto critico è legato alla difficoltà di accesso ai servizi anche rispetto ai fenomeni di iperafflusso al Pronto Soccorso, alla efficacia e alla chiarezza

dei percorsi di attivazione della risposta assistenziale, in particolare per quanto attiene ai servizi territoriali, e alla gestione trasparente delle liste di attesa. È opportuno ricordarlo e ribadirlo, che ad oggi sono soprattutto le fasce più deboli, economicamente e/o socialmente, dei cittadini ad essere costrette a stare in liste di attesa per una visita specialistica, un esame diagnostico o un intervento di chirurgia ordinaria non potendo permettersi di pagare la prestazione oppure non conoscendo dentro il sistema chi possa aiutarli a bypassare la stessa lista. Il Pdl ritiene pertanto opportuno affrontare questa delicata problematica considerandola come legata a più cause quali la continua richiesta di prestazioni sanitarie dovute all'invecchiamento della popolazione ed al costante progresso tecnologico, la consapevolezza dei cittadini del proprio stato di salute, la capacità di valutare le necessità assistenziali da parte dei medici (sia di medicina generale che specialisti) e di avere la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali. Da tutto ciò, se ne deduce che non può esistere un'unica soluzione per risolvere la questione ma è fondamentale individuare tutta una serie di interventi che devono integrarsi e modularsi tra loro: uno di que-

sti è sicuramente il monitoraggio delle liste d'attesa ma non può essere tuttavia considerato l'elemento qualificante per abbattere le liste medesime.

Abolire i carrozoni

Realtà cardine dell'apparato burocratico sanitario toscano è la Società della Salute (SdS). Le SdS furono istituite sotto forma giuridica di consorzi e avviati in via sperimentale nel 2003 con uno stanziamento di fondi pari a 28 milioni di euro. Questo modello è stato fortemente contrastato dal Pdl in quanto rappresentava una confusa duplicazione e frammentazione delle funzioni già affidate alle Asl e ai Comuni, con evidenti incrementi della spesa, soprattutto dirigenziale; nella realtà dei fatti abbiamo potuto constatare come questa creatura tutta toscana abbia sostenuto dei costi troppo onerosi rispetto ai risultati raggiunti. Nel marzo 2010 la sezione regionale di controllo della Corte dei Conti ha espresso un parere molto negativo nella relazione sulle Politiche Sanitarie della Regione Toscana 2007-2008. Anche la Corte Costituzionale con la sentenza numero 326 del 2010 in merito al Giudizio di legittimità costituzionale in via principale, ha respinto l'impugnativa della Regione Toscana contro la norma nazionale che prevede l'abolizione dei consorzi, ovvero la forma giuridica scelta per la Società della Salute che di fatto unisce Comuni e Aziende Sanitarie locali.

Il settore privato

Valorizzare le strutture e le reti di associazionismo e volontariato presenti in regione, non significa sviluppare reti clientelari e affiliazioni corporative attraverso agevolazioni di carattere finanziario o favoritismo burocratico, ma al contrario incentivarne il ruolo di servizio per tutta la società civile e in relazione al supremo principio di carità verso la persona più debole ed emarginata. Negli ultimi dieci anni l'attività convenzionata (quindi affidata a soggetti non pubblici) è passa-

ta dall'8% al 3%. Cioè da poco a nulla; ancora: le strutture private toscane hanno il 55% dei posti letto vuoti mentre le liste di attesa esplodono. Esiste un interesse di tutti al buon funzionamento del servizio sanitario regionale, anche da parte di coloro che grazie ad esso e per esso svolgono un ruolo fondamentale di sussidiarietà nell'erogazione di servizi. Per questo è necessario, oltre all'integrazione dignitosa di pubblico-privato, introdurre competitività e meritocrazia tra strutture e professioni. Al contrario, nella recente riforma del sistema di trasporto emergenza-urgenza le associazioni di volontariato dedite da centinaia di anni a tal servizio, sono state ridotte a parti omogenee del e nel sistema burocratico regionale.

Più responsabilità nei controlli

La Giunta Regionale dimostra di non essere in grado di governare la spesa sanitaria. Manca una visione d'insieme; non si riscontrano interventi organici mentre si opera in maniera frammentaria sulla spinta del problema più urgente. In poche parole il "modello" sanitario regionale toscano, mostra tutte le sue contraddizioni ed i suoi errori iniziali, tanto da poterlo ritenere in procinto di implodere. L'esigenza principe è rappresentata dunque da un sistema di controllo interno efficace che parte da una rideterminazione dei principi contabili più aderenti ai principi contabili generali (applicati nelle società private) e, da un sistema di revisione "reale" effettuato da società di revisione non più rispondenti ad esigenze e finalità politiche.

**Responsabile regionale
della Consulta Sanità del Pdl*

La Rassegna Stampa di FederLab Italia

Lombardia, Veneto e Friuli un esempio di buona gestione dei finanziamenti

Federalismo toccasana in Sanità

Un convegno organizzato dal Carroccio per fare il punto sui costi standard

ROBERTO FIORENTINI

MILAN - "Federalismo in sanità i costi standard in Lombardia e a Milano", è il titolo del convegno svoltosi nel corso del pomeriggio di ieri all'hotel Sheraton, organizzato dalla Lega Nord del comune di Milano e introdotto da **Matteo Salvini** europarlamentare del Carroccio e consigliere comunale a palazzo Marino. Vi hanno partecipato tra gli altri, gli assessori regionali **Andrea Gibelli** e **Luciano Bresciani** e la parlamentare leghista **Laura Molteni**.

Di appropriatezza in campo sanitario ha parlato **Walter Locatelli**, direttore Generale dell'Asl di Milano sottolineando come Regione Lombardia sta andando, da sempre in questa direzione, sia dal punto di vista economico sia rispetto al livello sociale.

Alessandro Visconti direttore generale degli Istituti Clinici di Perfezionamento ha sottolineato come vi sia "una difficoltà maggiore nel determinare i costi standard perché non in tutte le regioni c'è una registrazione dei prezzi per quanto riguarda i prodotti sanitari". «Non solo, in alcune zone - ha spiegato Visconti - non si riesce a determinare il prezzo perché ci sono parametri molto diversi». Molti gli esempi citati: è di 30 mila euro la differenza per le bende tra Bari e Milano. Situazioni che poi portano "il cittadino del Lazio ad avere 300 euro di deficit pro capite". «Lombardia, Veneto e Friuli - ha proseguito Visconti - sono le regioni in

attivo». Visconti ha pure parlato di costi delle prestazioni: «Ad esempio nella cura per i Carcinoma del colon ci sono variazioni che vanno da 13 mila a 27 mila euro nel percorso diagnostico terapeutico delle diverse regioni. Altro esempio è quello del parto cesareo. In Friuli si è a quota 23% in Campania siamo al 70% : nei paesi dell'Oms la soglia è del 15%. In alcune regioni c'è rimborso doppio per il parto cesareo».

«Qualsiasi variazione di acquisti o di percorsi può portare grandi benefici. Il Federalismo - ha concluso - è una svolta epocale».

Ugo Garbarini, presidente dell'ordine dei Medici di Milano, ha voluto sottolineare che il medico deve essere in grado di conoscere il percorso diagnostico e terapeutico. «Il risparmio in sanità - ha detto - è assolutamente positivo ma bisogna che in tutti questi processi siano coinvolti i medici. Tutto deve essere condiviso con i sanitari; si devono persuadere della bontà di queste riforme».

Sull'emergenza medici ha lanciato un allarme: «

Bisogna fare attenzione ai medici che vengono da fuori non sappiamo come sono preparati».

Anche **Anna Rosa Raccà**, presidente di Federfarma, ha voluto puntualizzare sui costi standard.

«Dobbiamo - ha detto - ottimizzare le risorse per migliorare la qualità dell'assistenza e valoriz-

zare i presidi del territorio come le farmacie. Abbiamo cercato di valorizzare queste strutture sul territorio». «La Lombardia, per prima nel paese, studierà la ricetta elettronica; oltre i farmaci serve guardare ad altre spese che incidono sui bilanci. Dobbiamo essere competitivi ma dobbiamo guardare anche ai servizi».

Ferruccio Ferrario, preside della Facoltà di Chirurgia e Medicina della Statale di Milano, ha detto che si sta verificando, ed è la prima volta, che la componente università è sinergica con quella clinica. Oltre all'emergenza medici in Lombardia c'è anche quella infermieristica: la Lombardia ne chiede 4000 e le università ne "producono" non più di 200. La dispersione tocca il 30% nel corso degli studi. Alla fine dovremo importare medici e infermieri dal Lazio viste le situazioni dei numeri nel nostro paese. In Lombardia c'è occasione per far decollare un modello formativo sanitario al passo con i tempi. Bisogna aumentare il numero programmato dei medici». **Laura Molteni**, parlamentare della Lega Nord, ha ripercorso i passi principali con cui si sta arrivando alla riforma del federalismo fiscale e in particolare dei costi standard. La parlamentare ha anche spiegato come ci sia stato un tentativo di inserire un indice di deprivazione che avrebbe penalizzato, ancora una volta, le regioni del nord rispetto a quelle del sud.

Per il parto cesareo: in Friuli si è a quota 23% in Campania 70%, nei paesi dell'Oms la soglia è solo del 15%

30 mila euro di differenza per le bende tra Bari e Milano. 300 euro di deficit pro capite per i cittadini del Lazio



COMMENTI

**Anche
la big
society
deve essere
federale**

(Roth a pag. 7)

Anche la big society deve essere federale

DI LUIGI ROTH*

Nel dibattito sul federalismo fiscale non si può prescindere da un'analisi di quanto già fatto e quanto c'è da fare in ambito sanitario, che rappresenta a oggi il primo vero banco di prova del sistema. Nel momento in cui il Paese si accinge a completare la riforma sul federalismo fiscale, è curioso scoprire quanto gli effetti del federalismo sanitario siano ancora scarsamente indagati. Nell'ultimo quindicennio il servizio sanitario italiano ha vissuto una stagione di profonde riforme. Oltre al processo di regionalizzazione, sono stati introdotti meccanismi definiti di «quasi mercato», si è superato il modello tradizionale o burocratico dando più autonomia di gestione ai manager e responsabilizzando sui risultati i direttori generali. È stata mutuata da un lato l'esperienza del servizio sanitario britannico, antesignano dal 1948 dei grandi sistemi sanitari nazionali europei (il Ssn risale al 1978), dall'altro è stato elaborato un sistema unitario ma competitivo (tra singole realtà regionali) unico nel suo genere, possibile esempio di ciò che potrebbe accadere nel momento in cui verrà stabilita la libera circolazione dei pazienti nell'Unione europea.

Il Sistema sanitario è stato uno dei primi soggetti cui è stato applicato il principio di sussidiarietà, sia in senso verticale sia in senso orizzontale, cioè sia nella distribuzione delle competenze agli enti territoriali, sia nel coinvolgimento dei corpi sociali intermedi (privati profit e non profit). Le dinamiche federaliste oggi in atto, che promettono un'intensificazione della dimensione verticale della sussidiarietà, ci impongono riflessioni manageriali e di policy volte alla defi-

nizione di un sistema che possa essere competitivo e anche solidale.

Tali riflessioni devono partire dalle best practice che il sistema già possiede e che risiedono nell'organizzazione di alcuni sistemi regionali particolarmente efficienti, come ad esempio quello lombardo. La Lombardia, infatti, ha costruito un modello estremamente competitivo anche a livello internazionale, comparabile a sistemi come quello catalano o a quelli dei paesi scandinavi. È stata implementata fortemente la sanità primaria (cioè l'assistenza territoriale più vicina ai pazienti), uno dei settori più deboli in genere del sistema sanitario italiano, non trascurando quella secondaria o ospedaliera, aprendo in particolar modo al contributo dei privati profit e non profit. Questo ha permesso di creare una sana competizione tra pubblico e privato

che ha consentito al pubblico di recuperare efficienza senza per questo gonfiare i costi della sanità. Uno studio di Ricolfi ha rivelato che la Lombardia è una delle sole due regioni

italiane (con il Friuli) in cui il discostamento tra la spesa per paziente effettiva e quella ritenuta teoricamente appropriata rispetto ai costi è negativo.

La prossima sfida per il sistema lombardo è l'implementazione di un sistema di sanità secondaria e terziaria (cioè di realtà sanitaria di grande eccellenza e specializzazione) collegate tra loro e all'avanguardia. La Lombardia si appresta a diventare, nei prossimi anni, il teatro di un'esperienza europea unica per la concentrazione di competenze e tecnologie di ricerca biomedica in un distretto paragonabile, per dimensioni, alla Medicon Valley scandinava, con la costituzione della Città della Salute, per esempio, vicino a centri di eccellenza

nella ricerca come Nerviano.

Se la Lombardia è un'eccellenza, il Sistema sanitario nel suo insieme contiene comunque alcune criticità che la prospettiva federalista dovrebbe affrontare per liberare quelle energie che possono effettivamente generare risultati migliorativi: vi è una complessiva frammentazione istituzionale; vi è un notevole sforzo di programmazione che non si traduce in reali benefici per una governance non efficace; vi è disallineamento verticale della catena di governo tra Inps, Regioni, Comuni e famiglie. A queste criticità si aggiunge il rischio che l'evoluzione federale comporti l'impossibilità di creare centri di eccellenza di livello europeo, fatto salvo l'esempio virtuoso e finora unico della Lombardia.

Quali policy allora adottare per il futuro federalista del sistema sanitario nazionale? È arrivato il momento di decidere il livello di governo del settore socio-sanitario. Non è più differibile, inoltre, la costruzione di un'interfaccia unica per gli utenti, capace di selezionare i bisogni e di offrire loro una risposta integrata, evitando lo shopping around per le famiglie. I servizi socio-sanitari pubblici (60%) devono interrogarsi su



come integrare i servizi del welfare con quelli acquisiti direttamente dalle famiglie, che pesano oggi per il 40% delle risorse, ovvero su come coordinare l'attività assistenziale della badante con quella del medico o dell'infermiera dipendente dell'Asl.

Alla frammentarietà il federalismo può dare una risposta di semplicità ed efficienza: affidare alle Regioni la governance effettiva del sistema pubblico socio-sanitario, attraverso il coordinamento e la co-gestione in ottica unitaria delle risorse per i servizi sociali oggi gestite dai Comuni; nonché il coordinamento dei finanziamenti erogati dall'Inps per la non autosufficienza, principalmente destinati oggi ad alimentare il mercato degli informal care giver sotto forma di spesa privata dei cittadini. In tal modo il federalismo creerebbe maggiori opportunità di sinergie nell'uso delle risorse oggi troppo suddivise tra diversi attori e livelli di governo, e costituirebbe davvero una razionalizzazione dell'azione pubblica in vista del raggiungimento di maggiore efficacia, a beneficio di tutti. (riproduzione riservata)

**presidente del Consorzio
Città della Salute*

**Giusto affidare alle Regioni
la governance del
sistema sanitario misto**