

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



## Rassegna Stampa del 06.07.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

# Sanità



6 luglio 2011 - ore 17,13

## **Manovra 2011: per la sanità nel 2013-2014 un taglio da 7,5-8 miliardi**

La sanità tra il 2013 e il 2014 perderà con le previsioni della manovra 2011 circa 8 miliardi (7.950). Si tratta di una riduzione del fondo rispetto alle entrate previste a legislazione vigente del 2,3% nel 2013 e del 2,6% nel 2014.

In sostanza le disposizioni sanitarie prevedono una manovra in termini di indebitamento netto della Pa pari a 2.500 milioni di euro per il 2013 e 5.000 milioni per il 2014, mentre in termini di saldo netto da finanziare gli effetti sono pari a 2.500 milioni per il 2013 e 5.450 milioni per il 2014.

Secondo la quantificazione degli effetti delle misure previste nella manovra 2011 per la sanità, esclusi i risparmi sul personale, infatti, il fondo sanitario 2013 sarebbe stato di 11,794 miliardi (+2,8% rispetto al 2012) e di 118,236 miliardi nel 2014 (+4% rispetto al 2013). Per effetto dei tagli previsti dalla manovra invece si fermerà a 109,294 miliardi nel 2013 (+0,5%) e a 110,786 miliardi nel 2014 (+1,4%).

Una crescita limitata quindi anche rispetto a quella prevista del Pil che invece dovrebbe aumentare del +3,3% nel 2013 e del +3,4% nel 2014.

	2012	2013	2014
livello del finanziamento a legislazione vigente	108.780	111.794	116.236
var %		2,8%	4,0%
Manovra		-2.500	-5.450
livello del finanziamento dopo la manovra	108.780	109.294	110.786
var %		0,5%	1,4%
PIL	1.642.432	1.696.995	1.755.013
var %		3,3%	3,4%

Sempre sulla sanità poi - a parte i risparmi legati alle spese di personale che la manovra quantifica a livello generale come indicato nel testo già noto (VEDI) - c'è il taglio al ministero della Salute quantificato nel 2014 il 29,3 milioni.

### Le previsioni sul pubblico impiego

	2013	2014	2015	2016 e successivi
Obiettivi minimi di risparmio per il pubblico impiego - economie lorde	70	1.440	660	730
Effetti sull'indebitamento netto - al netto degli effetti indotti	30	740	340	370

A livello generale, come per la sanità, l'intervento reale della manovra prevista dal decreto messo a punto dal Governo sfiora, se si considerano le maggiori tasse e i tagli di spesa, i 50 miliardi. Nei primi due anni maggiori entrate per 6,1 miliardi (1,8 quest'anno e 4,3 nel 2012) serviranno a coprire maggiori spese di analogo importo, senza alcun impatto sul deficit. Nei due anni successivi, invece, la manovra corregge il deficit sia sul lato delle entrate sia su quello delle spese prevedendo ulteriori interventi per 49,4 miliardi: 17,9 miliardi nel 2013, e 25,4 miliardi nel 2014. Il totale è appunto 49,3 miliardi. Se si considera, invece, il solo effetto sul deficit la «correzione» è praticamente vicino alle zero nei primi due anni e di circa 43,4 miliardi nel quadriennio 2011-2014, il fabbisogno cioè necessario a coprire l'indebitamento della Pa.

Nel decretone pesanti interventi di razionalizzazione per la salute - Superticket da 10 euro: 2012 a rischio

# Manovra, ecco i tagli da 5 miliardi

Stretta su personale, dispositivi e acquisti - Pay back sui farmaci H - A tutto copayment dal 2014

**P**ersonale, farmaci, acquisti di beni e servizi, prezzi di riferimento, tetto di spesa per i dispositivi medici, megaticket dal 2014: questi i capitoli più spinosi della manovra approvata la scorsa settimana dal Consiglio dei ministri, su cui l'esame si avvierà al Senato, ma sulla quale Silvio Berlusconi ha già annunciato che il Governo porrà la fiducia. E che trova già contro i fucili spianati sia delle Regioni che di tutte le categorie coinvolte.

In sospenso per il momento il ritorno automatico dal 1° gennaio 2012 del superticket da 10 euro su visite specialistiche e analisi: si vedrà a fine



anno se il Governo lo rifinanzierà. E spunta a sorpresa una tassa a carico delle industrie farmaceutiche: dal 2013 pagheranno il 35% del rosso della spesa per farmaci in ospedale, almeno 800 milioni. Arrivano anche i prezzi di riferimento per i dispositivi biomedici e gli acquisti dovranno avvenire sotto l'ombrello della Consip. Poi c'è il personale: blocco del turn over per un altro anno, ma anche dei rinnovi contrattuali fino alla fine del 2014 e una stretta confermata sui costi, sugli organici e sugli standard organizzativi negli ospedali.

A PAG. 2-3

Il decreto parte dal Senato e ci sarà doppia fiducia - E la partita dei ticket è già rovente

# La manovra degli scontenti

Farmaceutiche tassate, dipendenti e non "tagliati", dispositivi con tetto

**T**icket e ancora ticket. Tagli e ancora tagli. Quasi 5 miliardi. Per una voce di spesa del bilancio pubblico che già ci vede agli ultimi posti tra i Paesi dell'Ocse per l'investimento sulle cure rispetto al Pil (cfr. pag. 13). La cura Tremonti - varata giovedì scorso in Consiglio dei ministri - non fa sconti a nessuno. Nell'ambito di una manovra da 47 miliardi per raggiungere il pareggio di bilancio nel 2014 e che dovrebbe valere 1,5 miliardi nel 2011, 5,5 miliardi nel 2012, e rispettivamente 20 miliardi nel 2013 e nel 2014, proprio la Sanità è chiamata a pagare un pesante pedaggio soprattutto dal 2013, coinvolgendo anche il capitolo della farmaceutica, ancora in subbuglio per le ricadute di una manovra di primavera non del tutto attuata.

I ticket dunque, fantasmini che vanno e vengono: la Finanziaria trova finalmente la copertura per i 486,5 milioni che servono a esimere i cittadini dal pagamento del superticket su specialistica e diagnostica, ma non garantisce nulla (e nulla probabilmente sarà) per il 2012 e seguenti. Di più: si libera anche dal pesante tabù della cancellazione del ticket nazionale. Po-

trà tornare, dal 2014, potrà riguardare tutte le prestazioni - farmaci e non - e andrà a sovrapporsi ai copayment già eventualmente introdotti dalle singole Regioni. Volendo, per gratiare i cittadini dal nuovo salasso, queste ultime potranno proporre misure alternative al tavolo dei Lea. Ma viene difficile immaginare, come visto, che dal ticket sono esplicitamente attesi risparmi del 40 per cento. Poi la farmaceutica, con una terapia d'urto per la grande malata del settore, la spesa ospedaliera, che oggi vale quasi 2 miliardi e mezzo di rosso per le casse locali: la manovra se la cava facile, rinverdendo l'efficace strumento del pay back.

Dal 2013 a pagare il 35% dello sfondamento saranno le imprese. Altrimenti le Regioni sono comunque invitate sempre a incoraggiare il più possibile l'uso dei risparmi generici - come già prescritto dal Dl 78/2010 - anche per fare i conti con un tetto di spesa territoriale che nel 2013 scenderebbe ancora di quasi un punto attestandosi al 12,5% del Fsn. Per farcela le Regioni potranno ispirarsi alle tabelle di raffronto fornite dall'Aifa contenenti le soglie di appropriatezza prescrittiva rispetto alla per-

centuale di generici utilizzata per ciascuna categoria terapeutica equivalente. E tanto per chiarire che qualsiasi buonismo della vigilia è destinato a restare lettera morta per le aziende farmaceutiche è in arrivo anche una nuova "tassa" annuale da versare all'Aifa per la gestione da parte di quest'ultima della banca dati e delle procedure informatizzate.

Da una stretta all'altra, la seconda categoria merceologica a fare le spese sono i dispositivi medici che per la prima volta dovranno fare i conti con l'imposizione di un tetto di spesa nazionale e regionale: dovrebbe essere del 5,2% sul Fsn e dovrebbe garantire risparmi del 30% nel 2013 e del 15% nel 2014. Ovvio però che le speranze di risparmio non riposano solo sui due capitoli di spesa

citati: a essere coinvolta sarà tutta la gamma dei beni e servizi con la Consip e i prezzi di riferimento per tutte le tipologie d'acquisto chiamati a fare da maestri di cerimonie (vedi sotto) già dal 2012 in attesa dei costi standard a venire.

Nel mirino degli interventi anche le Regioni coi conti in rosso e impegnate nei piani di rientro: il Governo intende usare le maniere forti. Saranno costrette a rimuovere dal proprio ordinamento tutte le eventuali norme che costituiscono un ostacolo al percorso di recupero economico-finanziario già tracciato, con una norma ad hoc per la Regione Abruzzo chiamata a dare attuazione ai piani operativi entro 60 giorni, ma potranno contare su un blocco dei pignoramenti valido sulle risorse del 2011 ribadito e



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

05-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 2

reso più cogente dalla riscrittura della norma già in vigore. Nel carnet delle misure anche il corposo pacchetto di interventi al capitolo del personale (*articolo a fianco*) e la riorganizzazione dell'Agenzia italiana del farmaco affidata a un vertice - Dg più Cda - ripotenziato e responsabilizzato. Il tutto avendo meno soldi a disposizione per far marciare il sistema. In attesa dei costi standard la strada è già tracciata, il Fondo sanitario nazionale aumenterà a scartamento ridotto: dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014. E i cittadini dovranno sempre più vedersela da soli.

**Paolo Del Bufalo**  
**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.federlabitalia.com

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

05-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 2

**La sintesi della****manovra 2011****Ministeri**

Dal 2012 si dà inizio a un ciclo di "spending review" per la definizione dei fabbisogni standard rispetto ai programmi di spesa delle amministrazioni centrali dello Stato che dallo stesso anno devono assicurare una riduzione di spesa in termini di indebitamento secondo importi definiti

**Acquisto beni e servizi**

Si incrementano i processi di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi grazie a un piano che dal 30 settembre 2011 amplia la quota di spesa gestita attraverso gli strumenti di centralizzazione (Consp) senza maggiori oneri per la finanza pubblica. Anche per il Ssn si applicano le disposizioni che già prevedono gli acquisti Consp e per l'applicazione del sistema premiale un tavolo di verifica controllerà i relativi adempimenti

**Covip**

La Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Covip) controlla gli investimenti delle risorse finanziarie degli enti previdenziali di diritto privato, anche con ispezioni presso gli enti, richiedendo la produzione degli atti e documenti che ritiene necessari

**Pubblico impiego**

Obiettivo sono ulteriori risparmi oltre quelli già previsti per il 2011-2013 di 30 milioni per il 2013, 740 milioni per il 2014, 340 milioni per il 2015 e 370 milioni dal 2016. Gli strumenti possono essere: proroga di un anno del blocco del turn over; proroga fino al 31 dicembre 2014 del blocco dei rinnovi contrattuali (si blocca l'incremento retributivo ordinario e anche quello accessorio, ma questa voce può essere "differenziata" per settori secondo le esigenze); fissazione delle modalità di calcolo dell'erogazione della vacanza contrattuale; semplificazione delle procedure di mobilità tra pubbliche amministrazioni. Queste disposizioni si applicano anche al personale convenzionato del Ssn. Se i risparmi di spesa risultano inferiori al previsto, l'Economia provvederà con tagli lineari al recupero dello scostamento finanziario. Se provvedimenti giurisdizionali vanificano in qualche modo gli effetti finanziari previsti per il 2011-2013, questi sono recuperati nell'anno immediatamente successivo e verso le stesse categorie di personale.

Sempre per il pubblico impiego poi è stata inserita una norma che prevede il controllo in caso di assenza per malattia dei dipendenti fin dal primo giorno

**Fondo sanitario nazionale**

Il finanziamento a carico dello Stato è incrementato dello 0,5% rispetto al livello vigente nel 2012 e di un ulteriore 1,4% per il 2014

**Beni e servizi**

A partire dal 1° gennaio 2012 l'osservatorio per i contratti pubblici fornisce alle Regioni i prezzi di riferimento, compresi quelli previsti dalle convenzioni Consp, per dispositivi medici, farmaci ospedalieri, prestazioni e servizi sanitari individuati dall'Agenas tra quelli a maggiore impatto a carico del Ssn.

Il risparmio da conseguire sarà individuato con una Intesa Stato-Regioni. In sua assenza il risparmio da realizzare sarà del 30% nel 2013 e del 22% nel 2014

**Spesa farmaceutica**

Spesa ospedaliera. Dal 2013 viene introdotto il meccanismo del pay back a carico delle aziende farmaceutiche: un regolamento Salute-Economia disciplinerà entro il 30 giugno 2012 la modalità per accollare alle imprese fino al 35% dello sfondamento del relativo tetto di spesa in proporzione ai rispettivi fatturati. In assenza del suddetto regolamento si darà corso alla disposizione prevista dalla manovra di primavera (Dl 78/2010) secondo cui le Regioni avrebbero dovuto risparmiare 600 milioni utilizzando le tabelle di raffronto fornite dall'Aifa di raffronto con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva rispetto alla percentuale di generici utilizzata per ciascuna categoria terapeutica equivalente. Il tetto della farmaceutica territoriale e di conseguenza rideterminato al 12,5% del Fsn. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in sua assenza, complessivamente, il risparmio da realizzare sarà del 40% nel 2013 e del 20% nel 2014

**Dispositivi medici**

Dal 1° gennaio 2013 la spesa a carico del Ssn per l'acquisto di dispositivi medici e protesica è fissata entro un tetto nazionale e di singola Regione riferita al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard: i rispettivi valori sono determinati annualmente con decreto Salute-Economia. L'eventuale sfondamento sarà a carico della Regione: non è tenuta al ripiano la Regione in equilibrio economico complessivo. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in sua assenza, complessivamente, il risparmio da realizzare sarà del 30% nel 2013 e del 15% nel 2014. Se saranno realizzati i risparmi previsti in conseguenza degli interventi sul pubblico impiego il tetto sarà fissato al 5,2%

**Compartecipazione alla spesa**

Dal 2014 ricompaiono i ticket "nazionali": le compartecipazioni saranno reintrodotte con regolamento Salute-Economia e riguarderanno sia la farmaceutica che le altre prestazioni e saranno aggiuntive rispetto ai ticket eventualmente già introdotti dalle singole Regioni. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in sua assenza, complessivamente, sarà del 40 per cento. Le Regioni possono ridurre i ticket introducendo misure alternative da certificare al tavolo dei Lea

**Spese di personale**

Anche per il 2013-2014 come già per il 2010-2012 gli enti del Ssn dovranno contenere la spesa per il personale (Irap compresa) entro l'ammontare del 2004 diminuito dell'1,4 per cento. Tra il personale si considera anche quello a tempo determinato e con contratti atipici. Le spese per il personale sono considerate al netto dei rinnovi contrattuali successivi al 2004 e degli arretrati. Le aziende devono predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente con qualunque tipologia di contratto, per la riduzione della spesa e il ridimensionamento dei fondi per la contrattazione integrativa e fissare parametri standard per individuare strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e di coordinamento, nel rispetto della disponibilità dei fondi. La verifica degli adempimenti sarà effettuata dal tavolo tecnico Stato-Regioni

**Deroga al blocco totale del turn over**

Per le Regioni con piano di rientro che hanno il blocco automatico e totale del turn over previsto dalla legge 311/2004 è possibile una deroga al blocco per gli incarichi di struttura complessa con decreto dell'Economia, della Salute, dei Rapporti con le Regioni e dopo la verifica congiunta anche da parte del Comitato Lea, del tavolo di verifica degli adempimenti regionali e dell'Agenas, solo in caso di reale necessità per assicurare il mantenimento dei Lea, purché la deroga sia compatibile con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio previsti dal piano di rientro

**Piani di rientro**

Se durante l'attuazione dei piani di rientro gli organi preposti rinvergono ostacoli che derivano da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale per la rimozione dei punti in

contrasto. Se il Consiglio non provvede, il Consiglio dei ministri adotta le necessarie misure anche normative. I programmi operativi costituiscono la prosecuzione e l'aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei piani di rientro, tenendo conto del finanziamento programmato e di ulteriori obblighi che derivano da intese Stato-Regioni. In particolare il commissario ad acta dell'Abruzzo (attuazione sentenza 263/2011 del Tar Abruzzo: v. Il Sole 24 Ore Sanità n. 21/2011) dà esecuzione - su mandato specifico del Consiglio dei ministri - al programma operativo 2010 e adotta entro 60 giorni il Psr 2011-2012 per garantire il superamento di previsioni di provvedimenti difformi e non ancora rimossi e con l'obiettivo dell'equilibrio economico

**Sospensione dei pignoramenti**

Si interviene sulla norma vigente precisando - con riferimento ai fondi 2011 - che per le Regioni sottoposte ai piani di rientro e già commissariate sono sospese le azioni esecutive nei confronti di aziende ed enti del Ssn: i pignoramenti eventualmente intrapresi sono improcedibili, non determinano vincoli e non limitano l'attività del tesoriere

**Oneri accertamenti medico-legali per assenze di malattia**

Per il 2011-2012 il ministero dell'Economia può trasferire 70 milioni del fondo sanitario non ripartiti tra le quote "obbligatorie" con la finalizzazione della copertura delle spese medico-legali delle aziende Ssn. Dal 2013 la legge di bilancio stabilirà la dotazione annua per questi accertamenti non superiore ai 70 milioni che saranno tolti ogni anno dalla dotazione del fondo sanitario a cui concorre lo Stato rideterminata secondo le percentuali fissate dalla legge

**Finanziamento super ticket 2011**

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE** Sanità

05-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 2

In attuazione dell'intesa Stato-Regioni per il 2010-2012 il Fsn è incrementato di 486,5 milioni necessari alla copertura del super ticket sulla specialistica e diagnostica per il secondo semestre del 2011

#### Istituto dei migranti

Viene prorogata fino al dicembre 2013 - su protocollo d'intesa con Lazio, Puglia, Sicilia e le altre Regioni interessate - la sperimentazione gestionale dell'Inmp (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà): il bilancio delle relative attività sarà tracciato dalla salute entro giugno dello stesso anno; il mancato raggiungimento degli obiettivi porterà alla soppressione dell'ente

#### Aifa

Con un decreto da emanare entro 90 giorni dall'approvazione del Dl sarà aggiornato il regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Aifa prevedendo: la delega al Cda su proposta del Dg di modificare l'assetto organizzativo dell'Authority su approvazione di Salute ed Economia; il riordino delle commissioni tecnico-scientifica e comitato prezzi e rimborsi prevedendo massimo 10 componenti (3 Salute; 1 Economia; 4 Regioni; Dg Aifa; presidente Iсс) e indennità in linea con quelle previste nelle omologhe Agenzie europee; la specificità dei servizi che l'Aifa può rendere a terzi; la creazione di un diritto annuale a carico delle imprese farmaceutiche per la gestione della banca dati e delle procedure informatizzate, con uno "sconto" per le Pmi

#### Il costo del personale

Con una percentuale sostanzialmente analoga alla precedente (33,1%, a fronte del 33,0% del 2009, mentre nel 2008 il risultato era stato identico e nel 2007 del 32,8%), l'aggregato di spesa che ha maggiore incidenza sui costi sostenuti dal Ssn resta quello relativo alla gestione delle risorse umane, che alla fine dello scorso anno ha fatto registrare un volume di spesa di € 36,618 miliardi (contro gli € 36,176 miliardi del 2009, gli € 35,264 miliardi del 2008 e gli € 33,829 miliardi del 2007), con un incremento di € euro 442 milioni, che tradotto in percentuale significa un aumento dell'1,2% rispetto al dato precedente, rappresentando l'incremento più contenuto degli ultimi anni. Come in precedenza, per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati in Lombardia, Campania, Lazio, Emilia Romagna, Sicilia e Piemonte. Come è evidente, questo ordine decrescente non corrisponde pienamente a quello generale di spesa e lascia quindi presumere una differente distribuzione di personale sul territorio nazionale, non sempre coerente con i costi generali dell'attività svolta. Abbastanza contenuti sono stati gli aumenti dei costi; i maggiori si sono registrati in Emilia Romagna (+2,5%), Sardegna (+2,4%), Basilicata (+2,2%), Lombardia (+2,1%), Marche (+2,0%); la diminuzione più significativa si è avuta in Campania (-1,2%); pressoché stabili i costi in Calabria (-0,1%), Molise (0,0%), Lazio (+0,2%).

#### L'acquisto di beni e servizi

In maniera certamente più contenuta del passato, è di pochissimo aumentato (+0,2%) anche il costo dell'aggregato «beni e servizi», che fa registrare (finora) un dato di consuntivo di € 32,911 miliardi (a fronte degli € 32,846 miliardi del 2009 e degli € 31,363 miliardi del 2008), con un incremento assai modesto di appena 65 milioni di € e che rappresenta la seconda voce di maggior peso (dopo quella del personale) con un'incidenza di 29,8% sul comparto, mantenendosi tutto sommato alquanto stabile nell'ultimo triennio (nel 2009: 30,0%; nel 2008: 29,4%).

All'aggregato contribuiscono circa una decina di componenti: acquisizione di beni propriamente detti; servizi sanitari e non; servizi non sanitari appaltati; manutenzioni e riparazioni; godimento di beni di terzi; oneri diversi di gestione e imposte e tasse; nonché accantonamenti tipici e interessi passivi e oneri finanziari. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, per la sottovoce «beni» propriamente detti, il maggior volume di costi si è registrato in Lombardia, Lazio, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna e Veneto. I maggiori interessi passivi e oneri finanziari si sono, invece, verificati in Lazio, Campania, Lombardia, Emilia Romagna, Sicilia e Veneto, che rispetto all'anno passato si sono scambiate le varie posizioni. Rispetto all'esercizio precedente, l'aumento percentualmente maggiore dell'aggregato complessivo «beni e servizi» si è verificato in Valle d'Aosta (+7,9%), Veneto (+4,0%) e Marche (+3,7%); gli sforzi di maggiore contenimento si sono, invece, avuti in Molise (-6,8%), Lazio (-4,6%), Campania (-3,9%) e Sardegna (-3,2%).

#### La spesa farmaceutica convenzionata

Proseguono evidentemente gli effetti delle manovre di contenimento della spesa farmaceutica, che nel 2010 ha assorbito € 10,936 miliardi (a fronte di € 10,999 miliardi del 2009; € 11,226 miliardi del 2008 e di € 11,542 miliardi del 2007), risultato che significa un decremento rispetto all'anno precedente di -0,6% (certamente più contenuto del -2,0% del 2009, del -2,7% realizzato nel 2008 e del -6,8% realizzato nel 2007), utile però a far ancora diminuire l'incidenza sul comparto all'attuale 9,9% (in precedenza: 10,0% nel 2009; 10,5% nel 2008 e 11,2% nel 2007). Si tratta, senza dubbio, di uno dei settori del Ssn sul quale si è più inciso normativamente negli ultimi anni, sia a livello

centrale, sia a livello regionale. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono evidenziati, come in precedenza, in Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Puglia; i minori, in valore assoluto, in Valle d'Aosta e Molise. Rispetto all'anno precedente, le diminuzioni più evidenti si sono registrate in Molise (-9,5%), Basilicata (-6,0%), Liguria (-5,5%) e Calabria (-5,0%), mentre

gli incrementi più significativi si sono avuti in Friuli Venezia Giulia (3,0+), Sardegna (2,5+) e Abruzzo (+2,2%). Esaminando i dati contabili dell'ultimo quadriennio, si apprende che la farmaceutica convenzionata è l'unica voce di spesa che ha fatto registrare un trend in costante diminuzione (essendo stata caratterizzata sempre dal segno «meno»), circostanza che fa valutare positivamente i numerosi tentativi di contenimento dei costi e di ricerca di più affidabili strumenti di governo e di controllo dell'andamento della relativa dinamica. E, però, assai probabile che, fra gli altri, i migliori risultati siano stati prodotti per mezzo dell'introduzione delle compartecipazioni personali (i noti tickets), che hanno il torto di rappresentare la misura più impopolare e antipatica, perché incide direttamente sugli assistiti più bisognosi. Esistono, tuttavia, spazi di ulteriore miglioramento, se si pensa che anche nello scorso anno si sono avute sentenze delle Sezioni regionali della Corte dei conti riguardanti episodi, peraltro diffusi in più ambiti regionali, di eccessive prescrizioni di farmaci o di falsità delle stesse ovvero di loro sostanziale inappropriata terapeutica, per i quali sono stati condannati a risarcire il relativo danno alcuni medici di base convenzionati. Inoltre, è dato sapere, continuano a stentare a imporsi i farmaci equivalenti (i cosiddetti «generici»), che pure a parità di validità terapeutica consentirebbero altri apprezzabili risparmi di spesa. Altro possibile intervento potrebbe riguardare una più appropriata dimensione delle confezioni dei farmaci, talvolta non sempre adeguate alla durata delle terapie. Non può che preoccupare, infine, il mercato parallelo dei farmaci falsificati, alquanto favorito dalle opportunità offerte dalla globalità della rete informatica, che denota la sussistenza non solo di una molteplicità di offerte quasi sempre truffaldine, ma anche la resistenza di una domanda invero anomala, che danneggia il regolare commercio e, in definitiva, anche l'immagine del settore.

#### La spesa per l'assistenza ospedaliera accreditata

Dopo essere stata in leggera flessione nel 2009 (-0,6%), questa voce ha fatto registrare questa volta un incremento, sia pure molto più contenuto rispetto al passato (+1,9% pari a euro 0,166 miliardi), riprendendo la dinamica incrementale evidenziatasi negli anni precedenti, quando aveva fatto registrare aumenti comunque più consistenti (nel 2008 +2,0%; nel 2007 +2,6%); si è attestata infine a euro 8,992 miliardi (nel 2009 erano stati euro 8,826 miliardi; nel 2008 euro 8,877 miliardi; nel 2007 euro 8,706 miliardi) e rappresenta in percentuale l'8,1%, con un'incidenza sul comparto ormai praticamente stabilizzata. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati, come negli anni scorsi, in Lombardia, Lazio e Campania (che messe insieme superano già da sole il 50% del totale), seguite da Puglia, Sicilia ed Emilia Romagna; i minori costi si riscontrano, invece, in Valle d'Aosta e Basilicata. Il confronto territoriale mette in evidenza, innanzi tutto, il «boom» della Valle d'Aosta (ben +173,0%), e, a notevole distanza, gli aumenti di Molise (+7,5%), Provincia autonoma di Bolzano (+6,1%) e Sicilia (+5,8%), cui fanno riscontro le sensibili diminuzioni di Abruzzo (-18,0%) e Calabria (-13,5%) e quelle ben più contenute di Puglia (-3,7%) e Friuli Venezia Giulia (-2,7%). Il quadro d'insieme fa ritenere che, tutto sommato e con l'eccezione dell'exploit valdostano, si tratti di una voce di spesa abbastanza sotto controllo.

#### La spesa per la medicina generale e convenzionata

A differenza dello scorso anno, quando aveva fatto registrare un aumento percentuale sensibilmente più alto del precedente (+4,8% contro +1,0% del 2008), a causa degli effetti del ritardato rinnovo della convenzione per il biennio 2006-2007, perfezionatasi solo nel luglio 2009, nel 2010 questa voce di spesa con l'incremento del +2,8% evidenzia una crescita ben più contenuta, ancorché maggiore di quella registrata negli anni 2007 e 2008; crescita che fa attestare il costo complessivo a € 6,539 miliardi (contro € 6,361 miliardi del 2009; € 6,068 miliardi del 2008 ed € 6,008 miliardi del 2007) e la fa «pesare» nel comparto per un buon 5,9%, comunque sostanzialmente in linea con la media dell'ultimo triennio. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono registrati in Lombardia, Campania, Lazio, Sicilia e Veneto, che nell'anno considerato ha preceduto l'Emilia Romagna. Sicilia ed Emilia Romagna hanno fatto registrare l'aumento maggiore dell'anno (+6,5%), seguite da Puglia (+5,1%) e Liguria (+4,7%); a riequilibrare la media nazionale hanno, invece, contribuito, in particolare, i risparmi di Valle d'Aosta (-8,1%), Basilicata (-3,2%) e Marche (-0,6%); tutte le altre regioni hanno avuto incrementi: pienamente in linea con la media nazionale quello del Veneto (+2,8%).

#### La spesa per l'altra assistenza convenzionata e accreditata

Questa voce di spesa riunisce le altre prestazioni assistenziali a carico del Ssn diverse da quelle tipiche; concerne per la maggior parte le cure termali e quelle destinate alle categorie più deboli (anziani, disabili, tossicodipendenti, alcolisti, psicotrofici ecc.). Il costo totale di € 6,296 miliardi (nel 2009 € 5,985 miliardi; nel 2008 € 5,651 miliardi; nel 2007 € 4,785 miliardi), evidenzia un'incidenza del 5,7%; ulteriormente in crescita nell'aggregato, effetto di un aumento del +5,2% rispetto all'anno precedente, risultato che ne conferma la decisa tendenza all'incremento.

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

05-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

da pag. 2

to (seconda voce di spesa in questo senso nel 2010, mentre era stata la prima - sempre in percentuale - nell'anno 2009 e, di gran lunga, nel 2008) e testimonia l'impatto subito dalle esigenze connesse al prolungamento della vita e dalle necessità, evidentemente anch'esse in costante aumento, emergenti dalle classi sociali più deboli, pur con tutti i limiti del nostro sistema di assistenza socio-sanitaria. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono riscontrati, come negli anni precedenti, in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Lazio e Toscana. Particolarmente significativi gli aumenti percentuali, a doppia cifra, fatti registrare in Valle d'Aosta (+12,8%), Sicilia (+10,9%), Marche (+10,8) e Friuli Venezia Giulia (+10,0%), mentre la diminuzione più sensibile si è registrata in Abruzzo (-8,9%) e, in misura molto minore, in Calabria (-2,6%).

#### La spesa specialistica convenzionata e accreditata

Fa registrare ancora un aumento (+6,1%), in questo caso il più alto in percentuale dello scorso anno, anche questa voce di spesa, ammontante nel 2010 a 4,326 miliardi (a fronte di 4,078 miliardi del 2009; e 3,912 miliardi del 2008 ed e 3,728 miliardi del 2007), con incidenza anch'essa leggermente incrementata, ma ormai sostanzialmente stabi-

le, pari al 3,9% del comparto. Concerne le prestazioni per assistenza specialistica convenzionata di vario tipo (Sumai, ospedali classificati, istituti di cura e ricovero a carattere scientifico privati e altri operatori privati accreditati). Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono registrati anche stavolta in Lombardia, seguita dalla Campania, dal Lazio, dalla Sicilia e dal Veneto. Sotto il profilo percentuale, la differenziazione fra aree territoriali si presenta particolarmente accentuata: si va dagli incrementi, a doppia cifra, della provincia autonoma di Trento (+38,2%), che rappresenta un vero e proprio record, della Basilicata (+16,7%), della Valle d'Aosta (+13,7%) e della Lombardia (+10,8%), alle limitate diminuzioni della Calabria (-4,0%), della Toscana (-3,3%) e della Liguria (-2,1%).

#### La spesa per la riabilitativa accreditata

In controtendenza rispetto all'anno precedente, quando era sia pure leggermente aumentata (+0,4%), questa voce di spesa ha ripreso il trend in discesa che l'aveva già caratterizzata negli anni 2007 (-1,8%) e 2008 (-12,1%), riducendosi di -0,4%. Nel 2010, pertanto, la spesa per la riabilitativa accreditata è ammontata a 1,971 miliardi (contro gli 1,978 miliardi del 2009; gli 1,970 miliardi del 2008 e gli 2,243 miliardi del 2007), mantenendo un'incidenza stabile dell'1,8% del comparto (a conferma dell'identico dato del biennio precedente), che costituisce l'incidenza percentualmente minore di tutto il comparto. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale della spesa dell'aggregato, i maggiori costi si sono concentrati in Campania (che mantiene così la prima posizione «conquistata» negli anni precedenti) e Puglia, che nel 2010 ha scavalcato la Lombardia; a seguire Lazio e Piemonte. Rispetto all'anno precedente, aumentano particolarmente le due province autonome di Bolzano (+15,4%) e Trento (+7,3%), seguite dagli incrementi più modesti di Piemonte (+7,0%), Calabria (+6,2%) e Puglia (+5,9%). Numerose, di contro, le regioni che hanno fatto registrare diminuzioni: tra di esse, quelle più significative sono avvenute in Emilia Romagna (-12,0%), Molise (-8,4%) e Lazio (-7,6%).

**LEGNAGO.** Siglato un accordo tra Ulss 21 e Federfarma Verona per allestire mini Cup nelle 43 rivendite della Bassa

# Visite ed esami diagnostici? Ora si prenotano in farmacia



La farmacia Zanoni di Porto



La firma dell'accordo tra l'Ulss 21 e Federfarma Verona DIENNEFOTO

## Il servizio, con il ritiro dei referti già attivato in forma sperimentale nelle rivendite di Porto e Terrazzo Previsti anche corsi di formazione

### Stefano Nicoli

Le farmacie della Bassa sono pronte a trasformarsi in tanti mini Cup dove sarà possibile prenotare visite specialistiche e ritirare i referti. Con un duplice vantaggio: da un lato, i 156mila cittadini residenti nei 25 Comuni assistiti dall'Ulss 21 non dovranno più spostarsi all'ospedale di Legnago e mettersi in coda al Centro unico di prenotazione; dall'altro, l'Azienda sanitaria potrà contare sul supporto dei farmacisti, che avranno il compito di informare i pazienti e di filtrare le loro richieste al fine di incrementare l'appropriatezza prescrittiva ed evitare esami diagnostici in qualche caso superflui o comunque non indispensabili nell'immediato.

La rivoluzione in questione - già partita in via sperimentale nelle farmacie di Porto e di Terrazzo in attesa di coinvolgere le altre 41 strutture private del territorio - è frutto dell'accor-

do sottoscritto venerdì scorso tra il direttore generale dell'Ulss 21 Daniela Carraro ed il presidente di Federfarma Verona Marco Bacchini affiancato per la stessa Ulss 21 nel consiglio direttivo dell'associazione. «Questa collaborazione», spiega l'avvocato Carraro, «è mirata ad offrire, senza alcun costo, un servizio ancora migliore ai cittadini rendendo le farmacie protagoniste attive della sanità territoriale con funzioni non ristrette soltanto al Cup ma allargate anche all'informazione e alla formazione». «I farmacisti», puntualizza il direttore generale, «non saranno infatti dei meri gestori dei Cup allestiti nelle loro attività ma, proprio in virtù delle loro competenze e del ruolo di riferimento rivestito per l'utenza, indirizzeranno nella maniera più adeguata i cittadini in modo da eliminare gli sprechi ed evitare di ingolfare le liste d'attesa».

Piena soddisfazione per l'intesa raggiunta, che sarà implementata nel medio termine anche dalla promozione di un progetto pilota per la distribuzione dei presidi per pazienti diabetici tramite una piattaforma informatica, arriva anche da Federfarma. «Questo accordo senza precedenti in tutta la realtà scaligera», sostiene il presidente Bacchini a capo di 220 associati, «è molto importante poichè si tratta del primo concreto passo verso la trasformazione della farmacia tradizionale in farmacia dei servizi. Tutto ciò grazie al dialogo tra due soggetti fondamentali per la sanità territoriale, che d'ora in avanti parleranno la stessa lingua».

L'alleanza tra farmacisti ed Azienda sanitaria, spianata negli anni scorsi dalle campagne di screening per la prevenzione di alcuni tumori, sarà incentrata anche sulla formazione con un ciclo di quattro incon-

tri annuali. «Puntiamo infatti», annuncia il dg Carraro, «a creare una più stretta collaborazione tra i titolari delle 43 farmacie, i medici specialisti ospedalieri ed i medici di base attraverso confronti periodici mirati a risolvere congiuntamente problematiche sia di carattere sanitario che burocratico oltre che al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione». ♦



**Ssn.** La crescita della spesa ridotta allo 0,5% sul 2012, torna all'1,4% nel 2014

## Fondo sanità 2013 a 109,3 miliardi

**Roberto Turno**

ROMA

■ Ben 2,5 miliardi nel 2013 e altri 5 nel 2014: valgono complessivamente 7,5 miliardi nel biennio i tagli alla sanità in termini di riduzione dell'indebitamento netto della Pa. Che però come saldo netto da finanziare salgono a 7,950 miliardi, con altri 450 milioni nel 2014. Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, scontati gli effetti della manovra, diventa così di 109,294 miliardi nel 2013 e di 110,786 miliardi nel 2014, con una crescita nel 2013 dello 0,5% sul 2012 (108,780 miliardi) e quindi dell'1,4% nel 2014 sull'anno prima.

Eccolo, riassunto nella relazione tecnica al decretone del Governo, il valore del salasso che viene chiesto all'assistenza sanitaria nel biennio più duro della manovra per riportare in carreggiata i conti pubblici. La sanità insomma pagherà più del 20% dei tagli in arrivo, e non caso la scontentezza è

grande e generalizzata nell'intero universo del Ssn: governatori, sindacati dei dipendenti e dei convenzionati, medici e dirigenti del Ssn (che ieri hanno proclamato lo stato di agitazione e gli "stati generali della sanità" già questo mese), imprese. E naturalmente prima di tutto i cittadini, chiamati a pagare sempre più le cure di tasca propria: con i ticket, ma non solo. Anche in termini di servizi che rischiano sempre più di restare scoperti, come potrà accadere ad esempio per effetto della proroga del turn over del personale. Effetti, paradossalmente ma non troppo, che saranno più pesanti proprio nelle Regioni sotto lo schiaffo dei commissariamenti e dei piani di rientro dai disavanzi, dove già oggi i servizi sono più ridotti e l'effetto ticket sta diventando sempre più pesante. Col rischio di vanificare la speranza di ridurre il gap dalle Regioni del Centro-nord che dovrebbero fare (almeno in parte) da benchmark.

Una mancanza di prospettive che si riflette anche nell'assenza di un programma di investimenti aggiuntivi e, dunque, di un rilancio infrastrutturale complessivo, e non solo al Sud. Tutto questo sotto la spada di Damocle del federalismo fiscale e dei costi standard, dai riflessi ancora oscuri (si costruiranno per il 2013 in base ai risultati dei bilanci consuntivi del 2011) in termini di minori finanziamenti per le "Regioni canaglia", ma anche potenzialmente per altre Regioni oggi quasi in equilibrio.

Intanto i tagli e la razionalizzazione dei servizi in tutta Italia procedono a passo spedito. È proprio di ieri il rapporto preliminare del **ministero della Salute** sui ricoveri nel 2010, che risultano ancora in discesa: il 4,9% in meno rispetto al 2009, con 3,7 milioni di giornate di degenza in meno. Ma evidentemente ancora non basta. E i tagli in arrivo nel 2012-2013 lo dimostreranno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Sanità, protestano le strutture private

06/07/2011 09:49

**BAS** Una giornata di mobilitazione nella prossima settimana, con una manifestazione a Potenza presso la sala Inguscio, ed una giornata successiva di protesta con la sospensione di ogni prestazione sono state decise dall'assemblea degli operatori delle strutture sanitarie private aderenti ad Anisap Basilicata, Federbiologi, Fesnap, Federlab e Sanità Futura.

"Le iniziative hanno l'obiettivo di manifestare - si legge in un documento delle associazioni della sanità privata - contro i provvedimenti regionali in corso di approvazione, che recano una serie di disposizioni estremamente penalizzanti, se non punitive, per gli interessi dell'utenza, delle categorie datoriali interessate e, soprattutto, dei 600 lavoratori dipendenti delle strutture private".

Lo scenario che si presenta a seguito degli ultimi provvedimenti Regionali in materia di Sanità privata contenuti nel disegno di legge della Giunta Regionale sull'Assestamento al Bilancio 2011 prevede una serie di provvedimenti in corso di approvazione, "atti a ridurre drasticamente l'offerta agli utenti dei servizi convenzionati, che - a loro parere mortificano non solo la libera iniziativa imprenditoriale, così necessaria e complementare al settore sanitario pubblico per nulla in grado di coprire il fabbisogno regionale dell'utenza, ma ingenerano oltretutto un'inevitabile e preoccupante contrazione dei livelli occupazionali, che le strutture private a tutt'oggi accolgono, per nulla esigui.

Contestualmente, l'assoluta assenza di informazioni da parte delle Istituzioni regionali e territoriali e l'arbitrarietà dimostrata nell'emanazione di delibere di elevata portata dirimpente rispetto agli assetti economici e finanziari già precari, fanno pensare ad una precisa volontà di escludere le associazioni di categoria dai tavoli del confronto e dal dibattito su cambiamenti strutturali e finanziari, che generano notevole preoccupazione tra gli addetti ai lavori".

Di qui la decisione delle iniziative di mobilitazione di protesta "al fine di riaprire una trattativa ad ampio respiro democratico, con un dibattito che si riveli costruttivo e proficuo, per garantire la stabilità dei livelli occupazionali odierni e la continuità della collaborazione della sanità privata con gli apparati pubblici, le associazioni di categoria.

L'auspicio è di mettere la Regione in condizione di considerare le esigenze della categoria più ampiamente intesa, e, soprattutto, di riconoscere il valore sociale ed economico che le attività imprenditoriali sanitarie private rivestono per i numerosi lavoratori coinvolti".

bas 02

**La protesta, la violenza**

# Tafferugli davanti alla Regione, aggredito Caldoro

**Presidio dei lavoratori di Villa Russo, calci e pugni contro l'auto del governatore che era pronto a incontrarli**
**Paolo Mainiero**

È successo tutto all'improvviso. Sono da poco passate le 17 quando il presidente Stefano Caldoro lascia il suo ufficio a palazzo Santa Lucia. È in partenza per Roma dove oggi partecipa alla conferenza dei presidenti di Regione. Il governatore esce a piedi. L'auto della scorta lo attende all'ingresso del palazzo. Fuori manifestano i dipendenti della casa di cura Villa Russo. È una scena già vista: la sede della Regione ogni giorno è presidiata da lavoratori in difficoltà o da disoccupati. Da mesi i dipendenti di Villa Russo protestano perché non ricevono lo stipendio e chiedono garanzie circa un ricollocamento in altre strutture sanitarie. Quando Caldoro esce alcuni lavoratori lo notano. Il governatore si dirige verso di loro, disponibile al confronto. Ma la scorta si rende conto che i manifestanti sono infuriati e che non ci sono le condizioni per un incontro e sollecita il governatore a entrare in auto. A fatica Caldoro prende posto sul sedile posteriore. È un attimo. «Lavoro-lavoro», urlano i manifestanti che circondano la vettura e tirano calci e pugni. Eppure, mentre fuori scoppia il caos, dentro una delegazione di lavoratori sta incontrando i dirigenti della Regione per cercare una soluzione alla vertenza.

L'auto è letteralmente presa d'assalto. I dipenden-

ti di Villa Russo inveiscono contro il governatore e provano ripetutamente ad aprire la portiera. Caldoro è terreo, si «aggrappa» all'auto blindata. La vettura è praticamente ostaggio dei manifestanti. «I soliti venti», diranno le fonti investigative. Dopo un paio di minuti arrivano carabinieri e polizia. Circondano l'auto, ne nasce un parapiglia. Urla, spintoni, braccia che si agitano, qualcuno tra i contestatori si sdraia per terra. I minuti trascorrono lunghissimi, con l'auto blu inchiodata sui sanpietrini, senza andare né avanti né indietro per non provocare pericoli. Finalmente, dopo cinque minuti carabinieri e polizia riescono a creare un varco e la vettura molto lentamente riesce a lasciare via Santa Lucia. Tutta la scena finisce subito su youtube. In serata il commissariato San Ferdinando ha identificato e denunciato tre persone, dipendenti di Villa Russo: sono responsabili di danneggiamento, minacce, violenza privata.

Secondo alcuni manifestanti la vettura di Caldoro avrebbe tentato di forzare il blocco. Da Roma la Cgil avvalorà questa tesi. «Caldoro ha commesso un atto di una tale violenza da non essere conciliabile con la



**Le indagini**  
 Tre dipendenti della casa di cura identificati grazie ai filmati e denunciati

carica che ricopre: deve dimettersi», dice il segretario generale della Funzione pubblica Rossana Dettori. Ma a Napoli la Cgil Campania corregge il tiro. «I problemi del lavoro non vanno affrontati come questione di ordine pubblico. No alla violenza e alle intimidazioni nei confronti delle istituzioni», si legge in una nota diffusa dal sindacato. A Caldoro la solidarietà della politica. «L'aggressione al presidente è un fatto gravissimo da condannare con forza. Nessuna tensione o preoccupazione per motivi di lavoro

può giustificare una violenza così forte», dice il presidente della Provincia Luigi Cesaro. Al governatore esprime solidarietà il presidente del consiglio regionale Paolo Romano. «Non può esistere alcuna giustificazione alla violenza che, in quanto tale, è sempre e comunque da condannare», sostiene. Solidarietà anche da Salvatore Ronghi (Forza del Sud) e dal coordinatore cittadino del Pdl Marcello Tagliatella. Anche il Pd ha espresso solidarietà al governatore. «La violenza va sempre ripudiata, anche quando si tratta di manifestare legittimi bisogni», dice il capogruppo in Regione Peppe Russo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## «Episodio gravissimo e deplorabile» La Cgil: basta con le intimidazioni

### La solidarietà

Da Napoli il sindacato sconfessa il segretario della funzione pubblica che aveva attaccato il governatore

Gran parte dei lavoratori di Villa Russo si dissociano e scrivono a Caldoro per continuare a tenere aperto il tavolo. Intanto la Cgil si divide sulla solidarietà a Caldoro dopo l'aggressione. Con il segretario nazionale dei lavoratori pubblici che chiede al governatore di dimettersi mentre la segreteria campana del sindacato della Camusso che lo difende. Colpa di una prima ricostruzione arrivata a Roma e che vedeva l'auto blu del governatore tentare di investire alcuni manifestanti. Non è così: si trattava dell'auto della polizia, con dentro il governatore, che tentava solo di divincolarsi dalla furia della folla. E a stretto giro, a parziale ricostruzione dei fatti, Rossana Dettori, segretario generale Fp-Cgil Nazionale, tuona: «Caldoro ha commesso un atto di una tale violenza da non essere conciliabile con la carica che ricopre: deve dimettersi. Investire con l'auto blu dei lavoratori della sanità in lotta e farli caricare indiscriminatamente dalle forze dell'ordine, dopo aver diserato, è un fatto gravissimo e inaccettabile». Rimediano (e frenano) le segreterie regionali e napoletane della Cgil. «I problemi del lavoro non vanno affrontati come una questione di ordine pubblico. No alla violenza e alle intimidazioni nei confronti delle istituzioni. I lavoratori delle due strutture - spiega la della



Cgil - sono da molti mesi in cassa integrazione e da circa sette mesi attendono il decreto che dovrebbe assicurare loro un futuro lavorativo dignitoso ma le legittime ragioni non possono giustificare aggressioni violente alle istituzioni, così come è avvenuto nel caso di Caldoro al quale va la nostra solidarietà». Passa subito ai fatti la segretaria regionale della Cisl Campania, Lina Lucci, che convoca d'urgenza una riunione con i lavoratori della struttura ospedaliera per verificare l'accaduto e delineare le azioni future nell'ottica di responsabilità e collaborazione che ha sempre distinto i rapporti tra le parti in causa. Contro la Cgil si schiera la Cisl: «Chi distorce la verità - spiega il segretario confederale Pierino Venneri - si assume la grave responsabilità di infangare le istituzioni e di porre in essere un conflitto sociale pericoloso i cui sbocchi possono essere imprevedibili. Piena solidarietà al presidente Caldoro». Infine l'Ugl: «La violenza non può e non deve essere un mezzo per far valere i propri diritti», spiega il segretario regionale Ugl Campania, Vincenzo Femiano. poi aggiunge: «Allo stesso tempo siamo convinti che quanto successo è il risultato dell'esasperazione crescente di lavoratori che da troppo tempo sono in attesa di risposte concrete. Per questo chiediamo alla Regione di promuovere un dialogo costante con le parti sociali in tutti i settori produttivi».

”

### Il monito

Le organizzazioni dei lavoratori: la violenza non può e non deve essere un mezzo per far valere i propri diritti

a.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Sole

**24 ORE****SUD**

www.ilsola24ore.com

**Mercoledì  
06 Luglio 2011**

## Stanno chiudendo 18 ospedali, ma le previste residenze sanitarie non ci sono ancora In Puglia scure sui conti, dubbi sul futuro

**BARI****Marco Montrone**

Il piano di rientro e di riordino ospedaliero pugliese è stato approvato definitivamente dal Consiglio regionale il 4 febbraio. Deve tagliare 2.250 posti letto e chiudere 18 ospedali poco utilizzati, nella speranza di far quadrare i conti e ottenere i 520 milioni della quota integrativa del Fondo sanitario nazionale "bloccati" dal Governo da tre anni per il mancato rispetto del patto di stabilità.

«Siamo sulla buona strada - dice Vincenzo Pomo, direttore dell'area Salute della Regione -. Abbiamo deliberato tutti i tagli e pian piano stiamo chiudendo i reparti in "disarmo". Stiamo inviando al ministero il primo bilancio del piano. La prova del nostro attivismo è data dai ricorsi presentati dai sindaci dei paesi con gli ospedali da chiudere. Ricorsi inutili: il Tar ci ha dato pienamente ragione».

Secondo il progetto della Regione, la chiusura degli

ospedali dovrebbe corrispondere alla nascita di strutture e realtà diverse, come Rsa (residenze sanitarie destinate alla cura degli anziani), poliambulatori, punti di primo intervento, case della salute e ospedali di comunità (gestiti dai medici di famiglia). «Un'operazione per de-ospedalizzare la sanità pugliese e imporre un modello alternativo di assistenza», ha affermato l'assessore alla Sanità, Tommaso Fiore,

Ma Filippo Anelli, segretario regionale della Fimmg, la

federazione dei medici di medicina generale, precisa: «Finora abbiamo assistito solo a tagli, non c'è stata l'ombra di un investimento. La Regione dice che non ci sono soldi. Ma nel frattempo la situazione comincia a essere problematica: si chiude ma non si apre da nessun'altra parte». Il segretario punta il dito anche sul blocco del turnover del personale medico e avverte: «Per costruire una rete di assistenza territoriale efficiente serve tempo, quindi è bene cominciare subito ad agire. L'assessore Fiore ci ha assicurato che la creazione delle Rsa partirà prima della fine del piano, bene, entro l'estate noi vogliamo delle risposte definitive».

Pomo ribadisce la volontà della Regione di investire nell'assistenza territoriale: «Il progetto è quello di spostare il 5% della spesa sanitaria sul territorio. Si tratta di 350 milioni di euro, che per investire però bisogna avere. Man mano che si liberano risorse ci promettiamo di spostare qualcosa, ad esempio sulle Rsa, ma è necessario avere pazienza, comprendendo il delicato periodo di transizione che stiamo vivendo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Caldoro abbatte il deficit sanitario

Calato da 773 milioni nel 2009 a 491 del 2010 - Ridotto l'organico di 1.500 posti

## NAPOLI

### Francesco Prisco

La buona notizia è che in un solo anno sono stati recuperati 282 milioni di disavanzo e che, se tutto va come deve, a fine 2011 si rientrerà di altri 320 milioni. Quella cattiva è che l'operazione in questione costa lacrime e sangue: il blocco del turnover nell'ultimo biennio ha determinato la perdita di circa 1.500 addetti, il futuro dei 6.500 precari che gravitano intorno al settore continua a essere incerto e ben 15 ospedali hanno subito una "riconversione", leggi ridimensionamento.

A quasi un anno dal varo del piano di ristrutturazione della sanità che porta la firma del governatore campano Stefano Caldoro, è tempo di bilanci a Palazzo Santa Lucia e dintorni. E mentre per i più stretti collaboratori della giunta che operano nel comparto «si procede secondo un cammino virtuoso di razionalizzazione e abbattimento degli sprechi che dovrebbe portare in un anno al rientro dal

deficit», le parti sociali alzano la voce: «L'approccio della regione è ragionieristico e non tiene conto delle esigenze degli assistiti».

Buone nuove, in ogni caso, dai libri contabili: il deficit sanitario del 2009 era pari a 773 milioni, a fronte di una copertura fiscale - aliquote Irap e Irpef al massimo - di 401 milioni.

Nel 2010 Caldoro si insedia a marzo e a fine luglio lancia il piano. Risultato: a fine anno scorso il deficit si attesta a 491 milioni. «In una manciata di mesi - spiega Raffaele Calabrò, consigliere alla sanità del governatore campano - siamo riusciti a ottenere un risparmio importante razionalizzando i costi». Se consideriamo che dal gettito fiscale sono entrati 402 milioni, lo "scoperto" vero e proprio del 2010 si attesta a meno di 90 milioni. Le previsioni per l'anno in corso? «Chiuderemo - prosegue Calabrò - con un deficit di 171 milioni: un ulteriore importante passo in avanti verso il risanamento». L'obiettivo di disavanzo 2012, poi, è fissato a 55

milioni. «Da quel momento in poi - dichiara il consigliere di Caldoro - potremo dire addio alle maxi addizionali» sia Irpef (+30%) che Irap (+15%).

Ma dove sono intervenute le forbici dell'esecutivo regionale? «Ha inciso - risponde Calabrò - la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera». Per capirci: 15 ospedali più o meno storici, sono stati ridimensionati a presidi del pronto soccorso con la chiusura dei relativi reparti di medicina. Inoltre in provincia di Salerno hanno avuto luogo due accorpamenti (da quattro ospedali se ne sono ricavati due), mentre a Napoli il "Cotugno", il Cto e il "Monaldi" sono stati accorpatisi in un'unica azienda. Mancano all'appello ancora due accorpamenti: quello degli ospedali di Maddaloni e Marcianise nel Casertano e quello dei quattro nosocomi del centro storico di Napoli che confluiranno nell'Ospedale del Mare. Poi si è intervenuto sulla spesa farmaceutica, anche mediante l'introduzione di ticket (che la manovra del governo ora introduce in tutte le regioni), mentre il blocco del turnover imposto dalla legge alle regioni in deficit ha determinato che non venissero rimpiazzati i 1.500 addetti andati in pensione nell'ultimo biennio. «Tagli lineari - commenta Francesco Petraglia, segretario di Fp Cgil - che hanno come unico scopo far quadrare i conti. Nulla da obiettare a riguardo, ma siamo sicuri che si riusciranno a salvaguardare standard di



**Il responsabile.** Raffaele Calabrò, consigliere alla sanità

qualità adeguati?». Osvaldo Nastasi di Uil Fpl denuncia «Situazione paradossale quella dei circa 6.500 precari: professionisti che tengono in piedi le strutture ma non ottengono il riconoscimento per il lavoro che svolgono». Rino Brigola di Cisl Fp se la prende invece con «un settore ormai amministrato da ragionieri, in cui la mano destra non sa quello che fa la sinistra e dove anche ottenere un dato banale come il numero complessivo degli addetti di una struttura è un'impresa».

E l'indebitamento accumulato in tutti questi anni a quanto ammonta? Le ultime analisi parlano di 5,6 miliardi ma a Palazzo Santa Lucia prevale l'ottimismo: «Tre miliardi - spiegano dallo staff di Caldoro - li sbloccherà il ministero dell'Economia a rientro dal deficit effettuato, altri 1,7 miliardi sono in cassa ma pignorati proprio a causa del disavanzo. Restano poche centinaia di migliaia di euro». Speriamo che lo stesso ottimismo animi gli assistiti campani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Calabria

## Un portale per chiudere con i debiti

### REGGIO CALABRIA

**Mario Meliàdò**

In Calabria, il Piano di rientro dal maxidebito in Sanità tenta di prendere quota con un innesto nel "tandem" dei subcommissari. Va ad affiancare il generale Luciano Pezzi - in sostituzione di Giuseppe Navarra - Luigi D'Elia, specializzato in diritto sanitario e general management sanitario, in atto vicepresidente vicario della Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere). Finanziariamente, vedono l'avvio le misure concordate tra regione e governo, sancite dal prestito da mezzo miliardo (fino al 2005) da parte del ministero dell'Economia tramite un'anticipazione di liquidità.

Il bilancio 2009 dell'ex Asl 9 di Locri è stato bocciato dall'ufficio per il Piano di rientro per vistose carenze e un rosso da 4,1 milioni.

El'8 giugno scorso la sezione di Reggio Calabria del Tar calabrese ha respinto in sede cautelare il ricorso avanzato contro la regione per la chiusura del punto-nascita di Melito Porto Salvo (jonica reggina) a proposito dei decreti emanati dal commissario dell'Asp di Reggio Calabria Rosanna Squillacioti in esecuzione del decreto del commissario per il Piano di rientro, il presidente della Giunta regionale Giuseppe Scopelliti, in cui si evidenziava come il punto-nascita del "Tiberio Evoli" risultasse sotto la soglia dei 500 parti annui ritenuta indispensabile per mantenerlo operativo.

A proposito d'economia sanitaria, il dipartimento regionale Tutela della salute ha attivato il portale web per la riconciliazione dei crediti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## **La manovra economica al centro del confronto. Stangata per pensioni, sanità e enti locali**

**REDAZIONE IL DENARO**

– MERCOLEDÌ 6 LUGLIO 2011

La Manovra varata dal Governo all'ordine del giorno di una Conferenza straordinaria delle Regioni indetta per oggi dal presidente Vasco Errani. Nel corso dell'incontro, in programma alle 11 nella sede della Conferenza di via Parigi a Roma, le Regioni decidono le posizioni da assumere in vista dell'appuntamento con il Governo, in sede di Conferenza Stato-Regioni, fissato alle 16,30 presso il ministero per i Rapporti con le Regioni. Il "conto" per il pareggio di bilancio nel 2014 sfiora i 50 miliardi. La manovra correggerà il "deficit" per oltre 43 miliardi in 4 anni e finanzia per circa 6 miliardi spese e appostamenti di fondi nel 2011-2012. Complessivamente peserà sulla sanità per 7,5 miliardi, sui ministeri per 11, sulle pensioni per 3,8 e sugli enti locali per altri 9,6. Il decreto potrebbe arrivare già oggi in Gazzetta Ufficiale. Poi comincerà la maratona parlamentare.



## **Sanità, crediti delle Pmi, via alle procedure di pagamento**

REDAZIONE IL DENARO

- MERCOLEDÌ 6 LUGLIO 2011

Crediti delle imprese fornitrici di beni e servizi delle Asl e degli ospedali: partono da oggi le procedure di pagamento previste dal decreto regionale n. 12 del 2011 licenziato dalla struttura commissariale. Avanza dunque il percorso definito dall'accordo quadro che disciplina, per ciascuna categoria erogativa, anche la misura degli indennizzi da riconoscere come previsto dal decreto della Regione.

### GLI ATTI TRANSATTIVI

Le procedure prevedono la sottoscrizione degli atti transattivi quale primo atto delle operazioni necessarie alla cessione "pro soluto" (con rischio di insolvenza a carico delle Asl e della Regione) del credito certificato dalle Aziende sanitarie. Spetta invece alle associazioni di categoria della sanità privata accreditata definire le procedure interne per l'acquisizione dei dati contabili delle strutture associate attraverso il conferimento di un'apposita delega al Presidente di ciascuna associazione

### LA PIATTAFORMA SORESA

Le procedure di acquisizione dei dati contabili saranno attivate, tramite Soresa, solo dopo la sottoscrizione degli accordi quadro e la definizione degli indennizzi previsti da decreto 12 del 2011.

L'acquisizione e la gestione dei dati tramite la piattaforma Soresa Spa è possibile solo ed esclusivamente a quei creditori che rinuncino espressamente a qualsiasi tipo di indennizzo forfettario.