



Rassegna Stampa del 06.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

La salute ai tempi di Groupon. Boom di offerte sul web per visite e terapie a basso costo

In 'rete', su siti come 'groupon' si possono trovare offerte last minute di prestazioni sanitarie a prezzi stracciati con sconti che superano l'80% e con la crisi la domanda cresce sempre di più. Un esempio? Per un check up completo per donna comprendente visita specialistica senologica, ecografia pelvica, ecografia mammaria ed ecografia tiroidea si arriva a spendere 39 euro (meno del ticket) con uno sconto dell'84%. Insomma, dopo i viaggi e gli apparecchi tecnologici ecco che la rete si trasforma in outlet della salute.(prima puntata)

05 SET - Uno tra i fenomeni del 2011 per quanto riguarda il web è certamente il grande successo che stanno ottenendo i siti web last minute basati sul concetto dei gruppi d'acquisto: maggiore è il numero di persone che acquisteranno un certo bene o servizio, migliore sarà il prezzo che si riuscirà a spuntare (per tutti). Groupon è la società che per prima ha avuto l'idea: un sistema di gruppi d'acquisto che funziona e che in Italia, come in moltissimi altri Paesi, sta riscuotendo parecchio successo. I prodotti oggetto delle offerte sono per lo più servizi legati alla ristorazione, al benessere, allo sport, all'intrattenimento, al turismo e al mondo degli eventi. È la stessa Groupon che tratta direttamente con i fornitori dei servizi o dei beni oggetto delle offerte stabilendo un determinato prezzo (molto vantaggioso): se un numero definito di persone aderiranno all'offerta, si effettuerà il pagamento e si riceverà il coupon da presentare presso il ristorante, il cinema o il negozio desiderato. Durante il periodo dell'offerta (è disponibile un timer) si conferisce la propria adesione confermando il numero della propria carta di credito: tuttavia, l'addebito effettivo, avverrà solo alla scadenza del timer e solo se è stato raggiunto il numero minimo di partecipanti all'offerta. In questo modo si ha la possibilità di acquistare vari tipi di servizi o di beni con sconti dal 50% fino al 90% del prezzo di vendita.

Il sistema d'acquisto poi è semplice: basta andare sul sito dove si trovano una miriade di offerte vantaggiose che si possono acquistare alla velocità di un click a patto sempre che l'offerta raggiunga un minimo di adesioni. Spulciando in vari siti si scopre come una miriade di offerte sia particolarmente incentrata sulla salute e il benessere (trattamenti depilatori, massaggi, visite nutrizionali, etc..) anche se in alcuni casi il confine con la prestazione sanitaria in senso stretto è invisibile (vedi visita odontoiatrica). Ciò non sorprende più di tanto, la salute è un business che tira, ma ciò che più di tutto sorprende sono le tariffe che vengono applicate, con sconti nell'ordine del 60-70-80 per cento. Una vera e propria babele per i consumatori che, per giunta con l'entrata a regime dei nuovi ticket sanitari, vedono sempre più di buon occhio le vantaggiose offerte online dedicate alla salute. Per rendere meglio l'idea del risparmio facciamo altri esempi: visita odontoiatrica specialistica comprensiva di eventuali lastre di controllo, igiene orale, ablazione del tartaro con ultrasuoni e finitura con paste lucidanti viene offerta a 59 euro, invece di 441 euro. Mentre se si desidera acquistare due sedute di ossigenoterapia con acido ialuronico lo si può fare a 99 euro invece che 400. Prezzi stracciati, insomma, che fino a qualche tempo fa sarebbe stato impensabile trovare sul mercato e infatti le sottoscrizioni degli utenti schizzano in poche ore.

Che la rete fosse un nuovo mercato non è una novità ma questa tipologia di siti web velocizza ancora di più il cambiamento di approccio all'acquisto dei consumatori. I quali mostrano di apprezzare, soprattutto in tempi di crisi.



Manovra: salva l'Agenas e possibilità di sblocco del turn over per le Regioni in piano di rientro. La bozza del testo approvato

Sono salvi gli enti non economici con meno di 70 dipendenti che la manovra condannava alla soppressione. Un emendamento approvato dalla commissione Bilancio del Senato cancella infatti il comma 31 dell'articolo 2.

Precedenti emendamenti avevano salvato i mini-enti di ricerca e di cultura come, per il settore sanitario, l'Agenas .

E con un comma aggiuntivo (23 bis) all'articolo 1 nella manovra è stato previsto per le regioni sottoposte ai piani di rientro che hanno il blocco automatico delle assunzioni la possibilità, con decreto del ministro della Salute, di concerto con l'Economia, sentito il ministro per i Rapporti con le Regioni, su richiesta della Regione interessata, la possibilità di deroga al blocco del turn over «previo accertamento, in sede congiunta, da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali» e «sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), della necessità di procedere alla suddetta deroga al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, del conseguimento di risparmi derivanti dalla corrispondente riduzione di prestazioni di lavoro straordinario o in regime di autoconvenzionamento, nonché della compatibilità con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro, ovvero nel programma operativo e fermo restando la previsione del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio».

Definitivamente escluse poi le professioni sanitarie dalle liberalizzazioni. Al comma della manovra che le prevede infatti è stata aggiunta la specifica che «la limitazione, in forza di una disposizione di legge, del numero di persone che sono titolate ad esercitare una certa professione in tutto il territorio dello Stato o in una certa area geografica, è consentita unicamente laddove essa risponda a ragioni di interesse pubblico, tra cui in particolare quelle connesse alla tutela della salute umana».

Dalle liberalizzazioni sono state escluse anche le farmacie che manterranno il numero chiuso.

GLI AGGREGATI DI COSTO**Specialistica e altra assistenza sempre in aumento**

Nella spesa per aggregati la Corte sottolinea che oltre al decremento del -55,7% della voce "costi straordinari stimati" che però incide sulla spesa totale solo per lo 0,5%, sono in calo solo la farmaceutica convenzionata (-0,6%) e la riabilitativa accreditata (-0,4) che si riducono nel quinquennio 2006-2009 rispettivamente dell'11,7 e del 13,7 per cento.

Continua a crescere invece la spesa per specialistica accreditata (6%), e per l'altra assistenza accreditata (5,2 per cento).

I costi per il personale (32,7% della spesa complessiva) registrano un incremento dell'1,2% nel 2010 sul 2009 e una variazione in aumento del 9,6% nel quinquennio. Anche i costi per beni e di servizi (30% dei costi globali) mantengono i livelli di spesa 2010 con un incremento dello 0,05%, il più basso nel quinquennio, in cui l'incremento di spesa complessivo è stato del 21,8 per cento.

L'analisi su base regionale per aggregati mostra che nel biennio pesano ovviamente in valori assoluti di più la Lombardia (17,4 miliardi nel 2009, poco meno di 18 nel 2010 e una crescita di quasi il 3%), il Lazio e la Campania che, pur riducendo i costi dell'1,5% e dell'1,7%, continuano a registrare importi superiori a più di 11 miliardi la prima e a poco più di 10 la seconda. Segue il Veneto con costi per 9 miliardi e un incremento dell'1,8 per cento.

Per le variazioni delle funzioni di spesa nel biennio, i maggiori incrementi sono in Valle d'Aosta con il 4,6%, Lombardia 2,98% e Trento con il 2,4%. Tra le Regioni con piani di rientro riducono i costi oltre l'1,5% la Calabria (-2,8%), il Molise (-2%),

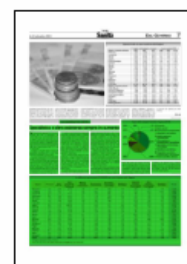
l'Abruzzo (-1,9%), la Campania (-1,7%) e il Lazio (1,52%).

I costi per il personale e per beni e servizi sono in linea con i valori nazionali con un'incidenza percentuale intorno al 30%. Tra le Regioni la cui spesa sanitaria incide di più su quella complessiva (si veda tabella in alto), il Lazio riduce i costi per beni e servizi (-4,6%), contenendo l'aumento della spesa per il personale a poco meno dello 0,2%. La Campania diminuisce sia l'una sia l'altra voce, con un risparmio dell'1,2% per il personale e del 3,9% per beni e servizi.

Diversa la dinamica degli stessi costi per Lombardia e Veneto. La prima registra un aumento del 3% per beni e servizi e del 2,1% per il personale. La seconda incrementa la spesa per il personale dell'1,7% e per beni e servizi di quasi il 4%. Il maggior incremento per quest'ultima voce si registra in Valle d'Aosta (7,9%).

La Corte osserva poi che le flessioni maggiori nella spesa per acquisti di beni e servizi si riscontrano nelle Regioni con piani di rientro. Più di Lazio e Campania migliora il Molise, che riduce gli acquisti del 6,8%, mentre la Sardegna riduce la stessa voce del 3,2%. In alcune Regioni con piani di rientro è sostanziale l'apporto della riduzione della farmaceutica convenzionata con decrementi rilevanti in Molise (-9,5%), Liguria (-5,5%) e Calabria (-5%). Molise, Lazio e Abruzzo tagliano di oltre il 7% i costi dell'assistenza riabilitativa, mentre nell'ospedaliera accreditata "pesano" i tagli del 18% dell'Abruzzo e del 13,5% della Calabria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

06-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 7

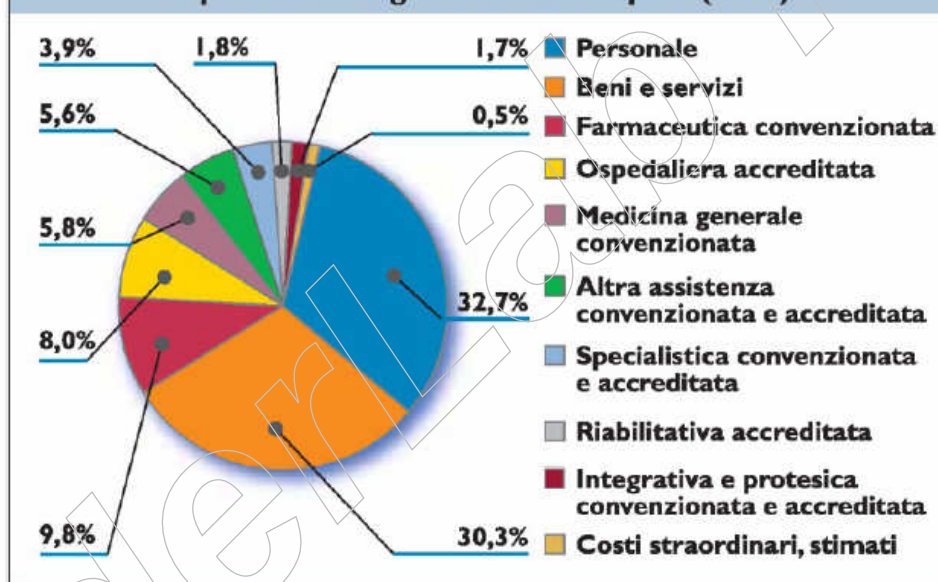
La differenza percentuale 2010/2009 per voci di spesa nelle Regioni

Regioni	Personale	Beni e servizi	Costi straordinari stimati e var. rimanenze	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Specialistica convenzionata e accreditata	Riabilitativa accreditata	Integrativa protesica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Ospedaliera accreditata	Totale
Piemonte *	1,56	0,50	-87,46	1,68	-4,49	8,56	7,04	-2,04	7,45	5,35	1,34
V. d'Aosta	1,79	7,91	n.a.	-7,94	-0,01	11,43	-1,61	-7,15	12,10	174,67	4,58
Lombardia	2,10	3,13	-97,17	2,59	0,50	10,81	-2,91	4,87	7,26	3,12	2,98
Pa. Bolzano	0,87	2,68	-87,62	2,31	1,30	11,28	15,95	4,72	3,45	6,05	0,48
Pa. Trento	1,73	2,90	-83,33	2,15	0,12	38,20	6,87	-0,47	2,39	3,98	2,38
Veneto	1,67	3,98	-67,82	2,78	0,07	6,60	1,17	-0,18	2,92	-0,13	1,81
Friuli V.G.	1,73	1,76	-29,07	1,02	2,99	4,15	2,65	4,98	10,05	-2,62	1,85
Liguria *	0,94	-1,90	-807,00	4,71	-5,52	-2,11	-0,62	-8,10	6,24	3,97	0,13
Emilia R.	2,49	1,07	-63,83	6,52	0,27	7,74	-12,28	1,36	1,97	1,30	1,29
Toscana	1,75	-0,20	-89,48	1,25	-0,31	-3,31	-5,97	0,67	4,10	-0,72	-2,16
Umbria	1,58	-2,48	-75,99	1,49	1,09	5,35	-2,94	1,01	2,65	0,36	-0,57
Marche	1,99	3,72	-36,67	-0,61	-1,21	4,03	1,76	-20,05	10,79	3,92	2,63
Lazio *	0,16	-4,63	-62,73	0,36	1,46	4,58	-7,58	-2,02	9,70	1,53	-1,52
Abruzzo *	0,63	0,10	-36,93	1,65	2,14	2,93	-7,36	-2,35	-8,86	-18,00	-1,93
Molise *	0,02	-6,81	-33,25	2,40	-9,50	5,84	-8,22	25,20	-1,33	7,40	-2,04
Campania *	-1,16	-3,95	-32,36	1,63	-2,58	7,78	-3,42	-4,42	6,13	5,52	-1,68
Puglia *	1,73	1,60	-9,71	5,06	-0,69	3,62	5,88	3,27	-0,93	-3,74	1,04
Basilicata	2,16	-0,42	-190,28	-3,22	-5,96	16,60	2,79	6,06	-0,41	3,61	1,69
Calabria *	-0,11	-1,00	-56,29	3,26	-5,05	-3,99	6,10	-3,60	-2,58	-13,56	-2,85
Sicilia *	0,45	-1,07	-69,35	6,51	1,60	2,41	4,24	3,52	10,93	5,75	0,89
Sardegna *	2,40	-3,20	-12,40	2,90	2,50	4,71	3,00	2,02	3,24	-2,38	0,42
Totale	1,22	0,05	-55,72	2,79	-0,57	6,08	-0,37	6,11	5,19	1,88	0,50

(*) Regioni sottoposte ai Piani di rientro

Fonte: Corte dei conti su dati ministero della Salute. Dati aggiornati al 25 marzo 2011

Il peso delle singole funzioni di spesa (2010)



Senato: cinque Ordini e 22 albi per 583mila operatori sanitari

Approda in aula il Ddl bipartisan che istituisce 5 nuovi Ordini per 583.297 operatori e al loro interno un albo per ogni professione sanitaria. E apre la porta alla possibilità di costituire successivamente almeno altri tre. Il testo è stato votato all'unanimità in commissione Igiene e Sanità all'inizio di agosto. (Servizi a pag. 9)

SENATO/ Approda in aula il Ddl bipartisan che istituisce cinque nuovi organismi

Professioni verso gli Ordini

Enti provinciali o interprovinciali per 583.297 operatori - Un albo per profilo

Gli effetti del Ddl			
Ordini e albi	Oper.	Ordini e albi	Oper.
Prof.ni infermieristiche	350.588	Prof. tecnico-sanitarie e della prevenzione	83.488
• Infermiere	340.787	• Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	30.000
• Infermiere pediatrico	9.801	• Tecnico audiometrista	1.200
Professione di ostetrica/i	16.500	• Tecnico audioprotesista	3.200
Professioni sanitarie della riabilitazione	84.200	• Tecnico ortopedico	3.000
• Fisioterapista	40.000	• Dietista	3.000
• Logopedista	8.000	• Tecnico di neurofisiopatologia	1.500
• Podologo	1.200	• Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovasc.	3.000
• Ortottista assistente di oftalmologia	3.000	• Igienista dentale	2.200
• Terapista della neuro e psicomotricità evolutiva	3.000	• Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	30.000
• Tecnico della riabilitazione psichiatrica	3.000	• Assistente sanitario	6.388
• Terapista occupazionale	1.000		
• Educatore professionale	25.000		
Professioni dei tecnici sanitari di rad. medica	21.000		

Cinque Ordini e 22 albi per 583.297 operatori. Gli Ordini saranno provinciali, ma se qualcuno dovesse avere meno di 1.000 iscritti potranno essere anche interprovinciali. E si apre una porta per costituire eventualmente di nuovi (con una procedura rigida che coinvolge Governo e Regioni) in caso di professioni con oltre 20mila professionisti e comunque a patto che nell'«Ordine residuo» da cui questi si dovessero staccare rimangano ancora almeno altri 20mila operatori. Una norma questa che darebbe allo stato attuale la possibilità di costituire



Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

Il Sole
24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-SET-2011

da pag. 9

altri 3 organismi (per tecnici di laboratorio, della prevenzione e nel gruppo della riabilitazione o per i fisioterapisti o per gli educatori professionali altrimenti i rimanenti non raggiungerebbero la somma necessaria).

Questi, in sintesi i contenuti del testo del Ddl approvato all'unanimità da maggioranza e opposizione il 2 agosto scorso in commissione Igiene e Sanità del Senato e su cui è stato dato mandato alla relatrice Laura Bianconi (Pdl), di riferire favorevolmente in aula e la delega ad apportare eventuali modifiche di coordinamento formale necessarie per l'assorbimento al Ddl 1142 (Boldi, Lega e altri) preso a testo base del Ddl 573 (Caforio, Idv e altri).

Tra le novità approvate con gli ultimi emendamenti di agosto oltre quella per la formazione di ulteriori Ordini, ci sono la creazione della «Consulta regionale degli Ordini provinciali», funzioni più ampie per la Commissione disciplinare sui procedimenti nei confronti degli iscritti, la specifica che gli statuti di Ordini e Federazioni stabiliscono anche la modalità per la predisposizione dei siti informatici dei nuovi organismi, l'adozione entro sei mesi da parte del Governo di un regolamento di esecuzione per disciplinare i profili di organizzazione degli Ordini e l'estensione a tutte le professioni della possibilità di riscatto degli anni di studio, limitata nella versione iniziale ai soli tecnici di radiologia. Approvato infine un ordine del giorno che impegna il Governo ad adottare iniziative legislative per far svolgere tirocinio e aggiornamento delle infermiere volontarie della Cri già diplomate presso strutture ospedaliere civili in ambito nazionale.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli effetti dei meccanismi di premi e sanzioni

Il confronto interregionale dei risultati 2010 rispetto al 2009 mette in risalto una realtà con i disavanzi concentrati al Centro-Sud permettendo, spiega la Corte, di «focalizzare fenomeni particolarmente critici, ove le situazioni di squilibrio, oltre che a inefficienze organizzative e gestionali, si coniugano ad aspetti nevralgici di alcune realtà». Questo vale soprattutto per Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna che concentrano la maggior parte del disavanzo complessivo 2010 (2.274 milioni), ma è anche grazie ai risultati ottenuti nelle Regioni con piani di rientro che si è ottenuto il miglioramento dei risultati di esercizio anche nel 2010 e una progressiva diminuzione dei deficit a partire dal 2004. Il risultato peggiore in valori assoluti è quello del Lazio, il cui disavanzo (oltre un miliardo), costituisce quasi il 45% del deficit del comparto, ma che migliora di circa il 25% rispetto ai valori negativi del 2009 (-1,4 miliardi). Segue la Campania, con circa mezzo miliardo di deficit che, però, si riduce del 37% rispetto all'anno precedente.

«Sembra dunque - commenta la Corte - che il sistema di responsabilizzazione introdotto con la normativa sui piani di rientro, che prevede forme di premio con accesso a risorse aggiuntive per le Regioni che conseguono gli obiettivi, e forme di sanzione, stia portando a risultati positivi, con rallentamento della dinamica di crescita dei costi e riduzione dei disavanzi».

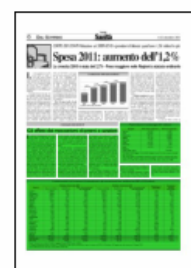
Sicilia, Calabria, Abruzzo, a esempio, hanno approvato, nel 2010, misure che

programmano il livello delle prestazioni erogabili da parte degli operatori privati accreditati (programmazione spesso attuata in ritardo rispetto al periodo di riferimento, rendendo così inefficace il controllo della spesa) mentre, per le procedure di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie pubbliche, le stesse Regioni hanno approvato budget di spesa per le aziende sanitarie (introducendo anche, come la Calabria, misure sanzionatorie a carico dei dirigenti che li violano), e incrementato i processi di accentramento della spesa, basati su forme di aggregazione a più livelli, sia sovra-aziendale, con la creazione di «bacini territoriali» (Sicilia), o di «Aree Vaste» (Abruzzo), sia regionale, mediante acquisti o convenzioni attraverso agenzie regionali, come la «stazione unica appaltante» (Calabria), o l'«Ufficio unico acquisti» (Abruzzo).

Tra le Regioni sottoposte a piano di rientro però, dopo le rettifiche e al lordo degli ammortamenti non sterilizzati chiudono positivamente il 2010 solo Lazio, Abruzzo, Sicilia e Liguria. La Sicilia è la Regione che registra i migliori risultati nei due anni considerati.

Senza considerare Piemonte e Puglia, che solo nel 2010 hanno sottoscritto il piano di rientro e hanno chiuso in perdita entrambi gli anni considerati, tra le Regioni non in piano di rientro ottengono un risultato positivo finale Lombardia, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Marche e Umbria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

06-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 6

Piani di rientro: il monitoraggio 2011 (milioni)

Regioni	2010 senza coperture	2010 con coperture
Liguria *	-126,905	35,981
Lazio	-1.135,894	32,106
Campania	-496,261	-248,888
Molise	-121,164	-98,304
Abruzzo	-19,301	20,052
Puglia	-332,705	2,747
Piemonte	-415,003	7,997
Sicilia	-159,102	157,343
Calabria (totale 2006-2010)		-1.046,983

(*) L'ultimo monitoraggio è a fine 2010: la Regione è per ora l'unica a essere uscita dal piano di rientro

Nota: la Sardegna, in precedenza sottoposta a piano di rientro, è divenuta del tutto a statuto speciale. Tuttavia il tavolo di monitoraggio a fronte dei risultati pregressi ha stabilito la perdita della possibilità di accesso a 14,8 milioni residui per il 2007

I risultati assoluti, con le manovre di contenimento e gli ammortamenti non sterilizzati nel 2009 e 2010 (milioni)

Regioni	Risultato d'esercizio 2009			Risultato d'esercizio 2010			Variazione % 2010/2009	Variazione assoluta 2010/2009
	Senza rettifiche	Rettificato	Con ammortamenti non sterilizzati	Senza rettifiche	Rettificato	Con ammortamenti non sterilizzati		
Lazio *	-1.395,99	18,70	18,70	-1.043,83	99,90	32,10	25,23	352,16
Campania *	-788,88	-0,40	-76,20	-495,79	-248,90	-335,80	37,15	293,10
Puglia ** (1)	-302,47	1,50	-38,90	-335,38	2,75	-47,750	-10,88	-32,90
Sardegna *	-229,74	18,70	-17,70	-228,72	223,80	-255,20	0,45	1,02
Liguria *	-105,64	42,40	36,00	-88,58	20,00	13,40	16,15	17,06
Veneto	-27,15	11,00	-229,10	-72,67	-72,70	-246,50	-167,89	-45,52
Sicilia *	-200	227,30	164,70	-61,96	222,80	157,30	69,02	138,03
Molise *	-63,65	-55,10	-59,20	-53,46	-98,30	-107,50	16,01	10,19
Basilicata	-21,04	0,60	-6,00	-35,33	0,90	-5,90	-67,89	-14,28
Abruzzo *	-94,54	-0,30	-11,60	-19,11	31,90	20,10	79,79	75,43
Pa. Trento	-12,09	-11,20	-10,40	-10,81	-10,80	-10,40	-94,75	-35,22
V. Aosta	0,99	0,90	0,90	6,92	6,90	6,90	604,62	5,94
Pa. Bolzano	37,18	38,60	37,40	1,95	2,00	1,90	10,63	1,29
Friuli	16,67	10,60	6,60	8,63	9,10	5,00	-48,23	-8,04
Piemonte **	16,73	11,80	-60,40	8,84	8,00	-65,60	-47,14	-7,89
Umbria	4,76	8,40	0,70	10,42	13,30	7,00	118,98	5,66
Lombardia	1,88	12,70	3,10	10,58	17,60	17,60	463,08	8,70
Toscana	-6,88	11,90	-84,30	14,22	14,90	-89,40	306,69	21,11
Calabria *	-118,79	-990,80	-1.003,70	18,26	-1.046,90	-1.059,10	115,37	137,06
Emilia R.	22,44	6,60	-120,50	26,45	30,10	-100,90	17,90	4,02
Marche	16,55	12,80	0,70	27,59	43,10	20,60	66,68	11,04
Totale	-3.251,64	-621,30	-1.449,20	-2.325,58	-1.208,40	-2.050,95	28,48	926,07
Solo perdite	-3.167,85	-1.057,80	-1.633,70	-2.452,54	-1.708,30	-2.325,95	27,18	915,31
Solo utili	116,21	434,50	268,80	126,96	516,35	275,00	9,25	10,75

Nota: i risultati sono ordinati in base al maggior disavanzo 2010 senza rettifiche.

(*) Regioni sottoposte a piano di rientro; (**) Piemonte e Puglia hanno sottoscritto il piano di rientro nel 2010. (1) Risultato 2010 aggiornato alla riunione del 7 giugno 2011

Fonte: elaborazioni Corte dei conti su dati ministero della Salute

REGIONE E PERI LANCIA L'ALLARME SUL TRASPORTO PUBBLICO: «CON IL TAGLIO DEI FINANZIAMENTI SIAMO AL DRAMMA»

Ticket, Lusenti conferma l'Isee: «Ma ha anche punti deboli»

L'ASSESSORE

«L'autocertificazione del reddito era il modo più semplice per partire»

■ BOLOGNA

L'ASSESSORE regionale alla Sanità, Carlo Lusenti (nella foto), ha confermato, ieri in Commissione salute e politiche e sociali della Regione, tutte le motivazioni della scelta di modulare per fasce di reddito l'applicazione dei ticket sanitari e ha ribadito che «il modo più semplice» per farlo è l'autocertificazione. «La Regione — ha aggiunto — si riserva, in tempi brevi, di individuare un percorso per individuare strumenti più puntuali di valutazione delle condizioni economiche-patrimoniali di ciascuna famiglia». E si partirà dall'unico strumento disponibile, l'Isee, anche se è «uno strumento complesso — ha detto l'assessore —, con tanti punti di forza, ma anche con tanti punti di debolezza».

UNA posizione nota da giorni, quella dell'assessore, che fin dall'avvio dei ticket sanitari non ha mai considerato l'Isee come una strada percorribile (così come aveva fatto la Toscana) in tempi brevi. Lo strumento, però, sarà comunque adottato dalla Regione, così come, pochi giorni dopo l'introduzione delle nuove tasse sanitarie previste dalla manovra del Governo, aveva specificato il

presidente dell'Emilia Romagna, Vasco Errani.

Sui tempi non c'è ancora nessuna data certa, anche se è verosimile pensare che, per i prossimi due mesi nulla cambierà per i cittadini emiliano romagnoli, che dovranno presentare l'autocertificazione del proprio reddito.

INTANTO, per la Regione la manovra approvata dal Governo e in discussione in Parlamento apre anche un altro fronte, non nuovo a dire il vero: quello del trasporto pubblico.

L'assessore regionale ai Trasporti, Alfredo Peri, ha detto che l'Emilia Romagna si trova in «un mare di guai» a causa del taglio dei fondi statali al trasporto pubblico, e, per uscirne «le politiche tariffarie (ossia l'aumento dei biglietti, ndr) non sono sufficienti».

«NEL 2011 — ha spiegato l'assessore — a livello nazionale sono previsti 371 milioni a fronte di un fabbisogno, tenendo come riferimento i valori del 2009, di due miliardi». E' «evidente — incalza Peri — che non ci può essere nessuna operazione», tariffaria o di altra natura, «che possa colmare la differenza». Dunque, se non ci saranno variazioni «il servizio sarà ingestibile». Il Governo «deve dare velocemente risposte» — insiste l'assessore — anche perché questo non è un settore che può essere gestito all'impronta, serve programmazione».



▼ **Camera: Ddl omnibus a metà mese in assemblea**

Calendarizzato in assemblea a Montecitorio per metà mese il testo del Ddl omnibus del **ministro della Salute** Fazio su Ordini e trials clinici. (Servizio a pag. 9)

IL TESTO CALENDARIZZATO PER METÀ MESE

Il Ddl su sperimentazioni e operatori pronto per l'assemblea della Camera

Atteso a metà settembre in assemblea a Montecitorio il Ddl omnibus del **ministro della Salute, Ferruccio Fazio** (Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria, C. 4274; relatore Melania De Nichilo Rizzoli (Pdl), da maggio all'esame della commissione Affari sociali della Camera.

Tra i ritocchi apportati al provvedimento spicca all'articolo 1 - contenente la delega al Governo per il riordino della normativa sulle sperimentazioni cliniche - l'indicazione a prevedere requisiti minimi specifici per l'individuazione dei centri autorizzati a svolgere studi di Fase 0 e di Fase I, anche per garantirne una più uniforme presenza sul territorio nazionale.

Novità anche per i direttori scientifici degli Irccs: grazie a una modifica introdotta all'articolo 3 del provvedimento il loro rapporto esclusivo sarà compatibile sia con il primariato che con la libera professione all'interno della struttura di appartenenza. Arricchito di dettagli anche il pacchetto di norme relative al personale: si conferma l'obbligo di iscrizione ad albi ed elenchi anche per i pubblici dipendenti; si prevede

l'individuazione di norme deontologiche condivise per il lavoro nelle équipe multiprofessionali e si ipotizza l'assoggettabilità degli iscritti ad albi e Ordini anche a sanzioni di natura economica in caso di illeciti.

Introdotta ex novo infine un articolo che prevede l'inserimento di biologi e psicologi tra le professioni sanitarie, sottoposte all'alta vigilanza del **ministero della Salute** e una norma che impone la confisca delle cose e degli strumenti utilizzati per l'esercizio abusivo della professione. Ritocchi infine anche in tema di rischio clinico: eliminata la norma di partenza che il comma che puntava a introdurre l'obbligo di copertura assicurativa della responsabilità professionale per tutti gli iscritti ad albi, elenchi e registri, è stato però aggiunto l'obbligo per le strutture di presentare una relazione annuale su eventi avversi, cause e contromisure.

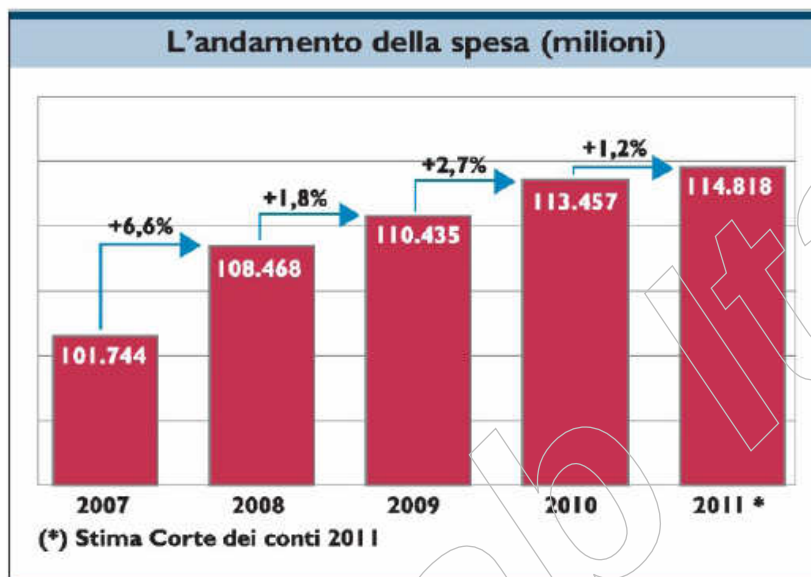
© RIPRODUZIONE RISERVATA



CORTE DEI CONTI/ Relazione sul 2009-2010 e previsioni di bilancio: quest'anno 1,36 miliardi in più

Spesa 2011: aumento dell'1,2%

La crescita 2010 è stata del 2,7% - Peso maggiore nelle Regioni a statuto ordinario



La spesa sanitaria ha assorbito nel 2010 in media il 75,5% della spesa corrente complessiva delle Regioni. Ma rallenta: nel 2011 non dovrebbe andare oltre l'1,2% di aumento rispetto allo scorso anno, 1,36 miliardi in più rispetto al 2010 quando è aumentata del 2,7% sul 2009 (circa 3 miliardi).

Secondo la Corte dei conti - che ha condotto l'analisi nella Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni negli esercizi 2009-2010 approvata con delibera depositata il 29 luglio 2011 e pubblicata sul sito della Corte il 4 agosto - il risultato positivo, migliore di circa 1,5 miliardi rispetto alle stime contenute nella Decisione di finanza pubblica dell'ottobre 2010 (114.962 milioni), è stato ottenuto grazie a più efficaci politiche di controllo della spesa, introdotte dalla Finanziaria 2010 e dal Dl 78/2010 e che hanno agito sia sulla componente pubblica del Ssn ("produttori non market") con il contenimento della crescita dei consumi intermedi e dei redditi da lavoro dipendente,

sia sulla componente privata ("produttori market"), introducendo norme più stringenti sulla spesa farmaceutica in convenzione e sull'accreditamento dagli operatori privati accreditati per medicina specialistica, assistenza ospedaliera e terapie riabilitative.

Dove la spesa incide di più. Rispetto al peso medio del 75,4% sulla spesa corrente delle Regioni, la spesa sanitaria è in realtà più rilevante nelle Regioni a statuto ordinario (in media 82,6%) nel 2010 rispetto a quelle a statuto speciale (in media 51,30%). E cambia ancora incidenza nei due gruppi (si veda tabella a pagina 7), passando da un'incidenza del 72,2% in Basilicata a una dell'86,3% in Veneto tra le Regioni a statuto ordinario e dal 24,9% della Valle d'Aosta al 60,6% della Sicilia tra quelle a statuto speciale. Le Regioni con la maggiore spesa sanitaria tuttavia hanno un peso relativamente basso di questa sul totale della spesa corrente mentre assolutamente a macchia di leopardo è la percentuale di spesa sanitaria sul Pil locale, media-

mente del 6,97% tra le Regioni a statuto ordinario e del 7,22% tra quelle a statuto speciale, ma che passa tra le prime dal 5,53% (il valore in assoluto più basso) della Lombardia al 10,64% della Puglia e tra le seconde dal 6,47% di Valle d'Aosta e Trento al 10,48% della Sicilia.

I risultati complessivi. In particolare, spiega la Corte, nel 2010 le spese di personale sono aumentate del 4% per il pagamento di arretrati per rinnovi contrattuali del personale non dirigente del biennio 2008/09 e dell'indennità di vacanza contrattuale per il 2010. Al netto della componente retributiva del biennio precedente, i redditi da lavoro dipendente crescono del 2,9%, in linea con gli andamenti previsti. A contenere la dinamica retributiva



ha contribuito anche la disciplina contabile introdotta da accordi Stato-Regioni con cui si dispone che gli enti territoriali prevedano nei propri bilanci la copertura integrale degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali del personale del Ssn.

La crescita dei consumi intermedi nel 2010 (3,7%), inferiore rispetto al 2009 (5,4%), è l'effetto, da un lato, della scelta di incrementare la distribuzione diretta dei farmaci per contenere la spesa farmaceutica convenzionata, dall'altro, delle economie di spesa ottenute sia razionalizzando le procedure di acquisto di beni e servizi delle aziende sanitarie (accentramento o convenzioni stabilite a livello regionale con le stazioni uniche appaltanti), sia spostando parte della spesa farmaceutica dal comparto ospedaliero a quello territoriale.

Le spese per beni e servizi da produttori market del Ssn, che complessivamente crescono dell'1,1%, registrano un incremento di spesa dell'1,7% per l'assistenza medico-generica (al lordo di 400 milioni di oneri per arretrati dovuti al rinnovo delle convenzioni 2008/2009), mentre decresce la spesa farmaceutica in convenzione (-0,6%), su cui incide positivamente la manovra prevista dal Dl 78/2010, che ha previsto misure dirette sia a incrementare l'appropriatezza delle prescrizioni, sia a risparmi derivanti da sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti, e, per le aziende farmaceutiche con l'attivazione del meccanismo del pay back. La crescita contenuta della spesa per altre prestazioni (ospedaliera, specialistica, riabilitative, integrative e altro) dell'1,7% (nel 2009 3,5%), è stata ottenuta anche grazie a una regolazione più rigorosa dei meccanismi di accreditamento delle aziende private che operano per conto del Ssn.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

06-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 6

Quanto incide la spesa sanitaria nelle Regioni

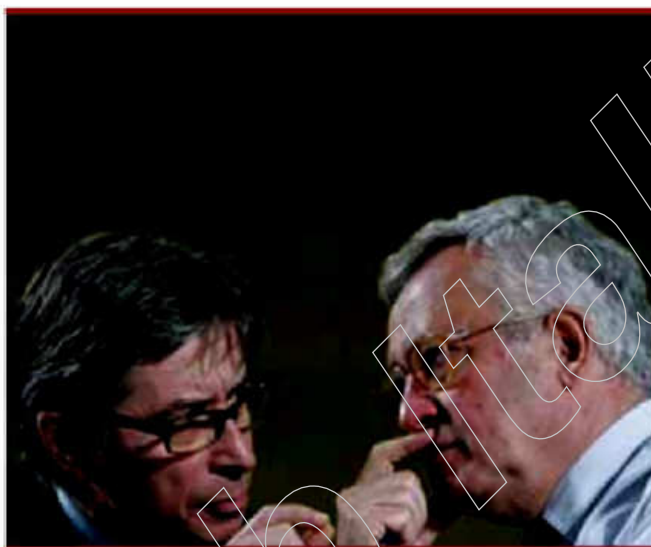
	% spesa sanitaria/spesa corrente			% spesa sanitaria/Pil		
Regioni a statuto ordinario	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Piemonte	78,70	78,80	79,10	6,39	6,85	6,74
Lombardia	85,10	84,10	85,50	5,11	5,26	5,53
Veneto	84,20	85,30	86,30	5,65	5,96	6,18
Liguria	80,20	81,50	81,30	6,47	7,44	6,83
Emilia Romagna	85,50	83,60	84,50	6,08	6,04	6,08
Toscana	82,00	81,90	81,50	6,14	6,23	6,36
Marche	81,20	81,30	83,70	6,31	6,78	7,15
Umbria	76,20	76,40	75,60	6,76	7,34	7,21
Lazio	87,60	75,60	81,60	9,94	6,35	7,73
Abruzzo	81,80	80,70	80,80	8,76	8,19	8,34
Molise	81,60	75,00	77,80	13,76	9,06	9,73
Campania	83,80	80,70	81,40	9,63	9,81	9,54
Puglia	82,50	79,00	84,30	9,77	9,97	10,64
Basilicata	73,90	72,10	72,20	8,41	9,05	9,00
Calabria	75,70	76,10	77,80	9,77	9,67	9,17
Totale Rso	83,40	80,70	82,60	7,00	6,72	6,97
Regioni a statuto speciale	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Valle d'Aosta	25,70	24,80	24,90	6,31	6,41	6,47
Provincia di Bolzano	33,80	34,40	35,30	6,31	6,88	7,09
Provincia di Trento	37,20	37,90	37,70	5,97	6,40	6,47
Friuli Venezia Giulia	46,40	48,70	47,30	6,02	6,60	6,51
Sardegna	53,00	49,00	54,30	8,74	8,73	10,07
Sicilia	63,80	56,50	60,60	13,00	10,19	10,48
Totale Rss	53,40	48,90	51,30	9,64	8,58	8,94
Totale generale	76,30	73,30	75,40	7,33	6,95	7,22

Confermati i tagli alle Regioni - L'Agenas rischia la soppressione - Pensioni dei medici, blitz sventato

Manovra bis, nuovo Patto in salita

I governatori chiedono una riforma istituzionale e un accordo forte sulla salute

«Il federalismo è morto» hanno dichiarato governatori e sindaci compatti delusi dagli emendamenti del Governo alla manovra bis. Nessuna schiarita sulla sanità: tagli confermati per 7,5 miliardi, nuovo Patto per la salute tutto in salita e secondo le Regioni - che in settimana presenteranno una loro proposta di autoriforma istituzionale - è sempre più lontano. E mentre i medici non abbassano la guardia dopo la doccia fredda del tentato blitz sui riscatti di anzianità, la manovra getta un'ombra sull'Agenas che, con meno di 70 dipendenti, potrebbe anche essere soppressa.



A PAG. 2-5

Il presidente delle Regioni Errani e il ministro dell'Economia Tremonti

MANOVRA/ Fronte unico dei governi locali contro il "peso sproporzionato" dei tagli

Le Regioni serrano i ranghi

I governatori: «È la morte del federalismo» - Patto per la salute in bilico

«Hanno ammazzato il federalismo. Il federalismo è vivo». Almeno nel cuore e nei polsi delle Regioni. Inevitabile la tentazione di parafrasare De Gregori ascoltando le dichiarazioni rese a caldo dal presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, e dal collega lombardo, Roberto Formigoni, giovedì, al termine di un infuocato incontro col Governo per discutere della manovra: «Il federalismo è morto e sepolto. Le Regioni hanno meno autonomia di ieri». E soprattutto «le tre manovre che dal luglio 2010 a oggi si sono abbattute in modo "drammaticamente sproporzionato" su Regioni ed enti locali renderanno impossibile garantire i servizi essenziali ai cittadini. A partire dalla sanità, è ovvio: «con il taglio di oltre 7 miliardi nel 2012-2013 le Regioni diventeranno delle grandi Asl a rischio deficit», ha detto Errani.

E così, col federalismo nel cuore, è il caso di dirlo, i presidenti - che in

settimana presenteranno una loro "autoriforma" istituzionale - hanno chiuso la conferenza straordinaria di giovedì stringendo una sorta di "patto di sangue": comunicazioni all'unisono per contrastare le risposte prevedibilmente "insoddisfacenti" del Governo; chiarezza e compattezza assoluta sui passi istituzionali da intraprendere a prescindere dall'appartenenza ai diversi schieramenti.

Il momento è grave per il Paese ed è grave per le Regioni, che sentono traballare la propria tenuta politica e hanno deciso - più forte che mai - di marciare unite verso quattro obiettivi:



Lettori: n.d.

Il Sole
24 ORE Sanità

06-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 2

riequilibrare i tagli che oggi pesano per il 57,7% sulle Regioni titolari invece solo del 25,7% della spesa complessiva; ragionare assieme e con urgenza su servizi e investimenti che si vogliono garantire; elaborare come regioni una proposta forte e seria su una autoriforma del sistema, puntando sul taglio dei costi della politica; discutere e ottenere al più presto un nuovo Patto sulla salute.

Una nota dolente quella del Patto che si presenta come un percorso più che mai in salita: «Non se ne può neanche parlare - è sbottato Errani - ma non si può far finta di niente: si mettono le mani in tasca ai cittadini partendo dagli strati più deboli».

E per la sanità e per i malati non potrà funzionare la strategia annunciata sempre giovedì da Errani in tema di trasporto pubblico locale: «Porteremo al Governo i contratti che non saremo più in grado di onorare». Le sorti del Servizio sanitario pubblico restano invece affidate all'iniziativa pubblica e alla richiesta di incontri con i capigruppo e al presidente del Senato decisa assieme da Regioni ed enti locali e alla richiesta di emendamenti che da una

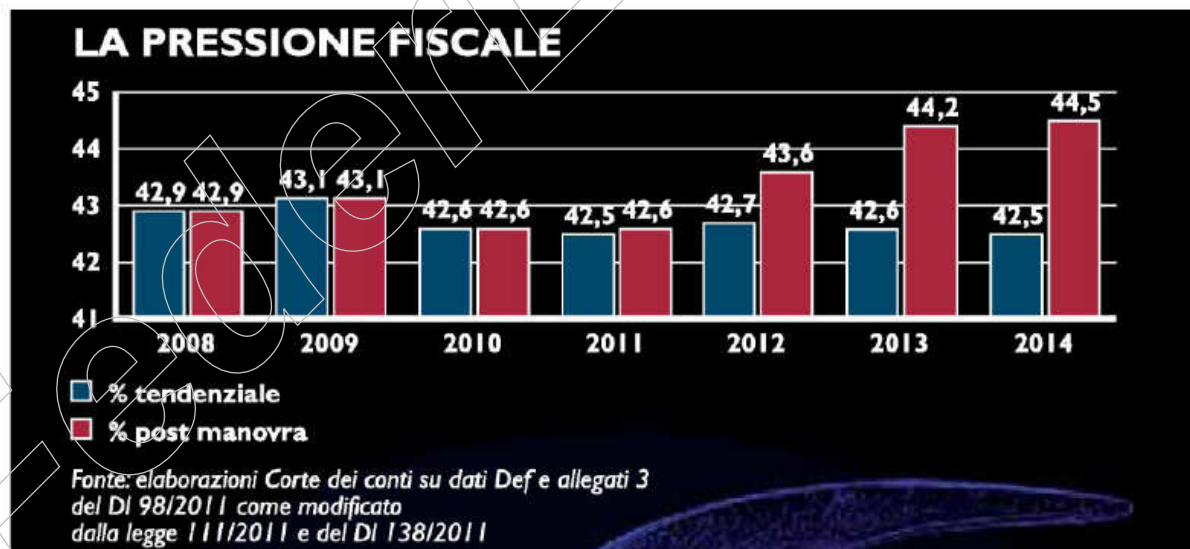
manovra all'altra restano sempre gli stessi. Con tre punti irrinunciabili in tema di Welfare: l'incremento di 900 milioni del Fondo nazionale per le politiche sociali a partire dal 2012, escludendo le risorse dal patto di stabilità; il reintegro integrale dei tagli previsti sulla sanità (2.500 milioni per il 2013 e 5mila per il 2014) grazie al recupero dell'evasione fiscale; il reintegro del finanziamento di 381,5 milioni da reperire aumentando l'accisa sui tabacchi per finanziare la mancata copertura dei ticket in sanità.

Strada in salita, appunto, visti i tempi e le "soluzioni" che corrono.

Con in più la nuovissima ennesima grana in arrivo da fronteggiare sul versante medici. Ai camici pubblici l'idea di restare col cerino della supertassa in mano non è piaciuta per nulla: il contributo di solidarietà eliminato in fretta e furia dal firmamento di dirigenti e professionisti privati continua al momento a splendere ancora sulle sorti dei 10mila dipendenti del Ssn.

E la mobilitazione è sempre dietro l'angolo.

**Paolo Del Bufalo
Sara Todaro**



quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Manovra. Pd: “Insieme ai medici e ai cittadini per salvare il Ssn”

Tagli “mostruosi” al sistema socio-assistenziali e un “accanimento inaudito, oltre che inedito, contro i professionisti del Ssn”. Dalla Festa Democratica in corso a Pesaro, Margherita Miotto (deputato Pd), Lionello Cosentino (senatore Pd), Paolo Fontanelli (responsabile Salute del Pd), Roberta Agostini (responsabile Salute e Conferenza delle Donne Pd), Carlo Lusenti e Almerino Mezzolani (assessori alla Sanità dell’Emilia Romagna e delle Marche) e Stefano Cecconi (responsabile salute della Cgil) lanciano un appello ai cittadini e alle professioni della sanità per unirsi in una “battaglia che non è solo per salvare sanità, ma per salvare i valori fondanti su cui si poggia il Ssn, cioè l’equità e la solidarietà”.

05 SET - “Dobbiamo mobilitarci con i cittadini, i medici, le professioni sanitarie e socio-sanitarie per difendere il diritto alla salute. È l'imperativo di questa fase e il Pd sarà forte e deciso in questa battaglia”. Questo l'appello lanciato da **Paolo Fontanelli**, responsabile Salute del Pd, alla Festa Democratica in corso a Pesaro fino all'11 settembre. Un appello ribadito da **Roberta Agostini** (responsabile Salute e Conferenza delle Donne Pd), **Margherita Miotto** (deputato Pd), **Lionello Cosentino** (senatore Pd), **Carlo Lusenti** e **Almerino Mezzolani** (assessori alla Sanità dell’Emilia Romagna e delle Marche) e **Stefano Cecconi** (responsabile salute della Cgil), che insieme a Fontanelli hanno partecipato, sabato scorso, a una tavola rotonda per fare il punto sulla manovra e il futuro del Ssn. “Ma il Pd non si limita a fare battaglie difensive”, ha precisato Fontanelli. “Pensiamo vi sia lo spazio per riqualificare il sistema sanitario e abbiamo presentato le nostre proposte. Un progetto che ci responsabilizza e nel quale continueremo ad impegnarci”.

Il primo passo però, secondo i rappresentanti del Pd, è quello di contrastare la manovra. “Ci troviamo - ha affermato **Agostini** aprendo il dibattito - a di fronte uno scenario inedito, perché il principio della tutela della salute, vincolato costituzionalmente, è messo sotto duro attacco dalle politiche che il centro destra ha perseguito negli ultimi tre anni e chi si concretizzano in tagli pesantissimi. Il centrodestra ha sottratto risorse senza avere il coraggio di dichiarare pubblicamente la strategia di privatizzazione, perché sanno benissimo, sia Berlusconi che Tremonti, che gli italiani considerano la sanità un diritto, e un diritto universale”.

“Il Ssn - ha affermato **Miotto** prendendo la parola - sta rischiando davvero e i cittadini devono saperlo ed essere sensibilizzati su questo, perché non basta che il diritto alla salute sia scritto sulla Costituzione perché sia reale. Per garantire la sanità, una buona sanità, servono finanziamenti, bravi professionisti e investimenti importanti in ricerca e nell’ammodernamento delle strutture”. Elementi che, per Miotto, in questi tre anni sono diventate sempre più dissolti e “la sanità è stata considerata come uno dei tanti settori della Pubblica Amministrazione contro la quale il Governo ha intrapreso una battaglia feroce. L'accanimento contro le professioni della sanità - ha dichiarato - ha dell'inaudito, oltre che dell'inedito per il nostro Paese. A questo si aggiunge il taglio alle politiche sociali e socio-sanitarie che, a partire da quest'anno, non avranno più un euro di finanziamento e a cui le Regioni dovranno far fronte introducendo nuove tasse locali o compartecipazioni alla spesa da parte cittadini”. E tutto questo, conclude Miotto, non potrà che portare, appunto, a una “pericolosa deriva verso la privatizzazione dei servizi sanitari”.

Opinioni condivise da **Carlo Lusenti**, secondo il quale quello a cui si sta assistendo è “un attacco diretto a diritti umani, civili e costituzionali”. In relazione ai tagli imposti alle Regioni dalle ultime manovre, Lusenti ha voluto sottolineare che “in questi anni gli sforzi dolorosi e difficili di efficientamento, riduzione e organizzazione del sistema sono stati fatti e abbiamo le carte per dimostrarlo”. Ma i tagli previsti dalla manovra renderà il sistema insostenibile anche per le Regioni cosiddette virtuose e, sottolinea Lusenti, e costringerà a un taglio dei servizi. “Dalle proiezioni, a causa di questi tagli l’Emilia Romagna produrrà nel prossimo triennio un buco di 1,5 miliardi di euro. Ma l'unica cosa che ci resterà da fare è scegliere

quali ospedali e servizi chiudere”.

L'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna ha quindi illustrato i dati del Censis che nel 2010 hanno dimostrato come la spesa sanitaria sia un investimento: “Ogni punto percentuale in più speso in sanità rende crescita del Pil pari allo 0,30%”. Così come, ha aggiunto Lusenti, “in questo periodo di crisi a reggere il confronto internazionale sono stati il settore biomedicale dell'Emilia Romagna e quello farmaceutico della Toscana e del Lazio. Azzoppare il Ssn – ha osservato Lusenti – significa non solo privare i cittadini di un diritto, ma anche non avere un'idea del Paese e non capire che la spesa sanitaria è investimento, non costo”.

Al contrario, ha aggiunto **Cosentino**, è proprio la mancanza di investimenti in sanità a rischiare di diventare un costo e di produrre debito, anziché sanarlo. “Il recente caso della Tbc lo rende evidente. Stanno tornando a colpire malattie che erano debellate e si stanno diffondendo proprio a causa di una riduzione della qualità di vita di ceti e dell'assistenza tra le fasce più deboli della popolazione. E non è vero – ha aggiunto il senatore Pd – che, come dice Sacconi, la cosa migliore è privatizzare la sanità perché questo è un problema che richiede una buona politica di sanità pubblica altrimenti queste fasce di popolazione non saranno assistite e le malattie si diffonderanno sempre di più con costi crescenti per l'intero Paese”.

“È una battaglia sacrosanta”, ha commentato **Mezzolani**, secondo il quale “il Paese, per funzionare, ha bisogno di un interlocutore serio, credibile, che ti permetta di portare avanti quello che tu hai progettato per la tua Regione. E il Governo ha dimostrato di non saperlo fare. Tutto – ha osservato - viene frustrato dal taglio delle risorse. È una politica alla quale ci dobbiamo opporre, perché non si tratta solo di salvare la sanità, ma di salvare i valori fondanti su cui si poggia il Ssn, cioè l'equità e la solidarietà”.

Concorda con i rappresentanti del Pd anche Stefano **Cecconi**, responsabile della Salute della Cgil. “Il Governo sta agendo in modo ingiusto, colpendo i più deboli e i soliti noti”. Secondo Cecconi gli spazi per riqualificare la spesa ci sono, “ma i tagli lineari imposti dalla manovra sono una catastrofe”. L'esempio più “clamoroso”, secondo Cecconi, è quello dell'introduzione del ticket, “che non solo colpisce i cittadini, ma li spinge al ricorrere alla sanità privata. È una manovra regressiva e deprimente l'economia. Che mette in ginocchio le Regioni e che – ha concluso il responsabile salute della Cgil - non contrasterà il debito, ma lo produrrà”.

Sanità Si apre un fronte contro la gestione commissariale

«No a Bortoletti». Lettera di 400 medici a Fazio

Mignone, segretario Smi:
 «23 nuove strutture gestionali
 sprechi e sovrapposizioni»

Simona Paolillo

Arriva anche sul tavolo del ministro della salute, Ferruccio Fazio, la denuncia del sindacato dei medici italiani della Campania, contro l'attività commissariale della sanità di Maurizio Bortoletti. Si tratta di una lettera aperta. La lettera è sostenuta da quattrocento medici salernitani aderenti allo Smi e condivisa anche dal personale di comparto. Al commissario viene chiesto, tra l'altro, di spiegare dove e cosa stia risparmiando attraverso la sua gestione. Si insinua il dubbio che il commissario non valuti le spese correnti e "gonfi" quelle pregresse, con dei meri giochetti di contabilità. Per lo Smi non fa ben sperare l'apparente riduzione del «totale dei costi della produzione» che, nel consolidato del Conto economico del secondo semestre 2011, pubblicato sul sito web, si è attestata su 812.572 ME laddove



nel primo trimestre del 2011 aveva fatto registrare 441.241 ME (69.910 ME in meno), contribuendo a determinare una riduzione del trend di crescita del deficit di esercizio valutato in circa 64ME nel I° trimestre e fermatosi a quota 78milioni di euro nel consolidato del secondo trimestre. Mignone, segretario Smi, scrive «sorge il dubbio che vi

siano partite non valorizzate economicamente, e quindi non iscritte nelle rispettive caselle del conto economico». L'affondo è anche sul fallimento dell'unificazione delle tre Asl e sulla creazione di «rendite parassitarie» che si scoprono all'interno del piano attuativo e che sono in contrasto con le disposizioni del decreto 49 sul rias-

setto della rete ospedaliera e territoriale, che prevede una riduzione del 20% degli incarichi. Nello specifico si tratta della creazione di 23 strutture gestionali alle dipendenze della Direzione Strategica (6), della Direzione Amministrativa (7), e della Direzione Sanitaria (10), oltre a tante altre posizioni organizzative e gestionali intermedie. È un «coacervo di sovrapposizioni di competenze e responsabilità che faranno aumentare - riporta la lettera - la confusione e l'ingovernabilità dell'Azienda». Antonio Mignone, parla anche dei rapporti che il commissario Bortoletti tiene con le parti sociali. «Negli incontri da Lei presieduti si osserva costantemente un Suo essere sordo, impenetrabile, che all'occorrenza si avvolge in una nube di superiore indifferenza e così si dissocia e si protegge dalle problematiche rappresentate dalle organizzazioni delle categorie di quegli operatori, che in un'Azienda Sanitaria, sono il vero motore del funzionamento dei servizi da rendersi alla popolazione beneficiaria».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL DENARO SANITA'

Martedì
06 Settembre 2011

SCIOPERO – Anche i medici incrociano le braccia oggi per lo sciopero generale promosso dalla Cgil. A rischio le attività sanitarie programmate in elezione, gli interventi chirurgici non urgenti, le visite e gli esami diagnostici sia negli ospedali sia nei presidi territoriali della Asl. Garantite, invece, le urgenze. Nel mirino la manovra del governo che colpisce la categoria. ▶ 19

I CONTI IN ROSSO – Piano di rientro: per la Campania c'è solo una settimana di tempo per allinearsi alle disposizioni dei ministeri vigilanti che lo scorso 20 luglio segnano un'altra bocciatura sui conti di Asl e ospedali. Dallo scorso aprile il deficit certificato sul preconsuntivo del 2010 di sl e ospedali scende da 248 a 70,9 milioni di euro. ▶ 20

RICERCA – Il selenio previene il cancro del fegato. Il metallo, raro, quasi sconosciuto, risulta centrale per importanti tumori e alcune rilevanti normali vie metaboliche. I nuovi ed innovativi risultati giungono dallo studio di Giuseppe Castello presso il centro di ricerche oncologiche di Mercogliano (Crom). Cruciale il ruolo della proteina che lega il Selenio. ▶ 21

► Politica & salute. 1 ◀

Federalismo alla prova dei costi standard

GIUSEPPE MATARAZZO
direttore sanitario

La riforma del titolo V della Costituzione (articolo 119) riguarda l'ampliamento dell'autonomia regionale con il passaggio di competenze dal governo centrale a quello regionale per i settori della sanità, dell'istruzione scolastica e del trasporto pubblico locale. E' questo il nocciolo normativo della riforma federale dello Stato. La legge n. 42 del 5 maggio 2009 recante la delega al Governo in materia di federalismo fiscale stabilisce il finanziamento di alcune funzioni pubbliche, la leale collaborazione tra i diversi livelli di governo ed il passaggio, per le funzioni fondamentali, dal criterio della spesa storica ai "costi e fabbisogni standard". E proprio sulla Sanità e sul nodo dei costi standard (ancora tutti da definire) si addensano specifiche preoccupazioni, che richiedono adeguati approfondimenti e maggiori certezze soprattutto per le regioni del Sud. Non fosse altro perché, come si sa, nell'ambito della spesa pubblica e delle risorse regionali, i costi della sanità coprono circa il 65 per cento dei bilanci. Ma cosa sono i costi standard ed il fabbisogno standard e come si determinano? I decreti delegati prevedono che i costi standard si calcolino considerando le tre regioni italiane con le migliori prestazioni, che significano buone pratiche e conti a posto. Il "fabbisogno sanitario standard", cioè la definizione di quali e quante prestazioni i cittadini hanno diritto in modo uniforme in tutto il territorio nazionale, è determinato applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle tre regioni di riferimento, scelte dalla Conferenza Stato-Regioni, tra le migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di equilibrio economico, sono individuate in base a criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza, sulla base di appositi indicatori. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni (...)

il testo completo sul portale sanità di denaro.it

► Asl Napoli 1 ◀

Esami radiologici, più fondi dai ticket



Tetti di spesa al limite, ovvero volumi di prestazioni in via di esaurimento: il budget per l'attività dei privati ex convenzionati è al lumicino. A Napoli 1 la situazione più seria.

La novità è nella possibilità di impiegare il gettito del ticket sulla specialistica (circa 40 milioni fino a dicembre drenati dai 10 euro per ogni ricetta imposta dal governo e che in Campania raddoppiano a causa del Piano di rientro) per la copertura delle prestazioni oltre il tetto di spesa. Per ora si tratta solo di una ipotesi ma esiste una specifica richiesta da parte delle associazioni di categoria che sa-

rà vagliata dal tavolo tecnico Asl-Regione-associazioni di categoria, convocato in settimana a Palazzo Santa Lucia. Sul piatto la Regione sarebbe disposta a mettere non più di 10 milioni per garantire la continuità erogativa in tutte le Asl e per prestazioni giudicate urgenti. Quel che è certo è che i volumi di prestazioni e la correlata spesa per l'anno 2011 aggiornati al 31 luglio scorso, segnano rosso

per la radiologia e e per la medicina nucleare fissando rispettivamente per oggi e per il 1° ottobre la proiezione lineare della data di esaurimento dei limiti di spesa per il 2011.

Il budget è esaurito:
per coprire il
fabbisogno allo studio
misure d'emergenza

► Politica & salute. 2 ◀

10 euro a ricetta: Tassa di 40 mln sugli utenti

ANTONIO SALVATORE

In uno scenario di grave crisi globale le decisioni assunte dal governo centrale e regionale per fronteggiare la situazione sono lontane dall'adozione di correzioni strutturali dei conti e non centrano l'obiettivo della ricrescita economica. E in questo contesto chi ne paga le conseguenze sono i cittadini e il sistema sociale, a forte rischio implosione.

In piena crisi economica e in assenza di prospettive di breve e medio termine, i provvedimenti assunti nelle ultime settimane – e in corso di emanazione – invece di dare certezze e rassicurazioni a tutti gli attori del sistema paese, alimentano dubbi e preoccupazioni. Il governo centrale, in luogo di riforme strutturali nel segno dell'equità (con una organica riforma fiscale e penale tributaria, con misure tese a sterilizzare i ritardati pagamenti della Pubblica amministrazione) si limita alla salvaguardia di posizioni dominanti (limitando la liberalizzazione delle farmacie, salvaguardando le feste laiche, salvaguardando le Bcc dalla stretta sulle agevolazioni fiscali, etc) o, ancor peggio, agendo sullo stato sociale (pensioni e sanità). Proprio su questo versante, dal 17 luglio scorso, con la pubblicazione nella Gazzetta ufficiale del Legge n. 111, il diritto alla salute (costituzionalmente garantito) è stato gravato di un ulteriore balzello a carico dei cittadini. Con la riviviscenza della quota fissa sulla ricetta di 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica, il costo di esami e visite a carico dei cittadini è lievitato enormemente e, in molti casi, esso si traduce in un vero e proprio balzello per i pazienti costretti a pagare per intero il costo della prestazione. E ciò non perché sia stato fatto un regalo alla Sanità privata, in quanto la quota di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie – lievitata a causa della quota ricetta – diviene paradossalmente a totale carico del cittadino ed è anche dissuasivo dal dall'utilizzo (...)

► 18

IL DENARO SANITA'

Martedì
06 Settembre 2011

► Asl Napoli 1 centro ◀

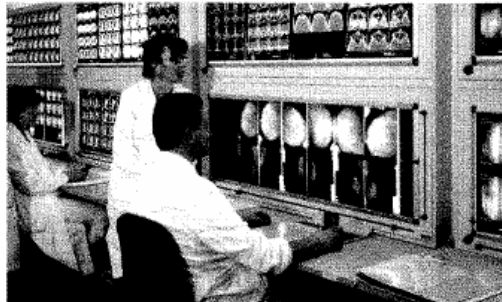
Tac, Rmn ed ecografie: esaurito il budget

ETTORE MAUTONE

Tetti di spesa al limite, ovvero volumi di prestazioni in via di esaurimento: il budget per l'attività dei privati ex convenzionati è al lumicino. A Napoli 1 la situazione più seria.

I volumi di prestazioni e la correlata spesa per l'anno 2011 aggiornati al 31 luglio scorso, segnano rosso per la radiologia e per la medicina nucleare fissando rispettivamente per oggi e per il 1° ottobre la proiezione lineare della data di esaurimento dei limiti di spesa per il 2011.

E' presumibile che la ridotta attività fatta registrare nel mese



di agosto 2011 comporti una variazione, ovvero uno spostamento in avanti di un mese delle date di esaurimento dei volumi di prestazioni e dei correlati

limiti di spesa ma ad ottobre è più che probabile lo stop delle attività a carico del servizio sanitario regionale per le discipline di radiologia e medicina nu-

Spesa, le date limite

- **Branche a visita:** 6 dicembre
- **Cardiologia:** 27 settembre
- **Diabetologia:** 31 dicembre
- **Laboratorio:** 25 novembre
- **Nucleare:** 1° ottobre
- **Radioterapia:** 31 dicembre
- **Radiologia:** 6 settembre

L'importo speso, al 31 luglio scorso, al netto dei ticket e dello sconto, è di circa 73 milioni rispetto al tetto di spesa fissato di circa 100 milioni

clear. A soffrire, nel territorio della Asl metropolitana, è anche la Cardiologia ambulatoriale: la data presunta di esaurimento delle risorse per le prestazioni in convenzione è il 27 settembre. Proseguono, intanto, le attività di monitoraggio del tavolo tecnico congiunto tra la Asl e le associazioni di categoria tramite il sistema informatico Cacom relativo al mese di agosto. Il tavolo di riunita non appena saranno disponibili i dati.

Intanto in base agli accordi stipulati dal sub-commissario **Mario Morlacco** con il commissario della Asl **Maurizio Scoppa**, sono in via di esecuzione i mandati di pagamento relativi al fatturato contabilizzato del mese di marzo (60%), nonché di un ulteriore acconto su gennaio (15 % e febbraio (5%).

TEST A MEDICINA - Si sono concluse a Napoli per circa settemila candidati le prove di ammissione per i corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria degli atenei Federico II e Seconda Università. Tra gli aspiranti quest'anno moltissimi giovani già laureati in altre facoltà vicine alle scienze mediche. I test, secondo gli aspiranti dottori, sono stati accessibili ma ostici.

ASL DI BENEVENTO - Il capogruppo di Noi Sud nel consiglio regionale della Campania, **Sergio Nappi**, presenta un'interrogazione urgente al Presidente della Giunta **Stefano Caldoro**, per sapere se il commissario dell'Asl di Benevento, **Giuseppe Testa**, sia stato autorizzato all'acquisizione della Chiesa dell'Annunziata di Morcone, acquisita al patrimonio dell'Asl di Benevento con atto notarile del 20 maggio 2011, per la somma di euro 929.622,42.

A stretto giro il commissario della Asl di Benevento, precisa che la notizia è totalmente infondata e priva di qualunque riscontro. "E' vero" - dice Testa - invece che la Asl di Benevento ha acquistato dall'Ente provincia napoletana della Congregazione S.S. Redentore, l'immobile denominato "Nuovo Capozzi", condotto in locazione - prima dalla disciolta Usl 8 di Morcone e poi dall'Asl Bn.

Asl di Caserta, diabetologia senza fondi

Attività di monitoraggio dei tetti di spesa: se la Asl Napoli 1 piange ed ha difficoltà ad assicurare le prestazioni di radiologia e di medicina nucleare la Asl di Caserta non ride. Cambiano le branche ma la situazione è praticamente la stessa. I dati, elaborati dal tavolo tecnico congiunto tra associazioni di categoria e azienda sanitaria, aggiornati al 31 luglio scorso, rivelano che per i pazienti residenti il 16 settembre sarà esaurito il budget dedicato ai pazienti diabetici per le relative prestazioni assicurate dai centri anti-diabete.

Ero i successivi 20 giorni sarà la volta della Radiologia ad esaurire i limiti di spesa e i volumi di prestazioni per risonanze magnetiche, Tac ed ecografie, oltre che per lastre rx tradizionali e dunque ai pazienti non resterà altro che mettere mano al portafoglio o rivolgersi ai centri pubblici per ottenere le prestazioni richieste. Il tutto al netto dei ticket che si pagano, è bene ricordarlo, sia nel pubblico sia nel privato (circa 36 euro con l'aggiunta di altri 20 euro sulla ricetta). Per il vasto territorio di Terra di Lavoro scarseggiano i fondi anche per la radioterapia (budget esaurito il 5 novembre). Stesso limite per la Cardiologia e le altre branche specialistiche. Nessun problema, invece, per le attività di laboratorio e di patologia clinica con una proiezione che copre i volumi di prestazioni richieste fino al 15 dicembre.

► segue da 17

Ticket...

(...) del servizio anche in casi di necessità. Per i campani il danno è doppio in quanto, come è noto, sono costretti a pagare sia la quota (ricetta) nazionale (Legge 1/11) sia la quota regionale (decreto commissariale n. 53 del 2010). E come se non bastasse, dai prossimi giorni - a cominciare dai residenti nel bacino dell'Asl Napoli 1 Centro - le prestazioni di Radiologia (Tac - Risonanze magnetiche - ecografie) erogate dalle strutture accreditate (ex convenzionate) saranno a pagamento per esaurimento dei volumi di prestazioni e del budget pianificati a monte.

Come ogni anno, infatti, la programmazione del fabbisogno delle prestazioni è stata assunta con logiche ragionieristiche dimenticando le implicazioni sui cittadini e facendo ricadere sempre sulle medesime aree la scure di tagli indiscriminati.

IL FONDO SANITARIO

Qualche dato aiuterà a comprendere gli effetti di tali provvedimenti regionali.

La Regione Campania per garantire il diritto alla salute dei propri cittadini riceverà - per l'anno 2011 - 9,4 miliardi di euro, pari a circa il 9 per cento del Fondo sanitario nazionale. L'1,7 per cento in meno rispetto al 2010.

La conferenza Stato - Regioni del 27 luglio

scorso, infatti, ha sancito l'intesa e riconosciuto (per il 2011) alla Campania disponibilità finanziarie per 9,7 miliardi di euro a cui, tuttavia, sono stati detratti 300 milioni di euro per la mobilità passiva, vale a dire il costo che annualmente la Campania spende per fare curare i propri residenti nelle altre Regioni d'Italia.

IL SISTEMA ACCREDITATO

Il sistema accreditato, limitatamente all'area radiologica, eroga circa l'80 per cento delle prestazioni annuali e costa al sistema salute regionale 132 milioni di euro (Decreto commissariale n. 24 del 5 aprile 2011), pari all'1,4 per cento del Fondo sanitario regionale. L'introduzione della quota ricetta regionale (avvenuta nel 2010) e nazionale (dal 17 luglio), peraltro, determinerà un risparmio per le casse regionali di circa 40 milioni di euro pagati direttamente dai cittadini. Ebbene, incamerare tale risparmio e non allocarlo a copertura delle prestazioni afferenti l'area radiologica - prestazioni molte delle quali indifferibili - costituirebbe un grosso errore tecnico e politico. Tecnico, perché andrebbe ad alimentare la quota di mobilità passiva la cui entità finanziaria (oggi pari a circa 300 milioni di euro) viene decurtata in sede di riparto. Politico in quanto alimenterebbe oltre modo la partecipazione alla spesa dei cittadini campani stufo di pagare, più degli altri cittadini italiani, servizi che costituiscono un diritto (alla salute) costituzionalmente sancito.

Antonio Salvatore

► Policlinico Federico II ◀

Centro trapianti del rene: il Consiglio di Stato dice sì

Il Centro trapianti del rene del Federico II deve rimanere aperto. E' quanto scrive il Consiglio di Stato in un'ordinanza con la quale accoglie la richiesta presentata dai pazienti dello stesso centro, dalla Fondazione Rene e Anerc, dal nefrologo **Stefano Federico** e dai docenti **Andrea Renda**, che si occupa di trapianti, e **Maria Triassi**, capo del dipartimento di Igiene della Federico II. L'ordinanza va contro la decisione del governatore della Campania, **Stefano Caldoro**, in qualità di commissario ad acta per la Sanità, che nel 2010 blocca le attività del centro e di istituire un unico polo di trapianti presso l'ospedale Cardarelli, compresi quelli del rene. Nell'aprile di quell'anno Caldoro, nel ruolo di commissario per la Sanità, firma un decreto che blocca le attività. Il Tar prima concede una sospensiva del decreto, poi conferma lo stop. A settembre dello stesso anno un nuovo intervento di Caldoro per la riorganizzazione della rete ospedaliera tocca ancora il centro. Scatta il ricorso ma anche in questo caso il Tar lo boccia. Il Consiglio di Stato, però, agli inizi del 2011, ribalta la decisione e ordina la riapertura del centro. Nel maggio scorso, con un nuovo provvedimento, la struttura commissariale decide la riapertura del centro ma, contestualmente Caldoro firma un ricorso con cui la Regione chiede al Consiglio di Stato la revoca dell'ordinanza poco prima emessa dai giudici di Palazzo Spada. Il Consiglio di Stato, nell'ordinanza, sottolinea dunque che il centro deve restare aperto. Il ricorso regionale è inammissibile sotto questo aspetto, il che - aggiunge l'ordinanza - dispensa il Collegio dall'esaminare gli ulteriori profili - pur chiaramente ravvisabili - di inammissibilità e infondatezza della domanda di revocazione. Si legge, inoltre, che la domanda di revocazione è "meramente pretestuosa" e la Regione viene condannata a pagare le spese.

► I conti in rosso ◀

Piano di rientro, nuova verifica in vista

Ammonta a circa 71 milioni lo sbilancio residuo di Asl e ospedali sul preconsuntivo del 2010. Al palo le nomine dei manager

ETTORE MAUTONE

Piano di rientro: conto alla rovescia per la Campania per allinearsi alle disposizioni dei ministeri vigilanti che lo scorso 20 luglio hanno segnato un'altra bocciatura sui conti di Asl e ospedali. Dallo scorso aprile il deficit certificato sul preconsuntivo del 2010 di asl e ospedali è in effetti sceso da 248 a 70,9 milioni di euro. Ma ci sono sul tappeto altri nodi irrisolti dettagliatamente riportati nelle conclusioni del verbale stilato un mese e mezzo fa. Tra questi anche le nomine dei manager. Tutti nodi che saranno riesaminati entro la fine di questo mese dai ministeri.

"Non è possibile, sulla base dei dati del primo trimestre, che sono in Campania storicamente poco attendibili - si legge nell'ultimo verbale stilato in via XX Settembre a Roma, quartier generale dell'Economia - scrivono i funzionari di via XX Settembre - effettuare una proiezione a chiudere. Pertanto è opportuno



I nodi da sciogliere

- **Deficit del 2010:** il preconsuntivo di Asl e ospedali fa segnare un rosso di cassa di 70,9 milioni di euro (ad aprile scorso era a quota 248 mln) ed non è nemmeno considerato
- **Piano ospedaliero:** chiesto il monitoraggio dei provvedimenti attuativi e la documentazione dell'impatto economico-finanziario
- **Accreditamenti:** manca il cronoprogramma
- **Tessera sanitaria:** mancano i provvedimenti attuativi
- **Manager:** entro il 15 settembre i direttori al posto dei commissari

attendere le informazioni relative al secondo trimestre". Dati che sono stati trasmessi a fine agosto. All'indice anche il programma operativo 2011-2012 che è stato adottato il 20 giugno 2011 con decreto 45 del 2011 e che necessita di talune integrazioni e modifiche. C'è poi il processo di attuazione della rete ospedaliera che deve ancora essere completato con la Asl di Salerno. Senza contare la bocciatura del piano sanitario regionale adottato con delibera di giunta nello scorso aprile di cui si attende la riedizione in forma riveduta e corretta.

PIANO OSPEDALIERO

Si richiede inoltre che si provveda al monitoraggio delle progressive fasi di attuazione dei piani aziendali adottati nel rispetto delle prescrizioni commissariali e ponendo la necessaria attenzione al rispetto dei tempi programmati e alla necessità di documentare, come già richiesto, l'impatto economico-finanziario. In merito all'accREDITAMENTO istituzionale è necessario che la Regione definisca puntualmente un cronoprogramma delle attività previste. In compenso risultano pervenuti la maggior parte dei contratti sottoscritti con gli erogato-

ri privati ma il tavolo di monitoraggio resta in attesa della conclusione del processo. Sotto i riflettori anche l'effettiva rideterminazione dei fondi contrattuali per l'anno 2011, attesa per febbraio 2011 e ancora in corso. La legge regionale n. 4 del 2011 (finanziaria regionale) impugnata alla Consulta in quanto contiene norme in contrasto con quanto previsto nel Programma operativo e con i poteri attribuiti al Commissario non è stata emendata. E ancora, il provvedimento di attuazione del decreto salva-spesa del 2010 in ordine al piano dei pagamenti necessita di integrazioni.

TESSERA SANITARIA

In merito alla tessera sanitaria non risultano pervenute le relazioni relative alle misure adottate dalla Regione circa le criticità sulle ricette in esenzione per reddito. All'indice anche i nodi inerenti l'incompleto invio dei dati delle prestazioni erogate da parte delle strutture sanitarie private accreditate e il provvedimento di nomina dei direttori generali che supera l'attuale gestione commissariale che si protrae ormai da un biennio non è stato adottato.

La relazione del tavolo interministeriale
SU **denaro.it**

OSPEDALE DI SAPRI - Nuova visita di Sara Caropreso, direttore sanitario della Asl Salerno, all'ospedale dell'Immacolata di Sapri.



Faccia a faccia con la direttrice sanitaria del presidio, Maria Ruocco, ed i primari del nosocomio del Golfo di Policastro. Scopo dell'incontro, al quale hanno assistito il consigliere regionale **Giovanni Fortunato** (Pdl nella foto) ed il consigliere provinciale **Attilio Pierro**, effettuare una verifica della situazione al termine della stagione estiva. Quel che è certo è che la presenza di migliaia di turisti ha comportato un notevole aumento dei ricoveri e delle prestazioni di pronto soccorso alle quali il presidio è riuscito a far fronte nonostante le note carenze di personale.

La visita di Caropreso ha consentito anche di parlare del futuro dell'ospedale: "Intanto, abbiamo evitato i tagli che pure erano stati previsti dal precedente piano Zuccatelli - sottolinea il direttore sanitario aziendale - posso anche assicurare che questo presidio sarà potenziato, a cominciare dal punto nascita che, in virtù della particolare posizione territoriale, è stato mantenuto in vita nonostante non ci fossero i numeri previsti dalla legge. Stesso discorso per l'emodialisi".

Sos dei medici all'Antitrust

“La salute non si svende”

Esposto contro i supersconti nelle prestazioni

SARA STRIPPOLI

«**L**A SALUTE è tema delicato e la svendita è rischiosa, procura danni e genera l'idea che un dentista che si fa pagare 100 euro per una detrasia sia un farabutto. O che un ticket sanitario superiore al prezzo pagato per un servizio acquistato online sia indice di uno spreco nella sanità pubblica. Dobbiamo vigilare, presenteremo una denuncia all'Antitrust e valuteremo se preparare un esposto ai Nas». Amedeo Bianco, presidente nazionale e regionale dell'Ordine dei medici, condanna forme promozionali che abbiano per oggetto prestazioni sanitarie come quelle raccontate ieri dal nostro giornale, prestazioni odontoiatriche o esami diagnostici offerti a prezzi stracciati su siti come quello di *groupon.it*, leader dei gruppi d'acquisto online sia in Italia sia all'estero. Ieri, letto il nostro articolo, Groupon ha voluto presentare il suo punto di vista: «L'attività professionale dei medici sta subendo inesorabilmente un mutamento dovuto a cambiamenti economici e sociali internazionali. Non intendiamo svendere la sanità o privarla del suo valore, bensì permettere al singolo utente di accedere a servizi notoriamente costosi risparmiando sensibilmente». Una precisazione che apre un dibattito serio nel mondo della sanità, avviato dal presidente dell'Ordine

una validità limitata nel tempo - spiega - ma che sono chiaramente inferiori al costo di produzione. Una forma puramente pubblicitaria ma a nostro avviso poco trasparente e ingannevole. Che dire allora del dentista di fiducia che fa pagare cento euro solo per la rimozione del tartaro?». Ma quale casalinga comprenderebbe un chilo di filetto a tre euro, seppur offerto last minute?, è la provocazione di Bianco, che sottolinea comportamenti diversi da parte di altre categorie: «Anche i libri li trovo scontati su Internet, ma gli editori non vanno oltre il 25% di sconto. La stessa prova di serietà dovrebbero darla gli studi e i centri medici».

L'Ordine dei medici nei prossimi giorni consegnerà dunque un dossier all'Autorità garante: «Il fenomeno dei pacchetti sanitari svenduti su Internet è un fenomeno in crescita - dice - da qualche tempo seguiamo la situazione ma adesso ci sembra arrivato il momento di lanciare l'allarme». Si valuterà pure la possibilità di presentare un esposto ai Nas: «Credo che chi compra un servizio debba sapere se esistono tutte le garanzie a tutela della qualità, il nome del responsabile sanitario per fare soltanto un esempio». Su questo punto, Groupon - che tuttavia non può offrire le stesse assicurazioni per altre proposte online - assicura controlli e massima serietà: «Tutte le offerte pubblicate vengono sottoposte ad un rigido iter qualitativo per verificare la serietà del professionista, la qualità della struttura e il valore dei servizi proposti, determinato a partire dai tariffari che gli stessi professionisti utilizzano abitualmente. Nessun prezzo di partenza gonfiato dunque». E se il professionista è tale, è la tesi di Groupon «non prescriverà mai al paziente analisi non necessarie, indipendentemente dal fatto che questo si presenti con un coupon in mano».



Il presidente Bianco: pronti a coinvolgere i Nas
Ma Groupon: qualità verificata

dei medici, il quale invita invece i medici a tenersi alla larga dalla tentazione: «Siamo di fronte a forme promozionali che certo hanno



Sab 03/09/2011

Repubblica - Torino

Estratto da pag.

1

Il caso

Supersconti in rete su esami e prestazioni. Medici in allarme: la sanità non è in svendita

L'hard discount della salute

SARA STRIPPOLI

LA SANITÀ è in svendita. Bastano 39 euro per una rimozione del tartaro, una visita di controllo e uno sbiancamento omeopatico dei denti. Se il 31 agosto capiti sul sito di offerte last minutegroupon.it, scopri che a To-

rino potevi concederti l'intero pacchetto con un super sconto dell'82 per cento. Dove? In un centro odontoiatrico della Crocetta. Ieri, ad essere fortemente tentati erano i torinesi che soffrono di mal di schiena.

SEGUE A PAGINA XI

L'hard discount della salute

Esami e trattamenti a prezzi stracciati la sanità finisce in svendita su Internet

Allarme dei medici: promozioni sospette, qualità a rischio

(segue dalla prima di cronaca)

SARA STRIPPOLI

PER soli 29 euro invece di 120, in un cento di via Donizetti, lo sfortunato afflitto dai dolori poteva acquistare un biglietto valido sei mesi per un check up posturale e l'analisi dell'età metabolica. Con senza l'aggiunta di tre sedute di stretching decontratturante. Nel secondo caso la spesa sale a 49 euro, ma davvero poco in confronto ai 270 euro di costo iniziale. In poche ore venti pacchetti venduti. E se ancora non bastasse, a garanzia della validità del prodotto, nelle condizioni si specifica che il servizio viene svolto in strutture convenzionate a Torino e nella prima cintura.

Due soli esempi ma da qualche mese la sanità è in saldo — svendita totale, verrebbe da dire, accostando l'immagine di un camice bianco ad un magazzino di abiti — e le offerte per vendere esami del sangue o urine, sedute di detartrasi o iniezioni sclerosanti si moltiplicano. Se una volta era un viaggio last minute, una cena, un ciclo di mas-

saggi shiatsu o la proposta per un fine settimana romantico in un agriturismo, negli ultimi mesi su Internet vanno forte i servizi sanitari. Un fenomeno che inquieta e apre una serie di interrogativi: effetto crisi, conseguenza del ticket, operazioni di marketing in un momento in cui il privato ha più difficoltà a sopravvivere, liste d'attesa eccessive? Quale di queste risposte è

Ad agosto sul sitogroupon.it risparmi fino al 90 per cento
“Chi ci assicura che le visite non servano a proporre costose e inutili prestazioni?”

quella giusta? O la verità sta piuttosto nel sovrapporsi di più ipotesi?

Sta di fatto che, ad agosto, chi apriva le offerte che comparivano sotto l'indicazione della città di Torino si è visto offrire prezzi stracciati. Sconti del 70, 80, 90 per cento che sollevano dubbi

sul reale valore delle prestazioni: se cinque sedute di sclerosanti anti capillari possono essere messe in vendita a 89 euro, con una riduzione dell'82 per cento, chi può assicurare che il prezzo iniziale di 500 euro non sia una cifra gonfiata? Le offerte si esauriscono in poche ore, il sito funziona ed è molto bazzicato da studenti e da chiunque sia diventato abile a cercare di cogliere occasioni di risparmio online. I più presenti sono gli studi odontoiatrici, e non sarà certo un caso che detartrasi, sbiancamenti e visite di controllo siano i pacchetti più frequenti: se la prevenzione in tempi di sanità in crisi è diventata un lusso, l'unica strada per una pulizia dei



Sab 03/09/2011

Repubblica - Torino

Estratto da pag.

1

denti può essere quella di approfittare di una svendita.

L'aumento delle offerte su Groupon a Torino ha attirato di recente l'attenzione di medici e direttori sanitari e la presidente della commissione sanità del Comune di Torino Lucia Centillo ha cercato di monitorare la situazione: «Non credo si possa prendere sottogamba questa nuova tendenza — dice — bisogna aprire una riflessione. La salute non può essere messa in vendita sugli scaffali del supermercato, con sconti di questa entità. Se poi si parla di strutture convenzionate gli interrogativi e i dubbi crescono». Peraltro, aggiunge la consigliera del Pd, chiunque sa bene che in sanità la maggior offerta genera una maggiore domanda «e questo è un circuito vizioso che alla fine rischia di far lievitare i costi sanitari». Clara Peroni è un medico di reumatologia all'ospedale Molinette di Torino ed è anche la rappresentante sindacale della Cgil medici. Lancia l'allarme: «Chi ci assicura che non si parta da una visita di controllo offerta a prezzi bassissimi come specchietto per le allodole per arrivare a suggerire ai clienti attirati dall'offerta di un check up posturale di fare una risonanza magnetica o altri esami che un medico di base non prescriverebbe mai, giudicandoli assolutamente inutili?». Serve la massima attenzione di tutti e anche dell'Ordine dei medici, incalza, «e il ticket regionale ha fatto la sua parte, perché è ormai chiaro che in molti casi conviene andare a fare un esame in una struttura privata piuttosto che nel pubblico. Si paga meno e non c'è lista di attesa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le offerte/1

**VISTA ODONTOIATRICA**

Ventinue euro per una visita odontoiatrica con rimozione del tartaro e un trattamento specialistico scelto fra tre opzioni

**CONTRO I CAPILLARI**

Cinque sedute di sclerosanti anticapillari alle gambe sono svendute a 89 euro, contro i 500 iniziali

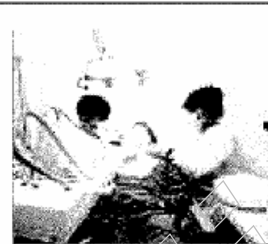
**ESAMI DEL SANGUE**

Ci sono anche offerte per un pacchetto di esami del sangue e urine: 29 euro invece dei 140 previsti

**DIETA E MESOTERAPIA**

Soli 99 euro invece dei mille previsti per dieci sedute di mesoterapia con visita medica e suggerimenti dietetici

Le offerte/2

**SBIANCAMENTO DEI DENTI**

Sconto dell'82 per cento per una seduta di rimozione del tartaro e sbiancamento omeopatico. Per 39 euro

**MAPPATURA NEI**

Costa soltanto 59 euro una visita specialistica chirurgica con mappatura dei nei. Sconto del 71 per cento

**CHECK UP POSTURALE**

Per chi soffre di mal di schiena controllo della postura e analisi dell'età metabolica. Con 3 sedute di stretching 49 euro

**VISTA DERMATOLOGICA**

Soltanto 39 euro invece di 150 per una visita specialistica dal dermatologo. Lo sconto è del 74 per cento

Lun 05/09/2011

Il Tirreno Pisa

Estratto da pag.

1

Pisa. Sorpresa dopo l'introduzione dei super ticket modulati sulle fasce di reddito

Sanità, se il privato conviene

Per alcune prestazioni si paga di più all'Asl

PISA. Con i super ticket, in alcuni casi conviene rivolgersi ai privati per avere prestazioni sanitarie, perché si paga meno che nel pubblico. Si tratta di piccoli sconti sulle analisi più economiche. Ma perfino chi è sotto i 36.151 euro di reddito (la prima fascia, che non paga alcun extra ticket) può realizzare un risparmio.

CAMPANELLA IN PISA I

Ticket, quando conviene il privato

Per alcuni esami e farmaci, quelli più economici, si paga di più con l'Asl

I TICKET

GLICEMIA: l'esame costa meno dal privato

Prezzo della Asl senza extra	2 euro
Prezzo della Asl con super ticket	da 7 a 17 euro, a seconda delle tre fasce
Prezzo in un laboratorio privato	da 1,50 a 2 euro

EMOCROMO: stesso prezzo tra Asl (ticket base) e privato

Prezzo della Asl senza extra	4 euro
Prezzo della Asl con super ticket	da 9 a 19 euro, a seconda delle tre fasce
Prezzo in un laboratorio privato	4 euro

PISA. Ormai è un segreto che conoscono in molti: in alcuni casi conviene rivolgersi ai centri medici e ai laboratori privati per ottenere prestazioni sanitarie, perché si paga meno di quanto richiede il servizio sanitario nazionale anche se si paga solo il ticket base.

Poi, da quando il governo ha introdotto i super ticket, la Regione Toscana ha cercato di attenuare l'impatto sui cittadini creando una proporzione con i redditi della famiglia.

Così, dal 23 agosto esistono quattro fasce relative al reddito, in base alle quali versare una tariffa in aggiunta quella già in vigore per farmaci e assistenza specialistica. In sostanza, confrontando i prezzi praticati dai laboratori privati, i casi in cui il privato conviene sono solo

due.

Diciamo subito che si tratta di piccoli sconti e che riguardano solo le analisi più economiche. Ma la sorpresa è che a volte perfino chi è sotto i 36.151 euro di reddito familiare (la prima fascia, che non paga alcun extra ticket) può realizzare un risparmio.

Questo è il primo dei due casi, esemplificato dal laboratorio Kobiol.

Il titolare, Costantino Kotopulos, spiega come ciò sia possibile: «Oltre al super ticket, la Usl ha rivisto un po' tutto il tariffario. Per esempio, l'esame della glicemia è passato da 1,30 euro a 2; l'emocromo da 3,60 a 4; la tiroide da 7,80 a 8 e così via. Noi non abbiamo ritoccato il listino, sarebbe stato da sciaccallo». Pertanto, se Kobiol faceva e fa pagare 1,50 euro (il loro prezzo per i non conven-

zionati) a chi chiede la glicemia, oggi può convenire rivolgersi al laboratorio privato. Kotopulos aggiunge: «Gli utenti portano la ricetta e, situazione per situazione, noi calcoliamo quale sistema conviene. Non posso prendere in giro i clienti, altrimenti minerei il rapporto di fiducia che si instaura con loro».

A questo punto è necessaria una spiegazione. Quando il titolare di Kobiol parla di «sistema», si riferisce alla modalità che porta una persona a rivolgersi a un privato per una prestazione sanitaria: o ci va per sua scelta (e paga quanto gli chiede il laboratorio), o perché è il pubblico che si appoggia alle strutture convenzionate (allora il cittadino paga il ticket come se fosse in ospedale). A volte, infatti, può succedere che il servizio sanitario ab-



bia liste d'attesa troppo lunghe o ci siano situazioni particolari che consigliano di "smaltire" una parte delle analisi presso terzi. Il pubblico si appoggia alle strutture accreditate, ponendo dei tetti: un numero massimo di prestazioni che i privati possono erogare. Questi incassano il ticket dovuto, lo girano alla Usl e presentano fattura per l'analisi fatta.

Il giochetto, in pratica, è una sfida matematica per i privati con prezzi indipendenti da quelli della Usl: a volte più bassi, altri più alti.

Il secondo caso di risparmio, invece, avviene per i laboratori che hanno un listino allineato a quello pubblico. Qui il cliente ha convenienza sicura (senza dover usare la calcolatrice), a patto che per reddito rientri in una delle tre fasce che pagano l'extra.

Alessandro Sbrana, direttore sanitario del Centro ricerche cliniche, spiega: «Noi non portiamo le ricette alla Usl, perché non chiediamo il rimborso. Ma in questo modo non siamo tenuti a far pagare il super ticket agli utenti, che risparmiano di versare il costo aggiuntivo della prescrizione medica». Come se il 23 agosto non fosse ancora scoccato.

Però la Usl non ha modificato una regola "sacra": la prestazione inserita in ricetta al cittadino deve costare massimo 36,15 euro, sia pure un trapianto di fegato che ne vale svariate migliaia.

L'assistito in ultima fascia che ne avesse bisogno, aggiungerebbe i 15 euro di super ticket e con una spesa di 51,15 non avrebbe dubbi su chi tra privato e pubblico conviene.

Gianluca Campanella

«Ma il pubblico offre di più»

PISA. «Viva il servizio sanitario pubblico!». Non ha dubbi Rocco Damone, direttore generale della Asl 5: non nasconde che in «alcuni prodotti di nicchia il privato possa dire che conviene rispetto a noi»; e ammette pure che «gli aumenti non sono il massimo della popolarità». Ma invita a guardare in generale: «Non c'è paragone con quello che offre il servizio pubblico. Per quanto vituperato, esso ci assiste sin dalla nascita, sottoponendo i neonati a importantissimi screening gratuiti».

Damone trova facile il paragone con gli Stati Uniti, dove negli ospedali non si entra senza carta di credito o assicurazione. E decide di rischiare una strada più impervia: «La Regione ha compiuto uno sforzo molto grosso. Poteva usare il classico slogan "Piove, governo ladro" e avrebbe scaricato su Roma la responsabilità delle maggiorazioni sul ticket. Invece gli aumenti non mettono in discussione il servizio pubblico, perché ricadono su attività marginali». Il direttore generale allora si spinge a ritenere un comportamento «eticamente corretto» quello del cittadino che non scappa dal privato quando si ritrova 3 euro in più per esami di routine, perché in modo indiretto sa che sta «finanziando tutta la filiera».

G.C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Medicinali, un software dice com'è possibile risparmiare

PISA. Nelle farmacie spunta il software intelligente che dice se conviene acquistare un medicinale per intero oppure in carico al Servizio sanitario nazionale.

Il farmacista deve indicare in quale scaglione di reddito rientra l'utente che ha chiesto il prodotto. E, con i nuovi ticket, chi supera i 100mila euro di reddito deve versare 3 euro in più per ogni confezione, fino a un massimo di 6 a ricetta.

Supponiamo che un cliente voglia comprare la cardioaspirina, che costa 2,39 euro: l'esente la prenderà gratis, addebitando il costo alla sanità; ma chi deve spendere 3 euro più la quota con cui il Ssn chiede di contribuire, avrà un vantaggio a considerare quel farmaco come se fosse di "fascia C", tutto a carico dell'acquirente. Il programma installato nei computer delle farmacie suggerisce l'opzione migliore.

Lun 05/09/2011

Il Tirreno Pisa

Estratto da pag.

1

Liste d'attesa e fasce d'urgenza, dubbi sull'efficacia

Il presidente dell'Ordine dei medici: più servizi si offrono, più aumenta la domanda

PISA. «La sanità pubblica è come un pozzo senza fondo: più offre servizi più cresce la domanda dei cittadini. Comunque, questo è un problema non solo nazionale. Il perno sta nella figura del medico nel rapporto individuale con le esigenze e le ansie del paziente, ma alla pari delle strutture sanitarie cui si chiede un giusto adeguamento qualitativo e quantitativo, in un contesto d'eccessiva burocrazia».

Sono parole del presidente dell'Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri della provincia di Pisa, il dottor Giuseppe Figlini.

Secondo Figlini, le recenti innovazioni proposte dal ministero della Salute per ovviare al grosso problema delle liste d'attesa con quattro fasce di priorità, è valido in linea di principio e senz'altro encomiabile a livello organizzativo.

Certo, si scontra con le difficoltà della pratica quotidiana. La nostra Regione in

tal senso si è da tempo adeguata.

Urgenza vera. Parlare di una fascia d'urgenza che imponga la visita entro 72 ore, non ha una giustificazione clinica.

In Toscana, si usa aggiungere alle quattro voci già esistenti (urgente, breve scadenza, differibile, programmata), anche la parola "prioritaria".

Questa aggiunta significa però che le voci ufficiali non sono seguite a sufficienza. Bisogna quindi trovarci d'accordo sui termini. Per noi "urgente", vuol dire pronto soccorso oppure 118 ed il settore è senz'altro valido. Il resto non rappresenta un'urgenza vera e dunque diventa differibile.

Visita lontana. Il Cup, il Centro unico di prenotazione, può trovare un appuntamento rapido ad esempio per un'ecografia urgente, ma una persona anziana che abita a Pisa, quando si sente dire a volte che deve andare a farla in altri ospedali della provincia (Ponteriva o Volterra), si trova subito in difficoltà e cerca so-

luzioni alternative.

Ciò spiega di massima perché il 30 per cento delle visite che si eseguono al Santa Chiara di Pisa avviene mediamente in regime intramoenia (a pagamento). Ecco dunque una particolarità da affrontare, in un percorso comunque positivo e da noi già avviato.

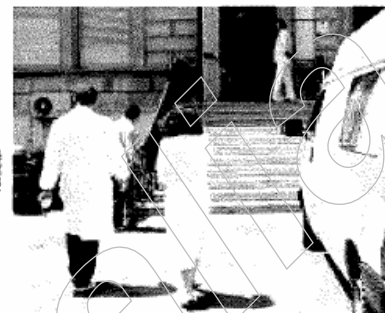
Troppi controlli. Da un lato l'ansia del paziente, dall'altro l'aspetto sempre più legale della moderna medicina: la giusta misura sta nel mezzo e non è semplice trovare l'equilibrio, perché ciascuno comprensibilmente guarda al suo problema. In ogni modo il richiamo del ministero ad una maggiore chiarificazione serve a portare il problema all'attenzione dei singoli e del settore nel suo complesso.

Gian Ugo Berti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il dottor Figlini



Medici nel cortile di un ospedale

Sab 03/09/2011

IL MATTINO

Estratto da pag. 39

La sanità, il caso

Asl, fondi al lumicino: le visite sono a pagamento

Sforato il tetto di spesa: da martedì sospesa l'assistenza gratuita per esami radiologici ed ecografie



Disagi Un laboratorio della Tac; visite specialistiche verso il pagamento diretto

Paolo Mainiero

Per il quarto anno consecutivo i napoletani saranno costretti a pagare gli accertamenti radiologici. Il 6 settembre, secondo quanto previsto dalla Asl Napoli 1 in una proiezione, sarà toccato e superato il tetto di spesa 2011. Da quel giorno, dunque, per radiografie, ecografie, risonanze magnetiche, Tac e Pet bisognerà mettere mano alla tasca perché i centri accreditati sospendano l'assistenza gratuita. Per la radiologia è previsto per l'anno in corso un limite di spesa di 23 milioni e 664mila euro. Al 31 luglio risulta speso l'85,15 per cento delle risorse. In particolare, in sette mesi sono già state erogate 333.458 prestazioni sulle 391.594 previste per il 2011. La radiologia resta il settore più esposto e le criticità non riguardano solo la Napoli 1. Le stime prevedono che la Asl Napoli 3 esaurirà il proprio budget entro il 3 ottobre. Due giorni dopo toccherà alla Asl Caserta; il 12 ottobre alla Asl Napoli 2. A Salerno le proiezioni indicano nel 14 novembre lo sfioramento dei tetti di spesa. Solo le Asl di Avellino e Benevento sono in grado di coprire le prestazioni radiologi-

che sino al 31 dicembre. Il sindacato radiologi è allarmato. «Siamo alle solite» dice il segretario regionale Bruno Accarino. «Purtroppo i finanziamenti non corrispondono alle reali esigenze». Preoccupazione anche tra i medici che temono pesanti conseguenze per i pazienti visto che una Pec-Tac costa oltre mille euro e che negli ospedali le liste di attesa sono lunghe (il rischio è il massiccio ricorso al pronto soccorso). E gli esenti? Non pagano o pagano 5 euro a seconda della categoria di appartenenza.

Lo sfioramento dei tetti di spesa è una costante negativa della sanità campana. La situazione più pesante tocca la Asl Napoli 1. Il tetto di spesa complessivo per il 2011 è di 101 milioni e 904mila euro su un totale di 397 milioni stanziati dalla Regione alle cinque Asl campane per la specialistica (rispetto al 2010 c'è stata una riduzione dell'1,5 per cento). Da martedì prossimo, come detto, è previsto che i centri privati per la diagnostica di immagine interrompano le prestazioni. Ma stando alle

I servizi

Situazione Asl Napoli 1

	tetto spesa al 2011 in milioni di euro	prestazioni effettuate %	data esaurimento
RADIOLOGIA	23,6	85,1	6 settembre
CARDIOLOGIA	8,8	76,8	27 settembre
NUCLEARE	17,8	72,3	1 ottobre
LABORATORIO	42,5	64,9	25 novembre
VISITE SPECIALISTICHE	5,1	61,4	6 dicembre
DIABETOLOGIA	2,3	48,3	31 dicembre
RADIOTERAPIA	1,5	43,9	31 dicembre



Sab 03/09/2011

IL MATTINO

Estratto da pag. 39



Lo scenario

Bilanci
virtuosi
soltanto
nelle aziende
sanitarie
di Avellino
e Benevento

proiezioni del dipartimento centrale di medicina territoriale della Asl anche altre branche non riusciranno a garantire l'assistenza diretta sino a fine anno. Il 27 settembre toccherà alla Cardiologia, che ha già consumato il 76,82 per cento dei fondi (in sette mesi sono state erogate 259.136 prestazioni su 337.347). Il primo ottobre dovrebbe esaurire il proprio budget la medicina nucleare che al

31 luglio ha speso il 72,34 per cento delle risorse assegnate (poco meno di 18 milioni) avendo erogato 45.292 prestazioni delle 62.614 previste. Un po' di respiro in più dovrebbero avere i centri per la diagnostica di laboratorio (analisi) che secondo la Asl esauriranno il proprio budget ((42 milioni e 497mila euro) il 25 novembre: al 31 luglio risultano erogate 5 milioni e 881mila prestazioni su 9 milioni e 61mila (il 64,91 per cento). Per le visite specialistiche lo sfioramento del tetto di spesa è previsto per il 6 dicembre mentre solo la diabetologia e la radioterapia dovrebbero arrivare al 31 dicembre non avendo ancora erogato neppure il 50 per cento delle prestazioni.

Per quanto riguarda le altre Asl, solo quelle di Avellino e Benevento sembrano in grado di rispettare i tetti di spesa in tutte le branche. In sofferenza le Asl Napoli 2 e Napoli 3 che sfiorano nella radiologia ma anche nella medicina nucleare e nella radioterapia. In difficoltà pure le Asl di Caserta e Salerno.

ROMA

Domenica
04 Settembre 2011

REGIONE TREMONTI PRONTO ALL'OK DEFINITIVO: POI LA NOMINA DEI COMMISSARI AD ACTA

Stabilizzazione, Piano al rush finale

di Mario Pepe

NAPOLI. Il piano di stabilizzazione finanziaria della Regione Campania riceverà, a breve, l'imprimatur più importante: quello del ministro dell'Economia, Giulio Tremonti. Dopodiché, dal dicastero di XX Settembre si procederà alla nomina dei commissari

ad acta per l'attuazione delle singole misure del provvedimento la cui durata è prevista fino al 2013. Il governatore Stefano Caldoro ha avuto, negli ultimi

giorni, contatti con Tremonti con il quale ha convenuto la definizione della partita immediatamente dopo l'approvazione della manovra da parte del Parlamento. Dopo avere ricevuto, lo scorso marzo, la certificazione, da parte dei tecnici della Ragioneria generale dello Stato, del rispetto de-

gli obiettivi del Patto di stabilità interno per il 2010, Palazzo Santa Lucia attende l'ultimo sigillo per poi dare attuazione definitiva al programma di stabilizzazione. Che si basa essenzialmente su alcuni tagli (del 13 per cento per il settore dei trasporti e del 10 per cento per gli altri) e il trasferimento di deleghe, funzioni e ri-

Il governatore Caldoro in contatto con il ministro dell'Economia: dopo l'approvazione della manovra in Parlamento si parte per l'attuazione delle misure previste dal provvedimento. Asl, entro il 15 settembre i nuovi incarichi

sorse agli enti locali ai quali dovrebbe passare metà del personale regionale nel prossimo biennio. E contemporaneamente si procederà anche allo sblocco del turn over per nuovi concorsi, il che dovrebbe comportare l'assunzione di circa 800 nuovi dipendenti. E, sempre in materia di personale, è previsto un taglio di 150 unità mentre per altri 800 dipendenti è prevista una proposta di cessazione del contratto dopo il conseguimento del massimo di contributi. E fino al 31 dicembre del 2012 i compensi dei dirigenti saranno ridotti del 5 per cento per la parte eccedente al massimale di 90 mila euro lordi l'anno e del 10 per cento per la parte che supera i 150 mila euro lordi, sempre



Il governatore della Campania, Stefano Caldoro

su base annuale. Inoltre, si prevede l'istituzione, per quanto riguarda il settore dei trasporti, di una sorta di holding che preveda un numero società addette alla gestione dei settori del ferro e della gomma. Tra le altre novità, anche quella della costituzione di un fondo immobiliare per la gestione del patrimonio della Regione Campania. Intanto, alla ripresa dei lavori, con la prima convocazione della giunta dopo le ferie estive, potrebbe esserci anche l'inizio della discussione sulle nomine nelle aziende sanitarie. La seduta dell'esecutivo in programma per giovedì sarà, con ogni probabilità, interlocutoria. L'intenzione, però, è quella di non prolungare eccessivamente la discussione visto anche che il 15 settembre è il termine fissato per il conferimento dei nuovi incarichi. E domani il Pdl napoletano presenta una proposta per la riduzione dei costi della politica.



Nel sud delle Marche il privato già copre il 19% delle attività sanitarie La sanità privata avanza, preoccupati la Cgil e Guido Castelli

Neroni si chiede come mai Stella Maris abbia milioni da investire nel restyling della struttura e non i soldi per liquidare i vecchi dipendenti. Il sindaco di Ascoli sull'arrivo della Pet mobile al Forum di San Benedetto: «Ad Ascoli la aspettiamo da anni, un errore non investire nell'Azienda Ospedaliera di qualità»

SAN BENEDETTO – La sanità privata in Riviera fa passi da gigante, ma a rimetterci potrebbe essere il pubblico, sia inteso come strutture ospedaliere non certo all'avanguardia, che come dipendenti. Vediamo quali sono le sfide della sanità sambenedettese che stanno facendo discutere fino ad Ascoli.

Al centro *Forum salute e bellezza* di zona San Giovanni è arrivata la **Pet mobile**, uno strumento all'avanguardia capace anche di diagnosticare tumori e presente oggi solo ad Ancona e Macerata. Alla clinica *Stella Maris* di via Murri, oltre a una nuova cura sperimentale per i tumori addominali e degli arti, sono in corso da oltre un anno i lavori di restyling e ampliamento della struttura, ma soprattutto della messa a norma come richiesto dalla Regione. Miglorie di tutto rispetto che però fanno porre qualche domanda (lecita) sia alla politica che ai sindacati.

Partiamo da San Benedetto dove la **Cgil**, per bocca del responsabile della Funzione Pubblica **Francesco Neroni** ha fatto notare alcune discrepanze tra nuovi investimenti (si parla di circa 5 milioni di euro) e vecchi arretrati non saldati con alcuni dipendenti:

«Leggiamo con stupore, ed interesse, gli ultimi articoli sulla stampa locale relativi alla Casa di cura Stella Maris, che ci informa dei diversi milioni di euro che sta di investendo e le eccezionali “sperimentazioni” in atto, che la renderà una delle strutture più qualificate della zona. Ci chiediamo ancora di più come mai una azienda che è in grado di investire così ingenti risorse (e questo ci fa piacere) e che ha obiettivi professionali così alti, non è in grado di onorare un accordo sottoscritto qualche anno fa, che la impegnava, per qualche **decina di migliaia di euro, a liquidare i dipendenti che per anni vi hanno prestato servizio**. Tutto ciò ci fa venire alcuni dubbi e ci sollecita alcune domande, che giriamo agli organi istituzionali: L'accreditamento di “eccellenza a 5 stelle”, ottenuto nel 2010, mentre era ancora aperto un cantiere è ancora valido, visto che i lavori sono fermi da mesi e l'amministrazione della struttura sanitaria annuncia modifiche agli obiettivi strategici? Che ne pensa l'assessorato alla sanità che ha rilasciato l'accreditamento e che ha la responsabilità politica e tecnica di vigilare sull'attività? Che ruolo ha avuto ed ha l'amministrazione comunale che ha concesso le autorizzazioni e l'ampliamento della struttura? Che funzione esercita la Zona territoriale n. 12, chiamata a concordare con la Casa di cura i servizi che questa deve erogare? La FP CGIL auspica che a queste domande venga data una risposta, a tutela del Sistema Sanitario Regionale e naturalmente, dei cittadini».

Sulla Pet mobile al centro privato Forum, che per ora non è un macchinario convenzionato con il servizio sanitario regionale, è intervenuto invece con una nota dal tono piuttosto preoccupato, il sindaco di Ascoli **Guido Castelli**. Eccone alcuni stralci salienti:

«Da circa un anno, la Regione si era impegnata con il Comune di Ascoli Piceno per l'istallazione di una PET, prima mobile poi stabile, nel nostro territorio che ne è sprovvisto. La decisione fu concordata nel momento in cui, nella primavera 2010, l'Amministrazione Comune versò nelle casse dell'ASUR i 2,5 milioni di euro del corrispettivo della vendita del vecchio ospedale Mazzoni; somma che avrebbe dovuto sostenere l'investimento.

Da allora un silenzio assordante ha circondato la vicenda della PET ascolana nonostante l'enorme utilità che questa strumentazione diagnostica presenta. Utilità e convenienza, se è vero che la PET operante a Macerata ha una lista di attesa lunghissima (molti pazienti sono dovuti emigrare in Umbria) e se si pensa che la regione Abruzzo ne è sprovvista. In definitiva **la PET ad Ascoli potrebbe portare molto denaro alla sanità pubblica** consentendo di attrarre una moltitudine di pazienti dal teramano e dall'intera regione Abruzzo. E allora perché non avviene e si consente al privato di beneficiare di una situazione così favorevole?

Sia chiaro – dice Castelli – non ho nulla contro la sanità privata che, personalmente, ritengo strategica per la capacità di rendersi complementare a quella pubblica. Ciò che ritengo incomprensibile è che in un'area del sud delle Marche dove, soprattutto grazie al sambenedettese, **il privato già copre il 19% delle attività sanitarie** (la media regionale è circa il 5%) si consente il logoramento della sanità pubblica con servizi sempre più scadenti e mancando occasioni di rilancio alla nostra portata, come nel caso della PET».

La linea del sindaco ascolano è questa: «Ad essere forte deve essere la sanità pubblica e, in quanto tale, capace di un rapporto razionale con quella privata. Perché ciò accada nel nostro territorio è necessario costituire l'**Azienda Ospedaliera**, un vero presidio di qualità e organizzazione capace di intercettare la richiesta di salute di un bacino sempre più ampio. Ma se si perdono occasioni così favorevoli come quella della PET, e si rinuncia ad un investimento utile, competitivo e già finanziato, probabilmente il problema è un altro. E' il problema di chi, forse, ha smesso di credere nella sanità pubblica a sud dell'Aso».



Oggi l'Assessore Regionale in Commissione sui ticket. Pollastri: "Serve responsabilità ma il PD preferisce la propaganda"

05 set 11

Difende i provvedimenti del Governo contenuti nella nuova Finanziaria il Consigliere Regionale Andrea Pollastri (PdL) che critica la "grancassa mediatica" fatta dal PD in Regione contro le misure necessarie, vista la situazione della finanza pubblica, che avrebbero richiesto un atteggiamento responsabile invece della speculazione politica".

L'azzurro è più volte intervenuto oggi presso al Commissione Politiche per la Salute dove l'Assessore Regionale Carlo Lusenti ha presentato la Delibera di Giunta con cui sono stati introdotti i ticket sanitari.

"Mi sembra fuori luogo – ha spiegato – che mentre il Paese affronta un difficile momento e tutti siano impegnati per dare stabilità ai conti dello Stato raggiungendo il pareggio di bilancio, la Regione, per ragioni esclusivamente ideologiche, cavalchi demagogicamente il malcontento per un provvedimento, quale quello che introduce i ticket, che avrà un impatto di pochi euro, per altro solo sui redditi più alti e la cui introduzione è unicamente una scelta della Regione".

Pollastri ha insistito affinché si persegua la strada dei tagli agli sprechi e la razionalizzazione della spesa sanitaria in continua crescita e trovare nuove risorse senza chiederle ai cittadini.

Il Consigliere, dopo essersi assicurato che non siano state impiegate risorse regionali per la campagna informativa che pubblicizza l'introduzione dei ticket, ha chiesto di avere chiarezza sull'entità dei minori trasferimenti dal Fondo Sanitario Nazionale, ma la cifra esatta è ancora oggetto di verifica.

Si è infine parlato dell'Intesa tra Regione, Sindacati e operatori della Sanità che introduce un ticket a fasce di reddito piuttosto che uno standard di 10 euro per tutti per evitare una fuga dei pazienti verso le strutture private i cui delle prestazioni costi potrebbero più bassi di quelle pubbliche. Secondo Pollastri si tratterebbe di un "esempio della visione statalista della Regione che contrasta con la logica del misto pubblico-privato che in Lombardia ha garantito qualità e bassi costi", mentre secondo l'Assessore Regionale sarebbe una richiesta proveniente dalle stesse strutture private che hanno espresso al volontà di non voler far concorrenza sulla salute dei cittadini.



Il Governo ci ripensa: Sistri in vigore dal 9 febbraio 2012

Il ministro dell'Ambiente Prestigiacomo: "L'approvazione all'unanimità della commissione Bilancio del Senato e' un segnale importante la tutela della legalità nel nostro Paese. Si rivelerà un utilissimo strumento per le aziende"



La Commissione Bilancio del Senato ha dato il via libera all'emendamento che ripristina il sistema di tracciabilità dei rifiuti abolito nella prima versione della Manovra bis del Governo. Il Sistri, che prevede l'uso del satellite e l'analisi del percorso compiuto dai mezzi di trasporto, entrerà in vigore dal 9 febbraio 2012. Un dispositivo che servirà anche a combattere le ecomafie che fanno del trasporto e dello smaltimento dei rifiuti un business notevole nel nostro Paese.

Alle imprese toccherà adeguarsi nei cinque mesi rimanenti, tempo considerato sufficiente per superare sia l'instabilità del sistema che le eventuali difficoltà riscontrabili nelle procedure per la sua utilizzazione.

Soddisfatto il **ministro dell'Ambiente** Stefania Prestigiacomo (foto) da sempre primo sostenitore del Sistri: "L'approvazione all'unanimità da parte della commissione Bilancio del Senato dell'emendamento che ripristina il sistema di tracciabilità dei rifiuti speciali e pericolosi è un segnale importante per la difesa dell'ambiente e la tutela della legalità nel nostro Paese. Con l'opportuno rodaggio previsto e con gli interventi che si renderanno necessari per andare incontro agli operatori, il Sistri partirà al meglio e si rivelerà un utilissimo strumento per le aziende e per la protezione del territorio". Il ripensamento del Governo mette così un freno anche alle richieste di numerose aziende che si erano già mosse per ottenere la restituzione dei contributi versati negli ultimi due anni per il suo finanziamento.

È stato anche approvato l'emendamento contenente le norme fiscali, tra cui l'inasprimento della tassazione per le cooperative da cui però, ad un primo esame della norma, sembrano essere escluse quelle agricole. Prevista anche la possibilità di modifica dell'art. 8 del decreto concernente le deroghe alle leggi ed ai contratti collettivi nazionali di lavoro con accordi aziendali o territoriali.