

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 09.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Balduzzi: «Nuovo Patto per la salute entro l'anno»

Governo e Regioni accelerano sul nuovo «Patto per la salute»: già tra Natale e Capodanno potrebbero essere pronte le regole che governeranno la sanità pubblica ai tempi della grande crisi. Sul tavolo: i ticket per capacità di reddito, numerosità delle famiglie, appropriatezza delle cure. Ma anche un taglio dei livelli di assistenza oggi garantiti, eliminando quelli obsoleti e aggiungendo i nuovi bisogni, a partire dalla disabilità. E ancora una spending review per gli acquisti di beni e servizi. «Tutto va fatto coniugando l'equità con la tenuta dei conti, in un quadro di sviluppo del Ssn e non di un suo contenimento», scommette il ministro della Salute, il professor Renato Balduzzi.

Ministro Balduzzi, il Governo ha evitato il taglio alla sanità ma agli italiani chiede comunque di pagare 2 miliardi in più di addizionali regionali Irpef proprio per la sanità. Per la gente cambia poco...

Nella situazione economica attuale l'aumento delle imposte Irpef segue la logica della fiscalità generale: se la fiscalità è equa, anche un aumento dell'addizionale dello 0,33 risulta equo. Diverso sarebbe stato far concorrere gli ammalati senza un quadro di omogeneità, di partecipazione e di equità della spesa. Il ragionamento del Governo è che nessuno può sentirsi escluso, ma che ciascuno deve poter concorrere in ragione della sua capacità contributiva.

Magari è tempo di mettere alle strette chi spende male.

Ma questo già accade. Proprio con la manovra, anzi, le Regioni sotto piano di rientro dovranno dimostrare entro un tempo definito, cinque anni, di aver realizzato i miglioramenti concordati col Governo. Altrimenti perderanno le quote premiali accantonate che saranno restituite alla collettività. Finalmente mettiamo un termine per ottenere risultati e si incentivano le Regioni a fare meglio.

Da dove avviare una spending review per avere buona spesa, qualità ed efficienza, e non sprechi?

Il «Patto» da concordare già indica quattro aree da cui reperire risorse: i farmaci per i ticket e

per la spesa territoriale, i dispositivi medici, beni e servizi. Qui si può esercitare la spending review. A cominciare dall'acquisto di beni e servizi, dove serve una mappatura per identificare i prezzi medi di riferimento.

Le siringhe che possono costare 10 o 20 centesimi, a seconda di chi le acquista...

Non si può dire che se un dispositivo medico costa 10 in una Regione o in un ospedale e 20 altrove, si debba arrivare a 10. Bisogna vedere "come" costa 10, quali sono i fattori di costo. Serve un po' di tempo, non le calende greche, solo un po' di tempo. Questo lavoro lo vogliamo inserire nel nuovo «Patto» per la salute, cui si affiancherà il Piano sanitario 2012-2014.

Serve un tagliando a federalismo fiscale e costi standard?

Non c'è bisogno di tagliandi. Si tratta solo di non chiedere loro ciò che non possono dare. Federalismo fiscale per le Regioni significa autonomia finanziaria e responsabilizzazione: è una condizione per tenere sotto controllo, a Roma e nelle periferie, spesa e qualità dei servizi.

Cosa non possono dare federalismo fiscale e costi standard?

Non possono dire da un momento all'altro quale sia il valore ottimale di una prestazione di un bene e di un servizio. Serve una valutazione macro dei singoli sottosistemi, per consentire ai decisori regionali di fare le scelte più opportune e di confrontarle.

Costi standard come benchmark e non come criterio di divisione dei fondi?

Questo significa la parola standard.

Ministro, non usa mai la parola "sprechi".

La parola chiave è "appropriatezza". Dare la prestazione sanitaria adeguata alle giuste condizioni, definire il modo organizzativo di darla, controllarne i costi. In questo senso, tutto ciò che non è essenziale è spreco. E se non è essenziale rispetto ai bisogni, si deve eliminare. Non c'è lotta agli sprechi che non sia così.

Sul riparto dei 108 miliardi per il 2012 le Regioni del Sud chiedono nuovi criteri.

Siamo all'antiviglia di un nuovo meccanismo che scatterà nel 2013: l'approccio più saggio potrebbe essere quello di seguire prassi consolidate piuttosto che immaginare uno stravolgimento delle regole. Il 2012 può essere usato per fare approfondimenti sui criteri dal 2013.

Il suo è un ministero "a tempo", ma in questo tempo ci sono da gestire Patto e Lea.

Cosa e quando ci saranno?

La scadenza fissata è il 30 aprile, ma noi vorremmo fare prima, molto prima, almeno relativamente ad alcune decisioni che non richiedono approfondimenti. Vorremmo avere già addirittura per fine anno un quadro generale del Patto e degli impegni precisi che prende il Governo e di quelli che prendono le Regioni. Pensiamo di stringere i tempi per le partite che è possibile accelerare.

Quali partite?

Per quanto riguarda il sistema della compartecipazione alla spesa, i ticket, il Governo propone una rimodulazione in base a tre criteri di equità, trasparenza e omogeneità: capacità di reddito, numerosità delle famiglie, appropriatezza delle cure.

Senza tabù anche per eventuali ticket sui ricoveri?

Quel che conta sono i tre criteri che ho detto. L'obiettivo è realizzare un sistema coeso e ragionevole al suo interno. Per rafforzare il principio di un Ssn universalistico equo e globale, non una sua riduzione, di un suo sviluppo e non di un contenimento. Tutto quello che aiuta a rafforzare questo obiettivo deve essere portato avanti. Nulla è escluso a priori, ma neanche nulla è incluso a priori.

E quando deciderete?

Anche in questo caso aprile è il termine ultimo. Ma l'intendimento - condiviso dalle Regioni - è di fare prima.

Anche i Lea saranno presto oggetto di revisione?

La scommessa di fondo è di riuscire ad assicurare i bisogni sanitari in un regime di equilibrio finanziario. I nuovi Lea in questo senso sono evidentemente sul tavolo. È una delle priorità, ci consente di mettere insieme il tutto.

Sono una priorità perché si deve risparmiare con i tagli?

La manutenzione dei Lea significa avere presenti i bisogni sanitari e le risorse. Vuol dire che alcuni livelli diventati costosi e obsoleti si perdono, ma insieme se ne acquistano di nuovi. Quello che non si può fare è che a ogni nuovo bisogno si assegni un Lea. Tutto va fatto dentro un ragionamento complessivo che alla fine faccia tornare i conti. Quindi malattie rare, disabilità, le emergenze di questi anni, debbono entrare nei nuovi Lea. Ma è inevitabile che qualcosa debba essere tolto, senza ridurre la garanzie e salvaguardando l'appropriatezza.

Le farmacie contestano la liberalizzazione dei farmaci C.

La linea del Governo è stata di riprendere una proposta già diventata norma di liberalizzazione, ma nel quadro di precise garanzie di salute. Senza scordare che con la manovra è stato dato un segnale di liberalizzazione che dà anche ai cittadini vantaggi diretti, non solo indiretti.

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Sicilia: in Gazzetta la delibera Cipe che sblocca i Fas per il debito sanitario

Ufficialmente superato anche l'ultimo scoglio per il via libera definitivo al riparto 2011: il veto della Regione siciliana all'assegnazione dei fondi, legato al mancato sblocco dei fondi Fas per il ripiano dei disavanzi sanitari.

E' stata pubblicata infatti sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 285 del 7 dicembre 2011 la delibera con cui il Cipe «prende atto» della richiesta della Regione Siciliana per la copertura delle rate di ammortamento del mutuo contratto per fronteggiare debiti pregressi del sistema sanitario regionale, copertura che, per un importo di 686 milioni di euro, «è posta a carico delle risorse Fas (Fondo per lo sviluppo e la coesione) e assegna «alla medesima Regione per il finanziamento del relativo PAR 2007-2013, nel nuovo valore di 3.684,406 milioni di euro fissato nella tabella allegata alla delibera n. 1/2011».

«Alla luce delle motivazioni di urgenza richiamate in premessa - si legge ancora nella delibera - la presente presa d'atto viene disposta nelle more della revisione del PAR in coerenza con il Piano nazionale per il Sud, come previsto dalla richiamata delibera n. 1/2011 che prevede altresì il successivo riesame, da parte di questo Comitato, dello stesso PAR».

Lombardia. Ok alle “nuove regole” per il 2012. Cassa integrati esentati dal ticket

La Giunta Formigoni ha approvato il piano gestionale dei servizi sanitari regionali per il 2012. Tagli ai reparti, al personale e alle consulenze. Nuovi ticket. Ma arrivano le esenzioni per i cassa-integrati e l'estensione del programma dei “voucher” per il sociale

07 DIC - La Giunta del Pirellone ha approvato ieri le nuove regole per il 2012 per la gestione del Servizio socio-sanitario regionale. Il provvedimento, ormai definitivo e in vigore dal 2012, [conferma quanto già si era anticipato qualche settimana fa](#), cioè il taglio del 10% delle unità operative delle strutture semplici e complesse, riduzione del 10% delle consulenze, ticket per l'attività specialistica macroambulatoriale complessa. L'ottica è quella di risparmiare ed evitare gli sprechi.

Ma non mancano comunque alcune novità positive, come ad esempio l'esenzione dal pagamento del ticket per chi è in cassa integrazione straordinaria e relativi familiari a carico, disoccupati, lavoratori in mobilità, e familiari a carico dei titolari di pensione sociale. Sul fronte delle politiche sociali cambia invece il modello di welfare e il sistema dei voucher. Ecco i punti principali del provvedimento.

Risorse. I fondi destinati al finanziamento del Ssr sono 17 miliardi e 450 milioni di euro circa, di cui 935 milioni per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, 8,6 miliardi per l'assistenza distrettuale, 7,3 miliardi per l'assistenza ospedaliera, e 450 milioni euro come saldo di mobilità attiva per i cittadini fuori regione. Rispetto al 2011 c'è un incremento di circa 260 mln di euro (+1,5%), di cui 50 mln di euro per il socio-sanitario (pari al 19,2% dell'incremento del Fsr). Ci sarà l'obbligo di gare aggregate tra più strutture e il più possibile centralizzate a livello regionale, attraverso la Centrale regionale acquisti.

Ticket. Vengono estese le esenzioni ad alcune categorie più deboli, ma in compenso ci saranno nuovi ticket. In particolare, saranno esentati dal ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (esami e visite) le persone in cassa integrazione straordinaria, i loro familiari a carico (oltre a disoccupati e lavoratori in mobilità). In più, viene estesa l'esenzione dal pagamento del ticket sui farmaci anche ai familiari a carico dei titolari di pensione sociale. C'è il progetto di far valere l'esenzione finché non cambia la situazione reddituale del cittadino, mentre con Finlombarda si lavorerà per verificare la correttezza delle esenzioni dal pagamento del ticket. Alcune prestazioni (come ad esempio gli interventi di cataratta e tunnel carpale) diventano "attività ambulatoriale" per cui sarà dovuto il pagamento del ticket. Verrà inoltre implementata l'attività macroambulatoriale complessa per la quale si prevede il pagamento del ticket, mentre il day hospital non chirurgico verrà quasi completamente trasformato in macroattività ambulatoriale complessa. Da dicembre 2012 ci sarà inoltre l'obbligo di esporre i costi delle prestazioni sanitarie sui referti (per ricoveri e specialistica) con l'eventuale quota a carico del cittadino.

Ricerca. I fondi per la ricerca indipendente in ambito sanitario passano da 7 a 20 milioni di euro per sviluppare e potenziare le attività della neonata Fondazione regionale per la Ricerca Biomedica. Per le sperimentazioni cliniche su nuovi farmaci, presidi medico-chirurgici e studi osservazionali, è introdotto l'obbligo per i comitati etici di rispondere entro 45 giorni.

Taglio 10%. Per quanto riguarda il personale, la regione vuole ridurre le Unità Operative Semplici e Complesse del 10% in adeguamento agli indirizzi dei lea, dare priorità alle assunzioni a tempo indeterminato e tagliare del 10% lavori atipici e consulenze, garantendo comunque la presa in carico e cura del paziente. In pratica, assicura, “si ridurrà il numero dei reparti ma non verrà toccato il livello di assistenza”.

Edilizia sanitaria. E' autorizzato l'uso del ribasso d'asta o del riutilizzo di economie per interventi di edilizia sanitaria.

Farmaci. La regione indica come "prioritario" prescrivere farmaci equivalenti, in particolare quelli degli inibitori di pompa, le statine, gli antiipertensivi e gli antidepressivi, nonché di inserire nel prontuario i farmaci biosimilari. Da sottolineare la creazione di nuclei di informazione farmaceutica indipendente. Entro marzo 2012 inoltre dovrebbe essere elaborato un modello web-based del piano terapeutico per i pazienti con artrite reumatoide e psoriasi.

Medici di base. Nel 2012 sarà introdotto in via sperimentale un nuovo servizio di visite specialistiche negli studi dei medici di famiglia. Verranno finanziati con 5 milioni di euro i progetti delle asl che prevedano la presenza di medici specialisti, in grado di effettuare visite ed esami, presso gli studi associati dei medici di medicina generale.

Cronicità. Il progetto dei CrEG (Cronic Related Group) per la cura dei pazienti cronici in 5 Asl (Milano, Milano 2, Bergamo, Como, Lecco), avviato nel 2011, proseguirà anche nel 2012. Attraverso una quota di risorse stabilita in anticipo, devono essere garantiti con continuità ai pazienti tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, cure a domicilio) necessari per una buona gestione della patologia cronica. Le patologie individuate per la sperimentazione sono: bronco pneumopatie cronico ostruttive, scompenso cardiaco, diabete di tipo I e II, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari.

Politiche sociali. L'Assistenza Domiciliare Integrata, sperimentata nel 2011, verrà estesa a tutte le asl e distretti. Si passa da un modello di welfare a offerta a welfare a domanda: le parole chiave di questo cambiamento sono liberalizzazione e voucherizzazione per favorire, nell'ottica regionale, la competitività e aumentare le possibilità di scelta per l'utenza presso le strutture. Il voucher potrà essere speso, a scelta dal paziente, solo nelle strutture accreditate dalla regione. Per le unità di offerta residenziali (Rsa e Rsd) saranno sospesi nel 2012 ulteriori nuovi contratti con le asl così come è stato nel 2011. Verrà definito un modello di accreditamento universale per requisiti omogenei per tutte le unità di offerta socio-sanitarie, superando l'attuale sistema fondato sui patti di accreditamento a livello di asl. Quanto ai Cdi (Centri diurni integrati), le tariffe saranno allineate alla frequenza effettiva e per gli utenti part-time sarà ridotta del 50%. Il Ssr non pagherà più le assenze (per ricoveri, malattie e rientri in famiglia) con l'eccezione dei centri diurni per disabili.

Adele Lapertosa

Umbria: "Per il 2012 niente aumento delle addizionali Irpef"

La decisione comunicata ieri dalla Giunta presieduta da Catuscia Marini. L'Umbria, quindi, decide da sola di non dare luogo all'aumento delle addizionali decise dal decreto Monti. Al loro posto scatteranno però provvedimenti di razionalizzazione della spesa.

08 DIC - Nella riunione di ieri della Giunta umbra, per esaminare gli effetti del decreto legge anti-crisi, ora all'esame della Camera, è stata espressa "preoccupazione per l'impatto sociale che la manovra avrà sui cittadini e le famiglie", auspicando "ogni utile intervento che possa renderne più equo il suo impatto".

"Consapevoli anche della composizione sociale dell'Umbria si legge in una nota della Regione - con la presenza di una rilevante popolazione anziana e redditi da lavoro al di sotto della media nazionale, in vista del bilancio 2012 la Giunta regionale ritiene che non sarebbe minimamente sopportabile dai cittadini ulteriori misure di aggravio di imposizioni e tassazioni a livello regionale. Per tale ragione la Giunta regionale ha disposto la definizione di provvedimenti per il blocco di tutta la leva fiscale regionale, e deciso l'accelerazione di tutte le misure valide a produrre significativi risparmi, e a bloccare ogni ulteriore costo della pubblica amministrazione".

La Giunta regionale ha deciso la definizione di un elenco di 12 provvedimenti in materia di razionalizzazione, contenimento e risparmio per la stessa Amministrazione regionale che saranno discussi ed approvati nella seduta del prossimo 16 dicembre. Nella medesima seduta sarà anche pre-adottata la bozza del DAP 2012 (documento di programmazione annuale).

Nel piano operativo il marketing dei servizi ospedalieri E la Regione corre ai ripari promuovendo le eccellenze

PESCARA. Si chiama "Esito della cura". E' un programma di promozione delle eccellenze abruzzesi con cui la Regione intende frenare l'esodo dei pazienti verso altre regioni.

«L'obiettivo della Regione è semplice», si spiega nel piano operativo della sanità, «riconoscere gli erogatori che erogano le cure migliori per patologia e indirizzare di conseguenza i pazienti affinché questi possano rivolgersi alla migliore struttura disponibile».

La regione si sta muovendo in più direzioni: nei confronti dei direttori generali e dei direttori sanitari con sessioni formative per la presentazione del Programma Nazionale Esiti sviluppato da Agenas, l'agenzia nazionale della sanità, in modo da orientare l'azione delle Asl verso il miglioramento degli obiettivi e delle priorità. Nei confronti dei medici di base la Regione si muoverà con un piano di comunicazione «affinché questi possano essere adeguatamente informati sui dati disponibili sugli esiti relativamente alle strutture pubbliche e private abruzzesi e possano in modo opportuno orientare la scelta dei propri assistiti». Una terza iniziativa è nei confronti delle cliniche private accreditate con sessioni formative sempre sul Programma Nazionale Esiti e sul miglioramento degli obiettivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gianni Chiodi con la subcommissaria Giovanna Baraldi



Lettori: n.d.

CORRIERE DEL VENETO
VENEZIA E MESTRE

08-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Alessandro Russello

da pag. 11

Sanità Varato dalla giunta il ripiano per il 2010: a Venezia 71 milioni. Padoan: attendo un segnale, il via libera ai primari

La Regione copre il «buco» dell'Usl 12

Coletto e Mantoan ai sindacati: ospedale di rete in centro storico e più collaborazione

Spaccatura tra sigle

All'incontro erano presenti una dozzina di sigle, ma si sono dissociati Cimo, Anpo e Aaroi

VENEZIA — La prima buona notizia è arrivata in mattinata: la giunta regionale guidata da Luca Zaia ha dato il via libera definitivo al ripiano della «voragine» della sanità veneta nel 2010. Un buco da 441 milioni di euro, in cui spiccava il meno 103,9 milioni di euro dell'Usl 12 di Venezia, anche se Palazzo Balbi ha deciso di riconoscere «solo» 71,7 milioni. La seconda buona notizia è arrivata nel pomeriggio: l'assessore regionale alle Politiche sanitarie Luca Coletto e il segretario regionale Domenico Mantoan hanno ricevuto per un paio d'ore una sfilza di sindacati lagunari — da quelli del comparto (Cgil, Cisl, Uil, Fsi e anche le Rsu) ai medici (Anaao e Sumai), dai convenzionati (Fimmg e Fimp) ai veterinari (Fvm), dai farmacisti ospedalieri (Sinafo), fino ai biologi (Snabi) — per rassicurarli sul futuro. I due massimi dirigenti della sanità veneta, pur non nascondendo la situazione attuale — avrebbero definito l'Usl 12 un «malato moribondo» — hanno infatti promesso che a Venezia resterà un «ospedale di rete» e che c'è «disponibilità a un confronto aperto e a una collaborazione» con l'azienda sanitaria veneziana.

Perché questo non sia successo in questo anno e mezzo, non è stato approfondito. Il nome di Antonio Padoan, assicurano diversi presenti all'incontro, non è stato fatto appositamente, per non personalizzare la situazione. Certo però lo scontro con l'attuale direttore generale è eviden-

te. «Venezia non chiuderà ma avrà una sanità a misura della città - hanno però assicurato Mantoan e Coletto - quanto all'ospedale dell'Angelo a Mestre, dovrebbe funzionare di più». Proprio su questo punto, cioè l'eterna «guerra» tra Venezia e Mestre, le sigle si sono spaccate: all'incontro non hanno partecipato i sindacati medici Cimo, Anpo (primari) e Aaroi, che sarebbero più concentrati, in questa fase, sulla difesa specifica del centro storico. I sindacati promotori dell'incontro hanno invece delineato un quadro più generale, partendo dal sottofinanziamento dell'azienda, ma su questo l'assessore e il segretario regionale sono stati chiari: «E' materia del consiglio nel nuovo piano sociosanitario, il cui iter finirà a giugno». «Dopo l'incontro del 27 ottobre in cui Padoan ci ha chiesto collaborazione, noi abbiamo fatto il nostro passo: ora la palla torna dall'altra parte», dice Dario De Rossi (Cisl). «I massimi esponenti regionali ci hanno detto in faccia che non intendono rotamare Venezia», aggiunge Francesco Menegazzi (Uil). «C'è stato un bel clima», conferma Lucio Pasqualetto (Fimmg).

Proprio in mattinata c'era stato l'ok al ripiano, con anche 11 milioni all'Usl 10 (rispetto al passivo di 23,4), 13,5 all'Usl 13 (passivo di 26), 5,8 a Chioggia (passivo di 15,7), confermando quanto deliberato in marzo, all'epoca del «rischio commissariamento» da parte del governo. «Ma per me l'unico vero segno di buona volontà sarà l'ok ai primariati - non molla Padoan - altrimenti si tratta del solito tergiversare. Quanto ai soldi, anche negli anni passati c'è stato il ripiano, ma io aspetto ancora 249 milioni di euro».

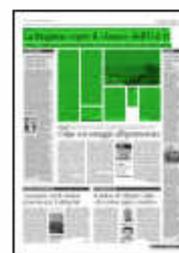
Alberto Zorzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Profondo rosso

Dopo un bilancio 2010 con un passivo di 103,7 milioni, per il 2011 si prevedono 107 milioni di buco



IL CASO

Il commissario: il saldo negativo di 67 milioni è solo il 2,7 per cento della spesa complessiva

Chiodi: mobilità passiva colpa dei conti in rosso

Sanità, il presidente della Regione conferma i dati del Centro sulle cure fuori dall'Abruzzo

«Dobbiamo capire meglio il perché dei flussi per individuare le carenze e innestare una sinergia con il sistema di cura privato»

«Gli abruzzesi si muovono per interventi di bassissima complessità che hanno protocolli identici in tutta Italia»

PESCARA. «Il nostro sistema sanitario paga ancora la cattiva reputazione di regione canaglia».

Gianni Chiodi, presidente della Regione e commissario ad acta per la sanità abruzzese, non smentisce i dati pubblicati dal *Centro*, e spiega così il saldo negativo di oltre 67 milioni sui flussi di cura verso e fuori l'Abruzzo. In termini tecnici si chiama mobilità, attiva la prima, passiva la seconda.

A conti fatti, però, per Chiodi significa: «Solo il 2,7 per cento della spesa sanitaria complessiva, che ammonta a 2 miliardi e mezzo di euro».

Dunque meno di quella per il personale, 31 per cento e 788 milioni, o per i farmaci, 17 per cento e 424 milioni.

Il commissario analizza il fenomeno mobilità accanto all'assessore **Mauro Febbo** e sottolinea come il 2010 segna la mobilità passiva per 167 milioni, con esodo concentrato verso Marche, Lazio ed Emilia Romagna, ma in compenso il credito abruzzese per la mobilità attiva si attesta a 100 milioni.

Dati annuali che Chiodi legge in trend di sostanziale stabilizzazione rispetto al 2009 e

paragona al 2007, anno di confine tra andamento costante ed esplosione del fenomeno.

Se, infatti, tra il 2001 e il 2007 la mobilità passiva sale da circa 100 milioni di euro a 134, da qui in avanti esplose fino a 167 milioni, con un salto più corto nell'ultimo anno.

Nello stesso arco di tempo la perdita di appeal si riflette sui dati di chi viene a curarsi da noi, con una mobilità attiva che scende fino al 2009 e si rialza solo nel 2010, anno in cui Chiodi diventa commissario ad acta.

«Il 2007», dice il commissario ad acta della sanità abruzzese, «è l'anno dell'ingresso dell'Abruzzo, regione canaglia, nel piano di rientro a causa del suo default, colpo durissimo non solo alla credibilità del sistema politico abruzzese, ma, anche e soprattutto, alla reputazione della nostra sanità, dei nostri ospedali, i cui effetti sono ancora oggi imponderabili, se si pensa che, pur avendo in Abruzzo le due migliori cardiocirurgie in Italia, Chieti e Teramo, i cittadini di queste due stesse città preferiscono rivolgersi altrove».

Chiodi non si spiega perché gli abruzzesi emigrino pur avendo eccellenze in casa, anche se, poi, ammette: «Se parliamo di regione canaglia, di liste d'attesa interminabili, di mobilità passiva, è ovvio che la fiducia del cittadino crolla».

Per leggere fino in fondo il contesto sanitario abruzzese, suggerisce anche di considerare che nel 2007 a un saldo negativo di mobilità pari a circa 8 milioni, corrispondeva una perdita complessiva del sistema sanitario regionale, monitorata dal tavolo ministeriale, di 335 milioni di euro.

«Oggi invece», continua Chiodi, «il saldo negativo di 67 milioni lo reggiamo bene, visto l'avanzo di un milione e 361 mila, e questa virata im-

portante tornerà anche in termini di mobilità».

Per combattere il fenomeno, il presidente indica due strade fondamentali: «Migliorare la reputazione del nostro sistema sanitario, a iniziare dagli ospedali, e capire meglio il perché di questi flussi per individuare le carenze e magari innestare una sinergia efficace con il sistema di cura privato».

La prima fotografia del fenomeno, comunque, dà già qualche risposta.

«Gli abruzzesi», afferma Chiodi, «si muovono essenzialmente per interventi di bassissima complessità. Basti pensare che 1618 pazienti, di cui 969 provenienti dalla Asl di Teramo, nel 2010 sono andati fuori regione per sottoporsi ad interventi al cristallino, e 1503 a chemioterapia, le cui procedure di cura rispondono ad un protocollo che è identico in tutta Italia».

Flussi da monitorare anche su base geografica. Allora emerge che nella Asl di Teramo, maglia nera in mobilità, l'esodo parte soprattutto dai comuni costieri di confine con le Marche.

«Può essere», conclude Chiodi, «che il blocco del turn over, disposto dal piano di rientro, abbia potuto depauperare l'ospedale di Sant'Omero, un punto di riferimento per quei cittadini. Ora le cose vanno meglio. Grazie ad una convenzione con l'università di L'Aquila e la copertura della pianta organica, nei primi sei mesi l'ospedale è passato da zero interventi chirurgici a 587».

Sipo Beverelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: 310.000

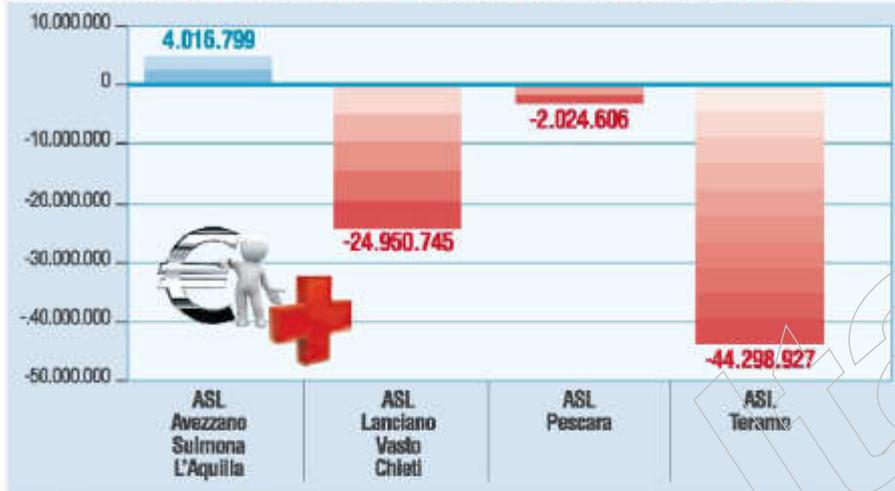
il Centro

08-DIC-2011

Diffusione: 23.526

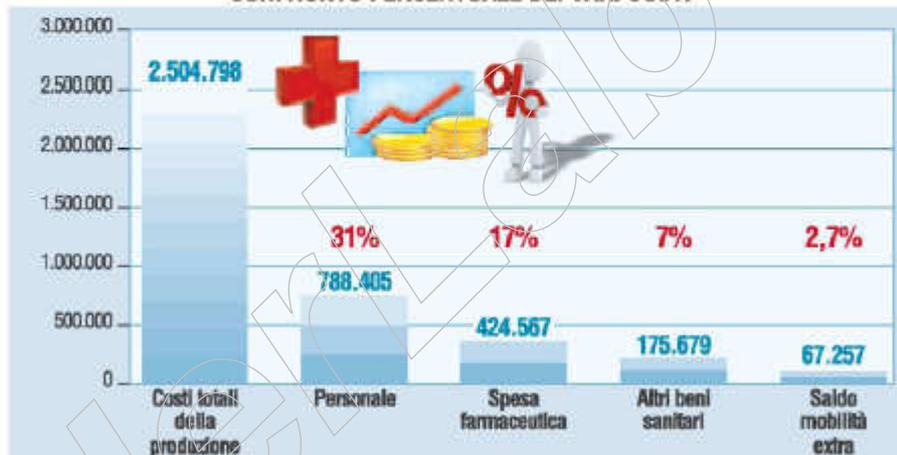
Dir. Resp.: Sergio Baraldi

da pag. 11

SALDO DELLA MOBILITA' PASSIVA DEL 2010

CIFRE IN EURO

DATI DEL COMMISSARIO AD ACTA SANITA'

CONSUNTIVO 2010**CONFRONTO PERCENTUALE DEI VARI COSTI**

Il caso

Regione, rischio scippo dei fondi Ue Vendola al ministro: "Non si toccano"

E per la sanità l'incubo prescrizione per 200 milioni

PIERO RICCI

GLIU le mani dai nostri fondi europei. Lo scrive il governatore pugliese Nichi Vendola al ministro per la coesione territoriale, Fabrizio Barca. Esembrano tornare i toni che Nichi il rosso usava mesi fa quando al ministero del tesoro c'era Giulio Tremonti e al posto di Barca, Raffaele Fitto. In estate lo «scippo» fu evitato grazie all'asse che l'ex ministro pugliese strinse con i governatori, Vendola in primis. Ora sul piatto c'è la nettizzazione del cofinanziamento regionale dei fondi europei dal patto di stabilità. Se va in porto il limite di cassa per la Puglia viene elevato e quindi si liberano risorse per 150-180 milioni di euro sul fronte della spesa. Il governo Monti è disposto ad allentare i vincoli a condizione che la Regione firmi un piano di azione e coesione che significa cedere di fatto le proprie risorse europee. «Accelerare la spesa e qualificarla non significa trasferire pezzi dei programmi comunitari alla sovranità del ministero, i quali con i Pon non si sono mai particolarmente distinti né in velocità né in qualità degli interventi. Non vorremmo che il piano di azione e coesione, a dispetto del nome altisonante, nasconda l'insopportabile obiettivo di ministerializzare i fondi comunitari». Vendola non ci sta a riprogrammare le risorse: «Per la Puglia significherebbe rallentare programmi già avviati e privare i territori di risorse già assegnate. In un momento di grande crisi come questo che stiamo vivendo sarebbe un duro colpo». Anche con Bruxelles, carte in regola — dice Vendola. Il governatore non ci sta a quello che ha tutta l'aria di essere un ricatto: «Siamo molto

lontani dal metodo della collaborazione istituzionale e siamo invece vicini al prendere o lasciare. O le Regioni accettano Piani scritti da altri o perdono l'opportunità della nettizzazione. Non possiamo accettare metodi diversi da quelli convenuti nell'incontro del primo dicembre».

La manovra Monti non smette di riservare sorprese anche sul fronte della sanità. E potrebbe cancellare 200 milioni di euro, la quota pugliese del fondo integrativo del 2006, congelato in attesa della verifica degli adempimenti regionali. Nell'articolo 28 del decreto, quello che aumenta l'addizionale Irpef dallo 0,9 per cento all'1,23 per cento, c'è una norma che autorizza il governo ad accantonare le risorse del fondo integrativo da erogare alle Regioni per un periodo che non può superare i cinque anni. Nel 2011 scadono i cinque anni sull'integrazione del 2006 dal momento che la verifica degli adempimenti non si è ancora conclusa. Il dubbio che in queste ore ha obbligato gli uffici regionali, alle prese con l'impostazione del bilancio di previsione per il 2012, a intensificare i contatti con i ministeri, riguarda l'entrata in vigore della normativa che, a una prima lettura, sembrerebbe penalizzante per le Regioni. «C'è da capire — sostengono alla Regione — se il calcolo dei cinque anni va fatto retroattivamente o se tutto parte nel 2012». La seconda è comunque ritenuta la più «probabile» forse addirittura «migliorativa» perché autorizza lo Stato a mettere in perenzione i fondi congelati dopo cinque anni invece degli attuali tre. Alla Regione auspica che sia confermata almeno questa lettura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INTERVIENE IL MINISTRO. Balduzzi: «Si va verso criteri federalisti»

Sanità, nuovo scontro Nord-Sud tra Regioni sulla spartizione fondi

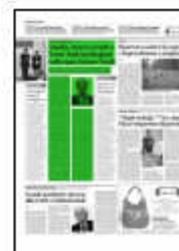
Venezia dice «no» al criterio della deprivazione che darebbe più risorse alle aree del Meridione

Le procedure per rinnovare il Patto della salute, in scadenza nel 2012, «sono già state avviate». L'ha detto il ministro della Salute Renato Balduzzi ieri alla Camera rispondendo a una interrogazione di Laura Molteni (Lega): ha annunciato anche che saranno avviate «tutte le iniziative necessarie per accelerare la conclusione degli accordi tra le Regioni ora in fase di definizione, previsti dal Patto per la salute 2010-2012 sulla mobilità sanitaria interregionale tra Regioni confinanti». Il ministro ha detto che il 2012 potrebbe essere «un anno di transizione» in cui si applicano «le migliori prassi degli ultimi anni» per il riparto del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni. Il Fondo sanitario previsto per il 2012 è pari a 108,7 miliardi di euro, cifra che non è stata toccata, come si era ipotizzato in un primo momento, dalla manovra economica appena varata dal governo Monti. Sui criteri per il riparto, però, non c'è accordo tra le Regioni (al Veneto andrebbero 8,5 miliardi), in particolare tra quelle del Nord e quelle del Sud. I criteri proposti dall'ex ministro della Salute, Ferruccio Fazio infatti, sono stati bocciati dalle Regioni del Sud, che già lo scorso anno chiedevano che tra i criteri fosse introdotta la "deprivazione" - ovvero la possibilità di tenere conto per il riparto anche delle condizioni socio-economiche della Regione, notoriamente più critiche al Mezzogiorno. Ma il Veneto, che tra l'altro con l'assessore Luca Coletto guida la Conferenza delle

Regioni per il settore sanità, è pronto a fare la barricata. «Non c'è spazio per alcuna discussione; non chiuderemo mai l'accordo per un riparto basato sul criterio della deprivazione. Sono tutti avvisati: non ci staremo mai» ha dichiarato ieri il presidente Luca Zaia, sottolineando come «l'evazione si attesta al 66% al Sud e al 14% in Veneto: su che criterio ci si basa, allora - si è chiesto Zaia -, per dire che al Sud ci sono più poveri? Anche perché la Banca d'Italia ha evidenziato che, a parità di stipendio, vivere sopra al Po costa il 18% in più». Con l'addizionale Irpef aumentata dal Governo «la sanità italiana è salva», commenta Coletto, perché viene confermato il Fondo di 108 miliardi, «ma costa cara ai veneti. E poi si può parlare di un tradimento del federalismo di fronte a una addizionale introdotta da Roma, contrariamente a quanto fatto da noi». Al ministro Balduzzi, che ha parlato di prospettiva per il 2013 di applicazione di un criterio di federalismo per il riparto della sanità, Zaia risponde: «Magari fosse. Il Veneto lo chiede e lo propone sin dal primo giorno. Siamo ben contenti che il nuovo ministro indichi la via delle nuove regole dettate dal federalismo per il 2013 nella definizione dei futuri criteri di riparto dei fondi nazionali per la sanità. Significa finalmente l'ingresso dei criteri standard come elemento basilare per determinare la giusta spesa di ogni prestazione e la conseguente giusta suddivisione dei fondi tra Regioni». •



Il ministro Renato Balduzzi



Lettori: 538.000

IL SECOLO XIX

09-DIC-2011

Diffusione: 74.365

Dir. Resp.: Umberto La Rocca

da pag. 6

IL MINISTRO BALDUZZI

«Sanità, patto con le Regioni a Capodanno»

ROMA. Tra Natale e Capodanno ci sarà l'accordo con le Regioni su ticket, livelli essenziali, beni e servizi. È quanto annuncia il ministro della Salute, Renato Balduzzi:

«Con la manovra le Regioni sotto piano di rientro dovranno dimostrare entro un tempo definito, cinque anni, di aver realizzato i miglioramenti concordati con il governo». «Il Patto da concordare - dice Balduzzi - indica quattro aree da cui reperire risorse: i farmaci per i ticket e la spesa territoriale, i dispositivi medici, beni e servizi. Qui si può esercitare la spending review». Su federlismo fiscale e costi standard, «non c'è bisogno di tagliandi - afferma - si tratta solo di non chiedere loro ciò che non possono dare. Federalismo fiscale significa responsabilizzazione».



SANITÀ

Incombe l'incontro al Tavolo Massicci

Paolo Cannizzaro
CATANZARO

Tornerà a riunirsi tra il 14 e il 15 dicembre il "Tavolo Massicci", l'organismo tecnico interministeriale che segue il processo di attuazione del Piano di Rientro dal deficit accumulato dalla Sanità regionale. Si torna a Roma dopo l'incontro non particolarmente fruttuoso del 24 ottobre scorso, quando il Tavolo tecnico e il Comitato permanente per la verifica conclusero che ancora in Calabria «non si sono realizzate le condizioni per l'accesso ai fondi Fas e per l'erogazione delle spettanze residue».

Soldi che servono per far fronte alle innumerevoli esigenze, ma che in sede ministeriale non si ritiene di poter concedere in quanto «questo l'addebito mosso - la struttura commissariale ha provveduto «solo in parte a revocare gli atti in contrasto con il piano di rientro», mentre di contro «sono stati adottati, da parte della struttura amministrativa e delle aziende sanitarie, ulteriori provvedimenti in contrasto con il Piano di rientro e con le indicazioni fornite dalla struttura commissariale».

Su questi punti Scopelliti dovrà trovare le parole giuste per convincere gli uffici romani, ma anche le parole severe con cui mettere a tacere i coltivatori diretti - nella Sanità abbondano - degli orticelli personali. C'è insomma ancora molto da fare, e ciò nonostante sia stato riconosciuto che la stessa Struttura commissariale abbia posto in essere azioni positive «fine di certificare la posizione debitoria pregressa e le azioni di potenziamento del monitoraggio dei fatti contabili regionali e aziendali che stanno comportando progressivamente un miglioramento nella tempestività, nella regolarità e nell'attendibilità della loro rappresentazione». ◀



Sanità, rotto il confronto sindacati-Regione

Cisl, Cgil e Uil chiedono che si affrontino le negatività del Piano di rientro

CATANZARO «Le ricadute negative, su lavoratori e utenti, derivanti dalle scelte finanziarie ed organizzative dettate dal piano di rientro dal debito sanitario, la scarsa attenzione ai problemi dei lavoratori della sanità pubblica e privata, i problemi inerenti il precariato sono stati gli elementi di rottura del confronto al tavolo rappresentato da parte della Regione Calabria dall'Ufficio del Piano di rientro, del quale rappresentante Gianluigi Scaffidi riconosciamo la disponibilità e la consapevolezza che sarà consequenziale agli impegni assunti». Lo affermano, in una nota, i segretari regionali di Fp-Cgil, Alfredo Iorno, Cisl-Fp, Francesco Bevacqua e Uil-Fpl, Raffaele Gentile.

«Avremmo voluto - proseguono - una rappresentanza in grado di offrire una interlocuzione completa ed esaustiva in rapporto all'entità dei problemi che incalzano e si appesantiscono giorno dopo giorno. Rifiutiamo, pertanto, un utilizzo del confronto con il sindacato solo quando accordi, ancorché marginali, sono richiesti dal Tavolo Massiccio e, nello specifico della convocazione, riguardante la rivisitazione dell'accordo sulla mobilità del personale da trasferire nei casi di riconversione degli ospedali. Non ci frapponiamo alla rideterminazione della rete ospedaliera ed anzi la pretendiamo e chiediamo che contestualmente sia determinata la rete dell'emergenza-urgenza e della offerta dei servizi territoriali. Abbiamo chiesto, nel contesto della ripresa delle relazioni sindacali, che siano affrontati i problemi del precariato inerenti i rinnovi dei contratti e l'immediata verifica dei processi di stabilizzazione effettuati per porre fine ad una situazione che genera incertezza nei lavoratori e nelle lavoratrici».



Lettori: n.d.

la Repubblica **TORINO**

09-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 3

Il retroscena

Manager sanità Monferino pronto a un nuovo valzer

SARA STRIPPOLI



L'assessore Paolo Monferino

Quando mancano solo tre settimane alla scadenza del 31 dicembre, in corso, nelle direzioni degli ospedali, nella sale di presentazione delle liste per l'Ordine dei medici il toto-direttori delle aziende sanitarie è vivacissimo. Intanto è stato riaperto il bando, segnale tangibile di qualche new entry. In secondo luogo pare assai probabile che si tratti ancora una volta di commissari con incarico di un anno, e non di direttori con mandato triennale. La giunta vuole accelerare i tempi non sono sufficienti. Su tutto il refrain dell'assessore alla sanità Paolo Monferino: «Si deciderà se hanno lavorato bene o male e non saranno scelte politiche», dice da mesi lasciando intendere l'ipotesi di un ampio ricambio.

SEGUE A PAGINA VII

Sanità, da Iodice a Manuguerra i manager preparano la valigia

L'assessore Monferino vara un altro valzer di poltrone

**La partita centrale
si gioca alle
Molinette: il nome
più gettonato è
il leghista Cosenza**

**In bilico anche
Urani al Mauriziano
Al suo posto
potrebbe arrivare
Galante da Asti**

SARA STRIPPOLI

LA PARTITA centrale si gioca alle Molinette. Emilio Iodice lascerà corso Bramante,

dopo essere stato presentato dal governatore in persona come amministratore capace? La risposta è ormai un sì corale: il consigliere comunale di Novara del Carroc-



Lettori: n.d.

la Repubblica **TORINO**

09-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 3

clo pare destinato a non sopravvivere alla scure di fine anno. Che torni a casa senza mansioni è però assai poco probabile, sarebbe prova evidente di un errore di valutazione del presidente. La strategia ufficiale sarebbe dunque quella di presentare la bocciatura come un ritorno all'ospedale di Novara. Il nome del sostituto più gettonato è proprio quello del collega dell'Asl Novara Gaetano Cosenza, anche lui in quota Lega, a lungo direttore del San Martino di Genova fino allo stop del 2008, dopo lo scandalo Mensopoli durante l'estate. Sulla sua mancata riconferma è intervenuto il giudizio negativo del governatore ma anche del rettore dell'Università Bignardi. Ma perché l'odice dovrebbe lasciare? I conti delle Molinette sono risultati fra i migliori e nessuno può mettere in dubbio che il piano di rientro al San Giovanni Battista sia stato rispettato a costo di grandi sacrifici per l'ospedale. Certo è che nell'ultimo anno sia il direttore sanitario Maurizio Dall'Acqua, sia lo stesso l'odice sono entrati in rotta di collisione con il direttore dell'Aress Claudio Zanon. Ultima in ordine di tempo l'interminabile querelle sui posti letto della Città della salute. Anche la sostituzione di Dall'Acqua pare sicura e per quel posto salgono le

quote di Renata Ranieri, che dopo le dimissioni dal Csi potrebbe tornare ad un posto in sanità in area Pdl-Ghiglia. In alternativa Marco Rapellino, ora consulente Aress.

Per la super Asl di Torino Giacomo Manuguerra non sembra avere alcuna chance: paga l'appartenenza a quel Pdl che faceva riferimento a Caterina Ferrero, i conti in rosso della To2 e qualche scelta contestata come la delibera di nomina per il direttore sanitario del carcere. «Le dichiarazioni sull'Amedeo di Savoia poi gli hanno scavato la fossa», diceva giorni fa un noto medico. Per la mega Asl torinese circola il nome di Luigi Marroni, ex-manager Iveco in arrivo da Firenze. Di lui si parlava anche per la direzione delle Molinette, ma le sue quotazioni negli ultimi giorni sono in discesa: il manager collega dell'assessore ingegnere parrebbe intenzionato a restare nella sua città. Si vocifera di Giulio Fornero, in alternativa per un posto all'azienda Giovanni Bosco, cercando una conferma nelle parole di apprezzamento di Monferino all'intervento dell'ex direttore della To2 a Palazzo Civico durante l'incontro sulla Città della salute. Se così fosse, per Fornero sarebbe un ritorno trionfale visto che era stato cacciato in malo modo prima della scadenza no-

nostante gli appelli di Chiamparino. Sono in molti però a sperare che in epoca di collaborazione inter-istituzionale anche il centrosinistra abbia un suo rappresentante. Alla To4 Renzo Secreto è destinato a restare a casa: finito nell'inchiesta sulla sanità e anche lui considerato dell'entourage dell'ex-assessore Pdl, ha scarse chance di essere riconfermato. Anche Remo Urani potrebbe lasciare il Mauriziano. I suoi conti vanno benone, ma il posizionamento in quota Pdl e alcune scelte recenti non gradite in corso Regina e dintorni potrebbero costargli il posto. A Torino, proprio all'Umberto I, si ipotizza un possibile rientro di Walter Galante, adesso all'Asl di Asti dove però non ha buoni rapporti con la presidente della Provincia Maria Teresa Amosino. L'altro nome che circola è quello di Nicola Giorgione, ex-direttore del Cto in epoca Ghigo. Anche all'ospedale di Cuneo pare probabile un cambio di nomi: il manager Mario Marchisio, ex New Holland e amico di Paolo Monferino, non è stato all'altezza delle aspettative e nell'ultimo incontro collettivo con tutti i direttori d'azienda ha ricevuto bruschi rimproveri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



31 DICEMBRE
Entro la fine del mese
Monferino nominerà
i nuovi commissari

Lettori: n.d.

la Repubblica **TORINO**

09-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 3

In&out /1**BRIGGARELLO**

Finita nel mirino per aver mobilitato l'Asl 5 per una cena con Cota, potrebbe non essere confermata

**FORNERO**

Cacciato nonostante la "raccomandazione" di Chiamparino, Fornero potrebbe essere ripescato dall'assessore

**GALANTE**

L'ex assessore alla Sanità ai tempi di Ghigo, potrebbe lasciare l'Asl di Asti per guidare il Mauriziano

**IODICE**

L'uomo di Cota, pare certo farà le valigie nonostante alle Molinette non abbia lavorato male
Destinazione: Novara

In&out /2**MANUGUERRA**

Il commissario dell'Asl To2 pare non avere chance. Paga anche il no alla chiusura dell'Amedeo di Savoia

**RANIERI**

Dopo una fugace presenza sulla poltrona di presidente del Csi, la Ranieri pare pronta al rientro nella sanità

**SECRETO**

Il commissario dell'Asl To4 è destinato a restare a casa: è finito nei guai per l'inchiesta sulle tangenti nella sanità

**URANI**

Ha i conti in ordine, ma potrebbe non bastare a Fiermo Urani: traballa la sua poltrona di numero uno al Mauriziano

SALUTE ♦ Le modifiche scattate il 1° novembre

Ticket, dopo la "rivoluzione" i cassintegrati non più esenti

La Liguria non ha ancora provveduto a rimodulare le categorie "deboli"



Esonerati
invece in
Lombardia

Pagano
anche i
disoccupati

C'è ancora
molta
confusione

La crisi
e i nuovi
"poveri"

La Lombardia vara la sua riorganizzazione sanitaria, vicina a quella della Liguria (taglio del 10% delle strutture semplici e complesse e taglio sempre nella medesima percentuale delle consulenze) e introduce i ticket per la specialistica ambulatoriale

complessa. L'ottica è la stessa di quella ligure: razionalizzare, eliminando gli sprechi. Epperò c'è una differenza sostanziale: la giunta, davanti alla morsa della crisi economica in atto, ha deciso di



Lettori: n.d.

**CORRIERE
MERCANTILE**

09-DIC-2011

Diffusione: 8.716

Dir. Resp.: Mimmo Angeli

da pag. 15

esentare dal pagamento del ticket chi è in cassa integrazione straordinaria e relativi familiari a carico, disoccupati, lavoratori in mobilità, e familiari a carico dei titolari di pensione sociale. È il riconoscimento delle nuove fasce deboli che sempre più utenti chiedono anche alla Regione Liguria, tanto più dopo il nuovo sistema di esenzione scattato lo scorso 1° novembre che ha cancellato l'autocertificazione ma anche provocato un bel po' di confusione tra i cittadini. In questo passaggio, infatti, sono stati molti i liguri che, pur rientrando nelle categorie a rischio, si sono visti cancellare l'esenzione. I cassintegrati, per esempio, non sono stati presi in considerazione così come i disoccupati di lungo corso. Davanti alle prime richie-

ste, l'assessore alla Salute Claudio Montaldo aveva annunciato una revisione delle categorie aventi diritto all'esenzione ma, complici manovre, tagli e disavanzi nella spesa sanitaria, questo discorso è rimasto a tutt'oggi a livello di promessa. Due le soluzioni adottate dagli utenti che hanno perso l'esenzione: una autocertificazione, da confermare entro il 31 marzo, o pagare. La prima opzione però ha su di sé una doppia spada di Damocle: il pericolo che a marzo l'esenzione non venga riconosciuta con tutto quello che ciò comporterebbe e la forte diffidenza di Asl, ospedali e farmacie ad accettare il documento (che, però, è previsto). La seconda strada invece ha un epologo pressoché scontato: smettere di sottoporsi a terapie che non siano strettamente salva-vita e non sottoporsi ad esami.

Tra i casi emblematici emersi da

novembre ad oggi, quello di una signora sessantaduenne, vedova e senza lavoro ma, non essendo più iscritta agli elenchi dei centri per l'impiego (le chances occupazionali di una ultrasessantenne, com'è facile immaginare, non sono tante) non rientra nelle categorie che hanno diritto all'esenzione. E questo, pur avendo un reddito annuo che non arriva a cinquemila euro e una figlia (anch'essa disoccupata) e un nipotino di otto anni, a carico. "Giovane" per la pensione, ma "vecchia" per lavorare, la signora si trova fuori da ogni situazione: è una sorta di "apolide" della sanità. Un caso limite? Tutt'altro. Di qui la necessità di intervenire, rimodulando il quadro generale ed inserendovi anche i cassintegrati. La Lombardia ha provveduto, la speranza è che anche la Regione Liguria riesca a trovare una soluzione equa, senza però alterare troppo i conti. Altrimenti ci sarà una fetta di popolazione "impedita" a provvedere alla propria salute.

[m. reb.]



**IL CODICE DI
ESENZIONE**

Dal 1° novembre per ottenere l'esenzione in base al reddito su specialistica e farmaci non si può più firmare la ricetta, ma occorre il certificato di attestazione dello stato di esenzione.



LA SCADENZA DEL 31 MARZO

Chi non ha ricevuto la lettera con il codice di esenzione può attestare la propria posizione presentando l'apposita autocertificazione redatta sui moduli Asl e valida fino al 31 marzo 2012.



CRONICI E REDDITO

Anche i malati con patologie croniche, se superano il reddito annuo di 36.151,98 euro, dovranno pagare il ticket sia per le ricette dei medicinali previsti nella terapia che per tutti gli esami di controllo.

I casi

I PAGAMENTI AL PRONTO SOCCORSO

Il ticket al Pronto soccorso viene applicato solo agli accessi valutati come codici bianchi. Sono esclusi i casi di traumatismo o avvelenamenti acuti o riguardanti assistiti di età inferiore a 14 anni. La legge finanziaria 2011, che ha introdotto i nuovi ticket sulla diagnostica, non è invece intervenuta sul regime delle esenzioni.