

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 10.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Livelli di assistenza sanitaria. Solo 8 Regioni li garantiscono al 100%. Per 6 la situazione è critica

Il Ministero della Salute ha pubblicato il rapporto sul Mantenimento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza 2009. Il quadro non è roseo. Sulle 17 Regioni esaminate solo 8 escono promosse a pieni voti. Tre guadagnano la promozione ma con riserva. Ma ben 6 non raggiungono la sufficienza: Molise, Abruzzo, Sicilia, Campania, Lazio e Calabria.

09 MAG - Sono le prestazioni e i servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini. Ma nei fatti sono solo 8 le Regioni - Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Marche, Piemonte, Umbria, Veneto e Liguria - hanno adempiuto al loro compito di erogare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) in modo efficiente. Basilicata, Sardegna e Puglia se la sono cavata, anche se devono migliorare. Ma per il Lazio e le Regioni del Sud la situazione è "critica". A rilevarlo è il monitoraggio sui Lea del ministero della Salute, relativo al 2009 e riguardante 17 Regioni (mancano i dati di Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Trento e Bolzano), con un set di 21 indicatori selezionati appositamente dal Comitato Lea sulle macroaree di assistenza (6 indicatori per la prevenzione, 9 per l'assistenza distrettuale, 6 per l'ospedaliera).

La valutazione finale è illustrata in sintesi nella tabella a fondo pagina, dove il ministero ha anche specificato, Regione per Regione, gli aspetti più critici emersi dal monitoraggio. Scavando un po' più in dettaglio tra gli indicatori è possibile notare altri particolari. Soprattutto che l'inadempienza del Sud e Isole non deriva solo dalla carenza di prestazioni in termini quantitativi, ma inferiore è anche la qualità delle prestazioni erogate. È al Sud, ad esempio, che si fa più ricorso al taglio cesareo e che si operano in ritardo le fratture del femore negli anziani, riducendo così le possibilità di recupero del paziente.

Nel dettaglio, la Campania conserva la maglia nera per i cesarei, con un ricorso al taglio nel 61,97% dei parti, seguita dalla Sicilia, con il 53,14%, e dal Molise, con il 48,45%. In generale, tutte le Regioni del Sud, a cui si aggiunge il Lazio, superano il 40% (fa eccezione la Sardegna, con il 37,77%). I livelli del Nord, invece, viaggiano sul 30%, con il migliore risultato della Toscana, che con il 26,56% si avvicina al 25% raccomandato dall'Oms.

E ancora: in Puglia solo il 18,07% degli anziani ricoverati per la frattura del femore viene operato entro 48 ore. Il 22% in Campania e Sicilia, il 25% in

Basilicata. Ma va male anche il Lazio, che registra solo il 21,84% degli interventi effettuati entro 48 ore. Certo, i margini di miglioramento sono consistenti anche al Nord, ma la media riesce almeno a raggiungere il 40%, con punte del 59,46% nelle Marche e del 54,16% in Toscana.

Tra gli indicatori a rilevare quanto sia spaccata in due l'Italia anche quello relativo allo screening. Per valutarlo il ministero ha preso in considerazione le persone che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina, mammella e colon retto. A ciascuno è stato attribuito un punteggio da 0 a 5, che indicava il livello di partecipazione al programma della popolazione target. Il massimo punteggio, 5, significava per lo screening alla mammella una partecipazione di oltre il 60% della popolazione target, negli altri due casi una partecipazione oltre al 50%. Il ministero ha quindi sommato i punteggi di partecipazione agli screening per le tre forme tumorali, registrando la partecipazione massima (punteggio 15, percentuale superiore al 50%) in Toscana, seguita dal Veneto e dall'Emilia Romagna (punteggio 13) e dall'Umbria 11. Al Sud d'Italia questi livelli sono un miraggio. Sicilia e Sardegna hanno un punteggio di partecipazione ai programmi di screening pari a 1, Lazio e Campania registrano 2, Calabria 4, Puglia 6.

Significative anche le differenze per il tasso di ricoveri attribuibili a Drg ad alto rischio di in appropriatezza. I risultati migliori sono quelli del Piemonte e della Toscana (dove i ricoveri potenzialmente inappropriati sono rispettivamente il 5,20% e il 6,80%), ma in Molise e in Puglia raggiungono il 18,09 e il 16,60. Male anche Sardegna (14,43), Campania (14,02), Calabria (11,68), Abruzzo (12,07) e Lazio (13,26). Ma spicca anche il dato della Lombardia, con il 12,34% di ricoveri potenzialmente inappropriati. La quota più alta registrata al Nord.

Forte gap anche per l'assistenza domiciliare integrata. I più assistiti sono gli over 75enni del Veneto (il 16,7% rientra in un programma di assistenza Adi), seguiti da quelli dell'Emilia Romagna (14,03%) e della Lombardia (10,32%). Dello stesso servizio usufruiscono invece solo l'1,3% dei calabresi over 75enni e l'1,79% degli anziani campani e pugliesi. Altre 6 Regioni non superano il 6% di anziani assistiti in Adi. Ma altrettanto bassa è la percentuale di anziani trattati in strutture residenziali. In Campania avviene solo per lo 0,02% degli over 75enni, in Puglia per lo 0,36%. Punta invece su queste strutture il Veneto, dove ben il 74,58% degli anziani viene trattato in una struttura residenziale. Per tutte le altre Regioni, la quota registra valori molto bassi, per lo più non oltre al 5%, tolto il caso della Basilicata (13,66%), comunque ben lontano dal valore del Veneto.

Al contrario, si fa ampio ricorso all'ospedale nel Sud d'Italia. È infatti lì che si registra il più alto tasso di ospedalizzazione, che tocca il massimo in

Campania (223,7 per 1.000 abitanti), seguito dalla Sicilia (213,19) e dal Molise (197,58). Il valore minimo se lo aggiudica invece la Toscana, con 148,56, poi il Veneto (150,49) e il Piemonte (159,26).

Più alto al Sud rispetto al Nord anche il ricorso ai farmaci. La percentuale di spesa farmaceutica territoriale supera il tetto del 13%, andando oltre il 15%, in Sardegna, Sicilia, Calabria, Puglia, Abruzzo e anche Lazio. Solo la Basilicata si mantiene sotto il tetto, con il 12,83%, valore simile a quello dell'Umbria (12,56%), della Toscana (12,5%), dell'Emilia Romagna (12,2%), della Lombardia (12,04%) e del Piemonte (12,62).

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia R.	
	Lombardia	
	Toscana	
	Marche	
	Piemonte	
	Umbria	
	Veneto	
	Liguria	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Basilicata	*Impegni 2010: • 18 - Percentuale parti cesarei < 44%
	Sardegna	*Impegni 2010: • migliorare le risorse finanziarie dedicate all'assistenza farmaceutica e ad attuare azioni di potenziamento della prevenzione secondaria (es. programmi di screening)
	Puglia	*Impegni 2010: • 18 - Percentuale parti cesarei < 45%
Critica	Molise	• Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo all'assistenza residenziale ed alla riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata.
	Abruzzo	• Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo all'assistenza farmaceutica, all'assistenza agli anziani e per gli hospice
	Sicilia	• Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza territoriale e domiciliare degli anziani, alla spesa farmaceutica e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera.
	Campania	• Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera.
	Lazio	• Rinvio al Piano di Rientro per aspetti relativi al recupero di efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e al contenimento della spesa farmaceutica
	Calabria	• Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera.

09 maggio 2011

Il Ministro illustra il piano ed elogia il Goretti. Rilanciata anche la sinergia con l'Università

«Pensiamo una nuova sanità»

Fazio: i tagli di Latina in linea con le scelte nazionali per offrire un servizio migliore



CONFIDENZE

Un momento della conferenza stampa: da sinistra Di Giorgi, Frati e il ministro Fazio

IL PERCORSO

**Vogliamo centrare
sulla persona
e non sul sintomo
la cura
delle malattie**

LA SANITÀ torna ancora una volta al centro della campagna elettorale. Complice la presenza in terra pontina del ministro della Salute, Antonio Fazio, l'argomento sul quale si sono giocati gli scontri più duri degli ultimi mesi è tornato ieri sera nuovamente ad infiammare il dibattito politico nel capoluogo. Accanto

al ministro Fazio, a conferma di quanto il nuovo corso della sanità nazionale voglia assumere - almeno nelle intenzioni - un respiro universitario, c'era il Rettore de La Sapienza di Roma, Luigi Frati. Un rapporto, quello tra il Polo pontino dell'Università e la sanità locale, che ha vissuto in provincia di Latina momenti di profonda crisi, sui quali tanto l'esponente del Governo quanto il Rettore della più importante università italiana hanno cercato di gettare acqua sul fuoco. «Teniamo molto alla sinergia con l'università - ha tagliato corto il ministro - la riteniamo elemento fondamentale per un livello assistenziale che voglia definirsi eccellente. Per di più a Latina c'è un ospedale molto importante che sta assumendo sempre maggiore importanza in ambito non soltanto lo-

cale, ma regionale. L'obiettivo cui puntiamo in questo territorio è dunque quello di rendere il rapporto università-ospedale sempre più paritetico, questo giustifica la grande sinergia in corso tra noi ed il rettorato di Frati. Quanto al Goretti, puntiamo molto sullo sviluppo di questo Dea di II livello, ed abbiamo in programma una serie di iniziative che stiamo mettendo in campo anche con il sostegno



Quotidiano

Latina oggi

10-MAG-2011

Diffusione: n.d.

Lettori: n.d.

Direttore: Alessandro Panigutti

da pag. 3

della Regione Lazio, grazie al grande lavoro svolto dal commissario straordinario alla sanità Renata Polverini». Ma a Latina, di questi tempi, sanità significa posti letto. Diverse decine quelli sottratti nelle strutture provinciali dal «decreto 80» sul riordino della sanità regionale. Argomento che non imbarazza però il ministro Fazio. Anzi. «I tagli decisi dalla Regione Lazio sono in linea con le indicazioni del Governo per dare ai cittadini una sanità migliore - ha tuonato - e riguardano una redistribuzione dell'organizzazione della sanità generale. Noi ci avviciniamo ad un momento in cui non ci sarà più nel nostro paese una sostenibilità della sanità se questa continuerà ad essere ospedalocentrica. Noi vogliamo creare per i cittadini una continuità assistenziale, un percorso ospedale-territorio diverso da quello attuale, potenziando il territorio, con un rapporto che va costruito centrando sulla persona e non sul sintomo la cura delle malattie. Questo è quello che vogliamo fare nella sanità e avviene nelle regioni virtuose. E poi - ha chiuso il ministro - nell'ambito della redistribuzione dell'area c'è stato incremento del 10% di posti letto a Latina. Non è vero quindi che si tagliano tutti i posti letto, ma si tolgono dai piccoli ospedali per darli ai più grossi». Ma sono le parole di Frati a rasserenare gli animi dei tanti universitari impegnati nella sanità presenti ieri sera all'hotel Europa. «Con Fazio stiamo rifacendo gli standard nazionali per gli insediamenti delle facoltà di medicina e chirurgia - ha chiarito il Rettore de La Sapienza - la cardiocirurgia sta dentro lo standard quindi dovrà essere riattivata perché fa parte di quello che è necessario che ci sia per una buona formazione del medico. Quindi credo sia uno stop transitorio che verrà risolto a livello nazionale e credo che il ministro Fazio sia interessato a questo, a che il corso di Laurea di chirurgia e medicina di Latina sia di serie A e non di serie B».

V.S.

La Rassegna Stampa di FederLab Italia



Gianni Chiodi
commissario
alla
Sanità

SENTENZA TAR**Ospedali chiusi,
forse non validi
gli atti di Chiodi**

PESCARA. Una sentenza del Tar mette in dubbio i provvedimenti di chiusura degli ospedali e altri adottati dal commissario alla Sanità Chiodi. (A pagina 15)

LA SENTENZA

I giudici accolgono i ricorsi di otto società private contro atti relativi a ricoveri per la riabilitazione

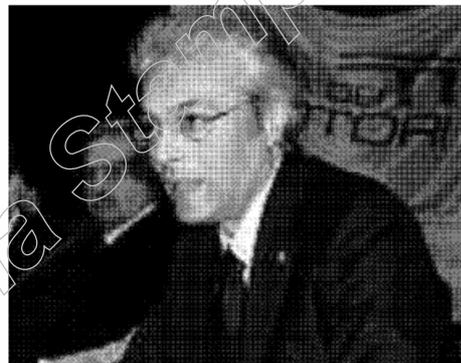
Sanità, a rischio i provvedimenti di Chiodi

La decisione del Tar dell'Aquila: il commissario non può modificare norme di legge

di Giuliano Di Tanna

PESCARA. Potrebbero rischiare l'annullamento i provvedimenti di chiusura degli ospedali e gli altri adottati dal presidente della Regione, Gianni Chiodi, nella sua qualità di commissario ad acta della sanità, e che siano in contrasto con disposizioni di legge regionale o nazionale.

L'ipotesi di illegittimità potrebbe riguardare anche le chiusure degli ospedali



Gianni Chiodi
presidente
della Regione
e commissario
ad acta
per la sanità

Il rischio arriva dalla sentenza con cui il Tar (Tribunale amministrativo regionale) dell'Aquila ha accolto otto ricorsi, presentati da altrettante cliniche e strutture sanitarie private abruzzesi, contro i provvedimenti sui ricoveri della riabilitazione adottati dal commissario alla sanità, Chiodi con il Programma operativo: la Sanex di Campi, la Nova Salus di Trassacco, la Paolo VI di Pescara, la Medisalud di Lecce dei Marsi, l'Anesis di Avezzano, la Villa Serena di Città Sant'Angelo e la Wellness di Montorio al Vomano, tutte difese dall'avvocato **Tommaso Marchese**, e il San Raffaele di Sulmona, difeso dagli avvocati **Cesidio Gualtieri** e **Gianluigi Pellegrino**.

Queste società sostenevano l'illegittimità del decreto

numero 4 adottato dal commissario per la sanità, il 7 giugno 2010, che modificava il Piano sanitario regionale adottato, nel 2008, con la legge regionale numero 5. Il decreto adottato da Chiodi come commissario sospendeva l'accettazione dei ricoveri residenziali e semi residenziali che avveniva, fino ad allora, attraverso il silenzio assenso dell'Uvm (Unità di valutazione multidimensionale) che aveva 3 giorni di tempo per pronunciarsi sulla richiesta, trascorsi i quali, la stessa richiesta si dava per accolta.

Ma perché questa sentenza del Tar potrebbe avere effetti dirompenti sugli atti del commissario straordinario per la sanità?

La spiegazione è in alcuni passi della motivazione della

decisione. In particolare nella cosiddetta parte in diritto, dove si sostiene, in buona sostanza, che il commissario ad acta (qualsiasi commissario ad acta) non è titolare di poteri normativi e, quindi, non può modificare disposizioni di legge.

Con una sentenza del 2010 (la numero 361) — ricorda il Tar dell'Aquila — la Corte costituzionale ha escluso che a un «commissario del governo» possano essere attribuiti poteri di tipo legislativo.

«E' dunque ovvio», conclude il Tar, «che un organo amministrativo (...) non è legittimato ad incidere su atti aventi natura legislativa primaria, in deroga alle competenze costituzionali esclusivamente riservate al consiglio regionale ovvero, in via del

tutto eccezionale, al consiglio dei ministri, ed è tenuto per converso al rispetto delle disposizioni di rango primario nell'emanazione degli atti amministrativi di competenza».

In termini pratici, che cosa potrebbe accadere? «La nuova legge regionale», spiega



L'avvocato Marchese, che è anche docente di diritto sanitario all'università Lum di Bari, «si può sottoporre a scrutinio costituzionale da parte delle strutture private accreditate e degli stessi pazienti che vantano un diritto soggettivo alle prestazioni e che possono rivolgersi al giudice contestando una legge regionale incostituzionale perché in contrasto, come dice il Tar, con la gerarchia delle fonti normative stabilite dalla Carta».

La stessa cosa potrebbe accadere per i provvedimenti di chiusura degli ospedali adottati dal commissario per la sanità ove fossero in contrasto con norme di legge preesistenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Rassegna Stampa di FederLab Italia

Intramoenia Confronto tra le tariffe a Bari

Visite pagate in ospedale

Oncologico, prezzi stellari

BARI — Le tariffe dell'attività intramuraria dell'Oncologico di Bari fanno venire voglia di prenotare una prestazione privatamente. L'Ircs di viale Orazio Flacco si conferma tra i più cari quanto a tariffe per l'attività libero professionale in intra moenia. Il confronto si fa con i tariffari Alpi (Attività libero professionale intramuraria) del Policlinico di Bari, dell'Ospedale San Paolo e del Di Venere di Carbonara.

A PAGINA 6
Stea

Sanità Differenza anche con le strutture private. L'Oncologico è il più caro. Il direttore: «Avvio un'indagine interna»

Visite private, la giungla delle tariffe

Per lo stesso esame in intramoenia i compensi variano tra i diversi ospedale

La parola

Intramoenia L'attività intramoenia (o intramuraria) si riferisce alle prestazioni erogate da medici di un ospedale, al di fuori dell'orario di lavoro, che utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione, e sono perciò soggette al pagamento di un compenso liberamente stabilito dal professionista e approvato dalla Direzione Sanitaria.

BARI — Se le liste d'attesa per un esame col servizio pubblico sono chilometriche, le tariffe dell'attività intramuraria dell'Oncologico di Bari fanno venire molta voglia di prenotare una prestazione privatamente. L'Ircs di viale Orazio Flacco si conferma tra i più cari quanto a tariffe per l'attività libero professionale in intramoenia. Il confronto si fa con i tariffari Alpi (Attività libero professionale intramuraria) del Policlinico di Bari, dell'Ospedale San Paolo e del Di Venere di Carbonara.

Ma andiamo con ordine. Sono noti i tempi d'attesa un po' ovunque necessari per una mammografia nella sanità pubblica. E l'Oncologico non fa eccezione. Per un esame come questo con il servizio pubblico, una paziente deve aspettare fino al 2012. In intramoenia, ovvero avvalendosi delle prestazioni private dei medici di un ospedale, al di fuori dell'orario di lavoro, che utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso, la visita è prenotata per il giorno dopo. Fin qui, niente di nuovo, sebbene l'attività intramuraria dovrebbe avere tempi d'attesa e costi intermedi tra il pubblico e il privato. Quello che fa specie invece, è il prezzo. Per una mammografia in intramoenia ese-

guita da un medico del Policlinico di Bari, la paziente può spendere da 40 a 75 euro. Se ci si rivolge ad una struttura della Asl, come il San Paolo o il Di Venere, un esame di questo tipo costa in media 35 euro. Se la paziente è interessata a farsi visitare da un medico che offre la sua attività intramuraria all'Oncologico, si arriva a 143 euro. Una cifra da capogiro, che fa impallidire anche la parcella di un professionista che opera in privato. Enzo Lattanzio, medico senologo di fama internazionale, per una mammografia nel suo studio privato richiede 100 euro. E chiaramente, oltre all'esame, il medico barese fornisce il risultato alla paziente subito dopo averlo fatto.

Un altro esame a cui moltissimi cittadini ricorrono è la risonanza magnetica. Qui, in pole position quanto a fattura salata, è l'azienda consorziale del Policlinico, dove per una risonanza all'addome superiore (e quindi non completa) con contrasto, il paziente può spendere 235 euro. Molto meno impegnativo è sottoporsi a questo esame al San Paolo o al Di Venere, dove la prestazione in intramoenia costa rispettivamente (e in media) 95 euro e 80 euro. L'Oncologico invece, mantiene sempre il profilo elitario - perché sono in pochi a poterselo permettere - con un costo di 172 euro. Il centro di diagnostica Rm 2000 di via Celentano, esegue una risonanza come questa a 160

euro. Meno di quanto richiesto sia dai medici in intra moenia del Policlinico e che da quelli dell'Ircs.

Veniamo all'elettrocardiogramma, un esame ormai di routine. Al Policlinico, sempre in intramoenia, costa 45 euro; al San Paolo e al Di Venere 30 euro; all'Oncologico



33 euro; e da Giovanni Franchini, uno dei cardiologi più affermati della città, costa privatamente 60 euro.

Per una radiografia l'ospedale Di Venere è il più sensibile alle tasche dei cittadini: l'unico medico della struttura che offre questa prestazione richiede 19 euro. Come anche al San Paolo, dove per questa prestazione si sborsano 25 euro. Le tariffe salgono invece, per il Policlinico e Oncologico: 45 euro nel primo e 40 nell'altro. Ed ora, il privato sorprende ancora. Per una radiografia di cui sopra, lo studio Sansonna di Bari, privatamente, richiede 40 euro. Nessuna differenza con il costo della prestazione in intramoenia.

Dulcis in fundo, un'ecografia alla tiroide, esame importantissimo per i pazienti di tutte le età. Al Policlinico non si effettua in intramoenia, ma Di Venere costa 39 euro ed al San Paolo 35 euro. Nello studio privato Grimaldi invece, l'ecografia tiroidea costa 40 euro. E, senza colpo ferire, all'Oncologico la cifra parla da sé: 162 euro per un'ecografia alla tiroide. Prestazioni così care da aver indotto il direttore amministrativo dell'Oncologico, Francesco De Nicolo, ad avviare un'indagine interna per capire il perché.

Federica Stea

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tariffe "intramoenia"

	Policlinico	Di Venere	San Paolo	Oncologico	Privato
Mammografia bilaterale	Da 40 a 75 euro	35 euro	35 euro	Da 94 a 143 euro	100 euro (studio Lattanzio)
Ecografia tiroide	Non prevista	39 euro	35 euro	162 euro	40 euro (studio Grimaldi)
Risonanza magnetica addome con contrasto	235 euro	80 euro	95 euro	172 euro	165 euro (Studio rim 2000)
Radiografia	45 euro	19 euro	25 euro	40 euro	40 euro (Studio Sansonna)
Elettrocardiogramma	45 euro	30 euro	30 euro	33 euro	60 euro (Studio Franchini)

«L'Asl 12 nasconde i debiti»

I Cobas annunciano un ricorso alla Corte dei Conti



A sinistra
l'ospedale
dell'Angelo
a Zelárino

di Gianni Favarato

I Cobas della Sanità tornano a ripetere che il nuovissimo ospedale dell'Angelo più che «un sogno si sta rivelando un incubo, per chi ci lavora e per chi, come i cittadini, ne ha bisogno per la sua salute». Tutta colpa della formula del «project financing che si sta rivelando un grande affare solo per chi l'ha costruito grazie ai pacchetti di appalti al ribasso», hanno denunciato ieri i sindacalisti dei Cobas Sanità, annunciando la presentazione di un esposto alla Corte dei Conti per «fare chiarezza sul bilancio da Azzeccarbugli dell'Asl 12, nel quale si nascondono le perdite reali che ammontano ad almeno il doppio dei 103 milioni di euro formalmente indicati».

«A tre anni dall'apertura, il nuovo ospedale dell'Angelo di Mestre, il più bello d'Europa secondo chi l'ha voluto a tutti i costi — ha spiegato Paola Gasbarri del sindacato dei Cobas Sanità veneziani — verificammo tutti con mano che, invece, non è in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, né di garantire la loro massima sicurezza e quella dei lavoratori, malgrado stia prosciugando i finanziamenti della Regione Veneto».

«E' incredibile la faccia tosta che hanno i nostri amministratori della sanità pubblica — ha aggiunto Paola Gasbarri, affiancata ieri, alla conferenza stampa, dal collega Angelo Zaccaria e dall'avvocato Mario Marcuz —, basti pensare che il buco di 1 miliardo di euro della sanità veneta si è trasformato in utile. Resta tuttavia il fatto che quel deficit strutturale di bilancio rimante tale e quale e dovrà essere appianato dalla Regione Veneto entro 25 anni, anche se con quali misure, il governatore Zaia ancora non lo dice». I Cobas della Sanità insistono, come ha fatto anche la Cgil nei giorni scorsi, sul fatto che «oggi, con alchimie contabili si arriva a dimostrare che il deficit di 208 milioni dell'Asl 12 veneziana, liberato dalle spese di ammortamento del project financing dell'ospedale dell'Angelo, così come richiesto da varie forze politiche alla Regione Veneto, diventa in un sol colpo soltanto di 103 milioni». Tutto ciò, secondo i Cobas, si deve al fatto che «l'Asl 12 risulta spendere più di tutte le altre Asl del Veneto, sia per i servizi sanitari, che per quelli non sanitari (lavanderia, telefoni, riscaldamento, pulizie, etc.), quanto ai costi dell'assi-

stenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica, sono di un terzo più alti della media regionale. E, infine, il project financing contratto dall'Asl 12, che ha permesso di attingere da ingenti capitali privati, ha fatto schizzare gli oneri finanziari a carico della Regione del 1.855%. Oggi su un canone annuo ai privati di 45 milioni, l'Asl ne paga 8 solo di Iva. Per questo l'esplosione dei costi dell'Angelo è stato motivo di allarme della Corte dei Conti, alla quale ci rivolgeremo per avere bilanci chiari, veri e trasparenti». I Cobas veneziani stanno preparando, insieme a Medicina Democratica e Giorgio Cremaschi della Fiom-Cgil, una sorta di «contro-compleanno» dell'Angelo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cup, un'attesa di tre ore e mezza

Ore 15.50, il sistema automatico scandisce i tempi che sono biblici

Prendere appuntamento per telefono è un'odissea
Meglio via web, ma così gli anziani sono tagliati fuori



CENTRO PRENOTAZIONE. I tempi per prenotare una visita restano lunghissimi: il direttore dell'Usl 16 Fortunato Rao promette che a breve la situazione verrà risolta grazie un aumento di personale al telefono

“ Rao
Fra poco
entreranno in servizio
nuovi centralinisti
A breve gli specialisti
non useranno più il Cup

“ Donato
Riceviamo
32 mila chiamate al dì
E ogni 30 giorni
vengono fissati
26 mila appuntamenti

di Paolo Baron

PADOVA. Ore 15,50: la voce registrata del sistema del Cup (Centro unico prenotazioni) dell'Usl 16 non lascia speranze sebbene garantisca che il costo della telefonata non varia. Per parlare con un operatore, e dunque prenotare la visita, bisogna aspettare «3 ore, 34 minuti e 40 secondi», più o meno il tempo che ci si mette in treno da Padova a Roma con l'Eurostar e certamente di

più che volare a Londra.

La voce preregistrata spiega che è possibile prenotare anche on line sul sito www.ulss16.pd.it, ma anche lasciare il proprio numero di telefono «verrete richiamati il più presto possibile». E' a questo punto che lo scorcio diventa totale.

L'idea di riprovare a prenotare una visita per telefono ad un mese dal primo tentativo nasce da un'e-mail inviata da un lettore alle 15,14 di ieri: «Siamo alle solite — scri-

ve Luciano Morato — sono al telefono da 55 minuti e non ho ancora ricevuto comunicazione da un operatore. Viva la sanità italiana, fanno pubblicità per le visite preventive e non sanno gestire nemmeno quelle che servono a curare patologie già in atto». A onor del vero, mezz'ora dopo l'attesa miracolosamente si azzera: «Dieci secondi» spiega la voce. Da non crederci. E, infatti, non ci crede nessuno, perché alle 16,45 i tempi d'attesa torna-



no biblici: «Un'ora, 57 minuti e 30 secondi», recita la voce femminile registrata.

Punto e a capo, più o meno, visto il crescente numero di domande inevase. Ma quanto costa all'Usl far attendere un utente tre ore e mezza al telefono, magari cellulare? Quanti operatori ci sono in servizio per fascia oraria (le prenotazioni si accettano alle 7,30 alle 17 dal lunedì al venerdì)? Possibile che lunedì 9 maggio alle 15,50 ci fossero così tante telefonate da giustificare un'attesa di tre ore e passa? Anche il web, comunque ha i suoi grattacapi (senza contare che le persone anziane, ovvero quelle che hanno più bisogno di visite, con l'on line sono praticamente tagliate fuori). Quello maggiore è che per accedere all'area riservata bisogna digitare il proprio codice fiscale (e vabbè), ma anche il proprio numero di tessera sanitaria cartacea. Ma non è entrata in vigore quella magnetica?

Per Fortunato Rao, direttore generale dell'Usl 16, la questione «tempi biblici d'attesa alla cornetta» dovrebbe risolversi al più presto. Due, secondo lui, gli ordini di problemi piombati sul Cup da un paio di mesi a questa parte: da un lato la fine della collaborazione con la cooperativa Giotto, che metteva a disposizione del centro alcuni detenuti per le prenotazioni, dall'altro l'impennata delle richieste dopo l'allargamento del bacino dell'Usl 16, che ha inglobato Piove di Sacco e dintorni. «I nuovi collabora-

tori del Cup, i dipendenti del consorzio Stabile Scarl, centro Orizzonti — spiega Rao — a stretto giro andranno ad ingrossare le fila di quanti rispondono all'apparecchio del nostro servizio di prenotazioni telefoniche. A breve poi — aggiunge il direttore — doteremo anche gli specialisti di un sistema informatico in grado di prenotare le visite per i propri pazienti. Posso capire che durante l'ora di punta il Cup dilati i tempi d'attesa, ma sarebbe quanto meno poco corretto parametrare il numero di dipendenti al momento di massimo afflusso delle telefonate. Stiamo cercando il più possibile di dotare l'utente ed il medico di diversi mezzi di accesso alla prenotazione per migliorare il servizio».

Daniele Donato, direttore sanitario dell'Usl 16, all'indomani dello scoppio del caso Cup, aveva fornito i numeri del servizio: «Nel 2010 375 mila 413 telefonate, nel 2011 32 mila chiamate ogni mese. Ogni trenta giorni vengono fissate circa 26 mila visite e per ogni prenotazione sono necessari almeno quattro minuti. I dipendenti che lavorano a monitor per legge devono fare una pausa di quindici minuti ogni due ore. Ad intervalli regolari i tempi d'attesa aumentano, per poi abbassarsi non appena gli operatori rientrano in servizio. Questo il motivo per cui il tempo d'attesa con la voce registrata non corrisponde quasi mai al tempo effettivo».

*ha collaborato
Fabiana Pesci*

ROMA

Martedì
10 Maggio 2011

SANITÀ PRIVATA, RIUNIONE TRA CONFINDUSTRIA CAMPANIA E SINDACATI

Gli imprenditori chiedono un tavolo a Caldoro

NAPOLI. Confindustria Campania e le Organizzazioni Sindacali della Sanità accusano la Regione Campania del disastro del comparto e chiedono di istituire un Tavolo con il presidente Stefano Caldoro. È questo l'esito dell'incontro che si è svolto ieri nella sede di Confindustria Campania, un vertice tra il raggruppamento regionale della Sanità e Cgil, Cisl, Uil, Ugl nel quale si è ampiamente discusso e analizzato il grave stato in cui versa il sistema sanitario

campano, sia pubblico che privato accreditato, che ha indotto Confindustria Campania a dichiarare lo stato di crisi del settore. In Campania - è scritto in una nota di Confindustria Campania - la sanità pubblica sta vivendo un periodo nero, senza precedenti e tutto a danno degli utenti, si parte dall'assenza di posti letto, alle strutture vecchie e fatiscenti, ma in particolare, è stato rilevato che l'annosa questione dei ritardati pagamenti, nonché la situazione di stallo amministrativo, sta

producendo grave nocimento al comparto del privato accreditato con notevoli ripercussioni sui livelli assistenziali dell'intera regione. Tutte le parti sociali hanno convenuto e individuato nella gestione del sistema sanitario da parte della regione Campania, negli ultimi anni, la vera responsabilità dell'attuale crisi. Pertanto hanno chiesto formalmente l'immediata attivazione di un Tavolo triangolare con il presidente Stefano Caldoro.

Ticket, niente esenzione per i poveri

Chi ha la pensione minima non riceve la tessera a casa dall'Usl 7

CONEGLIANO. Esenzione del ticket: chi non fa il 730 perché troppo povero non riceve il certificato a casa. A sollevare la questione una settantenne di Mareno con una pensione minima. Come lei sono tanti a trovarsi in questa situazione.

Ressa
al
Cup
per la
esenzione



L'Usl ha inoltrato a domicilio i certificati di esenzione per reddito agli utenti aventi diritto. Per farlo si è basata sull'elenco dell'Agenzia delle Entrate, ed è proprio così che si è creato l'ennesimo disagio. Chi non fa il 730 per l'Agenzia delle Entrate non esiste e quindi nemmeno per l'Usl. Per tutti i pensionati che rientrano in questa categoria il certificato non verrà recapitato a casa, dovranno ritirarlo personalmente nella sede del loro distretto di riferimento. «Ero sicura di averne diritto - racconta la pensionata - perché ho già l'esenzione per i farmaci. Mi hanno spiegato che non avendo fatto il 730 io non risulterei nell'elenco dell'Agenzia delle Entrate e quindi per avere il certificato che tutti gli altri

hanno ricevuto a casa io dovrò andare al distretto sanitario di Vazzola, dove esiste un apposito sportello, con codice fiscale e carta d'identità, oppure delegare qualcuno che lo faccia per me».

Renza Zanin



ELEZIONI\2

Sanità, garanzie di Fazio
E Forte inaugura
un centro sociale

A PAGINA 7



Il Ministro Fazio difende la politica di riduzione della spesa
il Rettore Frati: «Si deve riaprire al più presto cardiocirurgia»

«I tagli imposti dalla Regione Lazio servono per una sanità migliore»

A sostenere la candidatura di Giovanni Di Giorgi, candidato sindaco del Pdl, anche i Ministri del Governo Berlusconi che non stanno mancando di spendersi anche a Latina. Ieri sera è stata la volta del delegato del premier alla Sanità Ferruccio Fazio, che insieme al Rettore dell'Università La Sapienza, Luigi Frati, hanno detto la loro sulla sanità e sul rapporto con l'Università.

Ministro - chiediamo - quali sono le possibilità di sviluppo per la sanità pontina alla luce delle polemiche legate ai tagli imposti dalla Polverini?
«I tagli decisi dalla Regione - replica - sono in linea con i tagli decisi dal governo Berlusconi per una sanità migliore e riguardano soprattutto una redistribuzione delle risorse. Il sistema ospedalocentrico non è più sostenibile, uomini e donne oggi vivono oltre gli 80 anni, noi vogliamo potenziare i servizi sul territorio, con un rapporto tra ospedale e cittadini che sia centrato sulla persona e non sul sintomo. Questo è quello che è già avvenuto nelle Regioni virtuose e avverrà anche nel Lazio».

Come vanno invece i rapporti con l'Università?

«E' importante anche il rapporto con

l'Università, oggi si toglie ai piccoli ospedali per dare ai grandi, tra questi c'è Latina, che avrà un rapporto sempre più paritetico con l'Università per questo stasera c'è qui anche il Rettore Frati».

C'è stata polemica - chiediamo al Rettore Frati - anche per la chiusura di Cardiocirurgia, cosa si intende fare?

«Cardiocirurgia è fondamentale nella formazione - risponde Frati - per questo io sono certo che la chiusura sia temporanea e che il problema sarà risolto a livello nazionale, per evitare che Latina abbia un Ateneo di serie B».

E.B.



ROMA**Martedì
10 Maggio 2011****REGIONE, DOPO LA BOCCIATURA DELLA FINANZIARIA DA PARTE DEL GOVERNO**

Bilancio, il Pd: subito Consiglio

NAPOLI. I consiglieri regionali del Pd Giuseppe Russo e Raffaele Topo chiedono una convocazione ad horas del consiglio regionale dopo le obiezioni del Governo sulla finanziaria regionale. «Tutte le obiezioni mosse dal Pd a questa finanziaria regionale - spiegano - sono state confermate dal Governo. I contributi ad personam sono stati tutti impugnati così come le norme relative alla costituenda nuova società finanziaria regionale, la Soresa ed all'Arsan. Come tutte le disposizioni che prevedono spese non obbligatorie in materia di sanità, assistenza, ricerca, incentivi alle imprese per il mancato rispetto nel 2010 del piano di rientro dal disavanzo». Secondo i due

esponenti del Pd «dell'impianto fissato con l'emendamento proposto dalla giunta regionale - proseguono i due esponenti - su cui fu chiesta la fiducia, rimane poco o nulla. Il governo in buona sostanza sfiducia pesantemente le scelte della giunta regionale, in sintonia con i rilievi mossi dal Pd. Non siamo contenti. Gli effetti di tali iniziative rischiano di essere devastanti. Avremmo preferito che fosse l'aula a cogliere con equilibrio e responsabilità le nostre proposte». E sulla vicenda interviene un altro consigliere del Pd, Antonio Marciano, che per primo aveva commentato la decisione del Governo. «Prima Tremonti ha mandato in Campania l'assessore Giancane,

poi, al primo vero banco di prova e a meno di un anno dal suo insediamento, l'ha bocciato senza appello - dice -. Se l'obiettivo del ministro era quello di mettere ordine ai conti campani - continua Marciano - è evidente che c'è qualcosa che non va. La copertura finanziaria di buona parte del bilancio è stata effettuata calcolando le economie dello scorso anno la cui reale disponibilità, però, non è ancora stata certificata perché manca ancora il conto consuntivo 2010. A questo punto chiediamo a Tremonti di fare un passo indietro e di individuare qualche altro uomo di sua fiducia che sia quantomeno capace di far di conto e proporre una finanziaria a prova di calcolo».

VORAGINE SUD

La Sanità è in coma profondo, ecco tutti i numeri del tracollo

Il Meridione affonda i bilanci nazionali: spese folli, servizi indegni

ANDREA RECALDIN

La spesa sanitaria italiana è, da sempre, uno dei talloni d'Achille del nostro Paese che, puntualmente e regolarmente, deve intervenire per ripianare il debito creato da questo settore. Il finanziamento pubblico è infatti la fonte principale per il sovvenzionamento della spesa sanitaria italiana, cosa che, peraltro, è frequente all'interno dei paesi Ocse. Tuttavia, mentre la media di questi paesi si attesta al 72,9 per cento (2007), in Italia tale valore arrivava, nel medesimo anno, al 76,5%, con una stima di peggioramento del dato che potrebbe arrivare fino al 78%.

In sostanza, quasi l'ottanta per cento del comparto viene finanziato con denaro pubblico.

MA QUANTO SI SPENDE IN ITALIA?

In totale la spesa sanitaria nel Paese, al 2009, ammonta a oltre 106 miliardi di euro, di cui 35 vengono spesi per il personale (33%), 30 miliardi di euro per l'erogazione di beni e servizi (pari al 29% del totale) ed 11 per la farmaceutica convenzionata. Un importo significativo. an-

che in ragione del fatto che negli ultimi anni tale valore è, come possiamo vedere dalla tabella, in continua crescita.

In rapporto al Pil (il raffronto spesa sanitaria su Pil è un indicatore frequentemente utilizzato nel comparto), la spesa sanitaria vale circa il 7% del prodotto interno lordo, una percentuale in linea, anche questa, con i principali Ocse e anzi, in taluni casi, inferiore ad altri Paesi: negli Stati Uniti, ad esempio, questo valore arriva al 10%. Con una differenza notevole, però: nel nostro Paese, la spesa sanitaria è finanziata per oltre i tre quarti di spesa dal pubblico, come abbiamo detto prima. Cosa che non avviene negli Usa.

PERCHÉ DUNQUE LA SPESA SANITARIA È TANTO IMPORTANTE IN ITALIA E PERCHÉ CONTINUA A CRESCERE?

Ed ecco che entriamo nel cuore del problema. Vi sono due motivazioni: una di carattere demografico-strutturale, l'altra di tipo gestionale e che denota le enormi differenze tra Nord e Sud.

Partiamo dalla componente demografica.

L'aumento della spesa sanitaria è direttamente correlato, ovviamente, con l'invecchiamento della popolazione, laddove la quota di individui con più di 75 anni di età è passata dal 5,3% del 1985 al 9,8% del 2009. Si stima, ad esempio, che attualmente in Italia 100 persone in età lavorativa abbiano mediamente 31 persone "a carico": dodici in più rispetto al 1985.

Quest'ultimo indice ci fa capire meglio come e perché il processo di analisi demografica sia un fattore determinante per capire l'evoluzione della spesa sanitaria. Un fattore importante, ma che non tiene conto dell'altro, e certamente, più pesante economicamente parlando, fattore: la gestione inefficiente di alcune Regioni.

Non è più un mistero, difatti, che il disavanzo globale della spesa sanitaria italiana sia causato da una scarsa produttività tipica di molte strutture di certe aree del Paese. Quello che resta, invece, un mistero, è come si sia permesso tale abominio per tanti e tanti anni.

Iniziamo quindi a fornire qualche numero.

Fin dagli anni '80, la

spesa sanitaria nazionale è maggiore del livello di finanziamento, cosicché nel corso degli anni si assiste alla formazione di risultati negativi. Ovvero, deficit.

Solo negli ultimi tre anni, come si evidenzia dalla tabella soprastante, il dissesto via via creatosi ammonta ad oltre dieci miliardi di euro. Il dato è incontrovertibile: pesano in modo evidente le regioni del meridione e la regione Lazio. Il sud, infatti, contribuisce al totale del deficit per 5,8 miliardi di euro, a cui vanno aggiunti i 4,65 della regione Lazio.

Cinque, in particolare, le regioni che evidenziano il maggior disavanzo: Lazio, Campania, Sicilia, Puglia e Abruzzo che nel 2008 hanno sommato l'87,7% del disavanzo registrato a livello nazionale, con un decremento di meno di quattro punti percentuali rispetto all'anno precedente. Nel 2000 la quota del risultato di esercizio attribuibile alle 5 regioni con maggior disavanzo era pari a 70,9%.

Scendendo nel dettaglio, risultati di esercizio regionali pro-capite dell'ultimo quinquennio manifestano come nel

corso degli anni è sempre il Lazio a registrare le perdite di esercizio più evidenti, molto maggiori rispetto a quelle medie dell'Italia. Viceversa, Friuli Venezia Giulia e Lombardia sono tra le regioni più "virtuose".

Non solo, ma quanto sopra descritto evidenzia come non sia un caso come il finanziamento delle regioni del Sud, in percentuale del proprio Pil, risulti evidentemente più alto rispetto a quello del Centro e del Nord. Un differenziale importante e che sottolinea ancora una volta sia la redistribuzione delle risorse attuate con l'attuale sistema di riparto.

L'ANALISI DELLE VORAGINI REGIONALI

Regione per regione, vediamo quindi dove sono e come sono composti i buchi delle regioni. Iniziamo dalla Campania, dove tra il 2008 e il 2009 la sanità regionale ha accumulato un debito di oltre un miliardo di euro e dove il Governo. no-



nostante le proteste del governatore Bassolino, ha commissariato la sanità regionale. Il piano di rientro del debito, ovvero il programma che lo Stato, di concerto con l'ente regionale, attiva nel caso di disavanzo, è già stato attivato, e prevedeva il rientro di oltre 600 milioni entro il 2010.

Il dissesto finanziario del settore sanitario, le misure insufficienti e incongruenti della giunta regionale, la continua crescita del disavanzo hanno convinto il Consiglio dei ministri a procedere, sempre nel 2009, anche al commissariamento del Molise. La regione è riuscita nell'impresa di costruire, dal 2003 al 2008, un buco oltre 450 milioni di euro. Niente male per una regione di 320.000 abitanti: gli stessi, all'incirca, delle città di Verona e Venezia!

In questa hit-parade del debito sanitario, anche la Calabria, rea di aver causato, tra il 2006 e il 2010, un buco per oltre un miliardo euro. Ovviamente si tratta di una stima, visto che calcolare con precisione l'esatto importo dell'ammanto è praticamente impossibile.

Nelle ultime settimane, il governatore locale ha affermato che grazie ad un piano di rientro e appositi interventi, l'intenzione della regione è quella di tagliare tutte le voci inutili del bilancio regionale, così da ridurre le spese.

Considerando che la sanità della regione ionica annovera oltre trenta ospedali, di cui numerosi da chiudere, e qualcosa come trentamila dipendenti, noi tutti ci auguriamo che l'intento della regione si attui quanto prima!

In tema di personale, tuttavia, nessuno riesce a battere la Sicilia, dove

tra dipendenti, medici, precari e altri, sono occupati oltre 50 mila (cinquantamila) persone. E così, dati alla mano, con una popolazione di circa cinque milioni di abitanti, un siciliano su 100 è impiegato nella pubblica sanità.

Evidentemente, però, qualcuno deve aver pensato che non fossero comunque sufficienti, se è vero che nei primi mesi del 2011 la Regione ha ben pensato di regolarizzare ulteriori 5.000 posti. Motivo? Carezza di personale, ovviamente!

Intanto, per la sanità, ogni siciliano (neonati compresi) è indebitato per qualcosa come 1.700 euro!

Non poteva mancare da questa babele di sprechi la Puglia. In sede di piano di rientro, la regione di Vendola aveva ipotizzato un buco di "soli" 300 milioni di euro per il 2010. A quanto pare, però, il numero non era proprio corretto, se è vero che oggi si stima una perdita per circa quattrocento milioni di euro.

La domanda, allora, sorge spontanea: ma il piano di rientro? «Gli effetti delle strategie inserite nel piano avranno i benefici attesi a partire dal 2011», affermano dalla parti del tacco della Penisola. «Ovviamente», aggiungiamo noi!

Ultimo, il Lazio. Difficile descrivere il dissesto finanziario della regione, perché i numeri sono a dir poco impietosi: un buco di oltre dieci miliardi di euro tra il 2001 e il 2008. Secondo un rapporto del settore del 2009, la voce di spesa con maggiore impatto sarebbe la "spesa per farmaceutica convenzionata", laddove, nel solo 2007, la regione ha speso qualcosa come un miliardo e trecento milioni

di euro, ovvero solo il 20% in meno di quanto ha speso la Lombardia. Che però, ha nove milioni di abitanti contro i cinque del Lazio.

Anche qui, ovviamente, è partito il piano di rientro che prevede, nelle intenzioni, un abbattimento dei costi basato sulla chiusura delle strutture obsolete e sulla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Con una spesa regionale, al 2008, di oltre undici miliardi di euro, la regione è in vetta alla classifica della spesa pro-capite di tutta Italia: 2.007 euro per abitante. Qualcosa come 330 euro in più dei vicini campani.

COME VENGONO GETTATI I SOLDI PUBBLICI PER LA SANITÀ?

Ogni anno, abbiamo detto, in Italia il sistema sanitario nazionale spende circa 105 miliardi di euro. Diverse sono le voci di spesa, dal personale, all'assistenza farmaceutica, dalle spese per beni e servizi, alle risorse per l'ospedaliera accreditata.

Parliamo delle spese del personale, ad esempio. In Italia, si stima siano impiegati nel settore sanitario, a vario titolo, circa 690 mila dipendenti, per un costo che si aggira nell'ordine dei trentacinque miliardi di euro annui. Ovviamente, e a parte qualche caso (Sicilia), le forze in campo sono commisurate alla popolazione residente. Cosicché la Lombardia dispone di quasi centomila addetti, tra medici e dipendenti, a fronte di una popolazione però che rasenta i dieci milioni di persone.

Quello che stupisce, però, è come mentre nelle regioni del centro nord il costo medio annuo per unità di personale sia nell'ordine dei 56.000

euro, al sud tale importo arriva a 70.000 euro, ovvero 14 mila euro in più.

Ma non basta: la spesa per dipendente, tra il 2001 e il 2006, è cresciuta dell'8% medio annuo, distribuito con un 7,1% al Nord, 7,5% al Centro e 9,7% al Sud. Se ne desume facilmente che non solo al Sud il personale ha un costo ben più elevato, ma questo divario è, negli anni, cresciuto.

E così, mentre la Lombardia, che pure ha il maggior numero di dipendenti impiegati nel settore, ha il costo medio per unità di personale più basso (circa 45 mila euro), in Calabria un dipendente costa oltre settantamila euro. Il 55% in più.

Oltre alla spesa per il personale, un'altra voce che pesa nel bilancio sanitario nazionale è la spesa farmaceutica convenzionata: undici miliardi di euro nel 2008, poco meno dell'11% delle spese totali.

Un valore importante, ma che presenta, anche questo, un differenziale evidente tra il Nord e il Sud. Mentre infatti nelle nostre regioni si spende circa il 9% del totale della spesa sanitaria, al Sud la percentuale arriva al 12%. A onor del vero, va detto che questi valori, negli ultimi anni, hanno presentato una riduzione, sia al nord che al sud; ma, di fatto, se al sud si spendesse come si spende al nord, si avrebbe un risparmio di oltre un miliardo di euro all'anno.

Le regioni con una spesa pro-capite più elevata sono la Calabria, con circa euro 250, il Lazio, 220 euro, e la Sicilia, 213. Tra quelle che invece fanno segnare un livello di spesa inferiore il Veneto (euro

155) e la Lombardia (euro 160).

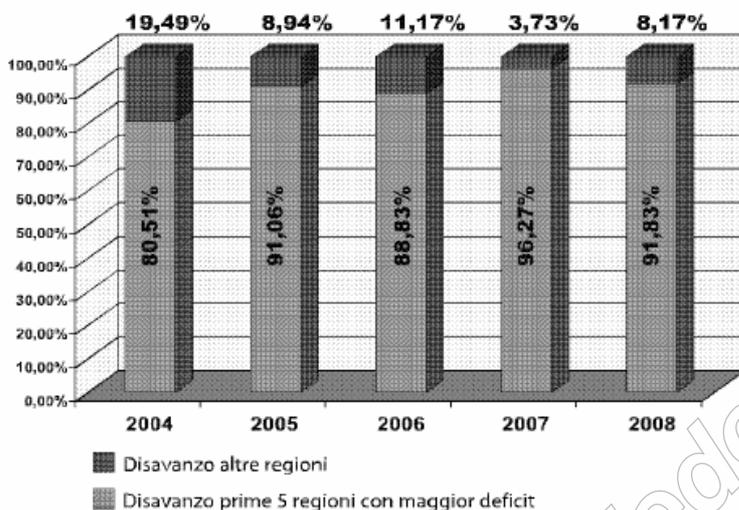
Per concludere, possiamo affermare come l'inefficienza della gestione delle risorse economiche nel settore sia la causa, nei diversi capitoli di spesa, di questo continuo sperpero di denaro pubblico. Lo scorso anno, il Rapporto annuale "Ospedali & Salute/2010" promosso dall'associazione italiana ospedalità privata (Aiop), ha stimato in dieci miliardi di euro, la perdita annua dovuta agli sprechi e alle inefficienze del settore sanitario nazionale. Un valore importante, pari quasi al 10% del totale delle spese sostenute annualmente, e che ci dà non solo un ordine di grandezza su quanto si debba ancora lavorare per evitare tali sperperi, ma che ci fa ancora una volta comprendere, qualora ce ne fosse bisogno, perché è così importante dare seguito al federalismo.

QUANTI SONO GLI EPISODI DI MALASANITÀ CHE HANNO CONCORSO A CREARE QUESTO DISSESTO?

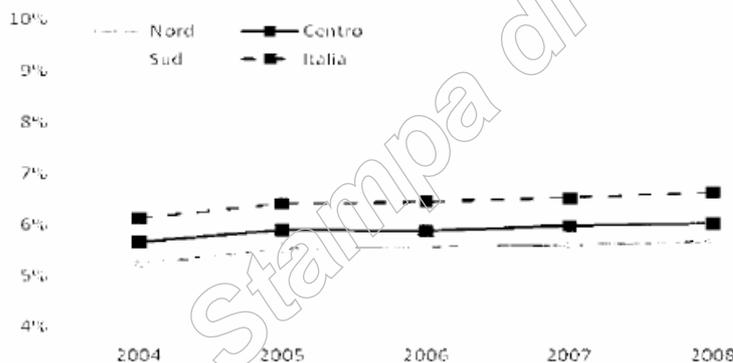
Per rispondere a questa domanda, non basterebbe la più completa delle enciclopedie. La mirabile capacità di dilapidare il denaro pubblico italiano è cosa nota al più. Quello che, però, in pochi sanno, sono le migliaia di esempi di malasanità, e quindi lo sperpero di risorse pubbliche, che per decenni hanno caratterizzato il settore sanitario del nostro Paese. Con una localizzazione di episodi concentrata in certe regioni....

Si potrebbe concentrare l'attenzione su questi ultimi aspetti. Io farei 4-5 casi limite, su ospedali mai aperti, o crollati, vedi l'Aquila, ecc....

Concentrazione del disavanzo: quota attribuibile alle cinque regioni con maggiore disavanzo sul totale nazionale. Anni: 2004-2008. Valori in percentuale



Il finanziamento su PIL per ripartizione geografica. Valori in %. Dati: 2004-2008



Fonte: elaborazione personale su dati Ministero Salute e ISTAT

Andrea Recaldin, 30 anni, è vicesindaco e assessore con deleghe al Commercio, Attività Produttive e Sicurezza nel comune di Piove di Sacco (Padova).

È inoltre membro Anci della commissione Finanza Locale.

Disavanzi dal 2007 al 2009 della spesa sanitaria Dati in milioni di euro



Area	2007	2008	2009	Totale
Nord	€9,91	€7,70	-€121,71	-€74,10
Centro (no Lazio)	€64,15	€41,97	€42,05	€148,17
Sud (con Lazio)	-€3.747,75	-€3.518,34	-€3.180,34	-€10.446,43
Totale	-€3.643,69	-€3.468,67	-€3.260,00	-€10.372,36

Fonte: Ragioneria generale dello Stato e Ministero della Salute, Marzo 2011

La spesa del servizio sanitario nazionale dal 2004 al 2008



Anni	Ammontare Spesa SSN (Miliardi di Euro)	Variazione % della Spesa SSN rispetto all'anno precedente	Rapporto % Spesa SSN/PIL
2004	90,53	10,01	6,51
2005	96,80	6,92	6,78
2006	99,62	2,91	6,73
2007	103,61	4,01	6,71
2008	106,65	2,93	6,78

Fonte: elaborazione personale del Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

Sanità

CONTI IN ROSSO

Polverini, 20 giorni per correggere il Piano

di FRANCESCO DI FRISCHIA

Per modificare il Piano di riordino delle rete ospedaliera, che prevedeva la chiusura e la riconversione di 24 piccole strutture, Regione e Asl hanno tempo fino al primo giugno: la data è stata decisa in accordo con i ministeri del Tesoro e della Salute che ammetteranno eventuali modifiche che non prevedano aumento della spesa.

A PAGINA 2

Regione L'incognita dei ricorsi al Tar. Montino: sistema al collasso, ma dobbiamo guardare avanti

Sanità, 20 giorni per correggere il Piano

Finora chiusi 5 ospedali, contro i 24 previsti. Le osservazioni del ministero

C'è tempo fino al primo giugno per modificare i decreti firmati dalla presidente Renata Polverini, in qualità di commissario di governo per la sanità, senza ovviamente provocare aumento della spesa: entro quella data quindi si dovrebbe capire quali servizi verranno erogati nei 24 piccoli ospedali che saranno trasformati in centri per malati cronici, hospice e poliambulatori. Prenderà così corpo il Piano di riorganizzazione ospedaliera che rappresenta il cuore dei provvedimenti decisi, in accordo con i ministeri del Tesoro e della Salute, per ridurre il pesante deficit che da anni assedia la sanità del Lazio.

I decreti firmati i primi di ottobre del 2010 dalla presidente Polverini «non sono il Vangelo», ha ripetuto tante volte la stessa governatrice, lasciando intendere che qualche aggiustamento e qualche piccola modifica erano possibili «a costo zero», anche utilizzando il «tesoretto» di circa 350 posti letto che sono stati congelati dal commissario all'Interno degli oltre 2.800 tagliati. La necessità di sistemare i conti in profondo rosso, però, deve procedere di pari passo, come sanno bene in Regione, con il garantire i livelli minimi di assistenza ai malati

difendendo il diritto alla salute costituzionalmente garantito. Per dare concretezza a quella che ha tutta l'aria di una rivoluzione sarà necessario riuscire a offrire alternative agli ospedali, soprattutto per rispondere alle esigenze dei malati cronici.

Intanto sono già stati riconvertiti entro gennaio gli ospedali di Isola Liri, Atina, Ferentino, Ceprano e Ceccano. Da riconvertire entro 31 maggio ci sono quelli di Pontecorvo e Arpino ed entro il primo ottobre toccherà anche ad Anagni.

Ma le incognite sono molte. A cominciare da come il sistema salute, dopo 4 anni di pesanti tagli, modello «lacrime e sangue», compreso il blocco del turn over, possa continuare a reggere l'urto di altri sacrifici.

Altro capitolo a rischio sono le decisioni che prenderà il Tar del Lazio che, dopo avere accolto il ricorso contro la chiusura e la riconversione dell'ospedale di Bracciano il 21 aprile, deve ancora pronunciarsi sui ricorsi fatti dai sindaci e comitati di cittadini di Monterotondo, Subiaco e Frascati. Nei giorni scorsi la stessa Polverini ha promesso ai residenti a Subiaco che l'ospedale non chiuderà. E la stessa

sorte dovrebbe toccare al presidio di Monterotondo. Chi spera ancora è il sindaco di Frascati, Stefano Di Tommaso: «Chiudendo il pronto soccorso, ortopedia e traumatologia, psichiatria, osservazione breve, cardiologia e l'unità coronarica, in pratica si tagliano circa 60 letti e il nostro ospedale diventa un cronicario». Ma sono già iniziati vi lavori per spostare questi reparti nell'ospedale di Marino.

Dall'opposizione Esterino Montino, capogruppo del Pd, prova a guardare avanti: «Nessun sistema sanitario può reggere una cura da cavallo che va avanti da 4 anni senza rischiare il collasso». I conti della sanità, però, «continuano a migliorare — ricorda Montino —. Dunque è tempo di futuro. Credo che sia arrivato il momento di non offrire ai cittadini del Lazio solo sacrifici, ma iniziare a dare speranze, un progetto concreto di nuova sanità». Per questo il Pd ha appena presentato una proposta di legge che prevede di realizzare almeno in ogni Distretto uno studio dei medici di base, aperto 365 giorni l'anno, dotato anche di tecnologia radiologica di base in grado di fare realmente filtro rispetto all'ospedale e al ricorso al pronto soccorso. L'iniziativa

«va nella stessa direzione indicata dal ministro della Salute, Ferruccio Esposito, che intende dirottare sul territorio gli accessi a pronto soccorso come "codici bianchi" e "verdi" — ricorda Montino —. Il territorio però non è un concetto astratto, ha bisogno di progettati e protagonisti, come potrebbero essere i circa 5000 medici di famiglia e pediatri di base. I soldi per farlo ci sono e la nostra proposta si può approvare con l'assentimento di bilancio in modo che sia operativa già a settembre. Una sfida sui fatti e per i cittadini».

Francesco Di Frischia





Sanità

IN PRIMO PIANO |
9 maggio - ore 11,03

Mobilità sanitaria: arriva la «Tariffa unica 2010»

La Conferenza delle Regioni del 5 maggio ha approvato definitivamente la «Tuc 2010», la tariffa unica convenzionale cioè, che stabilisce i meccanismi di pagamento tra le Regioni della mobilità sanitaria (sia in valori che secondo i parametri per eventuali contestazioni): una partita che per il 2011 vale 1,3 miliardi appena concordati anch'essi per essere inseriti nel riparto 2011, ma ancora in sospenso per il «no» della Sicilia legato ai fondi Fas (vedi la notizia anticipata giovedì 5 maggio).

Il testo della Tuc 2010 è stato a lungo al centro del dibattito tra Regioni per la messa a punto di alcune modifiche rispetto ai criteri precedenti.

Alla fine l'accordo è stato trovato in Commissione salute che ha condiviso la proposta del gruppo tecnico che prevede l'individuazione di 9 Drg di alta specialità per i quali è stato previsto:

- per 8 una riduzione tariffaria del 10%
- per il Drg 515 la riduzione è del 5%
- e per alcuni di questi Drg la perdita del requisito di Alta specialità.

Inoltre la Commissione ha concordato sull'elenco degli istituti pediatrici monospécialistici che oltre al Bambino Gesù e all'Ospedale pediatrico Gaslini - per i quali sono state già stabilite le tariffe - ricomprende: Salesi-Ancona, Garofano-Trieste, Meyer- Firenze, Santabono-Napoli, Regina Margherita-Torino, I Bambini di Palermo. I presenti condividono l'ipotesi di applicare ai suddetti istituti le tariffe in vigore per l'Ospedale Pediatrico Gaslini.

La Regione Lombardia, che aveva dato parere negativo sulla prima versione della Tuc, ha accolto la proposta a condizione che sia inserito a verbale l'impegno delle Regioni a lavorare sulla Tuc 2011 per una rimodulazione delle tariffe non solo in riduzione, ma anche in aumento.

La Tuc stabilisce anche un serie di parametri da tenere in considerazione per valutare l'eventuale inappropriatazza del ricovero in altre Regioni su cui la

Regione "pagante" può ricorrere con modi e tempi stabiliti.

Si tratta di una serie di percentuali considerate "valore soglia" di pazienti dimessi in regime di ricovero ordinario con Drg medico dai reparti ospedalieri. Il 30% di ricoveri è la soglia chirurgia generale, oculistica, otorinolaringoiatria e medicina generale. Si sale al 35% per chirurgia toracica, chirurgia vascolare, ortopedia-traumatologia. Si raggiunge il 40% per endocrinologia, neurologia e gastroenterologia. E infine si assesta a un valore soglia del 45% l'urologia.

I fenomeni considerati a rischio di inappropriatelyzza sono in particolare :

Area chirurgica

- Utilizzo del regime di ricovero per procedure eseguibili a livello ambulatoriale
- Utilizzo del regime di ricovero di due o più giorni per procedure eseguibili a livello di day surgery o one day surgery con conseguente aumento del valore del ricovero
- Effettuazione di prestazioni non incluse nei Lea come quelle di chirurgia refrattiva
- Utilizzo di reparti chirurgici per pazienti con Drg medici

Area medica

- Utilizzo del regime di ricovero ordinario per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale o di day hospital
- Utilizzo del regime di day hospital per accertamenti/procedure eseguibili a livello ambulatoriale

Area riabilitativa

- Utilizzo del regime di ricovero ordinario per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale o residenziale
- Degenze troppo brevi per giustificare un intervento riabilitativo efficace ed appropriato per il livello di erogazione
- Degenze troppo lunghe rispetto a una durata attesa
- Dimissione anticipata dal reparto per acuti e immediato trasferimento in un reparto di riabilitazione con "ottimizzazione" del valore del ricovero
- Utilizzo del regime di day hospital per trattamenti erogabili a livello ambulatoriale
- Utilizzo del reparto di riabilitazione come reparto "scambiatore" per moltiplicare il numero dei ricoveri addebitati a fronte di un unico episodio di cura
- Registrazione come ricovero di una consulenza riabilitativa presso un reparto per acuti

Tutte le aree

- Attribuzione artificiosa del ricovero al Drg più "conveniente"
- Utilizzo scorretto del passaggio dal regime di ricovero ordinario a quello di day hospital e viceversa in ricoveri consecutivi (dimissione dal primo reparto e ammissione nel secondo nella stessa giornata o nella giornata successiva)
- Ricoveri ordinari consecutivi (vedi sopra) in reparti per acuti.

Industriali e sindacati**Sos sanità regionale
Appello a Caldoro
per un tavolo a tre**

Si è tenuto ieri mattina, nella sede di Confindustria Campania, un incontro tra il raggruppamento regionale della Sanità e Cgil, Cisl, Uil, Ugl nel quale si è "ampiamente discusso e analizzato il grave stato in cui versa il sistema sanitario regionale, sia pubblico che privato accreditato, che ha indotto Confindustria a dichiarare lo stato di crisi del settore". In particolare, è stato rilevato che "l'annosa questione dei ritardati pagamenti nonché la situazione di stallo amministrativo, sta producendo grave nocuo-mento al comparto del privato accreditato con notevoli ripercussioni sui livelli assistenziali dell'intera regione". Tutte le parti sociali "hanno convenuto e individuato nella gestione del sistema sanitario da parte della Regione negli ultimi anni la vera responsabilità dell'attuale crisi". Pertanto, Confindustria e le organizzazioni sindacali hanno chiesto "l'immediata attivazione di un Tavolo con il presidente Caldoro".

Campania Ecco le motivazioni con cui il governo ha impugnato la finanziaria 2011 della Regione

Residui, sanità e bonus azzoppiano il bilancio

Giancane: non ci sono soldi per le leggi

NAPOLI — Dopo il rientro dalla violazione nel 2009 del patto di stabilità, avvenuto poche settimane fa, la Regione rischia di dover rimettere mano ai bilanci del 2011 in seguito all'impugnativa dei documenti contabili fatta dal ministro delle Regioni Raffaele Fitto e decisa dal governo. L'aspetto più delicato è probabilmente quello dei residui passivi andati in perenzione amministrativa: si tratta di quei residui che, dopo un triennio, sono eliminati dalle scritture contabili ma il diritto del creditore non viene meno perché ha una validità quinquennale. Perché su questo punto i tecnici governativi hanno deciso l'impugnativa? Seguendo criteri prudenziali un'amministrazione dovrebbe garantire una copertura dei residui perenti almeno al 70% degli stessi, come sostenuto dalla Corte dei conti.

Invece, nel bilancio campano, il finanziamento iscritto a bilancio è di 300 milio-

La Campania ha chiuso il 2010 con un disavanzo di gestione non coperto di 248 milioni circa, che ha determinato quest'anno un ulteriore aumento dell'aliquota Irap sulle imprese dello 0,15% e dell'addizionale regionale Irpef sulle persone dello 0,30%, oltre al blocco automatico del turn over del personale sanitario e al divieto di effettuare spese non obbligatorie. Invece nella legge regionale di bilancio verrebbero autorizzate spese ritenute dai tecnici di Fitto non essenziali. Per di più il commissario straordinario, sempre secondo l'impugnativa redatta dagli uffici governativi, non è tenuto a condividere le sue decisioni in materia sanitaria né con la giunta né tantomeno con il consiglio regionale.

«Prima Tremonti manda in Campania



L'assessore Giancane, poi al primo banco di prova a meno di un anno dal suo insediamento, lo boccia senza appello. C'è qualcosa che non va», sbotta il consigliere del pd Antonio Marciano, che è membro della commissione bilancio presieduta da Massimo Grimaldi. Un fatto è certo e l'assessore al Bilancio non solo non l'ha mai nascosto ma anzi l'ha dichiarato sempre in tutte le sedi istituzionali senza mai nascondersi dietro un dito: «Manca la copertura finanziaria dei progetti di legge — ha spiegato

il 3 maggio scorso a tutti i membri della commissione che lo ascoltavano attoniti l'assessore Giancane —. Peraltro ve lo avevo comunicato anche con precedenti note che vi ho inviato».

Insomma, la situazione finanziaria della Campania è a dir poco complessa e più d'uno teme che la Regione sarà in seria difficoltà quando il prossimo 31 maggio, tra venti giorni quindi, dovrà rendicontare a Bruxelles, in base al crono programma, l'impegno di spesa per un miliardo e 200 milioni. Anche se l'obiettivo più arduo da centrare è quello di riuscire a spendere effettivamente entro fine anno le risorse europee in scadenza, onde evitare il disimpegno automatico dei fondi, con il conseguente obbligo di restituirli a Bruxelles.

Emanuele Imperiali

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il punto sui fondi Ue

Tra venti giorni Palazzo Santa Lucia dovrà rendicontare a Bruxelles l'impegno di spesa per un miliardo e 200 milioni

ni contro un ammontare di residui in perenzione accertati fino al 2008 di 3 miliardi e 700 milioni. E non sarebbe sufficiente prevedere che parte delle maggiori entrate conseguenti al recupero dell'evasione fiscale siano destinate a rimpinguare anche i residui perenti. Un altro aspetto del bilancio che non ha convinto gli uffici governativi riguarda la disposizione in base alla quale per poter presentare domanda di bonus bebè di 2mila euro padre o madre del bimbo debbano risiedere in Campania da almeno due anni dalla nascita del figlio, perché ciò discriminerebbe i cittadini nell'usufruire delle prestazioni sociali. Un ulteriore punto sul quale si sono appuntati i rilievi del governo riguarda la sanità, dove il governatore Caldoro è anche commissario straordinario *ad acta*, essendo la Campania una delle Regioni dove è in corso di attuazione un piano di rientro da un sensibile disavanzo sanitario.

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO

**Martedì
10 Maggio 2011**

Richiesta di sindacati e Confindustria

«Deficit sanitario, subito tavolo»

Si è tenuto, nella sede di Confindustria Campania, un incontro tra il raggruppamento regionale della Sanità e Cgil, Cisl, Uil, Ugl nel quale si è «ampiamente discusso e analizzato il grave stato in cui versa il sistema sanitario campano, sia pubblico che privato accreditato, che ha indotto Confindustria Campania a dichiarare lo stato di crisi del settore». In particolare, è stato rilevato che «l'annosa questione dei ritardati pagamenti nonché la situazione di stallo amministrativo, sta producendo grave nocimento al comparto del privato accreditato con notevoli ripercussioni sui livelli assistenziali dell'intera regione». Tutte le parti sociali «hanno convenuto e individuato nella gestione del sistema sanitario da parte della Regione Campania negli ultimi anni la vera responsabilità dell'attuale crisi». Pertanto, Confindustria Campania e le organizzazioni sindacali hanno chiesto formalmente «l'immediata attivazione di un Tavolo triangolare con il presidente Stefano Caldoro».

► I conti in rosso della sanità. 2 ◀

Case di cura, il budget è di 567 milioni

ETTORE MAUTONE

Case di cura private: stabilito il tetto di spesa per la macroarea relativa alle degenze ospedaliere in regime di accreditamento: i centri convenzionati non potranno superare il costo complessivo di 567,4 milioni di euro. La previsione del budget non riguarda, però, le strutture convenzionate che ergano prestazioni di pronto soccorso. Rispetto all'anno precedente, il valore degli accordi diminuisce del 2 per cento su un precedente budget di circa 590 milioni. Il decreto è il n. 23 del 5 aprile scorso. I tetti di spesa sono per singola struttura e dovranno



Sergio Crispino

tradursi a stretto giro (come per le altre categorie erogative) in contratti con le Asl pena la sospensione dell'accREDITAMENTO. Completamente riassorbito

l'incremento del budget di macroarea assicurato per il 2010 fissato in circa 17 milioni di euro. Il budget per le Case di cura è stato fissato in un vertice dello scorso 24 marzo 2011 tra i rappresentanti della Regione e le associazioni di categoria. "La riduzione di tetto-volumi è quantificata nel 2 per cento del minor valore fra tetto 2010 e volumi effettivamente riconosciuti, mentre entro il 30 giugno 2011 - fermi restando i tetti complessivi - le parti valuteranno l'eventualità di destinare una quota di budget per situazioni di premialità della qualità. Una riduzione consequenziale all'eccessivo tasso di ospedalizzazione ed inappropriata dei

ricoveri nella Regione Campania, come evidenziato dall'analisi Agenas. Va infine sottolineato che dopo la sottoscrizione dell'accordo le parti private firmatarie hanno chiesto la correzione di un refuso numerico riportato nella proposta regionale e l'inserimento di clausole riguardanti i termini di pagamento ed una diversa interpretazione della percentuale di riduzione - ritirando la sottoscrizione (Sergio Crispino per l'Aiop) o attendendo rettifiche (Confindustria). Tutti nodi irrisolti che, per ora, spingono l'Aiop a non sottoscrivere i contratti con la sola Confindustria disposta ancora ad aderire pur a fronte di correttivi di eventuali errori.

Per le strutture neuropsichiatriche, infine, resta vigente il decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27 settembre 2010 che prevede la riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche in strutture residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative nella fase intensiva, nella fase estensiva, Residenze sanitarie assistenziali per disabili con alta intensità assistenziale, residenze per ultrasessantacinquenni con alta intensità assistenziale.

Il decreto è sul portale sanità di

denaro.it



FISIOTERAPISTI - Non vale più l'equipollenza con i laureati in Scienze motorie. Pubblicata in Gazzetta ufficiale del 6 maggio la legge 63 del 21 aprile che abroga l'articolo 1 septies del decreto legge 250 del 2005 convertito nella legge 27 del 2006. La norma cancellata stabilisce, appunto, che il diploma di laurea in scienze motorie è equipollente al diploma di laurea in fisioterapia se il diplomato abbia conseguito un attestato di frequenza ad un idoneo corso sul paziente. Un decreto dell'istruzione definirà per il conseguimento della laurea in fisioterapia, il riconoscimento di crediti formativi dei laureati in scienze motorie e le regole del tirocinio sul paziente.

CLINICA SANTO STEFANO - Dopo Villa Russo a Milano e Villaalba ad Agnano tocca alla Casa di cura Santo Stefano, di via Caravaggio, chiudere i battenti. Qui è nata la prima bambina in provetta in Italia per opera di Vincenzo Abate, ginecologo napoletano allievo del nobel Edwards. Sono 40 le unità di personale licenziate dalla Sogecil dopo oltre 50 anni di vita della struttura. I lavori di ammodernamento e riqualificazione avviati alla fine dello scorso anno, in linea con le norme per l'accREDITAMENTO, sono stati improvvisamente interrotti dalla società.

Prestazioni in emergenza, pronta la riforma

Separare fisicamente i codici bianchi e verdi da quelli gialli e rossi per tagliare le attese del Pronto soccorso, anche come personale, e dunque di mettere più personale del territorio possibile alla gestione dei bianchi e verdi. E poi migliorare l'organizzazione delle strutture per restringere i tempi di attesa intraospedaliera. Attivare percorsi privilegiati per i casi gravi e specifici. Migliorare la formazione del personale. Ma anche creare un sistema di assistenza territoriale sulle 24 ore che sia il punto di riferimento dei casi meno gravi. Via libera del ministro della Salute, Ferruccio Fazio (nella foto) alla riforma della rete di emergenza-urgenza. L'obiettivo è ridefinire le procedure di triage del servizio di 118 affinché solo i codici gialli e rossi siano portati in ospedale, mentre i codici verdi e bianchi dovranno essere assistiti dai servizi territoriali sulle 24. Investita dalla riforma, dunque, anche la funzione della guardia medica (più propriamente detta continuità assistenziale) che sostituisce il medico di famiglia e che dunque non può essere utilizzato per le urgenze che dunque confluiscono, appropriate o meno, nel calderone del 118. Il progetto di riordino sarà inserito negli Obiettivi di piano sanitario e finanziato con i 350 milioni di euro del fondo vincolato (cioè il 250%) già previsto per le cure primarie.



Publicato dal ministero Affari regionali il riparto del Fondo sanitario nazionale 2011 tra Regioni e Province autonome

Sanità: 8.549.279.757 € dallo Stato ma poi ne restituiamo circa la metà

Nel 2013 tutte le Regioni faranno i conti con il decreto attuativo del federalismo sui costi standard

PALERMO - È stato pubblicato dal ministero degli Affari regionali - insieme agli altri documenti approvati dalla Conferenza Stato-Regioni del 20 aprile 2011 - il riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2011. In particolare si tratta dell'Intesa sulla proposta del ministro della Salute di deliberazione del Cipe concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2011, avendo acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano. Dopo mesi di estenuanti tira e molla tra le Regioni ed Il Governo Nazionale è stato trovato l'accordo su come ripartire i fondi 2011 per il Ssn (servizio sanitario nazionale). L'ammontare delle risorse, è di oltre 106 miliardi, di cui Regioni e Governo hanno trovato l'accordo per il riparto di 104.380.906.387 euro delle somme non vincolate, cui vanno aggiunti 1.449 miliardi di euro vincolati agli obiettivi del Piano.

L'accordo è stato fatto anche tenendo in considerazione i 347,5 milioni di euro destinati alla copertura del ticket della specialistica fino a maggio e dei 70 milioni del Fondo di solidarietà delle Regioni. Resta aperta la partita sulla copertura del ticket per i restanti sette mesi dell'anno 2011. Le regioni infatti chiedono al Governo di coprire la differenza, che è pari a 486,5 milioni, come promesso nel Patto per la salute, e le Regioni avrebbero già indicato come ripartire la quota, sottolineando che qualora il Governo non provvederà a coprirli, dovrà essere lui stesso a imporre il ticket ai cittadini assumendosene la piena responsabilità. Sarà il ministro Tremonti quindi a trovare una soluzione al pagamento dei 10 euro sulle prestazioni specialistiche che gli utenti potrebbero cominciare a pagare fino dal 1° di giugno.

La Sicilia ha ottenuto 8.549.279.757, ma per quanto riguarda la compartecipazione, pari a circa il 49% della spesa, e che il Governatore Lombardo voleva ab-

bassare a circa il 42% non c'è stato niente da fare. Rispetto allo scorso anno la Sicilia ha ottenuto circa 170 milioni in più.

Nei giorni successivi al tour de force che ha visti impegnati presidenti ed assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province autonome per il riparto della sanità, c'è comunque una certa soddisfazione. L'assessore regionale per la salute Massimo Russo ha mostrato grande soddisfazione per i termini dell'accordo raggiunto dopo la lunga maratona. È passato infatti il principio, che era stato sostenuto a gran voce dalla Sicilia fin dall'inizio, affinché dal 2012 possano cambiare i criteri e per i nuovi indicatori per la ripartizione del Fondo si possa tenere conto dei fattori economici, sociali, ambientali e demografici di ciascuna regione. "Le Regioni del Sud - ha dichiarato Russo - mai come questa volta, hanno saputo tenere una linea comune che ha dato risultati significativi sia sotto il profilo economico che politico". Russo ha anche sottolineato che su sua richiesta, l'intesa raggiunta prevede anche che la Conferenza delle Regioni chiederà al Governo nazionale che le Regioni che hanno acceso mutui per il pagamento dei debiti della sanità maturati fino al 2005, tra cui vi è anche la Sicilia, possano utilizzare i fondi Fas per il pagamento delle relative rate. Anche se tali fondi vengono stanziati dallo Stato alle Regioni per potenziare le infrastrutture e non per ripianare i conti.

Inoltre le Regioni hanno sottoscritto l'impegno per rivedere entro il prossimo anno i parametri per la suddivisione del Fondo, in modo che il suo incremento non vada a beneficio di poche regioni come Lazio, Lombardia, Veneto ed Emilia, ma anche a quelle regioni che come la Sicilia e le altre del Sud faticosamente riescono a mantenere i conti a pareggio. La vera sfida sarà nel 2013 quando tutte le regioni dovranno fare i conti con i costi standard previsti dal quinto dei decreti attuativi del federalismo

fiscale ora alla firma del capo dello Stato. Saranno infatti i costi standard a decidere come finanziare le cure del Ssn con la promessa di abbattere per sempre gli sprechi, perché rilevati in base alle performance di tre regioni con i conti a posto garantendo prestazioni di qualità ai propri cittadini.

Raffaella Pessina

I DATI PARLANO

8,5 miliardi di €
 alla Sicilia nel riparto fra le
 Regioni del fondo sanitario
 nazionale

170 milioni €
 la cifra in più che ha ottenuto
 la Sicilia rispetto all'anno
 scorso

1,4 miliardi €
 è la somma sul totale di 106,8
 miliardi che è vincolata agli
 obiettivi del Piano

347,5 milioni €
 in tutto il riparto è la cifra
 che è destinata alla copertura
 del ticket della specialistica

486,5 milioni €
 chiedono le Regioni al
 Governo per coprire il ticket
 della seconda metà dell'anno
 2011

"La quota che la Regione siciliana deve garantire in proprio per la sanità è salita dal 42,5% al 49,11%" dice Russo

Il riparto è bloccato se lo Stato non cede e autorizza i Fas per coprire debiti Sanità

La Sicilia chiede il via libera dal Cipe come avvenuto in passato per Abruzzo, Campania e Lazio

PALERMO - "C'è una questione politica alla base e mi stupisce come i parlamentari, i ministri siciliani non abbiano svolto quello che, per loro mandato parlamentare, avrebbero dovuto fare, cioè l'interesse della Sicilia e dei Siciliani" così l'assessore regionale alla Salute Massimo Russo a proposito dell'utilizzo dei fondi Fas per pagare il mutuo che copre il deficit pregresso della sanità, utilizzo attualmente non autorizzato dal Cipe.

Il *Quotidiano di Sicilia* ha incontrato l'assessore Russo, il 7 maggio scorso a Santa Flavia (Pa), al IV Congresso della Società italiana Cure Palliative cui ha partecipato anche il ministro della Salute, Ferruccio Fazio.

Continua dunque il braccio di ferro tra il Governo e la Regione Siciliana sull'utilizzo dei fondi Fas che, con il parere negativo espresso dall'assessore Russo alla Conferenza delle Regioni sulle risorse per la mobilità sanitaria interregionale, blocca l'intesa sul riparto del fondo sanitario nazionale per il 2011 e il relativo accordo sulla mobilità.

A Russo replica Romano, ministro delle Politiche Agricole, alimentari e forestali, incontrato dal *Quotidiano di Sicilia* a Bagheria: "Russo ormai è venuto allo scoperto, non ha risanato un bel niente - dice Romano - ha soltanto voluto una riforma che ha messo in ginocchio la sanità siciliana e adesso tenta di scaricare ad altri la responsabilità che è sua e del suo presidente della Regione".

"Dopo aver adempiuto ai nostri doveri relativi al piano di rientro,

faremo valere i nostri diritti - ha detto Russo - perché questa è la vera battaglia dell'autonomia e della tutela degli interessi del nostro territorio e, poiché siamo in uno Stato di diritto, faremo di tutto perché le giuste esigenze dei siciliani vengano rispettate".

Nessun commento sulla questione da parte del titolare del dicastero alla Salute. "Fazio non c'entra - continua Russo - è una problematica dell'Economia e del Presidente del Consiglio".

"La quota che la Regione siciliana deve garantire in proprio per la sanità è salita dal 42,5% al 49,11%. Ci sono circa 4 miliardi e mezzo di debiti pregressi" - spiega l'assessore siciliano - strutturalmente, ogni anno, il sistema produceva un deficit che variava da 700 a 900 milioni di euro, accumulandosi nel tempo, sino a

produrre l'attuale debito; per 2,600 miliardi di euro, maturati sino al 2005, abbiamo acceso un mutuo; 686 milioni di euro, vogliamo coprirli con i fondi Fas per evitare di ricorrere alle risorse del bilancio regionale".

Intanto l'Isola incassa anche il sostegno della Conferenza delle Regioni ed in particolare del coordinatore della commissione Affari finanziari della Conferenza, nonché assessore al Bilancio della Regione Lombardia, Romano Colazzi che ha chiesto al governo Berlusconi di "dare risposte alla Sicilia".

Decisioni rimandate di una settimana dunque, in attesa che il Cipe dia il via libera all'utilizzo dei fondi Fas come già accaduto in altre regioni quali Abruzzo, Campania e Lazio.

Marina Mancini



Da sinistra: Russo e Fazio (mm)