



- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Quotidiano Roma

Diffusione: n.d.

Lettori: n.d.



Direttore: Giampaolo Roidi

11-MAG-2011

da pag. 8

Sanità, Fazio boccia il Lazio

CITTÀ Nel Lazio non sono garantiti al 100% i Livelli essenziali di assistenza (Lea) previsti per le prestazioni e i servizi sanitari. È quanto emerge dal rapporto del **ministero della Salute** sull'adempimento del mantenimento dei

Lea relativo al 2009. Il monitoraggio è stato svolto sulla base di 21 indicatori selezionati dal Comitato Lea sulle macroaree di assistenza (6 indicatori per la prevenzione, 9 per l'assistenza distrettuale, 6 per l'ospedaliera). Nel

rapporto, per quanto riguarda il Lazio, si evidenziano in particolare criticità nel tasso di ospedalizzazione (pari a 191,34) e nell'eccesso di spesa farmaceutica territoriale (nella nostra regione oltre il 15 per cento). ● **METRO**

FEDERFARMA E FOFI

«Dobbiamo diventare uno dei pilastri della nuova Sanità sul territorio»

■ Il futuro della farmacia è nei servizi: dalla prenotazione di visite ed esami, al ritiro dei referti, dal pagamento di ticket ai test del sangue. È questa la direzione stabilita dagli ultimi tre decreti approvati dal Governo. «Questa riforma va certamente incontro alle esigenze dei cittadini, in particolare gli anziani, e le farmacie sono pronte a raccogliere la sfida - sottolinea Annarosa Racca, presidente di Federfarma -, intensificando ancor di più il rapporto con cittadini e territorio. Ma per sviluppare i nuovi servizi previsti dalla legge, hanno bisogno di risorse adeguate: per questo auspico che sia avviato al più presto un confronto con le istituzioni per rivisitare il sistema della remunerazione e aprire le trattative per il rinnovo della convenzione, scaduta da molto tempo, per completare la trasformazione della farmacia in centro territoriale polifunzionale integrato con il Servizio sanitario nazionale».

Il primo provvedimento, entrato in vigore circa un mese fa, ha autorizzato le farmacie a effettuare autoanalisi di base, come il controllo di glicemia e colesterolo; il secondo appena pubblicato sancisce la possibilità di avvalersi della collaborazione di infermieri e fisioterapisti mentre a breve è prevista la pubblicazione del terzo decreto che consente di poter attivare il servizio Cup per prenotare visite e ottenere referti e responsi di laboratorio. Si tratta di una rivoluzione copernicana per le *croci verdi* che il presidente di Federfarma invita a confrontarsi e, soprattutto ad aggiornarsi, a Bologna anche in occasione di Cosmofarma. Da una parte «È prioritario guidare la categoria - ha precisato Racca - a fare le giuste scelte e a compiere i passi necessari per trovarsi preparati a raccogliere le nuove sfide con la stessa, grande, professionalità che ha ci ha contraddistinto finora».

Dall'altra è necessario che vengano stabiliti a livello nazionale dei requisiti perché i nuovi servizi siano erogati in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale e per farlo è quanto

mai urgente che la categoria possa ottenere il rinnovo della convenzione con lo Stato. «Solo potendo contare su risorse certe, infatti, le farmacie, oggi bersaglio di ripetuti interventi che ne erodono la redditività - ha aggiunto la dottoressa Racca - saranno in grado d'offrire una gamma più ampia di servizi, continuando a mantenere gli elevati standard di qualità confermati dal gradimento ripetutamente ottenuto nelle classifiche stilate da diverse indagini sulla soddisfazione del cliente». Già prima dell'estate Racca si augura di poter avere la nuova convenzione che regolerà i rapporti tra farmacisti e **ministero della Salute**.

«In tutta Europa il farmacista è già uno dei pilastri della sanità, pilastro in grado di coniugare efficienza e economicità», ha rincarato Andrea Mandelli, presidente della Federazione degli ordini dei farmacisti italiani. «Per arrivare a una sanità non più ospedalocentrica, è obbligatorio però che il farmacista si orienti e si aggiorni: Cosmofarma è un'occasione unica per toccare con mano le novità e informarsi a 360 gradi. E oggi questa manifestazione diviene ancora più importante perché nell'economia della farmacia, assumono un peso sempre maggiore aspetti come nutraceutica e la cosmeceutica che trovano in Cosmofarma un appuntamento importantissimo».

CaMa

I NODI DELLA REGIONE

L'ASSESSORE: «LA NOSTRA REGIONE SI CANDIDA A ESSERE UN MODELLO PER LA DEFINIZIONE DELLE SPESE»

Sanità, sì da Roma al piano di rientro

● Russo: «O Roma ci dà i Fas che ci spettano o non firmeremo l'intesa sul piano di ripartizione dei fondi»

Russo: «Rimango sorpreso dal fatto che abbiamo ministri e parlamentari della maggioranza siciliani che non hanno speso alcuna parola a difesa dell'interesse dei siciliani».

Salvatore Fazio

PALERMO

●●● La Sicilia torna alla carica: se lo Stato dirà no all'uso dei fondi Fas per ripianare i conti sanitari farà saltare l'accordo nazionale sulla divisione dei fondi alle Regioni. Così ieri a Roma è arrivato il nuovo affondo dell'assessore alla Salute Massimo Russo. Proprio mentre il ministro alla Sanità Ferruccio Fazio ha promosso il piano di rientro della Sicilia. "Ci sono alcune regioni che stanno dimostrando di procedere secondo i piani di rientro. Lazio e Sicilia sono sicuramente tra queste" ha detto Fazio, a margine del convegno 'Federalismo e costi standard: il caso della sanità in occasione del Forum della Pubblica Amministrazione. Dallo stesso forum Russo ha sottolineato: "Dateci una risposta. Così come sono stati dati i fondi ad altre regioni ci dicano se la Sicilia ha diritto o meno ad avere i propri fondi Fas con cui pagare il de-

bito della sanità, che abbiamo avuto in eredità, in modo tale che, in caso negativo - ha detto l'assessore - attiviamo le nostre tutele, altrimenti saremo costretti a non poter firmare l'intesa, con un danno alle altre regioni, perchè con l'intesa si stabilisce un principio per noi irrinunciabile se ci non danno i fondi Fas".

Russo ha detto di confidare nel senso di responsabilità istituzionale "ma - ha detto Russo - rimango sorpreso dal fatto che abbiamo ministri e parlamentari della maggioranza siciliani che non hanno speso alcuna parola a difesa dell'interesse dei siciliani". Russo ha anche detto che "la Sicilia, che ha sanato sostanzialmente dal punto di vista strutturale i propri conti, si candida ad essere una regione benchmark" cioè modello per il calcolo dei costi e dei fabbisogni standard ai quali si dovranno adeguare tutte le Regioni secondo quanto previsto dal federalismo fiscale. Russo ha anche annunciato un sistema per garantire la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie e degli ospedali. "La Sicilia - ha detto l'assessore - è la prima Regione con uno strumento che nell'arco dei prossimi tre anni consentirà di avere una cono-

**Massimo Russo**

scenza precisa sui bilanci delle aziende sanitarie e l'omogenizzazione dei procedimenti contabili ed amministrativi e la trasparenza". Russo ha detto che "la gara è stata aggiudicata per 13 milioni con un ribasso del 36% al raggruppamento d'impresa composto da Kpmg e Pricewaterhouse Coopers che dovrà realizzare un sistema per il monitorag-

gio regionale dei conti delle 17 aziende del sistema sanitario regionale".

Intanto ieri dall'assessorato regionale alla Salute è arrivata anche la replica alla notizia che il Tar ha bocciato il decreto sulle residenze sanitarie assistite: "Aspettiamo di leggere la notifica delle sentenze del Tar - dicono dall'assessorato - e valutare-

mo con l'avvocatura di Stato se ricorrere al Cga o di adeguarci. Il decreto - continuano dall'assessorato - si basa su una legge regionale che ovviamente solo la Corte Costituzionale può bocciare. Potrebbe trattarsi di un problema di applicazione del diritto comunitario ma - concludono - tutto sarà più chiaro appena avremo le sentenze". (*SAFAZ*)

FONDO SANITÀ GRECO (PPDT)

«Più risorse ora Fiore tolga i ticket»

● «Deve essere messa davvero male, questa Regione, se qualche bando per corsi di formazione professionale viene spacciato impunemente per "Piano straordinario per il lavoro" ed i potenziali 12mila partecipanti ai corsi vengono dati sostanzialmente come posti di lavoro in più già attivati. E nel settore della sanità non va meglio, visto che l'assessore Fiore fa sapere che spenderà i fondi straordinari assegnati dal Governo nazionale per finanziare progetti ordinari».

È il coordinatore regionale della Puglia Prima di Tutto, **Tato Greco** a ricordare la richiesta di dirottare gli ulteriori fondi assegnati dal Fsn alla Puglia (18 milioni di euro, ndr) alla revisione della misura sui ticket sulle ricette. «Dall'assessore invece veniamo a sapere l'intenzione di attingere a risorse straordinarie come queste per finanziare progetti che dovrebbero essere ordinari come quello sui trapianti, sulla telecardiologia, sulle terapie salvavita contro gli ictus, sulle Pet-tac. Come al solito - prosegue l'esponente del centrodestra, rifacendosi all'intervista rilasciata nei giorni scorsi dall'assessore alla «Gazzetta» - anziché mettere mano agli sprechi, non da ultimi quelli denunciati qualche giorno fa sui sussidi per disabili, si continua a fare cassa attingendo alle tasche dei cittadini facendo passare per interventi eccezionali quelli che invece oggi dovrebbero essere appena il "minimo sindacale"».

«È il risultato fallimentare sei anni dopo l'insediamento della prima giunta di Vendola - conclude Greco - il quale, in evidente debito di visibilità, mostra di aver scambiato il governo della Regione con le comparsate in tv e sui giornali, visto che dopo settimane di latitanza decide di tornare in Puglia più presente che mai attraverso l'indizione di una decina di conferenze stampa in pochi giorni: se quello di Berlusconi è il governo del fare, questo di Vendola è il governo del far sembrare».



PESCARA. «L'impronta della gestione commissariale di Chiodi e Baraldi crolla mese dopo mese, e quando avremo i numeri della mobilità (di fatto passiva) probabilmente neanche il risanamento contabile potrà essere rivendicato. Chiodi dovrebbe ammettere il fallimento e ridare agli abruzzesi il diritto ad un assessorato nel pieno delle sue funzioni, con regole chiare e con una trasparenza cristal-lina».

Lo afferma il segretario regionale del Pd, **Silvio Paolucci**, intervenendo

sulla recente sentenza del Tar dell'Aquila che, accogliendo i ricorsi di 8 società del settore della riabilitazione, ha espresso un principio di diritto, secondo il quale un commissario *ad acta* (Chiodi lo è della sanità) non può modificare con i suoi provvedimenti norme di legge.

«La giustizia amministrativa conferma la validità dell'impianto delle leggi del cen-



Gianni Chiodi con il sub commissario alla sanità Giovanna Baraldi

«Sanità, basta commissario»

Pd: le sentenze del Tar confermano il fallimento della politica di Chiodi

Sel: torna in gioco anche la chiusura dell'ospedale di Guardiagrele

tro sinistra, a suo tempo osteggiato anche dal privato, e insiste su un punto: il commissario non può sostituirsi alla legge come prevede la nostra Carta costituzionale. Che a Chiodi piaccia o no, deve prenderne atto», prosegue Paolucci, «e chiudere questa pagina di scarsa trasparenza, con gli atti tenuti chiusi nei cassetti fino a qualche soffiata dei giornali. Chiodi sta

controriformando la sanità sulla pelle degli abruzzesi, tagliando indiscriminatamente i servizi senza dire quando e se partirà la rete di emergenza-urgenza, senza potenziare i distretti territoriali, senza dare alternative ai viaggi della speranza. Si superi nella sostanza la gestione commissariale tornando a dare ruolo al consiglio regionale».

Sulla stessa linea i consi-

glieri regionali del Pd, **Giovanni D'Amico**, **Claudio Ruffini** e **Giuseppe Di Pangrazio** che chiedono che Chiodi, venga ascoltato dalla commissione di vigilanza del consiglio regionale.

«Le pronunce del Tar dell'Aquila», dicono i consiglieri di opposizione, «confermano la piena sovranità del consiglio regionale e inficiano le procedure monocratiche del

commissario che oggi mettono ad ulteriore rischio la stabilità dei conti servizio sanitario».

Infine, secondo **Fran-**

co Caramanico, consigliere regionale di Sel (sinistra ecologia e libertà), «le recenti sentenze dei giudici del Tar fanno ben sperare sull'esito del ricorso da noi presentato contro la chiusura dei piccoli ospedali, come quello di Guardiagrele, falciati dalla politica scellerata portata avanti dal commissario alla sanità Chiodi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salute Sicilia e Lazio le regioni che hanno mostrato la migliore performance Fazio promuove il piano di rientro di Russo

PALERMO. «Ci sono alcune regioni che stanno dimostrando di procedere secondo i piani di rientro. Lazio e Sicilia sono sicuramente tra queste. Così come sta andando bene anche l'Abruzzo». Lo ha detto il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, a margine del convegno "Federalismo e costi standard: il caso della sanità", in occasione del Forum Pa. Secondo il ministro «il problema non è di andare a vedere due o tre regioni, bisogna prendere i piani di rientro perché l'idea è quella di portare le regioni che hanno problemi al livello di quelle che

hanno buone pratiche». Mentre, ha aggiunto, «come questo avviene è abbastanza irrilevante».

Soddisfatto l'assessore regionale Massimo Russo: «La Sicilia, prima regione in Italia ad aver superato il piano di rientro, è anche la prima a essersi dotata di uno strumento innovativo che si è avviato da pochi giorni e che nell'arco dei prossimi tre anni consentirà di avere una conoscenza precisa e dettagliata dei dati relativi alla sanità regionale, garantendo anche la certificazione dei bilanci e l'omogenizzazione dei

procedimenti contabili ed amministrativi fra le varie aziende e la trasparenza amministrativa».

L'assessore ha illustrato il servizio di consulenza direzionale ed operativa. «La gara è stata vinta dal raggruppamento d'impresa (Rti) composto dalla Kpmg e dalla Pricewaterhouse Coopers che ha praticato un ribasso del 36% rispetto alla base d'asta di 21,1 milioni di euro. La gara è stata aggiudicata a 13 milioni e mezzo, consentendo di utilizzare in futuro il ribasso d'asta per ulteriori richieste di servizi. La proposta riguarda la

progettazione, la costruzione e l'attivazione di un modello regionale di monitoraggio delle 17 aziende del sistema sanitario regionale per garantire la raccolta e l'elaborazione dei dati necessari.

«Quanto ai Fondi Fas - ha detto Russo - in caso di mancata assegnazione, la Sicilia non sarà in condizioni di poter firmare l'intesa con un danno alle altre regioni». Tuttavia, nel caso in cui si chiuda l'intesa, «seguirà poi una delibera Cipe che dirà che la regione deve il 49,11% ma noi non siamo d'accordo».

Deficit, tagli e disservizi: in pezzi il mito della sanità

Dalle chiusure del punto nascite a Pontremoli e dei presidi nel Pistoiese alle lunghe liste di attesa: in Toscana non c'è solo il caso dell'Asl di Massa

MICHELE MORANDI

Forse a volte si prende la causa per l'effetto. Cioè si dice: le difficoltà della sanità toscana di questi ultimi mesi sono dovute in gran parte al maxi buco dell'Asl di Massa (di cui la Regione, Rossi in testa, si è sempre chiamata fuori scaricando le responsabilità). Eppure a mettere insieme i pezzi, il puzzle che si compone non è dei migliori. Certo, qualcuno obietterà che in Toscana non è paragonabile ad altre realtà. Intanto però l'assessore alla Salute Daniela Scaramuccia quando alla fine del marzo scorso presentò i bilanci 2009 delle Asl si affrettò a dire che nonostante tutto «il sistema ha retto pienamente». Peccato che la perdita complessiva è di oltre 304 milioni, di cui 224 solo a Massa. E dei bilanci 2010 non c'è ancora traccia.

Ma le falle del tanto decantato modello-toscano vengono da più lontano e non riguardano soltanto la mancanza di risorse. Basta rimettere insieme le tante denunce dei cittadini. Prendiamo Massa. Contro la chiusura del punto nascite di Pontremoli c'è stata una levata di scudi generale: dai sempli-

ci cittadini ai sindaci della zona. Non sono bastate le mille firme raccolte e un ricorso presentato dal consigliere regionale del Pdl Jacopo Ferri (bocciato dal Tar): la Regione è andata avanti per la sua strada e, in nome della razionalizzazione e in barba alle proteste, è decisa a smantellare il presidio che serve tutta la Lunigiana e che garantisce 200 parti all'anno. Non solo: il buco nelle casse dell'azienda ha prodotto, a cascata, altri «piccoli» disservizi. A cominciare dallo spostamento di chirurgia da Carrara a Massa con enormi disagi, e per finire con la riduzione di orario (chiusura alle 18 e nel weekend) per oculistica. In mezzo c'è la riduzione dei posti letto per la degenza a medicina generale, spostata interamente a Massa, dove i posti letto sono 50 mentre a Carrara erano 85; fino allo stop delle visite specialistiche a domicilio per gli anziani, sempre in nome della riorganizzazione.

Una riorganizzazione che avrà pesanti ripercussioni anche a Pistoia, dove l'Asl ha previsto la chiusura dei presidi della Valdinievole e di San Marcello (chirurgia). A essere penalizzati saranno quindi i cittadini della montagna, tanto che ha puntato il dito contro questa scelta anche l'Uncem. E lo scontro è ben presto diventato politico-istituzionale: i sindaci interessati infatti si sono detti pronti a riconsegnare le chiavi delle proprie città alla Regione e a chiedere ai cittadini di restituire le tessere elettorali.

Le difficoltà si trasformano in veri e propri rischi sanitari all'Isola d'Elba (vedere

anche articolo sotto). Il 6 aprile un black out ha «colpito» l'ospedale di Portoferraio mentre erano in corso due interventi chirurgici. L'Asl di Livorno minimizzò l'accaduto, ma il comitato Elba Sanità chiese che invece si procedesse a un'inchiesta approfondita (mai ottenuta). A distanza di una settimana un altro episodio: un paziente infartuato che attese per tre ore l'elisoccorso per il trasporto in continente. Ma è solo la punta dell'iceberg. Nell'ospedale di Portoferraio si denunciano da tempo disservizi legati all'affollamento nei mesi estivi per mancanza di personale, le lunghissime liste di attesa per esami e visite (209 giorni per un ecodoppler e 4 mesi per eco-addome, 87 giorni per una visita oculistica, 3 mesi e mezzo per una visita endocrinologica e 112 giorni per una visita urologica), e la mancanza di posti letto che ha costretto il

ricovero di alcune donne nel reparto di pediatria (insieme ai bambini) e la commistione di uomini e donne contemporaneamente ricoverati nella stessa stanza nel reparto di medicina. Ma i disagi (e la rabbia) sono anche nell'entroterra. Il declassamento dell'unità di ginecologia e ostetricia a Cecina, fiore all'occhiello della sanità locale con 870 parti all'anno, ha creato più di un malumore. Tanto che i sindaci della zona nelle settimane scorse hanno preso carta e penna per protestare contro il direttore generale dell'Asl 6, Monica Calamai.

(1 - continua)

PUGLIA LA GIUNTA DÀ ESECUZIONE ALLA SENTENZA DELLA CONSULTA

Sanità, posto fisso addio «riconvertiti» a centinaia

Medici, infermieri e impiegati tornano precari
Fiore: entro 15 giorni le lettere dei manager Asl

MARTELOTTA A PAGINA 13 >>

SANITÀ

LA SCURE SUGLI OSPEDALI

LA DELIBERA DELLA GIUNTA

Il governo Vendola ha recepito la sentenza di febbraio con cui la Corte Costituzionale dichiarò illegittime tutte le stabilizzazioni

IN ARRIVO PIOGGIA DI RICORSI

I manager Asl dovranno comunicare la risoluzione del contratto entro 15 giorni. Fiore: se ne occuperanno i giudici del lavoro

Puglia, addio al posto fisso nelle Asl

Risoluzione dei contratti per centinaia tra medici e amministrativi. «Lo dice la Consulta»

BEPÌ MARTELOTTA

● **BARI.** Un adempimento, nulla di più. Ma quanto basta per scatenare l'ennesimo putiferio nella sanità pugliese.

Ieri la giunta regionale, su proposta dell'assessore **Tommaso Fiore**, ha approvato la delibera che obbliga i direttori generali delle Asl a comunicare entro 15 giorni a tutti i dipendenti con assunzione a tempo indeterminato la cessazione del loro contratto di lavoro, in attuazione a quanto disposto dalla Corte Costituzionale il 23 febbraio scorso con la sentenza che dichiarò illegittime tutte le stabilizzazioni nella sanità. La comunicazione dei manager Asl dovrà, in pratica, disporre la risoluzione dei contratti «per impossibilità sopravvenuta correlata alla declaratoria di incostituzionalità delle norme regionali che hanno permesso la stabilizzazione» e specificare agli interessati che è venuto meno «il titolo giuridico per la continuazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato». È quantomeno prevedibile una pioggia di ricorsi dinanzi al giudice del lavoro delle centinaia, tra medici, dirigenti e amministrativi, che erano stati assunti con quella modalità ben prima che arrivasse la sentenza della Consulta. E se è vero che tali sentenze non possono essere sottoposte a nullità da alcun tri-

bunale, è altrettanto vero che - secondo gli esperti - la giurisprudenza degli ultimi anni ha riconosciuto l'illegittimità delle riconversioni contrattuali dei dipendenti da parte della pubblica amministrazione (in questo caso le Asl).

Insomma, una nuova e pre-anunciata batosta sta per colpire il sistema, già messo a dura prova dai tagli degli ospedali e gli accorpamenti dei reparti. La Regione, che con la legge 4 del 2010 aveva stabilizzato il personale, non può far altro che recepire il diktat arrivato dalla Consulta e trasferire la patata bollente ai manager delle sei Asl pugliesi: è uno degli obblighi sanciti nero su bianco negli adempimenti relativi al piano di rientro sanitario quello di adottare «i necessari provvedimenti per l'esecuzione delle sentenze della Corte Costituzionale».

«Non abbiamo messo in discussione i contratti che erano stati liberamente stipulati tra le parti - dice l'assessore alla Salute - perché l'atto non è viziato all'origine: è stata la sopraggiunta sentenza della Consulta a dichiarare illegittime quelle disposizioni che la legge 4 aveva autorizzato. Ovvio che toccherà ai giudici del lavoro - prevede Fiore - prendere decisioni sulla materia».



L'EDITORIALE**Per essere il più bravo
basterebbe chiudere
gli ospedali****di Pino Cavuoti**

Il presidente della Regione sta conducendo la sua battaglia in difesa della sanità molisana a dispetto di quanti sono convinti del contrario. Un impegno contro Roma che in maniera tecnica e numerica ha ritenuto di dover bocciare un settore che ha sempre visto penalizzato la comunità molisana. Michele Iorio sta dimostrando di essere un vero incassatore che, seppur in alcuni frangenti sembrerebbe messo all'angolo, riesce a mantenere il centro del ring. Dove le opposizioni, con in testa Petraio e Romano, sono vigili e determinate a sferrare l'ultimo colpo, quello del ko. La questione appare tanto semplice da essere persino paradossale. È

facile in questo momento gridare all'untore chiedendo la rimozione del governatore. Un gioco dove le minoranze, senza offrire poi spunti di soluzione, dimostrano grande competenza. Il problema non è quello di mandare a casa Michele Iorio, per giunta legittimamente eletto, ma di far gestire la cosa pubblica a chi sarebbe poi avulso da una realtà, che invece merita l'attenzione e la determinazione di chi conosce meglio il territorio. Sarebbe come delegittimare la funzione della politica a tutto vantaggio dei tecnocrati. È forse ciò che vuole chi alza la voce per chiedere la rimozione di Iorio? Il governatore sta dibattendo sul piano anche politico avendo avuto

già ragione nel momento in cui gli è stato assegnato in questi giorni un fondo sanitario più cospicuo e difendendo il riordino del settore che prevede la permanenza di tutti gli ospedali, come vogliono i cittadini di Larino, Venafro e Agnone, anche se ciò accadrà con servizi seppur parzialmente riconvertiti. Iorio ritiene di essere sulla strada giusta. «Se qualcuno ha idee o soluzioni diverse» ha ripetuto in queste ore Iorio a chi gli chiedeva di commentare gli attacchi delle minoranze. «Questa regione - dice - ha diritto a essere governata dal presidente eletto e non da tecnici nominati dall'esterno».

continua a pagina 3**DALLA PRIMA****Per essere
il più bravo
basta chiudere
gli ospedali**

Continua dalla prima
Iorio si sta battendo ai tavoli tecnici per difendere le ragioni del Molise, al di là di ogni sospetto, per una sanità complessa e articolata per le dimensioni dei suoi confini. Una riorganizzazione che non vuole dire tagli, ma di supporto. Il Molise per essere il primo della classe avrebbe dovuto mettere i lucchetti alle porte e chiudere gli ospedali. Non uno, ma tutti. Se Iorio li avesse sbarrati sarebbe diventato il governatore più bravo d'Italia. Ma sarebbe stato meglio così o forse è più giusto combattere questa battaglia in nome e per conto del nostro Molise?

Pino Cavuoti

Ultimo posto nella classifica 2009

L'assessorato: "Stiamo migliorando"

Ospedali, farmaci cure agli anziani Il ministero boccia la Sicilia

GIUSI SPICA
A PAGINA 5

Ospedali, farmaci, anziani: Sicilia bocciata

Fanalino di coda nelle pagelle 2009 del ministero. L'assessorato: "Miglioriamo"

I parametri



ANZIANI

Va male sul fronte dell'assistenza territoriale e domiciliare con una percentuale dell'1 per cento di pazienti seguiti



OSPEDALI

Il tasso di ospedalizzazione nel 2009 è di 213,19 per mille abitanti, inferiore solo a quello della Campania



FARMACI

La spesa farmaceutica è il parametro più critico anche nel 2010, anche se il tetto è in diminuzione

GIUSI SPICA

IL MINISTERO della Salute boccia la Sicilia nell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza: pagelle negative su assistenza territoriale e domiciliare degli anziani, spesa farmaceutica e assistenza ospedaliera, ancora al di sotto degli standard nazionali. Così si legge nel rapporto appena pubblicato sul sito ministeriale in vista degli stanziamenti che dovrà varare l'apposito comitato di valutazione del dicastero. In base al report elaborato sui dati del 2009, l'Isola si conferma fanalino di coda in Italia insieme ad altre cinque regioni del Sud. Ma le stime dell'assessorato regionale alla Salute registrano per il 2010 un'inversione di tendenza, anche se ancora la sufficienza rimane un traguardo da raggiungere.

Per le sue "pagelle", il Comitato ministeriale ha fatto ricorso a un sistema di 21 indicatori ripartiti su tre macro-aree: prevenzione, assistenza territoriale

ed ospedaliera ed emergenza. Ogni regione ha ricevuto un punteggio in base alle performance registrate. I risultati confermano un'Italia a due velocità, con cinque regioni promosse a pieni voti, tre "rimandate" e 6 bocciate senza appello. Tra le regioni col più alto numero di "criticità" c'è la Sicilia, fuori per ben tre indicatori. Va male soprattutto sul fronte dell'assistenza territoriale e domiciliare agli anziani. Nel 2009, sono poco più dell'1 per cento gli ultrasessantacinquenni siciliani in regime domiciliare, peggio che in tutte le altre regioni. Il dato è però nettamente migliorato nel corso del 2010: si è passati da 9.986 a 14.055 assistiti. Agli anziani non va meglio per quanto riguarda l'assistenza in strutture residenziali: nell'Isola ci sono appena 0,7 posti per ogni mille assistiti. Un gap che l'assessorato si è impegnato a colmare con l'attivazione di 2500 posti di lungodegenza entro il 2012.

Siamo ancora sotto la soglia della sufficienza anche per l'assistenza ospedaliera. Il tasso di ospedalizzazione nel 2009 è di 213,19 per mille abitanti, inferiore solo a quello della Campania. Nel 2010 sembra però es-

sersi registrata una significativa inversione di tendenza, con 185,5 ricoverati ogni mille abitanti e la riduzione delle prestazioni non appropriate dal 6 per cento al 4,6 per cento. La Sicilia non ha ancora superato l'esame del ministero sulla spesa farmaceutica: nel 2009 il costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale è ancora superiore al 15 per cento del totale, a fronte del 12 per cento delle regioni virtuose. La spesa farmaceutica si conferma il parametro più critico anche nel 2010, anche se il tasso di sfondamento del tetto prefissato è in diminuzione.

Resta altamente negativo anche il numero dei cesarei, fermo al 37,77 per cento sul totale dei parti. Un dato addirittura in aumento rispetto a quello del

**L'Isola segna
un record negativo
perché rimane
fuori standard
con tre indicatori**



2008, che si era chiuso con un 36,99 per cento. Anche su questo fronte l'assessorato sta cercando di mettere una pezza. Nel 2010 l'assessorato ha varato un decreto che equipara il rimborso tra parto naturale e parto cesareo, al fine di ridurre le operazioni improprie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La classifica**Le valutazioni**

I parametri elaborati dal ministero per stilare la classifica delle regioni con il più alto tasso di assistenza riguardano le prestazioni domiciliari per gli anziani il livello di accoglienza delle strutture ospedaliere e la spesa farmaceutica

A destra, una corsia

Sotto, il **ministro Fazio**



La polemica

Fazio loda il piano di rientro
Il Pdl lo attacca: "Sbaglia"

«La Sicilia, insieme al Lazio, si è molto impegnata per il risanamento della sanità regionale ed in particolare per il processo di informatizzazione sanitaria».

Lo ha detto il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, intervenendo al convegno sul tema "Federalismo e costi standard: il caso della sanità", svoltosi a Roma.

«La Sicilia, che ha sanato i propri conti si candida a diventare fra due anni regione benchmark, modello di riferimento», ha commentato l'assessore regionale alla Sanità, Massimo Russo, presente al convegno. «Abbiamo avviato — ha aggiunto Russo — un'azione di totale rinnovamento nel segno dell'efficienza, dell'efficacia, e del rispetto delle regole. Siamo un esempio virtuoso di come si possano cambiare le cose, compiendo scelte coraggiose di responsabilità: siamo passati da un deficit strutturale degli anni scorsi che oscillava fra 600 e 900 milioni di euro l'anno agli 80 milioni di quest'anno».

Il Pdl insorge e attacca Fazio: «La sua nota è priva di elementi importanti sul piano di rientro», dicono i deputati Nino Germanà, Giuseppe Marinello, Alessandro Pagano, Vincenzo Fontana e Vincenzo Garofalo.

Il riconoscimento



L'Ismett

All'Ismett
premio qualità
di Brunetta

VA ALL'ISMETT di Palermo il Premio qualità nella categoria "Aziende sanitarie, aziende ospedaliere ed altre amministrazioni che operano nel campo della sanità". Il riconoscimento è stato consegnato al direttore sanitario dell'istituto dal ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, durante una cerimonia organizzata nell'ambito del Forum della pubblica amministrazione in corso alla Fiera di Roma. Al riconoscimento, organizzato dal ministero per «premiare le migliori esperienze nel servizio pubblico», erano candidate 222 amministrazioni fra Comuni, aziende pubbliche e ospedaliere. «Questo premio — ha detto il direttore di Ismett, Bruno Gridelli — è un importante riconoscimento per il lavoro congiunto della Regione e dell'Università di Pittsburgh che hanno fatto di Ismett un centro di rilevanza internazionale».

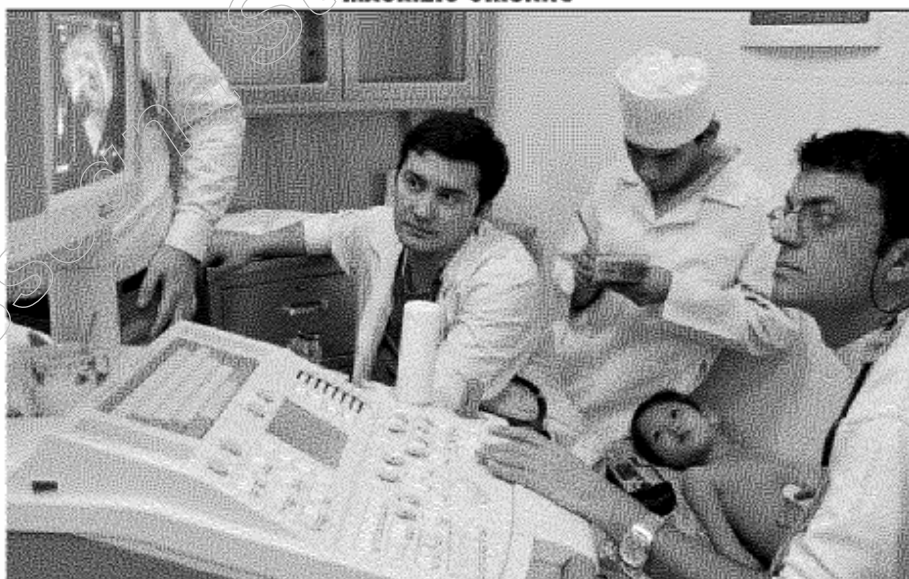


Sanità, Petraroia chiede la revoca di Iorio

Lettera del consigliere regionale del Partito democratico ai ministri Tremonti e Fazio

"Oltre al debito c'è il persistere di ritardi, scelte gestionali dubbie confusione di ruoli politici, partitici e familiari"

MAURIZIO ORIUNNO



Sulla sanità molisana si giocheranno ancora altre battaglie

Le inefficienze del sistema sanitario regionale sono al centro di una lettera indirizzata ai ministeri competenti da parte di Michele Petraroia. Il consigliere

regionale del Pd ha scritto a Tremonti e Fazio poiché "visto l'esito del Tavolo tecnico ministeriale di verifica sul Piano di rientro dal disavanzo sanitario della Regione Molise che



ha accertato un'esposizione debitoria al 31.12.2010 pari a 98 milioni di euro e stante il persistere di ritardi, scelte gestionali dubbie, comportamenti discutibili e confusioni crescenti tra attività amministrativa pubblica e interessi politici, partitici e familiari che esulano dai doveri di chi dovrebbe limitarsi ad assolvere esclusivamente alle proprie funzioni istituzionali, sollecito la sostituzione del Commissario ad Acta per la sanità regionale".

In proposito Petrarola cita la delibera dello scorso marzo della Corte dei Conti, Sezione di controllo per il Molise, che nell'analizzare il bilancio d'esercizio 2009 dell'Asrem, rileva "una situazione di diffusa irregolarità contabile oltre a palesi problematiche che non garantiscono l'attendibilità dei dati", rileva inoltre, "che il provvedimento di approvazione del Bilancio è stato trasmesso alla Giunta Regionale senza la deliberazione del Direttore Generale circa le modalità di copertura delle perdite e delle azioni correttive per il riequilibrio della situazione economica. Non consta se detto Bilancio sia mai stato approvato dalla Giunta regionale o se sia divenuto esecutivo grazie

alla norma del silenzio-assenso decorsi 40 giorni dalla sua adozione".

Per Petrarola "non è più tollerabile che il sistema sanitario molisano permanga in un simile contesto di scarsa attendibilità dei dati tecnici e contabili, di mancati raggiungimenti sistematici degli obiettivi di riequilibrio finanziario previsti dal Piano di Rientro, di omissioni, ritardi e inadempienze che mettono a rischio il diritto alla tutela della salute dei cittadini violando la Costituzione con liste d'attesa che si allungano, servizi essenziali quali il Pronto Soccorso che arrancano e carenze di personale, di mezzi e di strutture." Nella lettera inviata ai ministri Petrarola pone l'accento anche sui rapporti tra struttura commissariale e direzione Asrem. "Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale dell'Asrem - conclude Petrarola nella lunga nota - con Decreto n. 46 del 02.07.2010 del Commissario ad Acta difficilmente possono essere raggiunti se non si supera la commistione gestionale e l'intreccio tra finalità pubbliche di tutela sanitaria con atti dubbi e provvedimenti discutibili che poco hanno a che fare con i diritti costituzionali sanciti nell'art.

32."

Il riferimento è alla strutturazione della Uoc di Neurofisiopatologia presso l'ospedale Venetiale di Isernia (già esistente presso il Cardarelli di Campobasso ed oggetto di una convenzione con il Neuro-med di Pozzilli) come ad altri fatti oggetto di approfondimenti giornalistici e di dibattito politico che vedono coinvolto il presidente Iorio ed il direttore generale dell'Asrem.

"Non commento i fatti descritti - conclude Petrarola - perché si commentano da soli. Il diritto alla tutela della salute è garantito dalla Costituzione e non può essere oggetto di discriminazione territoriale a causa di disavanzi gestionali e debiti accumulati da amministratori inefficienti. Il cittadino nelle aree in cui il servizio sanitario non funziona è costretto a rivolgersi a canali riservati per ottenere risposte minime su analisi, ricoveri, visite specialistiche o altre necessità. Più si tagliano le strutture, più si indebolisce l'offerta e più si concentra il potere discrezionale in poche mani che non sempre lo esercitano con imparzialità e rigore come confermano gli episodi discutibili riportati sommariamente in questa nota."

800MILA PRESTAZIONI DA RECUPERARE

Sanità, COTA: Il mio piano per ridurre le attese

PETRA ALLE PAGINE 10 E 11

Il governatore Cota: «Puntiamo a recuperare 800mila prestazioni in Piemonte»

SANITÀ, ECCO LE MISURE PER RIDURRE LE ATTESE

Cinque linee d'intervento predisposte dalla Regione in favore dei cittadini
GIANNI PETRA

TURIN - «Al di là degli interventi tecnici che come Regione abbiamo messo in campo per cercare di ridurre i tempi delle liste d'attesa credo occorra uno sforzo da parte di tutti per portare avanti una vera e propria battaglia culturale in tema di sanità». Il Governatore del Piemonte **Roberto Cota** ha voluto così concludere ieri a Torino l'attesissima conferenza di presentazione delle strategie della

Molti problemi causati da coloro che rinunciano alle visite senza avvertire

Regione per l'abbattimento dei tempi delle liste d'attesa.

Al fianco di Cota, l'assessore regionale

alla Salute **Caterina Ferrero**. «Se un cittadino prenota una visita specialistica e poi la diserta senza avvertire - ha sottolineato Cota - deve essere aiutato a capire che il suo comportamento danneggia tutto il sistema sanitario. Almeno il 6 per cento dei problemi sulle liste d'attesa è riconducibile a questi comportamenti e come Regione mettiamo oggi in campo uno strumento per neutralizzarli. Il Servizio Sanitario Regionale è un diritto che va goduto rispettando i diritti altrui». Una delle cinque linee d'intervento predisposte dalla Regione prevede infatti proprio un servizio di recall (chiamata di verifica) per ricontattare il paziente alcuni giorni prima della prestazione prenotata per ricordare l'appuntamento ed eventualmente farlo disdire. Un'azione che, secondo una recente sperimentazione effettuata sul territorio

dell'Asl To1, arriverebbe a far recuperare circa 800mila prestazioni in tutto il Piemonte.

La seconda misura del piano contro i tempi d'attesa è l'accesso diretto, ovvero l'accesso alle prestazioni senza l'obbligo di prenotazione, da garantire da parte delle Asr per gli esami di radiologia tradizionale, per l'elettrocardiogramma e le analisi di laboratorio.

Il Cup integrato è invece la terza azione prevista e consiste nell'aumento del numero dei posti tramite l'inserimento delle disponibilità delle strutture accreditate nel sistema di prenotazione delle aziende sanitarie pubbliche (ad esempio nel Sovracup di Torino). Questo permetterà di evitare il problema delle prestazioni prenotate in più strutture che però non vengono disdette e di distribuire su tutti gli erogatori le prestazioni più richieste.

La quarta linea d'intervento riguarda l'aumento dell'offerta di prestazioni che sono maggiormente oggetto di richiesta da parte dei medici e che presentano lunghi tempi d'attesa (fuori standard regionali). Ad esempio, la visita cardiologica, la visita gastroenterologica, l'ecografia dell'addome e l'esofagogastroduodenoscopia. L'aumento dell'offerta interessa le prestazioni richieste dal medico curante secondo precisi criteri di appropriatezza prescrittiva.

Infine, la quinta linea prevede azioni di tipo strutturale rispetto all'appropriatezza prescrittiva, attraverso il cosiddetto "sistema Rao (raggruppamenti di attesa omogenei)": attraverso la stesura e l'applicazione di protocolli condivisi tra coloro che prescrivono la visita o l'esame e gli erogatori, permette di attribuire ai pazienti, in modo corretto, i criteri di priorità alle prestazioni ambulatoriali



di cui hanno necessità.

«La situazione di incertezza che genera l'attesa di una prestazione specialistica diagnostica e la paura che il rinvio della prestazione curativa o riabilitativa ambulatoriale possa peggiorare la prognosi - ha detto l'assessore Ferrero - costituiscono le comprensibili preoccupazioni di tutti i cittadini piemontesi. Ecco perché oggi abbiamo presentato una proposta articolata che prevede una se-

***Un servizio
"recall"
contatterà
i pazienti
prima della
prestazione***

rie di interventi diretti a ridurre le liste d'attesa per quanto riguarda la diagnostica e le visite specialistiche. Si tratta di azioni che verranno messe in campo nei prossimi giorni e che ci auguriamo possano portare a risultati evidenti nel più breve tempo possibile. In

particolare, tra le azioni previste c'è l'attivazione del cosiddetto "Sistema Rao": attraverso la stesura e l'applicazione di protocolli condivisi, d'intesa tra prescrittori ed erogatori di prestazioni, il sistema fa in modo che ai pazienti vengano attribuiti correttamente i criteri di priorità alle prestazioni che devono effettuare. Per esempio, in caso di visita cardiologica, dovuta a un dolore non acuto al torace insorto di recente e di sospetta origine cardiaca, la visita deve essere garantita entro 48 ore dalla richiesta. Mentre, in caso di vi-

sita urologica, in presenza di disturbi dovuti a incontinenza urinaria, la visita deve essere garantita entro 30 giorni. L'inappropriatezza delle prescrizioni mediche è infatti una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa».

Un sistema regionale in rete, ha invece ribadito Cot, «si pone l'obiettivo di smaltire la richiesta nel minor tempo possibile a parità di qualità di prestazione, visto tra l'altro che i livelli di trattamento sono uniformi su tutto il territorio regionale. Quindi se una persona si reca in un ospedale per una visita e gli comunicano che in quella struttura c'è un'attesa di giorni, ma che a breve distanza può fare lo stesso esame in un tempo molto più breve, è il cittadino che deve saper cogliere questa possibilità. Ovviamente - ha concluso il Governatore - i cambiamenti non potranno essere immediati. Noi ci proponiamo di vedere i primi risultati entro la fine dell'anno».

Martedì scorso il seminario con il ministro all'hotel Mediterraneo

Sanità e nuovi modelli

Fazio: «Basta grandi ospedali, ora servizi alla persona»



Il ministro Fazio con Nicola Procaccini

LE NOVITA'

In arrivo
al «Fiorini»
l'università
telematica
e nuove assunzioni

FILIERA di governo e tra governo e università per rilanciare la sanità pontina. La ricetta è sempre la stessa ma questa volta il tema è cruciale: la sanità. Lo si è affrontato lunedì scorso nel seminario organizzato dal Pdl all'hotel Mediterraneo. A presenziare, oltre al

candidato sindaco del Pdl Nicola Procaccini, il direttore generale della Asl Renato Sponzilli, il Magnifico Rettore dell'università La Sapienza di Roma Luigi Frati e il ministro della Salute Ferruccio Fazio. Ad aprire i lavori, Roberto Palmacci, uomo del settore candidato con Procaccini. Il primo punto è stato affrontato proprio da Frati, ovvero il rapporto tra ospedale e università, definendo il decentramento operato a Terracina e Latina «uno dei pochi esempi di sanità disegnata sugli utenti». «Valuteremo - ha aggiunto - cosa si può fare di più ma è certo - ha continuato - che per noi il decentramento è una cosa seria». Buona pratica, l'esperimento fatto a Pomezia tra il ministero della Gioventù e l'università per: «avvicinare i giovani laureati alle aziende, un progetto ritenuto uno dei più importanti d'Italia». Frati ha anche parlato di università telematica, che «fa-

vorirà un ulteriore ampliamento dei servizi» con l'istituzione di diverse postazioni al Fiorini. L'ospedale «è un modello che funziona e che deve creare un rapporto più sinergico tra realtà ospedaliera e università». Di Asl in salute ha parlato anche il direttore Sponzilli, che ha parlato di una situazione economica «in salute» rilevando però «una sofferenza nel piano industriale, a causa di ricoveri inappropriati». Sponzilli ha anche ipotizzato di destinare il vecchio ospedale «la cui proprietà è stata ormai defini-



tivamente assegnata alla Asl, ai campus universitari». Prima di lasciare la parola al ministro Nicola Procaccini ha ribadito le potenzialità «della filiera che stiamo mettendo in atto, di cui la campagna elettorale è un banco di prova». Dal «potenziamento della risposta» all'«ampliamento della specialistica», passando per «l'integrazione dei presidi aziendali» e la «suddivisione delle aree di assistenza in base all'intensità clinica», Procaccini ha messo l'accento sul «potenziamento di strutture di Day Hospital e di assistenza domiciliare» richiamando il ministro a porre particolare attenzione «all'Emergenza, con il potenziamento delle ambulanze». Mentre più prudente si è mostrato sull'ipotesi del punto nascita «possibile ma meno indispensabile della necessità di salvare vite umane». Tesi condivisa dal ministro Fazio, che oltre a garantire «il massimo appoggio del governo» ha disegnato una sanità «non più impostata sui grandi ospedali ma su una maggiore integrazione con il territorio». A tal proposito «Terracina può trasformarsi in un vero e proprio laboratorio in cui sperimentare nuovi modelli, con la divisione in settori tra i codici bianchi e verdi da quelli gialli e rossi» in modo da «non creare file nei Pronto soccorso, problema sentito soprattutto nelle città balneari». Altra novità, una norma a cui sta lavorando il Ministero «che toglierà il blocco del turnover» e consentirà di apportare più personale anche al «Fiorini». «Sicuramente - ha concluso Fazio - avete una strada aperta per interagire con il governo, e invito sin da subito a prendere contatto con noi, per cominciare».

Diego Roma

Assegnato il premio "Meno carta più valore" per un innovativo progetto sanitario

Il Veneto sale sul podio

I cittadini potranno leggere le proprie analisi dal computer di casa

VENEXIA - Il Veneto sale sul podio. Questo il responso della ventiduesima edizione del forum della pubblica amministrazione che ha assegnato alla re-

Si calcola, in rapporto al numero complessivo di referti prodotti nel contesto regionale, un risparmio per i cittadini veneti di circa 72 milioni di euro in un anno

gione il premio "Meno carta più Valore" organizzato da ForumPa con il Patrocinio del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e in collaborazione con la Camera di Commercio di Roma. Un'iniziativa che punta alla dematerializzazione e all'eliminazione della carta nella P.a. Ad aggiudicarsi il riconoscimento "Veneto Escape" un servizio sanitario promosso dalla Regione del Veneto e dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e Innovazione, che consentirà a tutti i 5 milioni di veneti di consultare

e scaricare i propri referti direttamente sul proprio computer, senza doversi spostare da casa o dal luogo di lavoro per ritirarli allo sportello delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Veneto Escape, coordinato da Arsenà.It, Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale, è partito nel 2009 e ha l'obiettivo di estendere in tutte le aziende venete e standardizzare laddove già presente, la gestione digitale dell'intero ciclo di firma, certificazione, archiviazione, distribuzione, estrazione e conservazione dei referti informatici, lasciando inalterata la loro validità legale. L'impatto economico del servizio sulla collettività è calcolabile sul costo opportunità del tempo risparmiato per il ritiro del referto da parte del paziente o dai suoi familiari. Tale costo viene stimato in 12 euro per ogni referto. Si calcola, rapportando tale costo al numero complessivo di referti esterni prodotti nel contesto regionale, un risparmio per i cittadini veneti di circa 72 milioni di eu-

ro in un anno. L'ente cedente ha sostenuto per Escape costi per 500mila euro in quattro anni, con risparmi quantificabili nell'ordine di 637mila euro. A questi si aggiungono ulteriori possibili economie (o miglioramento dei servizi) per 480mila euro conseguibili grazie al reimpiego di 12 unità di personale. L'estensione del progetto a tutta la Regione, permette di ottenere risparmi per 7.790.000 euro in quattro anni pari al 3,7% dello scostamento dalla frontiera

Ad aggiudicarsi il riconoscimento "Veneto Escape" promosso dalla Regione e dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e Innovazione

efficiente della Regione Veneto (la frontiera efficiente definisce per ogni livello di sovrappeso, rispetto allo standard, il livello di qualità che dovrebbe essere assicurato).



Emergenza: la proposta di Fazio assegna i codici minori al territorio

Un doppio canale, tra ospedale e territorio, per la gestione dei codici di maggiore e minore gravità. E, in ospedale, una doppia corsia per "smistare" i pazienti secondo il tempo di attesa. È la proposta alla base del progetto di riordino dell'emergenza-urgenza all'esame del ministro Fazio e dei sindacati. (Servizi a pag. 27)

PRONTO SOCCORSO/ Sindacati e ministero al lavoro sulla ristrutturazione del settore dell'emergenza

Urgenza, codici «light» al territorio

Le proposte: casi lievi gestiti in h24, più personale, risorse da obiettivi di piano e Fsn

Un doppio canale, tra ospedale e territorio, che veda assegnati al primo i codici di maggiore gravità e al secondo le urgenze minori (codici bianchi e verdi). E ancora, in ospedale, una duplice corsia, con spazi fisici e logistici separati in base al tempo d'attesa preventivato. Sul fronte finanziamenti, si attingerà agli obiettivi di piano; mentre si sta ragionando sulla creazione di una macro-area specifica in sede di riparto del Fsn, accanto alle tradizionali dedicate a ospedale, territorio e prevenzione. Infine, ossigeno al personale, con l'ipotesi di uno sblocco del turn-over nelle Regioni con piani di rientro.

Sono queste le principali proposte sul piatto in vista della ristrutturazione del pianeta emergenza-urgenza, la cui situazione «drammatica» è fotografata nell'Indagine conoscitiva del Senato, presentata a metà aprile (si veda Il Sole-24Ore Sanità n. 15/2011). Ne hanno discusso, mercoledì a Roma, i principali sindacati dei medici ospedalieri e convenzionati e il ministro della Salute Ferruccio Fazio. Che ha già incassato anche un primo ok dalla commissione Salute delle Regioni. La parola d'ordine è lavorare in un'ottica di sistema, sbarrando la strada all'exploit di accessi inappropriati in Pronto soccorso (+50% in dieci anni) e rivedendo le linee guida sul sistema di emergenza, datate 1996. Già alla vigilia dell'incontro, il ministro aveva annunciato l'intenzione di «separar fisicamente i codici bianchi e verdi da quelli gialli e rossi, proprio per tagliare le attese del Pronto soccorso, e dunque mettere più personale del territorio possibile alla gestione dei codici minori». Una riforma per cui, spiegava, «useremo gli obiettivi di piano e dovremo farlo rapidamente, perché sono stati già approvati in Stato-Regioni, salvo ulteriori intese sulle cure primarie. Successivamente, inizierà il processo vero e proprio di riforma, che in realtà ha già preso avvio due anni fa con lo stanziamento di 350 milioni annui per l'h24». Il ministro ha poi avanzato l'ipotesi di

«creare una quarta macro area in ambito Fondo sanitario nazionale».

L'esigenza di decomprimere gli accessi al Pronto soccorso mette tutti d'accordo: Giacomo Milillo (Fimmg) e Angelo Testa (Snami) concordano con la proposta del ministro

per un maggiore coinvolgimento del territorio. Positivi anche i commenti degli ospedalieri, che però rilanciano con una serie di precisazioni. «Ben venga l'azione di gatekeeping in ambito territoriale, ma attendiamo risposte urgenti soprattutto in materia di organici», spiega il segretario nazionale Anaa-Asso-med Costantino Troise, che insieme alle principali sigle degli ospedalieri ha illustrato al ministro una proposta di restyling, sintetizzata qui a fianco. A ribadire problemi organizzativi e strutturali,

nonché la necessità di coprire i posti vacanti del settore e quelli oggi affidati a personale precario, Riccardo Cassi (Cimo). Che spezza anche una lancia a favore di «un progetto specifico per gli accessi pediatrici». Parzialmente soddisfatto Massimo Cozza (Cgil): «l'obiettivo illustrato dal ministro - commenta - è condivisibile anche se parziale, nel senso che il problema dell'emergenza-urgenza non si risolve solo con la separazione dei codici. Per noi - aggiunge - la priorità è coprire i vuoti di organico del Pronto soccorso e dei 118 e risolvere il buco nero del precariato».

Sotto la lente, inevitabilmente, il tema della specializzazione in medicina d'urgenza: «Oltre a migliorare la gestione dei posti letto in ospedale - spiega Annamaria Ferrari, past president Simeu - bisogna potenziare il numero degli specializzati, oggi carente. Basti pensare che oggi i posti disponibili sono solo cinquanta, a fronte dei 500 per gli anestesisti». Preoccupazione recepita dal ministro: «Esiste una criticità a livello di scuole di specializzazione che produce una disomogenea distribuzione tra le Regioni e una distribuzione tra scuole di specialità non necessariamente rispondente ai bisogni. Per questo - ha annunciato - abbia-

mo chiesto alle Regioni stesse di indicare i fabbisogni precisi, sulla base dei quali avanzare una proposta al Miur». Sul tavolo il ministro ha anche presentato la possibilità di «destinare gli ultimi 2-3 anni del corso di specializzazione a una formazione con funzioni cliniche attinenti alla specialità» e di abbreviare la durata di molte scuole da 5 a 4 anni».

**Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I nodi da sciogliere

- Il tempo d'attesa in Pronto soccorso è in media di 241 minuti (circa 4 ore), con oscillazioni dai 100 minuti del Nord ai 451 registrati in Abruzzo
- Manca in molti casi qualsiasi criterio di programmazione dei Dea e degli Eas (Dipartimenti di emergenza e accettazione ed emergenze in alta specialità)
- Le cure in Ps sono spesso affidate a personale precario o a neolaureati senza esperienza
- Manca un'efficiente ed efficace attività di "gatekeeping" sul territorio, in grado di intercettare la domanda inappropriata rispetto al territorio
- Va armonizzato il soccorso extra-ospedaliero, colmando le gravi lacune relative in particolare all'elisoccorso e al trasporto neonatale

Le proposte degli ospedalieri

1. Garantire standard strutturali e organizzativi adeguati all'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e alla riduzione del Rischio clinico in emergenza-urgenza assegnando adeguati organici ai servizi preospedalieri e ospedalieri afferenti al Dea (decisi sulla base di parametri nazionali) con sblocco del turn over per il personale dedicato (medici e infermieri) e assegnando spazi architettonici adeguati.
2. Implementare la Rete dell'emergenza secondo il Modello Hub and Spoke, attraverso
 - investimenti tecnologici regionali per il teleconsulto e trasmissione di immagini;
 - definizione dei protocolli operativi intra-area;
 - adeguamento del sistema di emergenza preospedaliero - Centrale operativa 118, Unità mobili di soccorso e Postazioni territoriali - (definendo gli standard in termini di Unità mobili e di personale specificamente formato, in possesso delle necessarie Clinical Competences e relativamente alla componente medica favorendo il completamento del percorso di assegnazione al settore della dipendenza prorogando i termini previsti dal D.l. n. 229) al fine di garantire una corretta gestione del paziente dal livello territoriale più periferico fino al centro ospedaliero ad alta specializzazione, dove la continuità delle cure viene favorita anche attraverso una reale ed efficace integrazione tra i servizi preospedalieri e quelli intraospedalieri secondo un modello dipartimentale.
3. Potenziare l'Osservazione breve intensiva, come articolazione organizzativa del Pronto soccorso, con identificazione di Percorsi clinico-assistenziali e definizione del follow up per favorire la gestione del problema clinico acuto in un setting assistenziale alternativo al ricovero. Allo stesso tempo potenziare le Strutture di medicina d'urgenza collegate all'attività di Pronto soccorso.
4. Rendere efficiente il Governo del Posto letto per acuti per ridurre l'attesa del ricovero a standard accettabili, contrastare il Boarding e il sovraffollamento del Pronto soccorso e consentire l'umanizzazione delle cure. Oggi la maggior parte del Pronto Soccorso fornisce le prestazioni in condizioni di Grave sovraffollamento e pericolo per il livello di Sicurezza delle cure e degli operatori!
5. Potenziare la assistenza territoriale, "Case della Salute" come evoluzione dei Presidi Territoriali di Prossimità, (cooperazione Mmg, Mpl, continuità assistenziale, Specialisti, Servizi diagnostici di laboratorio e radiologia) per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente evitando l'ospedalizzazione e potenziando l'Assistenza domiciliare (Assistenza socio-sanitaria Integrata) come Dimissione protetta dopo il ricovero in acuzie per la presa in carico del paziente alla dimissione.
6. Potenziare le strutture di post-acuzie, lungodegenza e cure palliative in grado di gestire pazienti con sindrome ipocinetica severa, bisogni assistenziali complessi non gestibili al domicilio, malattie neoplastiche sistemiche che richiedono misure di supporto generale, sostegno al fine vita per paziente e familiare.
7. Intervenire sulla formazione del personale dell'emergenza urgenza moltiplicando (come è già stato fatto in passato per alcune discipline) i contratti per la Scuola di specializzazione in medicina d'emergenza urgenza e applicando le Linee guida già esistenti per il settore.

La promessa di Cota

“In cinque mosse cancelleremo le liste d'attesa per gli esami”

Cinque mosse contro le liste d'attesa. La Regione mette in campo la sua strategia per abbattere i tempi della Sanità. Estendendo a tutti gli ospedali e agli ambulatori strategie nuove o iniziative finora utilizzate solo a macchia di leopardo, la giunta Cota promette di ridurre i mesi, le settimane e i giorni necessari per poter essere sottoposti agli esami. Prima mossa, già utilizzata dall'Asl To1, è il «recall»: alcuni giorni prima di un esame prenotato al paziente sarà ricordato l'appuntamento col medico, e in caso di annullamento dell'esame il suo posto potrà essere destinato a un'altra persona in attesa. «Un'iniziativa - sottolinea l'assessore alla Sanità Caterina Ferrero - che nel 2010 ha già

permesso di recuperare quasi 13 mila prenotazioni che altrimenti sarebbero andate a vuoto». La seconda mossa della Regione sarà garantire l'accesso diretto per alcuni esami. Basterà la richiesta del medico; nessuna prenotazione: «Varrà per tutti gli esami» dice sempre la Ferrero.

Poi un aumento dei posti per gli esami nelle strutture accreditate, oltre a un aumento dell'offerta delle prestazioni più richieste o di quelle i cui tempi d'attesa sono fuori da qualunque standard regionale come le visite cardiologiche, gastroenterologiche o l'ecografia dell'addome. Infine, sottolinea la Ferrero, saranno rivisti i criteri di priorità per tipologia di esami: «Sarà così stabilito entro quanti giorni ciascuna prestazione deve essere garantita».

Si partirà dopo l'estate. «I primi risultati - mette le mani avanti Cota - saranno visibili non prima di fine anno». «Basta propaganda» è la reazione del Pci: «Più di un anno fa, in campagna elettorale - dicono Nino Boeti e Aldo Reschigna - Cota poneva tra i suoi principali obiettivi in sanità la riduzione delle liste di attesa. Ora, a 5 giorni dalle elezioni, Cota ci informa non su cosa ha fatto in questo anno per ridurle, ma su cosa intende fare». Alcune delle proposte, sostengono Boeti e Reschigna, «sono condivisibili e in linea con quanto già fatto in passato». Il problema «è che però non conosciamo la situazione. Nonostante le nostre richieste non ci sono stati forniti i dati sulle liste di attesa. E' un silenzio che preoccupa». [M.ACC.]

La Rassegna Stampa di FederLab Italia

SANITÀ Varata la nuova legge di accreditamento. Marotta (Capodarco): «Diminuiranno le liste d'attesa»

Esami e visite, entrano i privati

Le strutture convenzionate inserite nel sistema di prenotazione regionale

di MAURO EVANGELISTI

«Si tratta di una innovazione importante: se non ci saranno ostacoli, potrà aiutare a combattere il fenomeno delle liste di attesa». Maurizio Marotta è il direttore della Capodarco, la cooperativa che gestisce per conto della Regione il Recup, vale a dire il numero unico per la prenotazione di visite specialistiche ed esami diagnostici. Nel 2010 ha smistato 3.000.000 di prenotazioni telefoniche (è il call center più grande d'Italia per la sanità). In realtà, solo il 40 per cento delle prestazioni passano dal Recup (o dagli sportelli alle Asl) per due motivi: il primo è che alcune strutture pubbliche non mettono a disposizione l'intera agenda; il secondo è che un'altra fetta importante, la sanità privata convenzionata - potenzialmente circa 8.000 strutture nel Lazio - non rientra nel Recup. «Bene - ricorda Marotta - con la nuova legge regionale

appena varata, che riguarda le nuove regole per l'accREDITAMENTO dei privati convenzionati, è stata inserita una norma che pone come requisito il collegamento al sistema Recup entro il 31 dicembre. La legge si riserva di indicare successivamente le

*Tribunale
del malato d'accordo
L'Aiop: «Abbiamo
ancora dubbi»*

modalità, ma già il fatto di avere fissato un termine è importante. Sarà un cambiamento che andrà a rivoluzionare il sistema. E se andrà in porto senza resistenze può limitare sensibilmente le liste d'attesa».

Altri dati: al Recup ogni giorno arrivano circa ventimila telefonate. In totale, nel 2010 le prestazioni sanitarie ambulatoriali sono state 32 milioni. «Fino ad oggi - osserva Marotta - ci sono state delle resistenze. Sia nel settore pubblico, con alcuni grandi ospedali che non hanno messo a disposizione l'intera agenda. Sia nelle strutture private. Al di là delle dichiarazioni di buona volontà non si è

mai andati. In questo modo, si è creato un deficit di trasparenza, perché si è collegata una fetta importante delle prestazioni alla discrezione delle strutture non a un sistema automatico come quello del Recup». C'è il rischio che anche quanto scritto nero su bianco nella legge si riveli un buco nell'acqua, che prevalgano le resistenze di chi preferisce il vecchio sistema? E' una domanda che anche Marotta si pone. «Spero proprio di no, comunque questo dipenderà dall'amministrazione regionale che dovrà decidere come procedere da qui al 31 dicembre. Per quel che ci riguarda, dal punto di vista tecnico è un'operazione fattibile che andrà a diminuire le liste di attesa, razionalizzando l'offerta disponibile».

E' meno ottimista Jessica Faroni, presidente dell'Aiop (associazione italiana ospedalità privata), vale a dire delle strutture sanitarie private convenzionate: «Non ci saranno resistenze da parte nostra e concederemo una percentuale del totale delle nostre prestazioni al Recup. Però la cosa va organizzata bene, perché altrimenti si rischia di alimentare le attese di chi si rivolge direttamente alle nostre cliniche. Sarebbe semplicemente un modo per spostare il problema. Insomma, dal punto di vista tecnico è necessario studiare bene l'operazione».

Giuseppe Scaramuzza, segretario regionale di Cittadinanza attiva-Tribunale diritti del malato, osserva: «Intanto, inserire nel Recup anche il sistema privato è un'operazione di trasparenza. Noi siamo assolutamente favorevoli. I cittadini possono verificare la disponibilità anche in queste strutture. La Regione deve imporre a tutta una serie di realtà, anche pubbliche, anzi soprattutto pubbliche, di fornire una percentuale più elevata di agende, cioè delle disponibilità per gli esami



diagnostici e per le visite specialistiche». Vi aspettate ostacoli a a questo processo di ampliamento dell'offerta del Recup? «La presidente della Regione, Renata Polverini, aveva messo questo punto nel suo programma. Non abbiamo dubbi che andrà fino in fondo. Da parte dei privati potrebbero arrivare resistenze. Ma ripeto: il problema non è solo dei privati, ma anche di certi ospedali pubblici. Faccio un esempio: il Policlinico Umberto I fornisce appena il 15 per cento delle agende al Recup. Una percentuale troppo bassa. Oggi alcune strutture pubbliche addirittura impediscono al cittadino di prenotarsi perché, dicono loro, la lista troppo lunga. E quindi diventa una lista chiusa. Questo è contro la legge».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A PAG. 10**Riabilitazione**

**Dopo 13 anni
ecco il Piano
che ridisegna
l'assistenza
riabilitativa
puntando sulla
continuità**

QUADERNI DELLA SALUTE/ Il riordine del settore nel Piano varato dalla Stato-Regioni

Riabilitazione, cure continue

I capisaldi: lavoro in team, percorsi individuali e Dipartimenti ad hoc

**Le ultime linee
guida nel 1998:
da allora emerse
diverse criticità**

**Ora l'applicazione
a livello regionale:
una commissione
mista vigilerà**

L'ultima rilevazione Istat del 2005 ha evidenziato che in Italia le persone con disabilità sono 2.609.000 (il 4,8% della popolazione con oltre 6 anni di età) a cui vanno aggiunti oltre 200mila pazienti residenti nei presidi socio-sanitari.

L'analisi sull'attività di ricovero (fonte: Direzione generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute) documenta che su 12.128.678 ricoveri nel 2008 ben 361.391 sono di riabilitazione, di cui 294.644 in regime ordinario e 64.747 in day hospital.

Questo quadro epidemiologico in continua espansione ha suggerito al ministero della Salute la revisione della precedente normativa risalente al 1998 con cui, per la prima volta in Italia, si era voluto porre ordine nel settore della riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa basata su:

- presa in carico del malato;
- sua valutazione;
- elaborazione di un progetto riabilitativo;
- effettuazione di un preciso programma di intervento.

Tale documento, usualmente indicato come «Linee guida» anche se in realtà è un documento

di programmazione, ha rappresentato una tappa fondamentale nello sviluppo della riabilitazione e risulta ancora attuale in molte delle sue componenti. Tuttavia era stato concepito in un Sistema sanitario dotato di una organizzazione centralistica e soprattutto la riabilitazione era ancora priva di reali evidenze scientifiche. In questi anni l'accrescersi dell'importanza e del ruolo svolto dalle Regioni nella gestione della salute ha reso necessaria e improrogabile una rivalutazione dell'assetto attuale con lo scopo di promuovere una miglior organizzazione della rete riabilitativa anche alla luce della necessità di potenziare l'offerta sul territorio per garantire la continuità assistenziale.

Nei prossimi anni la sfida che la Sanità dovrà saper affrontare, anche attraverso l'utilizzo di strumenti normativi e di piani di indirizzo dedicati e culturalmente all'avanguardia, è quella di una popolazione sempre più vecchia e con una richiesta

crescente di risposte per la prevenzione e la gestione della disabilità.

In questi 13 anni le precedenti linee guida hanno mostrato alcune criticità, specie nella fase applicativa: molteplici e diversificate offerte per la stessa patologia in assenza di evidenze scientifiche che giustificassero tali disparità; l'adozione di diversi criteri classificativi e retributivi che non rende agevole o addirittura possibile studi di comparazione interregionali; una continuità assistenziale ottenuta spesso attraverso la somma di molteplici interventi singoli o isolati in assenza di una strategia unificatrice; un doppio circuito ospedaliero ed extraospedaliero non sempre integrati fra loro e con scarsa attenzione al territorio; confusione o sovrapposizione tra lungodegenza e riabilitazione estensiva con una eccessiva attenzione alla fase degenziale sono solo alcune delle importanti criticità emerse in questi anni.

Il nuovo Piano di indirizzo per la riabilitazione, approvato in sede di conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio u.s., non ha evidentemente la presunzione

di voler risolvere tutte queste problematiche, ma può fornire un importante contributo, soprattutto dal punto di vista culturale e scientifico. Non dimentichiamo che, a differenza del 1998, la sopravvenuta riforma del titolo V della Costituzione ha reso necessario redigere un



documento
"di indirizzo"
che, successivamente, le singole Regioni potranno adattare e trasferire alle loro realtà.

Il gruppo di lavoro che ha elaborato il nuovo Piano era costituito da 29 componenti rappresentanti tutte le categorie coinvolte nella riabilitazione a sottolineare l'importanza di un approccio interdisciplinare; sono inoltre state audite oltre 50 tra Associazioni e Società espressione di cittadini e pazienti per ribadire l'imprevedibilità di un approccio olistico che ponga al centro la persona e non la patologia. Tredici sono le società scientifiche che hanno collaborato alla stesura del documento, a dimostrazione della trasversalità dell'approccio riabilitativo. Tutto ciò a conferma della grande complessità del sistema riabilitazione, che può essere affrontata solo in modo interdisciplinare e interprofessionale con il Team vero perno e gestore del processo riabilitativo che viene a essere ulteriormente valorizzato nel suo agire.

Il documento di indirizzo ha tenuto conto dei grandi progressi della riabilitazione in campo scientifico, clinico, organizzativo e della operatività interdisciplinare, evidenziando la crescita di competenze di tutte le figure professionali coinvolte, considerando quelle già previste nelle Linee guida del 1998 e quelle divenute sempre più importanti come l'assistente sociale e lo psicologo. L'obiettivo essenziale è di rendere questi progressi applicabili e funzionali al sistema sanitario del nostro Paese nell'interesse delle persone con disabilità di ogni genere. L'obiettivo primario dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", considerare quindi la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (conferenza internazionale di Madrid del 2002), valutarla al fine di ottimizzare gli interventi sanitari idonei per raggiungere il reale empowerment, vale a dire le condizioni di massimo

livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà e al contesto. Le novità principali del Piano di indirizzo per la riabilitazione riguardano:

- l'adozione del modello biopsico-sociale; introdotto nel 2001 da parte dell'Organizzazione mondiale della Sanità attraverso l'utilizzo dell'International classification of function (Icf), mette la persona al centro dell'agire, con le sue attività, le sue funzioni e le sue menomazioni, il tutto da valutare nel reale contesto ambientale;
- la definizione del governo clinico tramite il Dipartimento di riabilitazione come momento di garanzia e di aggregazione di tutte le diversificate risposte riabilitative disponibili;
- la valorizzazione del lavoro interdisciplinare, con la esaltazione del ruolo del team;
- le caratteristiche professionali e la corretta definizione del medico specialista in riabilitazione;
- la possibilità della gestione dei casi complessi anche a livello ambulatoriale;
- la identificazione prima, e la ricerca di soluzione poi, per le necessità riabilitative delle persone ad alta complessità;
- la definizione delle priorità della ricerca in riabilitazione;
- il ruolo della attività fisica (Afa), come strumento di prevenzione e per facilitare l'acquisizione di corretti stili di vita, ma distinta e separata dalla riabilitazione;
- il riconoscimento del ruolo del terapeuta occupazionale per gli interventi domiciliari;
- l'attuazione, in analogia a quanto già realizzato in alcune Regioni, di nuove offerte assistenziali in ambito riabilitativo derivanti da realtà emergenti: Unità spinali, che andranno in rete con le Unità spinali unipolari e Unità per gravi patologie respiratorie e cardiologiche, come momento di integrazione delle usuali risposte assistenziali alla luce delle evidenze scientifiche ottenute;
- la definizione di un percorso riabilitativo unico dalla fase acuta all'inserimento domiciliare. Questo principio si concretizza

nel concetto di presa in carico dell'utente e nell'erogazione degli interventi secondo programmi riabilitativi definitivi all'interno di uno specifico Progetto riabilitativo individuale (Pri), che rappresenta lo strumento indicato, sintetico e organico per affrontare la specifica disabilità; è elaborato dal responsabile medico specialista in riabilitazione, in condivisione con gli altri professionisti coinvolti;

- il Pri, applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale individuati dall'Icf definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente e, quando possibile, con la famiglia e i caregiver; definisce le caratteristiche di congruità e appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Assicurare la continuità assistenziale diviene garanzia di efficacia, efficienza, rispetto della persona e di sostenibilità economica. Fondamentale è in questa ottica il ruolo che il territorio dovrà sempre più assumere nella risposta riabilitativa alle reali esigenze sanitarie dei cittadini

divenendo il luogo più congruo e appropriato per la valutazione del risultato raggiunto e quindi vero indicatore dell'efficienza del sistema.

Il domicilio diviene quindi luogo privilegiato per gli interventi di competenza del team riabilitativo, per favorire, come previsto dall'Icf, un reale e fattivo reintegro non solo sanitario ma anche sociale.

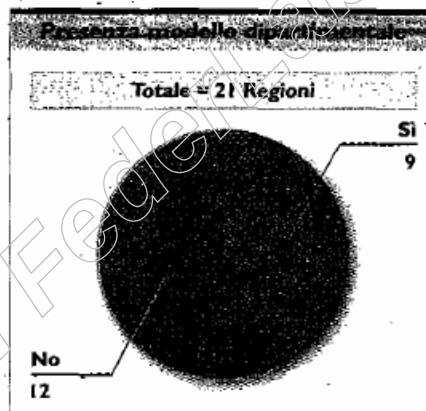
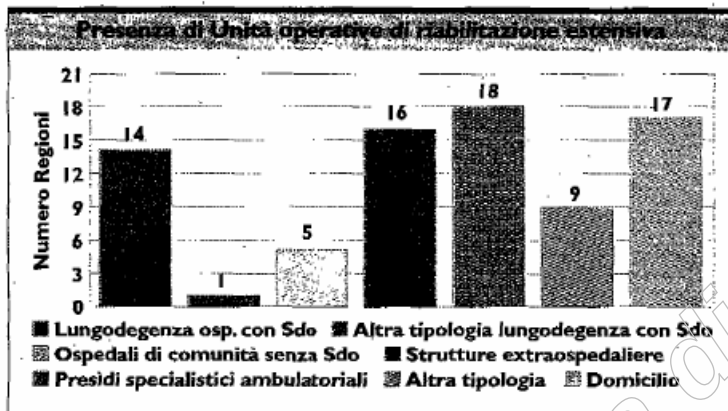
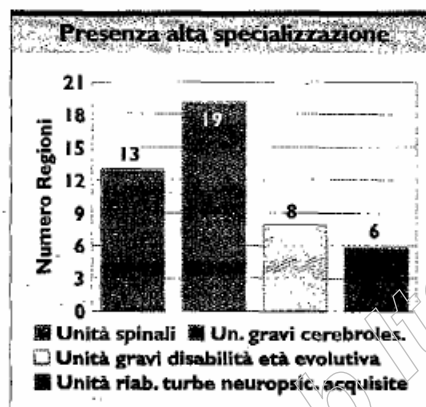
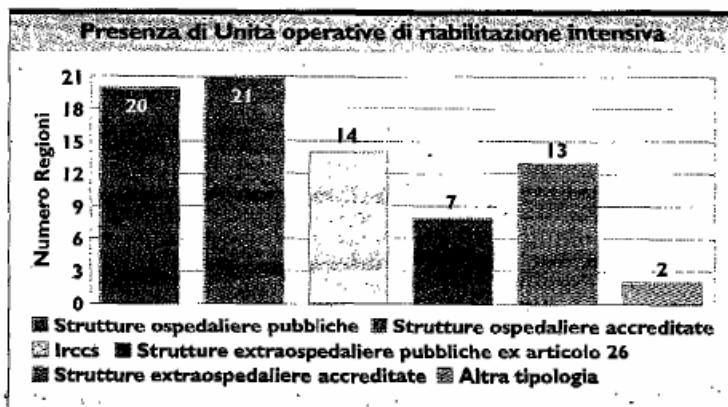
Riabilitazione quindi come disciplina scientificamente certa, socialmente utile, economicamente congrua e in grado di interpretare e di fornire risposte valide ai bisogni crescenti di salute della nostra società. Concetto ottimamente espresso nella Relazione sullo stato sanitario del Paese da parte del ministro

della Salute **Federico Fazio**: «La necessità di incentrare le strategie sanitarie anche sulla gestione della cronicità e sulla prevenzione della disabilità è quindi la vera emergenza, nonché la grande sfida dei prossimi decenni. In quest'ottica le scienze riabilitative, definizione che meglio esprime la complessità delle tematiche in oggetto, potranno avere un'importanza e un ruolo fino a pochi anni orsono impensabili...

Il passaggio dalla cura della malattia al prendersi carico in toto della persona malata, pone nuovamente al centro dell'agire la persona nella sua interezza. Questo approccio consente di valorizzare e rendere strategicamente imprescindibili obiettivi del tutto negletti fino a pochi anni orsono quali l'attenzione alla qualità della vita, oltre che ovviamente alla quantità della stessa, e il reinserimento, congruo e condiviso, nel mondo lavorativo; tematiche di massima attenzione per le scienze riabilitative. Tali principi sono alla base del percorso per la stesura di un Piano nazionale della riabilitazione, che rappresenta un ulteriore raccordo nel nuovo rapporto tra Stato e Regioni».

È auspicabile che il lavoro in team fra ministero, Regioni, società e associazioni scientifiche e rappresentanti dell'utenza continui anche nella fase applicativa; è del resto prevista nel deliberato di approvazione del piano in sede di Conferenza Stato-Regioni l'istituzione di una Commissione mista ministero della Salute e Regioni con lo scopo di agevolare l'applicazione del nuovo piano di indirizzo; particolare attenzione e supporto verranno forniti alle Regioni sottoposte a piano di rientro.

Massimo Fini
Direttore scientifico
Irccs San Raffaele Pisano
David Fietzer
Presidente Società italiana
Medicina fisica e riabilitativa



FEDERALISMO Conti meno rossi per Lazio, Sicilia e Abruzzo sul deficit sanitario pubblico. Una "conquista" fatta però di duri sacrifici

Primi effetti della riforma fiscale: meno servizi e più costi

di Rita Dietrich

Le pecore nere del sistema sanitario nazionale italiano, seppur a gran fatica e pagando costi molto elevati in termini sociali e di lavoro, dopo anni di politiche insulse e sprecone, si stanno incamminando verso la retta via del recupero.

Si tratta delle sei regioni del centro sud, Sicilia, Calabria, Campania, Lazio, Abruzzo e Molise, i cui conti di anno in anno sprofondavano sempre al disotto dello zero fino ad arrivare ad accumulare un disavanzo strutturale di quasi 4 miliardi l'anno. A confermare questo andamento positivo è il **ministro della Salute Ferruccio Fazio** che, conti alla mano, ha dimostrato come soprattutto Lazio, Sicilia e Abruzzo "stiano procedendo bene nei rispettivi Piani di rientro". La riduzione del disavanzo, inoltre, non solo dovrebbe apportare benefici per quanto riguarda il funzionamento del servizio sanitario stesso, ma è una delle poche strade che tali regioni possono percorrere se non desiderano affondare completamente al momento dell'impatto con il federalismo.

La riforma fiscale e il Servizio sanitario nazionale infatti sono strettamente collegate, anche perché i conti in rosso delle amministrazioni locali e i salatissimi costi che le regioni devono sostenere affinché il deficit non blocchi tutto il sistema sanitario, costituiscono il principale ostacolo per beneficiare di quelle agevolazioni che il federalismo fiscale prevede per le regioni e i comuni più virtuosi. Tant'è che sono proprio queste le regioni che temono di essere più penalizzate dall'attuazione di una riforma che privilegia il nord a discapito del sud della penisola.

Ma per queste regioni cercare di migliorare anche di poco i pro-

pri conti, che nel frattempo diventavano sempre più rossi di giunta in giunta, ha significato e continua a significare sacrifici e sangue. Oltre a subire le conseguenze dei commissariamenti disposti dal ministero, hanno dovuto applicare non pochi tagli.

Il Lazio, per esempio, è partito da un rosso di 1,6 miliardi, seguito dalla Campania e dalla Calabria a pari (de)merito con circa 1 miliardo, con un discreto distacco vi era poi l'Abruzzo con quasi 300 milioni ed in ultimo il Molise con poco più di 100 milioni.

Attualmente, per fortuna, le cifre sono nettamente migliorate. Abruzzo e Molise sono riuscite a rientrare quasi dell'intero ammontare del debito, mentre Lazio Campania e Calabria, visto l'ingente cifra a nove zeri, hanno ridotto il loro debito di qualche centinaia di milioni.

Inevitabilmente questi piani di rientro hanno avuto però delle controindicazioni, fra cui super aliquote che ancora oggi continuano a gravare sulle spalle dei cittadini e severi tagli sui posti letto e sui dipartimenti specialistici ospedalieri, che sono stati accorpati in diverse unità sanitarie. E' stato persino quantificato che in media ogni abitante ha contribuito sostenendo una spesa di circa 65 euro.

Lo stesso presidente della regione Lazio Renata Polverini, ha definito il piano di rientro una "rivoluzione sanitaria" che però ha sollevato non poche polemiche, l'ultima delle quali in occasione del malore del giornalista Lamberto Sposini, ricoverato d'urgenza al Santo Spirito di Roma, e poi trasferito al Policlinico Gemelli dal momento che nello storico ospedale vicino al Vaticano il reparto di neurochirurgia a lui necessario era stato già chiuso, insieme ad altri 8.

Che la severità degli interventi di rientro non vadano però a discapito della qualità del servizio

ne è consapevole anche lo stesso ministro Fitto tant'è che ha affermato: "la filosofia dei costi standard non parte dal costo (ovvero dal risparmio delle prestazioni) ma dalla qualità e quindi dalla riduzione degli sprechi e dal governo dell'appropriatezza".

Purtroppo un sistema sanitario dove vige ancora un'ottica "ospedalocentrica", dove gli investimenti sui presidi sanitari di prossimità ritardano ancora, lasciando scoperte vaste aree come per esempio nel Lazio quelle dei Castelli e del litorale del sud, non favorisce di certo i progetti di ristrutturazione del servizio.

Lo sviluppo di una rete integrata elettronica fra i nosocomi e le aziende sanitarie ha certamente migliorato la comunicazione fra gli ospedali, ma ancora i forti deficit non permettono i necessari investimenti strutturali.

Per tale motivo, la Sicilia, visto i suoi sforzi per ridurre i debiti, va di nuovo all'attacco contro i blocchi dei fondi Fas adottati dal Cipe a causa della sua negligenza sulla gestione dei conti in rosso. "Alcuni giorni fa - ha ricordato l'assessore alla Sanità Massimo Russo - il governatore Raffaele Lombardo ha riproposto la questione con un'ulteriore lettera scritta al presidente del Consiglio, al ministro dell'Economia e a quello dei rapporti con le Regioni, e per conoscenza al **ministro della Salute** e al presidente della Conferenza delle Regioni. Ora ci diano una risposta". Se tale risposta non arriverà, la giunta ha anche minacciato di non firmare l'intesa per il piano di rientro 2011.

Fazio si congratula con le regioni meridionali che stanno rientrando del deficit sulla sanità, ma a pagare saranno sempre i cittadini

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Costi standard. Fazio: “Con e-health criteri di Riparto più accurati”

Fascicolo sanitario elettronico, ricette online, telemedicina e informatizzazione delle Asl. Secondo il ministro della Salute sono questi strumenti che permetteranno, in futuro, di “avere dati più dettagliati del quadro epidemiologico nazionale su cui stabilire criteri di Riparto del Fsn sempre più equi”.

10 MAG - “Fino a qualche anno fa, dal punto di vista dell’informatizzazione in sanità, eravamo agli ultimi posti in Europa, ma in tre anni abbiamo fatto grossi passi in avanti e ora siamo ai primi posti anche sotto questo aspetto”. Lo ha detto il ministro della Salute Ferruccio Fazio, intervenuto oggi al Forum Pa in corso a Roma, all’interno del convegno “Federalismo e costi standard: il caso della sanità”. “Su tutto il territorio nazionale – ha proseguito il ministro - grazie alla collaborazione tra il nostro ministero e quello della Pubblica amministrazione e Innovazione, ci stiamo avviando ad essere tra i primi in Europa anche per ciò che riguarda l’e-health”. E proprio dall’adozione di misure quali il fascicolo sanitario elettronico, le ricette online, la telemedicina e l’informatizzazione delle Asl, potranno in un prossimo futuro venire dei “sempre più precisi criteri di ripartizione per il Fondo sanitario nazionale”. Perché questi mezzi, ha precisato il ministro, “ci permetteranno di avere un quadro epidemiologico nazionale più completo e dettagliato, grazie al quale ottenere criteri di riparto maggiormente equi”.

A margine dell’incontro il ministro ha infine commentato l’andamento “soddisfacente” dei Piani di rientro di Lazio, Sicilia e Abruzzo. “Ci sono alcune Regioni che stanno dimostrando di procedere secondo i Piani di rientro: Lazio e Sicilia sono sicuramente tra queste, così come sta andando bene anche l’Abruzzo”. “Il nostro obiettivo per le Regioni in deficit – ha concluso Fazio – non è tanto l’individuazione del ‘costo secco’, quanto piuttosto spingere ad importare le buone pratiche, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e di conseguenza ridurre gli sprechi”.

L'ASL

**Bortoletti paga
tranche ai fornitori**

Secondo il programma concordato nei primi giorni della nuova Gestione commissariale con i rappresentanti delle Associazioni di categoria della Sanità privata e di Federfarma, il commissario dell'Asl Bortoletti ha pagato alle Farmacie convenzionate la mensilità di febbraio 2011. Nel corso di questa settimana saranno predisposti i pagamenti dei mandati relativi alle Associazioni di volontariato per il Servizio Trasporto Infermi (mensilità febbraio 2011). Anche alle cooperative sociali che gestiscono la residenzialità psichiatrica corrisposta la mensilità di gennaio e febbraio 2011. Ai fornitori di beni e servizi essenziali, quali mense per i degenti, buoni pasto ai dipendenti, lavanderia, pulizia una mensilità 2011; rimborsi agli assistiti per trattamenti di dialisi e ricoveri all'estero. Primi versamenti anche per i lavoratori interinali che operano nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare e per le strutture convenzionate.

Il Sole
24 ORE**SUD**
www.ilsule24ore.com**Mercoledì**
11 Maggio 2011**Finanza pubblica.** Lo Stato erogherà 3,451 miliardi facendo crescere di 40 milioni la dote sul 2010

In Calabria più fondi alla sanità

Annunciati lavori nelle strutture ospedaliere per un totale di 123 milioni**CATANZARO****Domenico Murrone**

■ Quaranta milioni di euro in più dallo Stato e lavori per 123 milioni di euro per ristrutturare i poli ospedalieri di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria. Un po' di ossigeno per la sanità regionale, che sconta un deficit di un miliardo e 45 milioni di euro, come certificato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Dalla ripartizione del Fondo nazionale della sanità arriveranno 3,451 miliardi alla Calabria, l'1,2% in più rispetto

all'anno scorso, quando furono 3,410 miliardi. L'accordo è arrivato dopo difficili trattative in seno alla Conferenza delle regioni, caratterizzate da differenti valutazioni sui criteri di riparto tra le grandi regioni del Nord e quelle del Sud. Complessivamente il fondo distribuirà alle regioni circa 105 miliardi.

La partita tra Stato e regioni sul finanziamento della sanità nel 2011 non è terminata. Gli enti locali attendono dal governo ulteriori 486 milioni (circa 15 milioni la quota parte per la Calabria). Se ciò non avvenisse, da giugno, po-

trebbe essere imposto un ticket da 10 euro per le prestazioni specialistiche. Giuseppe Scopelliti, commissario delegato per la sanità, ha evidenziato che «il deficit della sanità calabrese, se da un lato è stato determinato da sprechi e cattiva organizzazione, dall'altro anche da un'iniqua distribuzione del Fondo sanitario nazionale». Nuovi criteri sono allo studio: un gruppo di lavoro, formato dai tecnici delle regioni, dell'Agenas e del ministero della Salute, dovrà predisporre una proposta organica di nuovi criteri di riparto

delle risorse. «Siamo molto soddisfatti dei risultati raggiunti» ha dichiarato la vicepresidente della giunta Antonella Stasi - la Calabria potrà contare per il 2011 su un incremento del fondo soprattutto considerato che il primo riparto, effettuato dal ministro della Salute, assegnava alla Calabria un milione in meno rispetto al 2010».

Nuovi investimenti, intanto, sono stati deliberati dalla regione per il potenziamento funzionale delle aziende ospedaliere, 123 milioni in totale: 52,8 milioni per il polo reggino, 41,5 milioni per il polo cosentino, oltre 29 milioni per il polo catanzarese. In provincia di Cosenza sono 4 gli interventi programmati per un importo complessivo di 41,5 milioni. A Catanzaro gli oltre 29 milioni finanzieranno cinque interventi, tra cui il completamento dell'area emergenza, l'adeguamento tecnologico e antincendio dell'ospedale Pugliese. Per Reggio Calabria sono previsti sei interventi nelle diverse strutture dell'azienda ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli per un totale di 52,8 milioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Vicepresidente. Antonella Stasi
al vertice della regione

Spingere molto sulla ricerca scientifica nella struttura di Bagheria in amministrazione giudiziaria

Sanità: ridurre mobilità passiva

Il ministro Fazio in visita a Palermo per un Centro oncologico di eccellenza



Il ministro Fazio venerdì scorso a Bagheria (mm)

PALERMO - La Sicilia è in linea con le altre Regioni italiane nelle fasi di assistenza di fine vita. È questo il dato che è emerso dal convegno "la rete di cure palliative" organizzato dal 5 al 7 maggio a Santa Flavia (Pa) dalla Società italiana di cure palliative cui ha partecipato, tra gli altri, il ministro della Salute Ferruccio Fazio.

"Abbiamo creduto molto nella legge 38 - ha detto il ministro - siamo soddisfatti della sua attuazione, è unica nel nostro Paese ed in Europa per la tipologia e per i malati che ne hanno molto bisogno".

Il titolare del dicastero della Salute è stato in visita anche a villa Santa Te-

con partner nazionali.

"La Sicilia ha bisogno di un centro oncologico pubblico di eccellenza - spiega Fazio - purtroppo l'ospedale San Raffaele Giglio di Cefalù non ha dimostrato, negli anni, di riuscire a costruire questo progetto oncologico.

Di fatto siamo alla ricerca, anche con l'assessore Russo, di eccellenze in campo oncologico che il Governo vuole considerare strutture a carattere di ricovero scientifico".

Dopo un sopralluogo, accompagnato dall'amministratore delegato Andrea Dara e dal responsabile dell'Unità operativa di diagnostica per immagini, Tommaso Angileri, Fazio ha aggiunto: "Naturalmente affinché un centro come questo diventi un centro oncologico di eccellenza necessita di un laboratorio di ricerca ma l'impressione è ottima essendo già fornito di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate".

Ha influito sulla scelta la storia della struttura, riconquistata alla legalità?

"Ho improntato tutta la mia attività di governo alla massima trasparenza e legalità, che per me, da tradizione familiare, sono irrinunciabili. Sulla scelta di visitare villa Santa Teresa non ha influito la sua storia, io la vedo da tecnico, non mi lascio influenzare, sarebbe un errore farsi influenzare dalla politica o dalla legalità che deve essere comunque di norma".

Visiterà altre strutture?

"Conosco altre strutture della Sicilia, come il centro oncologico La Maddalena, sicuramente valido, privato, valuteremo con l'assessore altri

centri oncologici anche in altre zone. L'obiettivo è quello di non far viaggiare troppo la gente, per poter stare, parlando di Sicilia occidentale, vicini a casa propria".

Quali i tempi perché villa Santa Teresa diventi il centro oncologico di riferimento della Sicilia occidentale?

"Perché diventi realmente un centro di riferimento oncologico bisogna spingere molto sulla ricerca, bisogna fare una serie di completamenti anche per quanto riguarda le degenze e soprattutto il collegamento con le chirurgie oncologiche creando comunque un discorso di rete. Per il momento posso dire di aver visto qualcosa di interessante, è ancora un centro diagnostico-terapeutico affinché possa diventare realmente polo oncologico occorrerebbe si trasformasse in un cluster center all'americana".

Marina Mancini

"Valuteremo con l'assessore centri oncologici anche in altre zone"

resa, il centro di diagnostica di Bagheria (Pa) struttura sanitaria oncologica in amministrazione giudiziaria, già nota alla cronaca per essere stata la clinica di Michele Aiello, l'imprenditore condannato per associazione mafiosa.

"La struttura oncologica di villa Santa Teresa ha tutte le carte in regola per diventare centro oncologico di riferimento per la Sicilia occidentale". È quanto ha affermato il ministro, che ha ritenuto la villa - non ancora struttura pubblica ma già convenzionata - un centro di eccellenza.

La struttura sanitaria potrebbe ospitare presto anche un centro di ortopedia e traumatologia in collaborazione



quotidiano**sanità**.it

Costi standard. Fazio: “Con l'e-health criteri di Riparto più accurati”

Fascicolo sanitario elettronico, ricette online, telemedicina e informatizzazione delle Asl. Secondo il ministro della Salute sono questi strumenti che permetteranno, in futuro, di “avere dati più dettagliati del quadro epidemiologico nazionale su cui stabilire criteri di Riparto del Fsn sempre più equi”.

10 MAG - “Fino a qualche anno fa, dal punto di vista dell'informatizzazione in sanità, eravamo agli ultimi posti in Europa, ma in tre anni abbiamo fatto grossi passi in avanti e ora siamo ai primi posti anche sotto questo aspetto”. Lo ha detto il ministro della Salute Ferruccio Fazio, intervenuto oggi al Forum Pa in corso a Roma, all'interno del convegno “Federalismo e costi standard: il caso della sanità”. “Su tutto il territorio nazionale – ha proseguito il ministro - grazie alla collaborazione tra il nostro ministero e quello della Pubblica amministrazione e Innovazione, ci stiamo avviando ad essere tra i primi in Europa anche per ciò che riguarda l'e-health”. E proprio dall'adozione di misure quali il fascicolo sanitario elettronico, le ricette online, la telemedicina e l'informatizzazione delle Asl, potranno in un prossimo futuro venire dei “sempre più precisi criteri di ripartizione per il Fondo sanitario nazionale”. Perché questi mezzi, ha precisato il ministro, “ci permetteranno di avere un quadro epidemiologico nazionale più completo e dettagliato, grazie al quale ottenere criteri di riparto maggiormente equi”.

A margine dell'incontro il ministro ha infine commentato l'andamento “soddisfacente” dei Piani di rientro di Lazio, Sicilia e Abruzzo. “Ci sono alcune Regioni che stanno dimostrando di procedere secondo i Piani di rientro: Lazio e Sicilia sono sicuramente tra queste, così come sta andando bene anche l'Abruzzo”. “Il nostro obiettivo per le Regioni in deficit – ha concluso Fazio – non è tanto l'individuazione del ‘costo secco’, quanto piuttosto spingere ad importare le buone pratiche, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e di conseguenza ridurre gli sprechi”.

quotidiano **sanità**.it

Riforme sanitarie. Se la Cina guarda all'Italia

Si rafforza il Programma di cooperazione sanitaria Italia-Cina con una nuova partnership con l'Istituto Superiore di Sanità, il Campus Bio-Medico di Roma e il Centro ELIS. Una delegazione cinese in Italia per studiare i modelli assistenziali del nostro Paese mentre la riforma sanitaria di Pechino da 200 miliardi di euro punta sempre più verso un sistema "misto" pubblico-privato.

10 MAG - Una delegazione cinese formata da medici, infermieri, tecnici e manager sanitari è in questi giorni in Italia per studiare il nostro sistema sanitario nazionale. Sotto la lente di ingrandimento i meccanismi che regolano nel nostro Paese i rapporti tra Stato, Regioni e strutture sanitarie private convenzionate. E' infatti a un sistema misto pubblico-privato che sembra puntare ora il colosso cinese, alle prese con una faraonica riforma sanitaria che punta verso un deciso intervento finanziario del pubblico, ma con un altrettanto decisiva presenza del privato, per garantire entro il 2020 la copertura sanitaria di base a un miliardo e 300 milioni cittadini cinesi.

Il programma "China-italy-Shaanxi vocational training programme" è un progetto di formazione frutto della cooperazione già avviata da tempo tra governo cinese ed italiano per lo sviluppo economico e sociale, e vedrà impegnati da un lato l'Istituto Superiore di Sanità, l'Università Campus Bio-Medico di Roma e l'Associazione Centro ELIS (che promuove attività formative e di solidarietà sociale), dall'altro manager e personale sanitario della Xi'an Medical University e del Provincial People's Hospital. Un percorso della durata di due anni per comprendere i nostri modelli gestionali e di assistenza sanitaria e che prevede una serie di interventi: la formazione in loco effettuata da esperti italiani, l'erogazione di borse di studio in Italia e in Cina, la dotazione di attrezzature e strumentazioni avanzate per l'allestimento in loco di laboratori didattico-formativi.

La scelta dell'Italia da parte dell' "Impero di mezzo", e in particolare di un grande Istituto di ricerca pubblico come l'ISS e di un Policlinico privato convenzionato con il pubblico come il Campus Bio-Medico, non è casuale. Dopo decenni di assenza dello Stato dalla sanità e i suoi timidi tentativi di reingresso degli anni '90, nel 2003 la locomotiva cinese ha deciso che per accelerare la sua corsa verso lo sviluppo aveva bisogno di un sistema di welfare sanitario più efficiente di quello assicurativo privato, paradossale in un Paese che si autodefinisce comunista. Parte così il colossale Piano "Cina in salute 2020", che punta tra l'altro ad integrare la medicina Tradizionale con quella Occidentale e che sembra in questi mesi virare sempre più verso un sistema "misto" pubblico-privato. Secondo un rapporto stilato dall'organo principale di programmazione economica cinese (l'NDRC, National Development Reform Commission) e sottoposto al Consiglio di Stato cinese, il supporto finanziario da parte del governo dovrebbe essere concesso egualmente alle strutture private come a quelle pubbliche. Inoltre, maggiori finanziamenti governativi dovrebbero essere incanalati verso le aziende private che decidano di investire in ambito sanitario, in particolare in settori ad alto contenuto tecnologico.

In campo ci sono ben 100 miliardi di euro ai quali il governo di Pechino ne ha aggiunti altrettanti per accelerare la riforma nel triennio 2009-2011. In tutto 200 miliardi di euro da qui al 2020 da spendere per allestire 29mila nuovi centri medici locali, allestire 2.000 nuovi ospedali di contea, formare e valutare 1.370.000 medici che opereranno in villaggi anche sperduti, formare altri 160 mila medici che opereranno in comunità più allargate, produrre in proprio e distribuire almeno 300 tipologie di farmaci essenziali. Uno sforzo che dovrebbe contribuire a risolvere l'enorme varietà di problemi medici, dalla salvaguardia della salute di 300 milioni di fumatori, di 177mila ipertesi e di centinaia di migliaia di malati di AIDS.

Persistono ancora forti disparità nell'accesso ai servizi sanitari

Nonostante la riforma sanitaria varata da Pechino nel 2003 abbia già ottenuto buoni risultati, permangono forti disparità nell'accesso alle prestazioni, a svantaggio soprattutto di chi vive nelle campagne. Qualche numero dà la misura delle disuguaglianze ancora esistenti. Nella provincia più ricca, quella di Shanghai, l'aspettativa di vita alla nascita supera, ormai, i 78 anni ed è vicina a quella di un europeo o di un giapponese. Nelle province rurali più povere dell'interno, non va oltre i 65 anni e si avvicina a quella della Russia e degli altri grandi paesi dell'Asia continentale. Nelle province più sviluppate la mortalità infantile è cinque volte minore che nelle province più arretrate. In città la malnutrizione infantile è tre volte inferiore alle campagne. In città vivono inoltre 140 milioni di persone che in pochi anni si sono trasferite dalla campagna e non hanno protezione sanitaria alcuna.

Ma rispetto alla disastrosa assenza di copertura sanitaria perdurante fino agli anni '90 passi in avanti da gigante sono stati compiuti. Attualmente l'87% della popolazione cinese è coperta da almeno uno degli strumenti assicurativi governativi: l'Assicurazione medica di base dei lavoratori e quella per i residenti urbani. Nel 2010 i 410 milioni che vivono nelle aree urbane, pari al 70% della popolazione metropolitana, hanno una sufficiente copertura sanitaria. Il premio assicurativo minimo annuale è stato innalzato a 140 yuan pro-capite (120 a carico dello Stato, 20 a carico dell'utente). Il che ha permesso di includere nei servizi coperti dal sistema sanitario alcune prestazioni ambulatoriali per malattie croniche, l'aumento dei rimborsi statali al 60% delle spese di ospedalizzazione e al 50% di quelle ambulatoriali per malattie non croniche.

Progressi che il governo di Pechino punta ad incrementare anche importando un po' dei modelli sanitari e gestionali della nostra bistrattata sanità.



Oggi l'inaugurazione dell'aula magna al Cto

REDAZIONE IL DENARO

– MERCOLEDÌ 11 MAGGIO 2011,

Si completa il piano di razionalizzazione delle spese

Viene inaugurata oggi l'aula magna del Centro traumatologico ortopedico di Napoli, completamente rifatta a seguito dell'accorpamento del presidio nella nuova Azienda dei Colli, che ha messo assieme il plesso di Colli Aminei e gli ospedali Monaldi e Cotugno. Nell'occasione, si tiene un simposio scientifico nazionale dedicato alle problematiche sulla psicologia funzionale. “Con l'Inaugurazione dell'Aula Magna – sottolinea il direttore generale dell'Azienda Antonio Giordano – va a regime anche il CTO, e si completa il percorso di razionalizzazione e rilancio attuato con l'accorpamento in applicazione del piano ospedaliero varato dal Commissario alla Sanità della Regione Campania per il rientro dal debito. La nuova offerta di salute del Centro Traumatologico Ortopedico conta su venti strutture complessive, che potenziano il presidio e fanno crescere notevolmente la qualità delle prestazioni erogabili ai pazienti” – conclude Giordano.

Edizione

-

Gazzetta del Sud

del 11.05.2011

da pag. 24

Salute Sicilia e Lazio le regioni che hanno mostrato la migliore performance **Fazio promuove il piano di rientro di Russo**

PALERMO. «Ci sono alcune regioni che stanno dimostrando di procedere secondo i piani di rientro. Lazio e Sicilia sono sicuramente tra queste. Così come sta andando bene anche l'Abruzzo». Lo ha detto il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, a margine del convegno "Federalismo e costi standard: il caso della sanità", in occasione del Forum Pa. Secondo il ministro «il problema non è di andare a vedere due o tre regioni, bisogna prendere i piani di rientro perché l'idea è quella di portare le regioni che hanno problemi al livello di quelle che

hanno buone pratiche». Mentre, ha aggiunto, «come questo avviene è abbastanza irrilevante».

Soddisfatto l'assessore regionale Massimo Russo: «La Sicilia, prima regione in Italia ad aver superato il piano di rientro, è anche la prima a essersi dotata di uno strumento innovativo che si è avviato da pochi giorni e che nell'arco dei prossimi tre anni consentirà di avere una conoscenza precisa e dettagliata dei dati relativi alla sanità regionale, garantendo anche la certificazione dei bilanci e l'omogenizzazione dei

procedimenti contabili ed amministrativi fra le varie aziende e la trasparenza amministrativa».

L'assessore ha illustrato il servizio di consulenza direzionale ed operativa. «La gara è stata vinta dal raggruppamento d'impresa (Rti) composto dalla Kpmg e dalla Pricewaterhouse Coopers che ha praticato un ribasso del 36% rispetto alla base d'asta di 21,1 milioni di euro. La gara è stata aggiudicata a 13 milioni e mezzo, consentendo di utilizzare in futuro il ribasso d'asta per ulteriori richieste di servizi. La proposta riguarda la

progettazione, la costruzione e l'attivazione di un modello regionale di monitoraggio delle 17 aziende del sistema sanitario regionale per garantire la raccolta e l'elaborazione dei dati necessari.

«Quanto ai Fondi Fas - ha detto Russo - in caso di mancata assegnazione, la Sicilia non sarà in condizioni di poter firmare l'intesa con un danno alle altre regioni». Tuttavia, nel caso in cui si chiuda l'intesa, «seguirà poi una delibera Cipe che dirà che la regione deve il 49,11% ma noi non siamo d'accordo». «

Edizione

Sicilia

MF

del 11.05.2011

da pag. S2

AGGIUDICATA PER 13 MILIONI CON UN RIBASSO DEL 36%

Spesa sanitaria sotto la lente, Kpmg e Pwc vincono la gara

La Sicilia, prima regione in Italia ad aver superato il piano di rientro, è anche la prima a essersi dotata di uno strumento che nell'arco dei prossimi tre anni consentirà di avere una conoscenza precisa e dettagliata dei dati relativi alla sanità regionale, garantendo anche la certificazione dei bilanci e l'omogenizzazione dei procedimenti contabili ed amministrativi fra le varie aziende e la trasparenza amministrativa. Questo quanto dichiarato l'assessore regionale alla salute, Massimo Russo, intervenendo al seminario (rivolto a un pubblico qualificato di dirigenti delle altre regioni) al Forum P.A. in corso alla Fiera di Roma. L'assessore ha illustrato il servizio di consulenza direzionale ed operativa; la gara è stata vinta dal raggruppamento d'imprese (rti) composto dalla Kpmg e dal-

la PricewaterhouseCoopers che ha praticato un ribasso del 36% rispetto alla base d'asta di 21,1 milioni di euro. La gara è stata aggiudicata a 13 milioni e mezzo, consentendo alla Regione di utilizzare in futuro il ribasso d'asta per ulteriori richieste di servizi. La proposta riguarda la progettazione, la costruzione e l'attivazione di un modello regionale di monitoraggio delle 17 aziende del sistema sanitario regionale per garantire la raccolta e l'elaborazione dei dati necessari. La Sicilia è stata la prima regione italiana fra quelle soggette a piano di rientro sanitario ad avvalersi della possibilità offerta dal legislatore attraverso l'articolo 79 della legge 133 del 2008, che consente l'utilizzo delle risorse ex articolo 20 (solitamente utilizzate per la realizzazione di opere pubbliche o in potenziamenti tecnologici) da investire in 'asset im-

materiali', ovvero nella realizzazione di un programma finalizzato a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale, per consentirne la produzione sistematica e l'interpretazione gestionale continuativa, per lo svolgimento delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale, in attuazione dei Piani di rientro. «Il sistema che noi attueremo sarà il nostro fiore all'occhiello, modello di monitoraggio dei flussi coerente con i modelli ministeriali», ha aggiunto l'assessore della giunta Lombardo, «attraverso cui consolidare il governo gestionale del sistema, sviluppando contestualmente la capacità di governance degli operatori del servizio sanitario e la loro crescita professionale».

del 11 Maggio 2011

COMUNICATO STAMPA

estratto da pag. 1



Presidenza Regione Siciliana - Ufficio Stampa



COMUNICATO STAMPA

FORUM P.A.: RUSSO, "SICILIA ESEMPIO VIRTUOSO NELLA SANITA'"

ROMA, 10 mag 2011 (SICILIAE) - "La Sicilia, insieme al Lazio, si è molto impegnata per il risanamento della sanità regionale ed in particolare per il processo di informatizzazione sanitaria". Lo ha detto il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, intervenendo al convegno sul tema "Federalismo e costi standard: il caso della sanità", svoltosi oggi nell'ambito del Forum P.A. in corso alla Fiera di Roma.

"La Sicilia, che ha sanato i propri conti si candida a diventare fra due anni regione benchmark". Lo ha dichiarato l'assessore regionale alla Sanità, Massimo Russo, presente al convegno, insieme al ministro Fazio.

"Abbiamo avviato un'azione di totale rinnovamento nel segno dell'efficienza, dell'efficacia e del rispetto delle regole. Siamo un esempio virtuoso di come si possano cambiare le cose, compiendo scelte coraggiose di responsabilità: siamo passati da un deficit strutturale degli anni scorsi che oscillava fra 600 e 900 milioni di euro l'anno agli 80 milioni di quest'anno. La Sicilia è stata l'unica grande regione a non essere commissariata grazie ai risultati raggiunti con il piano di rientro".

Secondo l'assessore alla Sanità della Regione siciliana, "è necessario che questo percorso di rinnovamento della sanità sia sostenuto adeguatamente dal governo nazionale, anche in relazione al federalismo fiscale". "Non vorrei che si traducesse - ha continuato - in una guerra fra regioni più forti e regioni meno forti. Perché è innegabile che le regioni del Sud scontino, rispetto a quelle del nord, un ritardo infrastrutturale evidente che non può essere ignorato. Lotteremo per difendere i risultati ottenuti con grandi sforzi e grande impegno, in una logica non soltanto federale ma soprattutto di regole, etica, legalità e elevati standard assistenziali per la collettività".

"La scommessa - ha concluso Russo - parte dalla Sicilia, perché se questa cresce, cresce il meridione e di conseguenza tutto l'intero sistema paese".

laco/ss

La Rassegna Stampa di FederLab Italia