

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 13.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidianosanita.it

Veneto. Tavolo "Massicci" certifica bilancio in attivo per oltre 12 mln

È arrivata ieri pomeriggio a Roma, l'approvazione del bilancio regionale che ha certificato un attivo di 12 milioni 521 mila 448 euro. A renderlo noto è stato il governatore regionale, Luca Zaia, che ha definito l'esito della certificazione "la migliore risposta a chi ha farneticato di artifici contabili".

12 MAG - Lo scorso 29 aprile il presidente della Regione, Luca Zaia, aveva dichiarato che ["per la prima volta da sempre il bilancio consolidato della sanità veneta per il 2010 si è chiuso in attivo"](#). All'annuncio del governatore era seguita una [replica da parte del Pd regionale](#), che spiegava come i numeri evidenziati con tono trionfalistico da Zaia fossero solamente "il frutto di un artificio contabile".

Ieri pomeriggio a Roma si è svolto l'ultimo capitolo della vicenda. Il tavolo di monitoraggio sull'andamento dei conti sanitari delle Regioni italiane presso il Ministero dell'economia, il cosiddetto tavolo "Massicci" (dal nome dello storico dirigente del Tesoro che da sempre si occupa di spesa sanitaria, Francesco Massicci) ha approvato il bilancio consuntivo 2010 del Veneto, certificandone la chiusura con un attivo di 12 milioni 521 mila 448 euro. □ "Questo visto tecnico – ha commentato Zaia – era l'ultimo passaggio che mancava per chiudere il cerchio virtuoso di un cammino di trasparenza e rigore gestionale iniziato solo pochi mesi fa e concluso con un esito al quale pochi credevano. Grazie ad un grande lavoro di squadra sia sul piano politico che su quello tecnico abbiamo dimostrato che non c'è settore al mondo nel quale una situazione di partenza non possa essere migliorata se la si affronta con piglio manageriale e con l'accortezza del buon padre di famiglia". □ "Ricordo – ha concluso – che questo è il primo bilancio sanitario del Veneto che si chiude con un attivo, senza Irpef e senza tagliare nemmeno un servizio ai nostri cittadini. Un risultato che qualcuno ha tentato sino all'ultimo di screditare parlando addirittura di artifici contabili. A costoro la risposta migliore è arrivata oggi".

Anche l'assessore alla Sanità, Luca Coletto, ha commentato "con estrema soddisfazione" l'approvazione del tavolo Massicci dedicando il risultato ottenuto "prima di tutto ai cittadini veneti, che sono il nostro punto di riferimento prioritario; poi alla squadra dei tecnici regionali, direttori generali e operatori del sistema, ognuno dei quali ha dato un contributo fondamentale; infine a quei politici improvvidi che, forse storditi quanto era successo, sono arrivati a parlare di artifici contabili, tentando di gettare fango assolutamente gratuito e altrettanto inaccettabile".

"Il tavolo Massicci – ha concluso Coletto – è un banco di prova inattaccabile. I risultati registrati dal Veneto sono stati ottenuti grazie ad una reale diminuzione dei costi e senza la benché minima diminuzione dei servizi erogati".

Sanità Puglia: scure sugli stipendi dei Direttori Generali

BARI - Dall'inizio del 2010 gli stipendi dei manager delle aziende sanitarie e ospedaliere pugliesi sono stati tagliati in media del 20%. Con punte di oltre il 25% per chi - ed erano tanti - aveva già sfruttato l'adeguamento concesso da una legge regionale. Ma l'altro ieri la giunta ha cristallizzato con una delibera le riduzioni già applicate attraverso una circolare: un altro modo per convincere Roma della bontà del piano di rientro. Anche se questo ha creato un paradosso: con i loro circa 100.000 euro annui, infatti, i direttori generali delle Asl guadagnano meno di un direttore di struttura complessa.

Al di là del facile populismo sugli sprechi della sanità, dunque, il diktat romano ha creato un problema di rapporti. Il fatto che il manager della Asl di Bari (che con 1,5 miliardi di fatturato è la più grande azienda pubblica della Puglia) percepisca meno di uno dei suoi primari è un controsenso da molti punti di vista. Ma la scure di Tremonti è impietosa. E soprattutto c'era la necessità di adeguarsi alla sentenza 68/2011 della Consulta, che ha dichiarato illegittima la legge 4 del 2010. La Regione aveva agganciato le retribuzioni dei direttori generali a quelle dei primari di prima fascia: la Corte Costituzionale ha osservato da un lato che la norma era priva di copertura finanziaria (un clamoroso errore del legislatore), dall'altro ha fatto notare che la Puglia è andata esattamente in senso contrario rispetto al taglio del 20% operato dal ministro Brunetta.

E così l'altro ieri è arrivata la delibera che «asciuga» le retribuzioni: via l'indicizzazione automatica allo stipendio dei direttori di struttura complessa, avanti con il taglio del 20% previsto dalla legge 122/2010. Ma non è finita qui. Il problema delle retribuzioni dei manager della sanità non riguarda soltanto la Puglia. In sede di conferenza delle Regioni, infatti, si sta discutendo di come risolvere almeno la sperequazione tra direttori generali e «sottoposti». Gli assessori alla Salute stanno infatti ipotizzando di aggirare la norma di austerità con l'introduzione di un compenso di risultato che vada a coprire la differenza. Non subito, naturalmente. Ma prima o poi...

Mistretta Ospedale ridimensionato Un Piano di rientro che penalizza un'intera comunità

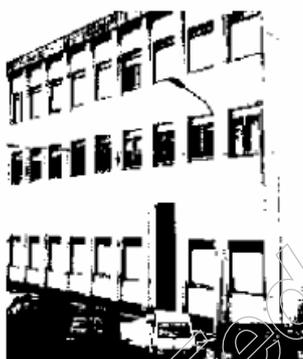
Enzo Lo Iacono
MISTRETTA

La classe politica del Messinese si sveglia e risponde alla chiamata di aiuto dei comuni del Distretto sanitario D29 levatasi per il mantenimento di tutti i servizi e con l'implementazioni di altri nel presidio ospedaliero "SS. Salvatore". Come primo atto c'è un'interrogazione al ministro della Salute Fazio a firma dell'on. Lo Monte che evidenzia un «anacronistico episodio di errori della politica sanitaria in Sicilia» e sprona il ministro ad «attivare una verifica che accerti la regolarità delle procedure seguite dal manager della Sanità di Messina».

Tra l'altro evidenzia che la recente pubblicazione della Pianta organica «sta suscitando ansia e perplessità per le ricadute negative sui livelli di qualità di salute e per gli inevitabili effetti negativi sulle prospettive lavorative di numerosi dipendenti».

L'on. Picciolo, invece, complimentandosi con il sindaco Antoci per «la lodevole iniziativa perseguita "senza divisioni di appartenenza politica" si è fatto carico di inviare una nota personale riservata all'assessore regionale Russo «affinché voglia partecipare al Consiglio comunale aperto (è stato convocato a Messina presso la sede della Asp di via La Farina lunedì prossimo alle 11, ndr) perché possa offrire il definitivo contributo di chiarezza per le aspettative della città e di tutto il comprensorio».

Il sen. D'Alia e l'on. Ardizzone - per quanto riguarda la loro sfera politica, attraverso i loro referenti locali che nelle linee generali si collocano con "Orgoglio Amastratino", il gruppo di



L'ospedale di Mistretta

minoranza che ha chiesto la auto convocazione del civico consiglio, si sono allineati con le aspettative sacrosante della popolazione che non può essere mortificata oltre ogni limite.

Intanto, secondo indiscrezioni da Messina e notizie arrivate a Mistretta il direttore generale dell'Asp 5 Salvatore Giuffrida avrebbe fornito lo sta bene per lo svolgimento della riunione consiliare extra moenia. Unico problema: contenere i partecipanti ad un massimo di 30/35 persone in quanto la sala concessa non ne può ospitare più di tanti. Obiettivo politico è quello di portare a compimento una vicenda che ha dell'incredibile. Un Piano di rientro che ha trascurato la inscindibile riqualificazione di un presidio che abbraccia un territorio fortemente disagio «nonostante gli impegni assunti dall'assessore regionale alla Salute», come scrive l'on. Lo Monte nella sua interrogazione, che fra l'altro ha voluto inserire il problema del Centro di eccellenza oncologico di Messina «previsto da una specifica norma nell'ambito dell'Azienda ospedaliera Papardo, sconosciuto dal decreto dell'assessore Russo». ◀



POLVERINI A MARINO E CIAMPINO: QUI LA SANITÀ FUNZIONA

ROMA. «Qui a Marino si capisce perché il Piano di rientro della sanità va nella direzione del benessere dei territori. Il nuovo pronto soccorso di Marino viene realizzato qui per la sua centralità rispetto al territorio dei Castelli». Lo ha detto la presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, che ha partecipato ieri mattina a Marino ad un aperitivo elettorale per il candidato sindaco del centrodestra, Adriano Palozzi, che corre per la riconferma. La Polverini ha voluto visionare di persona lo stato dei lavori del nuovo pronto soccorso del San Giuseppe, cantiere da lei stessa inaugurato lo scorso 31 marzo. «Inoltre - ha aggiunto - abbiamo finalmente dato il via libera al policlinico dei Castelli, perché in ogni parte del territorio va portata la stessa sanità di qualità che c'è a Roma». «I lavori procedono celermente - ha commentato il sindaco Palozzi - qui è stata una campagna elettorale dura, ma abbiamo fatto capire che abbiamo governato bene».

La presidente si è poi recata nella vicina Ciampino, a sostegno della candidatura a sindaco di Anna Rita Contestabile, espressione del centrodestra. Dopo aver incontrato simpatizzanti ed elettori, ha effettuato un sopralluogo nell'edificio dell'Asl Roma H per verificarne lo stato e l'efficienza. Alla governatrice e alla candidata sono stati mostrati gli ambulatori e gli ambienti dell'edificio, il quale - è stato notato anche dalla presidente - «è molto meglio dentro che fuori. Ho colto subito l'invito a visitare questo presidio - ha commentato - Dall'interno appare una struttura efficiente nella quale ho notato grande disponibilità dai medici e da tutto il personale. Magari l'esterno ha bisogno di maggiore attenzione: da fuori infatti non riesce a esprimere la qualità che invece si offre dentro. Ci attiveremo immediatamente per far sì che la struttura esterna sia degna di questa città. Probabilmente - ha continuato - lunedì incontrerò il prefetto di Roma insieme con i rappresentanti delle famiglie e degli operatori del San Raffaele per risolvere definitivamente un problema che forse è stato per troppo tempo trascurato. Si è perso troppo tempo, lì abbiamo tanti pazienti che hanno diritto alla salute e tante famiglie che non possono rischiare il posto di lavoro. Quindi ho ritenuto importante non solo coinvolgere il prefetto, come ho fatto, in via riservata, ma anche accompagnare queste persone davanti a lui per fargli esprimere le loro preoccupazioni».



Quotidiano

il Giornale di Napoli

13-MAG-2011

Diffusione: n.d.

Lettori: n.d.

Direttore: Antonio Sasso

da pag. 1



SU
A
A

Franco Corcione

Roma premia un chirurgo napoletano. Il noto primario dell'ospedale Monaldi, con decreto del ministro della Salute Ferruccio Fazio, ha ricevuto la nomina ad esperto consulente, unico per la branca di Chirurgia generale, del Consiglio Superiore di Sanità.

V
V
GIU'



Agostino Nuzzolo

Proprio di fronte all'ospedale San Paolo di Fuorigrotta, all'altezza della fermata del bus, si è aperta una voragine. Dopo la messa in sicurezza la buca non è stata mai più riparata. Adesso resta il doppio pericolo del manto stradale che ha ceduto e della recinzione semidistrutta.

Aumentano i pazienti del reparto: in dieci costretti alla lista d'attesa. E l'azienda ora chiede aiuto alla Asl

Careggi nel caos, dialisi di notte

MALATI costretti a fare la dialisi fino a notte fonda a Careggi. La nefrologia dell'ospedale scoppia e non è possibile rispondere a tutti nei normali turni di giorno. Inoltre ci sono dieci persone in lista di attesa per iniziare il trattamento. Dall'ospedale chiedono aiuto alla Asl: «Noi dovremmo fare solo i casi più complessi».

BOCCI A PAGINA V

Troppi pazienti, dialisi anche di notte

Careggi in crisi, s'allunga la lista d'attesa. L'azienda: ci aiuti la Asl

MICHELE BOCCI

MALATI costretti a fare la dialisi fino a notte fonda da una parte, persone in lista di attesa che aspettano di iniziare il trattamento dall'altra. La nefrologia di Careggi è tornata in crisi come una decina di anni fa. La situazione è difficilissima e negli ultimi giorni ci sono stati pazienti che sono tornati a casa dopo mezzanotte. Cosa succede? La domanda di prestazioni aumenta e il reparto non riesce a rispondere a tutti malgrado l'impegno del personale.

La dialisi del policlinico ha 24 letti destinati ai malati cronici, 2 per chi inizia il trattamento e 4 per le urgenze e gli acuti, cioè principalmente per chi arriva a Careggi per fare un intervento o un altro trattamento sanitario e ha bisogno di essere dializzato. In questo periodo però tutti e 30 i letti, che lavorano con turni maggiori di un tempo, bastano solo per i malati cronici. Così se arriva un caso urgente, è capitato tre o quattro volte negli ultimi dieci giorni, si stacca in anticipo dalle macchine il malato cronico. I nuovi dializzati finiscono in turni serali che talvolta diventano notturni e terminano dopo le 24 e oltretutto ci sono ben 10 malati in lista di attesa che aspettano di essere chiamati a fare la dialisi. Un disastro, denunciato dal personale del re-

parto insieme alla Cgil. A Careggi è stata fatta una riunione qualche tempo fa per cercare di risolvere la situazione. «È vero, siamo in affanno — ammette il direttore sanitario Valtere Giovannini (sopra) — però il problema si supera solo con una condivisione dell'offerta all'interno dell'area metropolitana. La dialisi deve essere una rete di diversi livelli di assistenza, dal territorio, all'ospedale. La nostra parte è quella di fare pazienti di secondo livello, cioè i casi complessi, e la rete del territorio deve rispondere agli altri bisogni». Giovannini di fatto chiama in causa la Asl di Firenze, che dovrebbe liberare Careggi dai casi meno complessi, che spettano per missione all'azienda ospedaliera. «Tanto per cambiare si assiste alla mancanza di coordinamento tra la nostra azienda e l'area vasta — dice Mirco Vettori della Cgil del policlinico — Chiediamo che il problema sia risolto al più presto, prima di tutto per i pazienti e poi per il personale, che si sta impegnando al massimo ma che ovviamente è sotto stress». A suo tempo, la crisi del policlinico si risolse anche chiedendo aiuto al privato Villa Ulivella, che iniziò a fare attività in convenzione, tuttora in corso. Quel lavoro non basta più, visto quanto è cresciuta la domanda di dialisi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'OSPEDALE

Si cercano soluzioni per i reparti di Dermatologia Otorino, Oculistica, Riabilitazione e Ortopedia

Straordinari per abbattere le liste d'attesa

Tait propone di pagare i medici 53 euro lordi per 4 visite ogni ora aggiuntiva

L'assessorato vuole appoggiarsi ai privati (clinica S. Maria e studio Frontull) per risolvere i casi ostinati



L'Anaa scettico chiede da subito le 20 ore settimanali di intramoenia e la libera professione allargata

Umberto Tait è direttore del Comprensorio sanitario di Bolzano (Foto Digital Life)

di Valeria Frangipane

BOLZANO. Le liste d'attesa in certi reparti vanno tagliate. Il direttore del Comprensorio sanitario di Bolzano, Umberto Tait, è il primo ad offrire soluzioni ai primari in difficoltà: pagare i medici 53 euro lordi per effettuare 4 visite ogni ora aggiuntiva.

L'assessore alla sanità, Richard Theiner, un mese fa aveva detto che «i reparti hanno poco tempo per garantire la prestazione nel limite massimo di 60 giorni, condizione perché i medici possano esercitare l'attività libero professionale. Se la lista di attesa supererà questo tetto, l'attività verrà sospesa fino al ripristino dei parametri a meno che il primario non presenti un piano di rientro a tre mesi. E se la sospensione dell'intramoenia non basterà l'Asl pagherà al cittadino la visita privata».

Il primo a cercare soluzioni è Tait che vede al San Maurizio cinque reparti in difficoltà: Dermatologia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Riabilitazione e Ortopedia.

Ci vogliono - infatti - 209 giorni per una visita derma-

tologica, 160 per una visita reumatologica, 153 per una visita urologica, 147 per una oculistica, 105 per una fisiatrica e 93 per una dall'otorino. Nei giorni scorsi Theiner, il direttore generale dell'Asl unica Andreas Fabi ed il direttore sanitario Oswald Mayr, hanno presentato ai vari sindacati dei medici di medicina generale, ai confederali, all'Ordine, ai primari, al tribunale del malato, alla lega tumori ed alle più svariate associazioni - tranne che all'Anaa - varie soluzioni proprio per la razionalizzazione ed il contenimento delle liste di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali prima della presentazione ufficiale e dell'approvazione definitiva da parte della giunta. Questi i punti fondamentali.

Via col primo.

L'assessorato punta alla realizzazione di un centro di prenotazione unico provinciale prima che parta qualsiasi tipo di riorganizzazione.

Ricordiamo - infatti - che a differenza di Trento dove esiste un centro unico per le prenotazioni perfettamente funzionante, che serve anche a scaricare gli ospedali maggiori da prestazioni di

primo livello ed a monitorare con esattezza i tempi di attesa, esistono enormi resistenze da parte dei Comprensori periferici a cedere il controllo delle proprie agende di prenotazione. Forte - a proposito - la resistenza avanzata dal direttore del Comprensorio di Bressanone, Siegfried Gatscher, che non sarebbe disposto a farsi carico dei disservizi di Bolzano. La prestazione dovrà poi essere garantita dal medico entro un massimo di 60 giorni, condizione per poter esercitare l'attività libero professionale in ospedale. Se ciò non avvenisse i direttori di Comprensorio potranno autorizzare ore aggiuntive pagate 53 euro lordi l'ora per effettuare 4 visite e se ciò non bastasse - come a detta dell'Anaa è facilmente prevedibile - verranno offerti pacchetti di prestazioni ai privati sia di visite che di interventi nei settori con liste di attesa che superano i 60 giorni. Mayr ha citato a proposito lo studio ortopedico privato Dr. Frontull e la clinica Santa Maria. La proposta dell'assessorato vedrebbe poi i centri di prenotazione fissare solo le prime visite, mentre quelle di controllo verrebbero concordate di-

rettamente con lo specialista, questione che l'Anaa stronca. «Si tratta di una proposta inaccettabile anche perché i nostri compiti rientrano nell'ambito delle 40 ore contrattuali e ne approfittiamo per ribadire le 20 ore settimanali di intramoenia da subito e la libera professione allargata». Altra questione calda lo studio Pasdera che vede in queste settimane il coordinatore sanitario del Comprensorio di Bolzano - Walter Pitscheider - affiancare i vari primari per sistemare l'indagine che fissa i costi standard in sanità con un controllo accurato delle singole ore e delle prestazioni nei singoli reparti.



I risparmi colpiranno anche medicinali ed esami

Austerità negli ospedali: piano di tagli da 10 milioni

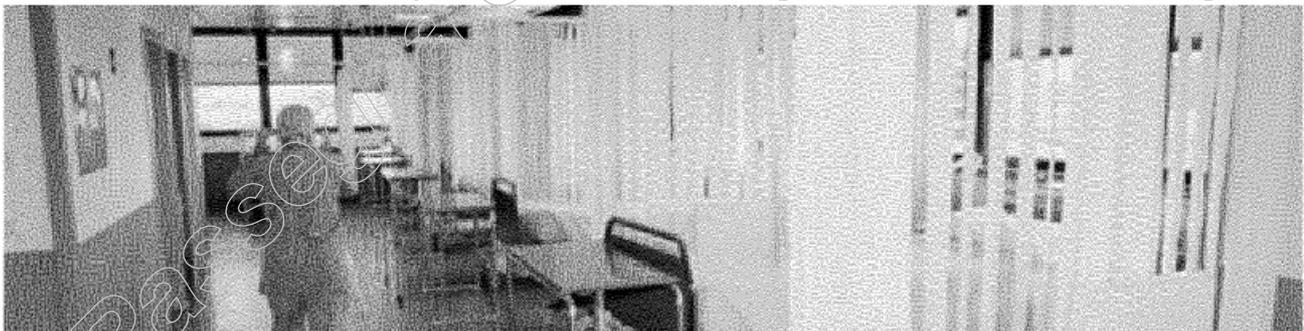
La Finanziaria si abbatte sugli ospedali. Lo dimostrano i piani di razionalizzazione appena varati. Il risparmio previsto su Milano è di quasi 10 milioni di euro. Per comprendere gli sforzi con cui devono confrontarsi i manager, basta leggere i bilanci di previsione 2011. Gli obblighi imposti da Tremonti vanno in sei direzioni: consulenze ridotte dell'80 per cento rispetto al 2009; ridimensionare dell'80 per cento le spese di rappresentanza; missioni da dimezzare; uscite per le auto ridotte del 20 per cento; lavoratori a tempo determinato o con contratti atipici tagliati del 50 per cento; corsi di formazione dimezzati.

APAGINA 5 Ravizza

Finanziaria Varato il piano di razionalizzazione delle spese chiesto dal governo. I risparmi colpiranno anche medicinali ed esami

Austerità, ospedali a caccia di tagli per 10 milioni

Dimezzati contratti a termine e formazione, ridotte dell'80 per cento le consulenze non terapeutiche



In corsia Un medico mentre cammina in un reparto. La Sanità lombarda subirà un taglio che solo a Milano ammonta a 10 milioni di euro

La mannaia della Finanziaria si abbatte sugli ospedali. Lo dimostrano i piani di razionalizzazione della spesa corrente appena varati da ciascuna azienda ospedaliera. Il risparmio previsto su Milano è di quasi 10 milioni di euro.

La fuga dei primari dal Niguarda (7 in quattro mesi) denunciata nei giorni scorsi è il segnale del malumore dei medici che fanno i conti loro malgrado con l'austerità. Per comprendere, invece, gli

sforzi contabili con cui devono confrontarsi i manager alla guida degli ospedali basta leggere i bilanci di previsione 2011. Gli obblighi imposti dal ministro Giulio Tremonti vanno principalmente in sei direzioni. Le consulenze sono da ridurre dell'80% rispetto alle cifre spese nel 2009 (tranne quelle strettamente necessarie all'attività sanitaria e indispensabili per mantenere la piena operatività dell'emergenza-urgenza). Da ridimensiona-



re dell'80% anche le spese di rappresentanza, relazioni pubbliche, convegni e pubblicità. Le missioni vanno dimezzate. Le uscite per le auto ridotte del 20%. Ci sono, poi, gli ultimi due capitoli. Quelli più dolorosi. I lavoratori con contratto a tempo determinato o con contratti atipici devono essere tagliati del 50%, esclusi gli incarichi indispensabili, assegnati in attesa di concorsi e in sostituzione di operatori sanitari in congedo: ma la scure della Finanziaria è, comunque, destinata a farsi sentire sul carico di lavoro in corsia. E vanno dimezzati, poi, anche i corsi di formazione. Non finisce qui. Tra le pieghe dei bilanci di previsione emerge

anche la necessità di risparmiare su garze, manutenzione di Tac e risonanze magnetiche e farmaci (con la crescita dell'utilizzo dei medicinali equivalenti, contenenti lo stesso principio attivo, ma non di marca).

È il 12 gennaio 2011 quando il governatore Roberto Formigoni fa un richiamo all'austerità davanti alla platea dei 45 manager appena nominati ai vertici della Sanità lombarda: «Gli obiettivi imprescindibili di cure di qualità e di attenzione all'accoglienza del malato insieme

alla sua famiglia — dice Formigoni — vanno sempre coniugati con le risorse finanziarie disponibili e mantenendo le spese sotto controllo». Lo richiedono i diktat della Finanziaria. Una cosa è certa, però: in una Regione come la Lombardia con il bilancio in pareggio dal 2003 stringere i cordoni della borsa rischia di rivelarsi più doloroso che altrove. Un esempio dei risparmi decisi dagli ospedali di Milano e dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico? Il Besta prevede tagli per

888 mila euro, l'Istituto dei tumori per 3 milioni e rotti, il San Carlo per quasi 980 mila euro, il Sacco per un milione e 280 mila, il Fatebenefratelli per quasi 300 mila euro, gli Istituti clinici di perfezionamento per oltre un milione, il Niguarda per 520 mila euro. E via di questo passo. Riflette Sara Valmaggli del Pd: «I piani di razionalizzazione degli ospedali imposti dalla manovra Tremonti che prevedono una decurtazione al 50% dei

contratti a tempo, uniti alla difficoltà di reperimento di nuovi specializzati, alla scelta di alcuni medici di utilizzare le ultime finestre per il pensionamento e alla fuga di professionalità verso gli ospedali privati, rischiano di mandare in completo default il sistema sanitario lombardo». Dopo essersi ritagliata una posizione di punta nella sanità nazionale, la sfida della Lombardia adesso è quella almeno di mantenere i livelli raggiunti. Nonostante la crisi.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

50

Per cento

Il taglio, imposto dalla Finanziaria, che dovranno subire i lavoratori con contratti a tempo determinato e con contratti atipici

80

Per cento

La diminuzione delle consulenze, tranne quelle strettamente necessarie e indispensabili all'attività sanitaria

45

I manager

ai vertici della Sanità lombarda che il 12 gennaio 2011 hanno ricevuto dal governatore Roberto Formigoni un richiamo al risparmio

Inchiesta EMERGENZA SANITÀ

CI TAGLIANO LA SALUTE

Undicimila posti letto. Decine di ospedali. Migliaia di medici e infermieri. Il governo sforbicia i budget delle Asl. Ed è caos. Viaggio nei disservizi, tra Roma e Venezia

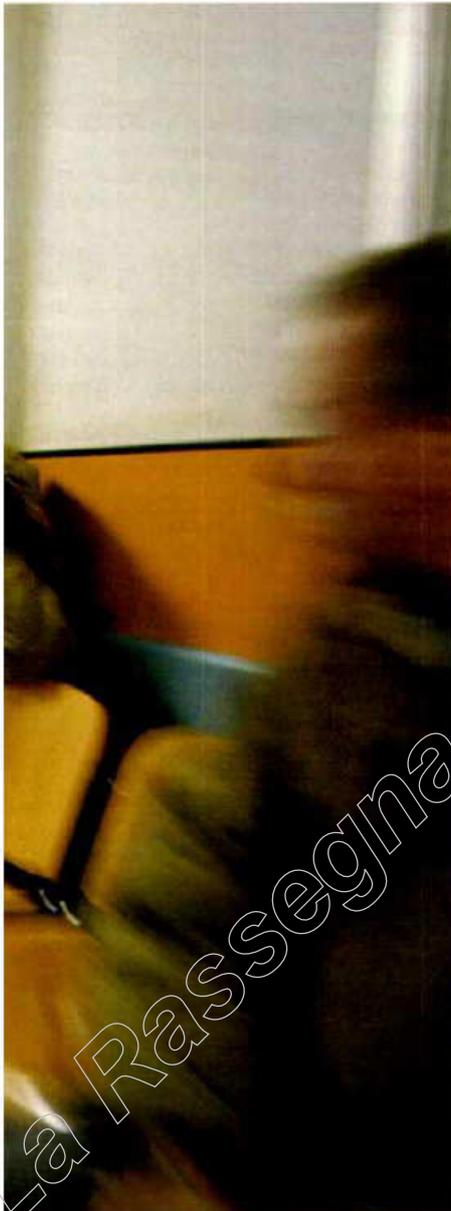
DI PAOLO BIONDANI E DANIELA MINERVA



Pazienti in attesa di visita nel Policlinico Umberto I di Roma

Niente tagli alla sanità, giura solennemente il governo. Vero? No. A conti fatti, per la salute degli italiani, nel 2011 si spenderanno almeno 1.500 milioni di euro in meno. Che, in concreto, significano anziani e disabili lasciati senza assistenza, medici e infermieri che vanno in pensione e non vengono sostituiti, posti letto tagliati con la mannaia senza provvede-

Foto: M. L. Antonelli - Agf

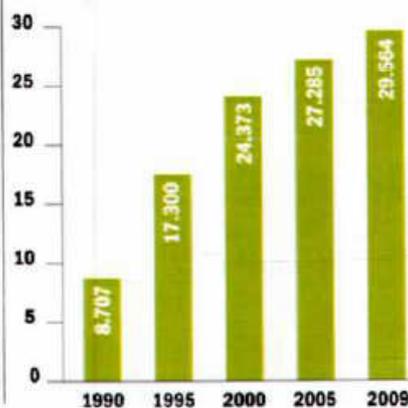


re servizi sostituiti, pronto soccorso in crisi drammatica, carenza di farmaci. Nel box di pagina 40 diamo la specifica degli euro mancanti, ma ciò che conta è che i tagli così fatti, a pioggia e senza programmazione, non potevano che tradursi in collasso del Servizio sanitario nazionale. E la crisi è così grave che tocca allo stesso ministero della Salute dichiarare, senza mezzi termini, che oggi metà del Paese non è in grado di assicurare ai cittadini i livelli essenziali di assistenza. Così chi può permetterselo finisce col pagare di tasca sua (vedi tabella qui sotto) servizi che dovrebbero essere un diritto, se solo non trovasse file d'attesa spaventose, quando non reparti integralmente spazzati via dalle esigenze di risparmio negli ospedali, caos e disservizi che, come ormai tutti sanno, sono l'autostrada per errori medici e malasanità.

Perché non si sono tagliati gli sprechi, come tuona la propaganda del centrodestra, ma si è intrapresa una strada pericolosa, che porta dritto dritto alla débâcle del sistema, se non per intero, almeno nelle aree più deboli, che sono poi la maggioranza. Si può discutere quanto questo sia l'effetto di un disegno deliberato del governo che, di fronte a costi e complessità di continuare a garantire il servizio sanitario nazionale, sceglie di disinvestire e spingere il sistema verso un'americanizzazione più o meno consapevole: pochi e scadenti servizi per tutti e ingresso dell'imprenditoria privata per fare della

Di tasca nostra

Quanto spendono i cittadini (in milioni di euro)



Fonte: Quaderno della Sanità n°4 - luglio 2010, Ministero dell'Economia e delle Finanze

salute degli italiani un mercato. Ma è certo che se regioni come la Toscana, l'Emilia-Romagna o la Lombardia reggono all'urto, l'intero centro-sud è al collasso: da Roma in giù verranno tagliati entro l'anno ben 10 mila posti letto (vedi tabella di pagina 43). E non saranno sostituiti con residenze assistite per anziani o piccoli presidi sanitari di zona, come tutti concordano si sarebbe dovuto fare per ottimizzare le risorse senza penalizzare i malati: non c'è un euro per questa trasformazione. Anzi, nel Lazio si finiranno col cancellare quasi 2 mila posti che, sulla carta, dovevano andare proprio agli anziani e ai disabili gravi. Ma se Roma e Napoli piangono, di certo Torino o Venezia non ridono: il Piemonte sta per tagliare 2.342 posti letto; e se persino una sanità d'eccellenza come quella veneta si riscopre in crisi, vuol dire che in Italia sta succedendo qualcosa di molto serio. Ecco una radiografia del pianeta sanità, centrata sui due attuali estremi: l'ex modello veneto e lo sfascio del Lazio.

Declino Veneto

È l'inverno scorso. Una prestigiosa avvocatessa veneta, per giunta in ottimi rapporti con il governatore leghista Luca Zaia, viene ricoverata nell'ospedale di Verona Borgo Trento, lucente di un nuovissimo blocco di ben 34 sale operatorie. Subisce un intervento chirurgico. Quando inizia a svanire l'effetto dell'anestesia, ovviamente, sente dolore. Come rimedio, riceve solo tachipirina. Esasperata, chiede un farmaco più efficace. Il personale le risponde che non è previsto, perché «darlo a tutti costerebbe troppo». Ne nasce una spiacevole serie di liti in corsia, che l'avvocata riassume così: «Mi sembrava assurdo che uno dei più importanti ospedali del Nord risparmiasse sugli antidolorifici dopo un'operazione. Ho protestato che, se era un problema di prezzo, potevo pagarmelo io. Per calmarmi mi hanno fatto una puntura. Però sono rimasta senza terapia antibiotica. Il giorno dopo avevo 38 e mezzo di febbre. Eppure, mi sono sentita dire che sarei dovuta tornare a casa, perché il mio letto era già destinato a un altro». Furibonda, la paziente minaccia denunce. Diventa un caso. Medici e infermieri si chiedono chi sia. Scoprono che non solo è avvocatessa, ma pure amica del diretto- ▶

Inchiesta

re sanitario e addirittura del presidente della Regione. E corrono a scusarsi con queste parole: «Non ci rovini, cerchi di capire la nostra situazione: la sanità pubblica è allo sbando, ormai siamo costretti a risparmiare su tutto».

Eppure, fino agli anni Novanta il Veneto era in vetta alle classifiche nazionali sulla qualità delle cure. Oggi la sanità è in crisi perfino in questa regione ricca e laboriosa. Qualche cifra aiuta a capire. In dieci anni, gli ospedali pubblici hanno perso un quinto dei posti letto: nel 2000 erano 20.325, nel 2009 sono scesi a 16.276. La riduzione ha risparmiato solo le cliniche private accreditate, rimaste stabili a quota 3.400. In totale, il tasso di posti letto per acuti è precipitato da 4,60 a 3,40 ogni mille residenti. «Il vero problema è che i tagli non sono stati compensati da nuovi servizi di medicina sul territorio», avverte Sonia Todesco, responsabile della Cgil sanità a Verona: «Il risultato è che i malati continuano a essere scaricati sugli ospedali pubblici, che hanno sempre meno soldi. E i pronto soccorso scoppiano».

A confermare il declino c'è anche un altro dato: gli ospedali veneti avevano sempre attratto pazienti da altre regioni, ma in dieci anni il saldo si è dimezzato. I ricoverati non residenti calano, mentre continua a salire il numero di veneti che

vanno a curarsi in Emilia, Lombardia o Trentino: il cosiddetto "indice di fuga" è schizzato dal 4,4 al 6,4 per cento.

Nell'altro grande ospedale di Verona, il policlinico di Borgo Roma, medici e infermieri si vergognano a mostrare i letti improvvisati per «i malati che dormono nei corridoi». Come la signora N., 78 anni, finita in neurologia con un trauma cranico e sistemata dietro un paravento. In gergo li chiamano "pazienti bis": in passato erano un'eccezione, legata al picco invernale nei ricoveri, mentre oggi la mancanza di posti letto «è diventata un fenomeno cronico», lamenta il personale super-stressato del pronto soccorso. E a Verona non si erano mai visti sprechi come l'unità coronarica creata ex novo, mai entrata in funzione e ora "magazzino-deposito".

Per i politici è già cominciato lo scaricabarile. Il calcio d'inizio è di Giancarlo Galan. Dopo aver subito l'onta del commissariamento per eccesso di deficit nel 2009, l'allora governatore ultra-berlusconiano ha cercato di incolpare gli alleati, rimarcando malignamente che gli ultimi quattro assessori regionali alla sanità «sono tutti leghisti veronesi». Risentendo quelle parole in piazza Bra, il sindaco di Verona, Flavio Tosi, aggrotta le ciglia per non esplodere: «I deficit riguardano unità sanitarie locali ben precise. E i di-



IL NUOVO OSPEDALE DELL'ANGELO DI MESTRE. A DESTRA: LUCA ZAIA, GOVERNATORE DEL VENETO

rettori generali li ha sempre nominati il presidente, non l'assessore. I veri buchi di bilancio sono i disastrosi project financing voluti proprio da Galan: il nuovo ospedale di Mestre è una follia, converrebbe abatterlo e ricostruirne da zero uno totalmente pubblico».

Col cerino in mano ora c'è il suo collega-rivale Luca Zaia, che ha dovuto tagliare con la scure costi e sprechi. Il governatore leghista annuncia che il bilancio 2010 è tornato in attivo di 12 milio-

Foto: F. Rossi - Emel, A. Casavola - A3

La stangata c'è e si vede

Non è guardando al Fondo sanitario nazionale 2011, la cassa che le Regioni ricevono dallo Stato per coprire la spesa sanitaria, che si vedono le ristrettezze. È stabile rispetto a 2010 a circa 106 miliardi di euro. Le risorse che verranno a mancare sono contabilizzate altrove. **MENO 1,5 MILIARDI DI EURO.** Passando in rassegna le manovre economico-finanziarie approvate tra il 2010 e il 2011, gli economisti Stefano Cecconi e Stefano Daneri in un documento redatto per la Cgil hanno scoperto che verranno a mancare almeno 1,5 miliardi di euro. È il risultato che si ottiene sommando i 418 milioni risparmiati con misure sul personale, i circa 600 derivanti da una riduzione del prezzo rimborsato dal Ssn sul costo dei farmaci e i 485 stanziati nel 2010 e non ancora erogati per coprire il costo di un ticket di 10 euro sulle visite specialistiche. Ma non finisce qui. È stato

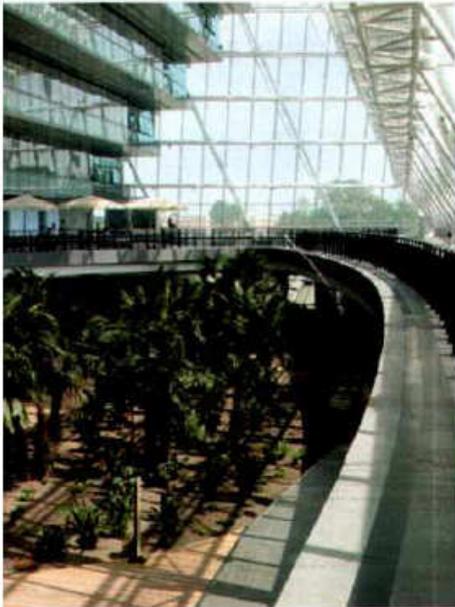
estinto il Fondo per la non autosufficienza che ammontava lo scorso anno a 400 milioni: tutti soldi destinati all'assistenza ad anziani, quindi a persone con problemi sanitari, che peserà totalmente sulle famiglie. Taglio drastico (126 milioni) anche per il Fondo nazionale per le politiche sociali attraverso cui vengono finanziati molti servizi alle persone in difficoltà, per esempio i disabili.

PIÙ TICKET PER TUTTI. Le Regioni finiranno col battere cassa dai cittadini. Sta già avvenendo in Campania e Puglia - sottoposte ai Piani di rientro per sanare il deficit prodotto negli anni passati - che a fine 2010 hanno introdotto un ticket fisso su ogni ricetta: di 2 euro per la prima, di 1 per la seconda. In Campania, poi, è stato disposto un raddoppio del ticket per gli accessi impropri al pronto soccorso: a chi sarà assegnato il codice bianco toccherà sborsare 50 euro. Il doppio di quanto

avviene nella gran parte delle altre regioni. È stato inoltre disposto un aumento di 10 euro sulle visite ambulatoriali.

MEDICI E INFERMIERI. Le ristrettezze della sanità producono anche una riduzione nella qualità dell'offerta. Già oggi mancano all'appello almeno 100 mila infermieri per raggiungere la media Ocse di 9 per mille abitanti. E nei prossimi anni la situazione potrebbe diventare drammatica: più del 10 per cento degli infermieri, così come dei medici, andrà in pensione. E nelle regioni con i piani di rientro (se si esclude la Basilicata, tutte le Regioni dal Lazio in giù) l'assunzione di nuovo personale è vietata o limitata per legge al 10 per cento di quello in uscita: solo un infermiere su dieci sarà sostituito.

E lo stesso accadrà per i medici: ne ha preso atto anche il ministero della Salute.



ni. Però è il primo a sapere che il grosso del debito rimane. A ben guardare, infatti, i conti sanitari restano in rosso: meno 431 milioni. L'attivo (contabile) è solo l'effetto di nuove iniezioni di denaro pubblico, soprattutto della Regione, che ha dovuto tagliare altrove.

Tra deficit annuali e debiti nascosti, solo negli ultimi tre anni la squadra di Galan ha regalato ai veneti un passivo reale di più di 3 miliardi. «E per premio l'hanno fatto ministro», attacca Laura Puppato, capogruppo del Pd. Lo stesso Zaia, che pure non vuole nuove polemiche nella sua maggioranza, nelle sedi leghiste è il

primo ad accusare di malgoverno l'ex Doge berlusconiano. Più di metà dell'intero deficit sanitario del 2010 si concentra in quattro unità sanitarie locali, tutte amministrare da fedelissimi di Galan: 103 milioni di passivo a Mestre-Venezia,

da qui al 2018 spariranno 22 mila medici sui 240 mila oggi attivi, insomma quasi il 10 per cento. Ma già da oggi le carenze di personale medico incombono perché il blocco riguarda anche i precari, 33 mila professionisti nel 2009; tra gli altri 6.500 medici, 11 mila infermieri, 1.194 riabilitatori. La metà di essi, in assenza di compensazioni, uscirà in virtù di una norma della manovra approvata la scorsa estate che impone una riduzione dei costi per il personale non di ruolo del 50 per cento rispetto al 2009.

Il risultato, visto che i malati continuano ad ammalarsi, è che, come stima la Ragioneria dello Stato, negli ultimi tre anni la spesa per gli straordinari è schizzata alle stelle: 499,8 milioni solo nel 2009. Oltre all'incongruo economico, i tecnici annotano che straordinari e ferie non godute (lamentate dai sindacati) generano medici stanchi. Coi rischi che

ne conseguono per la salute dei cittadini. **POSTI LETTO CANCELLATI.** Tra il 2005 e il 2008 (ultimo dato disponibile) il numero di posti letto si è già ridotto di 12 mila unità passando da 4,6 per mille abitanti a 4,3. Ma il numero è destinato a ridursi ulteriormente per raggiungere l'obiettivo fissato dal Patto per la salute di 4 posti letto per mille abitanti. Un tasso (quello del 4 per mille) che corrisponde a meno della metà dell'offerta ospedaliera assicurata oggi dalla Germania (8,2) e abbondantemente più basso anche di quello francese (6,9). Ciò che appare come un intervento di lifting sul territorio nazionale, tuttavia, rischia di essere un intervento di chirurgia demolitiva nelle regioni del Centro-Sud (in quanto sottoposte a Piani di rientro) che entro la fine del prossimo anno vedranno sparire più di 11 mila posti letto. **Antonino Michienzi**

LA PIAGA VENETA SI CHIAMA PROJECT FINANCING: GLI IMPRENDITORI FANNO AFFARI. I CONTI NON TORNANO. E CI RIMETTONO I MALATI

70 a Verona, 46 a Padova, 38 a Rovigo.

Questo l'andazzo del passato. Mentre a ipotecare il futuro sono i faraonici piani di edilizia sanitaria impostati con il project financing, che è una specie di prestito a rate. Sulla carta, il gestore privato dovrebbe anticipare tutti i soldi per un'opera pubblica. Con i project veneti, la realtà è molto diversa, come ha verificato "l'Espresso" esaminando i dossier ufficiali della Regione. Un esempio per tutti: a Venezia, solo la costruzione del nuovo ospedale è costata 254 milioni. Però Toni Padoan, inossidabile direttore dell'era Galan, ne ha chiesto ai privati soltanto 120. E ora la sua Ulss deve pagare agli appaltatori-gestori un canone annuo di oltre 54 milioni, senza diritto di recesso, addirittura per trent'anni. Per tutto questo periodo, i privati avranno la certezza di vedersi restituire il prestito dalla Regione con un interesse che oggi (con i tassi ai minimi storici) raggiunge la favolosa quota dell'8,7 per cento netto. Come l'opposizione, la stessa Lega evidenzia strane coincidenze: nei project più dispendiosi compaiono le stesse imprese, come Gemmo (impiantistica) e Mantovani (edilizia). Sarà un caso, ma in quest'ultimo gruppo oggi lavora Claudia Minuttillo, l'ex "dogessa" della segreteria di Galan. Mentre lo studio Altieri, che ha progettato i più costosi maxi-ospedali, faceva capo al compagno (poi deceduto) di Lia Sartori, europarlamentare berlusconiana di Vicenza.

In tempi di tagli, come denuncia la stessa commissione sanità del Veneto, i project impoveriscono le basi del sistema: i nuovi ospedali dovrebbero essere finanziati con appositi investimenti, invece «sottraggono risorse correnti, quelle che dovrebbero garantire i livelli essenziali di assistenza». Come dire che a peggiorare è la qualità dell'assistenza. Perché que- ▶

Inchiesta

sto è successo in Veneto: uno dei migliori sistemi sanitari del mondo è diventato un colabrodo, mentre i soldi pubblici passavano, magari legittimamente, nelle mani di imprenditori privati.

I nuovi tecnici voluti da Zaia ora promettono di disboscare anche gli appalti esterni. Anche qui le stranezze non mancano. Ecco due casi inediti. A Verona c'è un maxi-centro di sterilizzazione di proprietà pubblica, eppure il servizio viene gestito da privati. Mentre l'Istituto oncologico veneto, diretto da Pier Carlo Muzzio, sta appaltando ad aziende esterne addirittura la radioterapia: alla gara da due milioni di euro sono ammesse tutte le imprese europee, si legge nel bando, purché possiedano un bunker a meno di 20 chilometri da Padova; e al privato vincitore potranno essere affidati anche i macchinari pubblici. Stretto tra tagli e sprechi, ora Zaia è costretto ad annunciare «chiusure dei piccoli ospedali» e perfino più tasse con «l'addizionale Irpef». Ma l'opposizione teme nuovi disastri. «Il declino della sanità veneta è l'effetto dell'affarismo di Galan, ma anche del campanilismo della Lega», protesta Franco Bonfante, consigliere veneto del Pd: «Se Zaia taglia a Verona, il primo a insorgere è Tosi». Stefano Valdegamberi, capogruppo dell'Udc, allarga la diagnosi: «La Lega lottizza a man bassa, ma non ha candidati all'altezza. La sanità veneta rischia di passare dagli affaristi agli incapaci».

Caos Lazio

Ci vogliono quasi due ore per arrivare da Rieti all'ospedale Sant'Andrea o al Policlinico Tor Vergata di Roma. Ottanta chilometri che scendono dagli Appennini verso la capitale lasciandosi alle spalle decine di piccoli paesi. Migliaia di abitanti, soprattutto in pianura, a cui non resta che buttarsi verso il raccordo anulare nella speranza che pronto soccorso e liste d'attesa non siano già intasate. Visto che, oltre agli abitanti del reatino, quei due ospedali dovranno servire, rispettivamente, l'area suburbana sulla Cassia fino a Viterbo e l'inurbatissima zona dei Castelli Romani, tutte minacciate dalla scure del governatore-commissario Renata Polverini. Che, col piano di rientro dal deficit imposto dall'Economia, si appresta a chiudere 26 ospedali e tagliare 2.865 posti letto.

La trasformazione dei piccoli ospedali in residenze per anziani e malati gravi o in



AMBULANZE IN ATTESA AL SAN CAMILLO-FORLANINI DI ROMA. A DESTRA: RENATA POLVERINI, PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

presidi sanitari di prima assistenza è il must della modernizzazione del sistema sanitario; lo hanno fatto negli anni scorsi le Regioni oggi definite virtuose. Ma quel che manca alla cura Polverini è la seconda parte dell'intervento: dopo la scure non c'è niente. E lo dimostra quanto è accaduto da gennaio o oggi proprio nella capitale. A dirlo, tra gli altri, è il Tar del Lazio, che ha accolto le istanze dei sindaci decretando che l'ospedale di Bracciano deve restare aperto, sennò i 250 mila abitanti della zona sono a rischio. Mentre il primo cittadino di Acquapendente, Alberto Bambini, con un'ordinanza provocatoria, intima ai suoi elettori di «evitare di contrarre qualsiasi malattia che necessiti di un intervento ospedaliero soprattutto d'urgenza».

Un burlone, quel sindaco? Mica tanto. Perché, chiuso Bracciano, se qualcuno ha un ictus, un'emorragia cerebrale, un infarto, deve arrivare a Viterbo: un'ora di curve e strade strette a rotta di collo giù dal Monte Bufeno, ovvio che arriverà nelle mani dei sanitari troppo tardi. Ci vorrebbe un elicottero: Polverini ne ha promessi sette nuovi fiammanti e attrezzatissimi, ma, a oggi, solo due hanno avuto l'autorizzazione a operare.

D'altra parte, anche mettere un paziente su un'ambulanza nel Lazio non è più una garanzia che sarà assistito. E per raccontarlo basta partire dall'incongruo delle ambulanze ferme: difficile capire perché restino nei parcheggi degli ospedali invece di andare a raccogliere i malati. E pensare che un'ambulanza in servizio costa, in media, nel Lazio 600 mila euro l'anno, in Piemonte 202 mila. Ma, benché strapagata, non può lavorare. Perché una volta caricato il malato e dribblato il traffico romano, l'autista si deve fermare ore e ore ad aspettare che ci sia posto per il suo paziente. Nell'attesa, lui resta lì, magari con un'emorragia cerebrale in corso, e qualcun altro aspetta per ore invano l'ambulanza. Per quanto possa sembrare agghiacciante, questo accade ogni giorno in tutti gli ospedali della capitale. Ed è accaduto anche al conduttore tv Lamberto Sposini che ha atteso per 40 minuti.

NEI PRONTO SOCCORSO DI ROMA SI RIVERSANO MIGLIAIA DI DISPERATI. LASCIATI SENZA ASSISTENZA. E NON SI RIESCE A GESTIRE L'EMERGENZA



Mancano 11 mila posti

	LETTI OGGI		LETTI PREVISTI		LETTI DA TAGLIARE
	Per acuti	Totali per 1000 abitanti*	Per acuti	Totali per 1000 abitanti previsti*	Totale
Abruzzo	4.649	4,2	3.799	3,5	840
Calabria	6.820	3,77	5.031	3,2	1.181
Campania	**20.929	3,6	**19.632	3,4	1.297
Lazio***	19.095	4,5	1.830	4	2.865
Molise	1.670	5,5	1.370	4	300
Piemonte	14.125	4,2	13.125	3,7	2.342
Puglia	14.123	3,87	12.099	3,34	2.211
Sicilia	18.558	3,8	16.233	3,87	405
				TOTALE	11.441

Fonte: Nostra elaborazione su Piani di rientro regionali

*sono compresi quelli per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza. L'obiettivo posto dal Patto per la salute è del 4 per 1000, divisi in 3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungodegenza.

** non è stato possibile scorporare gli acuti dai post-acuti. Quindi la cifra si riferisce al numero totale di posti letto presenti nella Regione.

***dal 2008 già disattivati 2.500 posti letto

Così è dopo la chiusura di otto pronto soccorso, tra cui quello del Cto, il traumatologico di Roma, con 120 mila persone l'anno che a questo punto si riversano sul Gemelli, sul Policlinico, sul San Filippo Neri o su Tor Vergata. E questo per limitarsi a calcolare i pazienti colpiti da eventi traumatici, che necessitano sicuramente del pronto soccorso. Ma che non sono i soli ad assediare le strutture: basta farsi un giro per scoprire che letti (e più spesso lettighe) d'urgenza sono occupati anche da anziani disabili. Perché? «I reparti non li ricoverano, perché non hanno malattie da trattare. Quindi, non potendo stare a casa, vanno tutti al pronto soccorso. Aspettano ore e poi si accucciano su una lettiga, ma almeno hanno qualcuno che gli svuota il catetere», chiosa un'assistente in servizio, ma ancora per poco. È precaria e il suo contratto non potrà essere rinnovato: tra blocco del turn over e dei contratti a termine nel Lazio mancano circa 2.500 operatori.

E questo pesa, soprattutto quando i reparti ospedalieri si affollano di pazienti che non dovrebbero essere lì: anziani non autosufficienti che non sanno dove andare (nel Lazio mancano 17 mila posti in residenze assistite), oppure malati che hanno risolto la fase acuta, sono stati operati, sono usciti da un ictus o da un infarto, e avrebbero solo bisogno di riabilitazione e assistenza. Sono tanti, escono dalle ria-

nimazioni, dalle terapie intensive, dai reparti d'ortopedia dove hanno ricevuto protesi d'anca o di ginocchio, per non citare che i casi più frequenti. Devono essere riabilitati, ma spesso non arrivano all'autosufficienza. Fino a ieri erano ospitati nell'abnorme numero di strutture accreditate a questo scopo: letti di riabilitazione e lungodegenza nelle cliniche private. Dal primo gennaio Polverini ne ha dismessi 2 mila. «Lei vuole tagliare le tasse», spiega Esterino Montino, vicepresidente della Regione con la giunta Marrazzo: «E per farlo scarica i suoi grandi elettori, gli imprenditori della sanità».

Polverini è stata eletta tuonando che non un euro sarebbe stato tolto alla sanità e non un letto ai suoi imprenditori. Palesemente, così non è. Il governatore non ha fatto neppure ciò che ci si sarebbe aspettato da una giunta di centrodestra: trasferire malati e soldi nelle strutture dei privati. Anzi è ai ferri corti con gli imprenditori della sanità, tanto che il gruppo Tosinvest della famiglia Angelucci disinveste dal Lazio e chiude tutto: 17 strutture che ospitano 2.283 malati e impiegano 3.171 lavoratori, per i quali il 15 aprile sono partite le lettere di licenziamento. E da allora, nulla si è mosso.

Cosa è andato storto? Dietro le quinte della crisi c'è un altro fallimento del governatore. Nessuno dubita che il numero di letti accreditati per la riabilitazione nel-

le cliniche private del Lazio sia incongruo, come ha rilevato con tutta chiarezza la Corte dei conti. Sono circa il doppio della media nazionale, andavano tagliati. Infatti sul tavolo delle trattative c'era la possibilità di utilizzarne buona parte come residenze assistite. Ma l'accordo non si può chiudere: un malato in una residenza assistita costa molto meno di uno in riabilitazione. E gli imprenditori non accettano un taglio tanto forte dei ricavi. Così i letti sono vuoti, gli ospedali scoppiano e a giorni partirà la cassa integrazione per circa 3 mila dipendenti.

«La logica è solo risparmiare, non c'è un piano di razionalizzazione che parta dalle esigenze dei pazienti», sbotta Jessica Faroni, presidente dell'associazione sanità privata (Aiop) laziale: «Ma di quali risparmi stiamo parlando, se all'ospedale di Frosinone per fare una Tac tengono ricoverata una persona per giorni!». Le sue cliniche hanno 800 posti letto e da mesi l'imprenditrice è in attesa di una proposta della Regione. Che non arriva, perché la giunta Polverini un progetto non ce l'ha. E mentre la regione annaspa, migliaia di malati assediando gli ospedali romani e molti concordano che nel Lazio e nella capitale non siano più rispettati i livelli minimi di assistenza. Così tocca a Faroni chiedersi: «Ma non si poteva fare come nelle regioni del Nord?».

ha collaborato Massimo Rossignati

ASL SALERNO – Intesa con le imprese della sanità: via al pagamento degli arretrati L'Asl di Salerno pagherà gli arretrati alle strutture private che erogano prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario regionale. E' il risultato dell'intesa tra l'Asl Salerno e i rappresentanti delle Associazioni di categoria della Sanità privata (settori specialistica, riabilitativa, socio-sanitaria, ospedaliera) e di Federfarma. Nel testo dell'accordo si dichiara che l'Asl "si impegna a corrispondere le remunerazioni delle prestazioni nei limiti ed entro i termini contrattuali previsti dai Decreti del Commissario ad acta in materia".

"L'accordo - è scritto in una nota diffusa dall'Asl Salerno - si è reso necessario per rimuovere le cause che hanno determinato a grave situazione di crisi economica finanziaria". "I pignoramenti - si aggiunge - hanno impedito la disponibilità di regolari flussi finanziari attraverso i quali assicurare una normale operatività aziendale e il pagamento delle spettanze ai fornitori di beni e servizi".

TORRE DEL GRECO CHIUDE IL CENTRO BOTTAZZI

Laboratorio analisi a rischio, proteste dei cittadini

TORRE DEL GRECO. Sanità di nuovo in primo piano a Torre del Greco. A scatenare le proteste dei cittadini, stavolta, è la decisione di chiudere il laboratorio di analisi del centro Bottazzi che diventerà un semplice punto di prelievo. Un nuovo colpo al diritto alla salute dei torresi e non solo che ha convinto, nella mattinata di ieri, i cittadini ad organizzare una manifestazione pacifica davanti alla struttura sanitaria di via Marconi per informare la popolazione del prossimo trasferimento del laboratorio, da Torre del Greco all'ospedale di Boscotrecase. In campo anche gli attivisti del comitato "Pro Maresca" che lottano per scongiurare il ridimensionamento del nosocomio torrese, inserito nel nuovo piano sanitario che ne prevede un futuro da struttura riabilitativa e di lungo degenza. La scelta di manifestare, è stata presa dopo l'ennesima decisione dei vertici sanitari che, ancora una volta, penalizza i cittadini dell'area vesuviana.

«L'iniziativa - spiegano i promotori - è servita non solo per informare i cittadini della chiusura e del trasferimento del laboratorio di analisi del Bottazzi, ma anche per spiegare come questa sia una decisione presa trascurando la possibilità, in un discorso di seria e logica riorganizzazione, di smistare personale e macchinari all'ospedale Maresca che, come è noto, versa in condizioni di grave difficoltà». Una scelta che, secondo i manifestanti, servirebbe a favorire le strutture private sparse sul territorio dal momento che, alcune particolari analisi, vanno effettuate immediatamente, non consentendo a molti cittadini di spostarsi troppo per i prelievi.

«Ci chiediamo a questo punto - concludono i rappresentanti del comitato - cosa aspettano le autorità competenti come la Magistratura, la polizia giudiziaria e la Regione Campania, ad intervenire per bloccare lo scempio che si sta perpetrando a danno della nostra popolazione».

Elisa Scarfoglio

L'accordo

Debiti Asl,
via ai pagamenti
per i privati
accreditati

L'accordo

L'Asl paga i debiti con i privati

SALERNO — «Tra sette mesi lasceremo un'azienda diversa da quella che abbiamo ereditato». Questo è l'epilogo del commissario dell'Asl, Maurizio Bortoletti. La premessa è la sottoscrizione di un protocollo con tutti i rappresentanti della sanità privata con cui l'azienda sanitaria garantisce la regolarità dei pagamenti del 2011. Il Monte dei Paschi di Siena ha sbloccato circa 60 milioni di euro, quanto basta per garantire il pagamento della seconda e terza mensilità alle strutture accreditate. «Sono stati risparmiati — ha aggiunto Bortoletti — 75 milioni di spese legali affrontate l'anno scorso». Quindi, ci sarebbe un secondo gruzzoletto messo da parte per rispettare l'accordo. Il debito pregresso, però, con il suo miliardo e zoomila euro, pesa ancora sulle casse dell'azienda e dei privati accreditati, farmacie comprese. Ma i primi risultati sono certamente positivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nuova certificazione esenzione ticket

Il 1° giugno 2011 entrerà in vigore in Piemonte il nuovo metodo di attestazione del diritto all'esenzione per motivi di reddito dal pagamento del ticket per visite ed esami. Il sistema messo a punto, in applicazione di un decreto ministeriale, verrà presentato agli organi di informazione dall'assessore alla Tutela della salute e sanità nel corso di una conferenza stampa che si terrà venerdì 13 maggio, alle ore 10.30, presso la Sala stampa della Giunta regionale, in piazza Castello 165 a Torino.



Sanita': Agnone; Tar Molise blocca tagli ospedale

Gia' chiusi alcuni reparti, attesa per diffusione motivazioni

(ANSA) - AGNONE (ISERNIA), 12 MAG - Il Tar Molise ha accolto il ricorso del Comitato "Art. 32" contro il ridimensionamento dell'ospedale Caracciolo di Agnone (Isernia) per il rientro dal debito sanitario della Regione Molise. Fino a quando i giudici del Tribunale Amministrativo Regionale non renderanno note le motivazioni i provvedimenti per la rimodulazione del nosocomio sono sospesi, ma non cambia l'attuale situazione della struttura ospedaliera dove gia' sono stati chiusi alcuni Reparti, tra cui Ostetricia e Ginecologia.(ANSA).



Ex convenzionati: per la riabilitazione tetto a 267 milioni Ma a Caserta niente contratti con l'Asl e serrata delle strutture

Nell'ambito del piano di rientro della spesa sanitaria regionale stabilito il tetto di spesa per la riabilitazioni in Campania nel 2011. Tutti i centri convenzionati non potranno superare il costo complessivo di 267.551.222,66 milioni di euro. Sono destinatari del provvedimento i centri di riabilitazione privati accreditati o temporaneamente accreditati che erogano prestazioni riabilitative a cittadini non autosufficienti, in prima linea anziani e disabili, ma anche nell'ambito della salute mentale e del settore socio-sanitario. Una popolazione di utenti di quasi 6 milioni di persone (5.814.222) distribuiti in tutta la regione. Per loro, nel 2011, stanziata una spesa procapite di 46 euro circa. Si registra una riduzione, rispetto ai tetti del 2010, del 8 per cento per la branca della fisiokinesiterapia, del 4 per cento per la riabilitazione domiciliare, del 3 per cento per le prestazioni fisioterapiche ambulatoriali e del 2 per cento per residenziali, semiresidenziali ed intensive.



Sanità

IN PRIMO PIANO

13 maggio 2011 - ore 10,13

Corte dei conti: nella Pa organici in calo, ma non nel Ssn

I dipendenti della pubblica amministrazione si riducono, ma non quelli - in controtendenza - del Ssn. E così è anche per le aree dirigenziali: il numero complessivo dei dirigenti resta sostanzialmente invariato nel triennio 2007-2009. Tutte le aree dirigenziali, a eccezione di quelle del servizio sanitario nazionale, mostrano un andamento in diminuzione dei presenti in servizio: nel 2009 sono aumentati dello 0,2% rispetto al 2008 e sempre nel 2009 del 2,8% rispetto al 2007, mentre nel complesso della Pa si è registrato un calo del -2% sul 2008 e del -5,4% sul 2007.

Il dato emerge dalla «Relazione 2011 sul costo del lavoro pubblico», resa nota ieri dalla Corte dei conti.

Tra gli altri che riguardano il Ssn rispetto agli altri comparti della Pa, la relazione segnala che in termini assoluti le qualifiche che percepiscono i livelli più alti di retribuzione (superiore ai 140 mila euro) sono i segretari generali delle Camere di commercio, i direttori generali del servizio sanitario nazionale e direttori sanitari, amministrativi e dei servizi sociali del Ssn e i dirigenti dell'aggregato sopra detto (Epne, agenzie fiscali, ricerca, università).

Analizzando l'incidenza percentuale della spesa per retribuzioni fisse sulla spesa totale, si rileva una disomogeneità tra le qualifiche analizzate. Mentre per alcune (direttori generali del Ssn e direttori sanitari, amministrativi e dei servizi sociali del Ssn) la retribuzione è quasi integralmente di carattere fisso, per altre qualifiche l'incidenza percentuale della componente fissa della retribuzione è molto più contenuta: per i segretari generali delle Camere di commercio la retribuzione fissa incide, nel triennio, in misura pari a circa il 30%.

*Composizione percentuale della spesa per retribuzione accessoria
per la dirigenza del servizio sanitario nazionale (aree III e IV)*

	Area III			Area IV		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Retribuzione di posizione	38,5	39,5	39,2	18,7	21,4	21,9
Retribuzione di risultato	17,0	17,5	17,9	8,0	8,3	8,2
Indennità specificità medica	4,9	4,7	4,7	1,6	1,6	1,7
Inden. direz. struttura complessa	0,2	0,2	0,2	24,0	23,0	22,7
Ind. di funzione posiz. organiz.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Indennità di coordinamento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Straordinario	1,5	1,3	1,2	3,2	3,1	3,0
Pronta disponibilità	1,4	1,3	1,2	3,2	3,1	3,0
Altri compensi particolari condiz. lavoro	0,6	0,5	0,5	2,1	1,9	2,0
Compensi di produttività	1,5	1,0	1,0	1,0	0,9	0,7
Compenso turni di guardia notturni	0,4	0,2	0,2	2,0	2,1	2,0
Altre spese acces. ed inden. varie	5,0	5,2	5,0	4,8	4,4	4,0
Indennità di vacanza contrattuale	0,0	0,2	0,8	0,0	0,2	0,6
Indennità di esclusività	29,1	28,4	28,1	31,3	30,1	30,1
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati RGS-IGOP.

I contratti integrativi, si legge nella relazione, privilegiano ancora in generale nella Pa l'istituto delle progressioni economiche, al quale è destinato il 31,8% delle risorse con riferimento al comparto ministeri e percentuali comunque elevate per gli altri comparti (16,8% per gli enti del servizio sanitario nazionale, 14,7% per le università, 14,3% per le Regioni ed autonomie locali), mentre i contratti integrativi sottoscritti nel 2009 dagli enti di ricerca non destinano specifiche risorse a tale finalità.

Alla produttività collettiva viene attribuito oltre il 50% delle disponibilità per il 2009 nei contratti integrativi relativi agli enti pubblici non economici ed il 28% nel comparto ministeri. Decisamente minore, fatta eccezione per il comparto delle Regioni ed autonomie locali (24,8%), l'entità delle risorse destinate a premiare la produttività individuale (6,2% nel servizio sanitario nazionale e 10,3% nei ministeri), anche se non sempre le rilevazioni consentono di chiarire l'esatta distinzione tra i due istituti (produttività individuale e collettiva) e i criteri alla base del riparto delle risorse.

Per quanto riguarda il personale precario, l'andamento della consistenza di quello con contratto di lavoro a tempo determinato, al netto del personale appartenente al comparto scuola, mostra in generale nel triennio 2007/2009 un trend complessivo costantemente e progressivamente discendente (riduzione dell'8,4% nel 2008 e del 12,8% nel 2009), con flessioni maggiormente significative nel 2009 nel comparto università (38,5%), enti di ricerca (25,4%), ministeri (17,2%), sanità (11,5%). Nei medesimi comparti si riscontrano le stabilizzazioni più numerose, concentrate soprattutto nel 2008 (3.655 unità stabilizzate nel comparto ministeri, 1.235 nel comparto università).

Le più significative procedure di stabilizzazione si riscontrano nel comparto enti di ricerca (1.015 nel 2008 e 1.073 nel 2009) e sanità (7.036 nel 2008 e 5.928 nel 2009). In quest'ultimo comparto si continuano a verificare stabilizzazioni di personale dirigenziale (883 unità nel 2009), effettuate auspicabilmente in attuazione di normative regionali dichiarate incostituzionali soltanto successivamente.

Il ricorso alle altre forme flessibili di rapporto di lavoro (lavoro interinale, contratti di formazione lavoro e telelavoro), introdotte nel settore pubblico e disciplinate contrattualmente, subisce, con l'eccezione del Ssn, una battuta d'arresto anche nell'ambito delle Regioni e delle autonomie locali e degli enti pubblici non economici, ove l'utilizzo di tali istituti si riconduceva all'esigenza di coniugare il contenimento delle spese di funzionamento con l'obiettivo di una maggiore efficienza della struttura, in relazione alle non omogenee dimensioni degli enti che compongono il comparto.

Infine, nel comparto Ssn si riducono sensibilmente nel triennio i passaggi del personale apicale appartenente al ruolo sanitario a favore del personale tecnico e amministrativo, nel cui ambito i passaggi registrano nel triennio 2007-2009 una media superiore al 45%.



Sanità

IN PRIMO PIANO

13 maggio 2011 - ore 6,33

Federalismo fiscale: il Dlgs su finanza regionale e costi standard in «Gazzetta Ufficiale»

Il fisco regionale è legge e dal 27 maggio il Dlgs che lo prevede entrerà in vigore dando il via al conto alla rovescia per la sanità verso i costi standard che saranno a regime nel 2013.

Con la pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 109 del 12 maggio 2011 del Dlgs 6 maggio 2011, n.68 «Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario», il federalismo fiscale regionale e quello sanitario sono una realtà: dal 2013 i nuovi totem della Sanità saranno gli attesi quanto temuti costi standard. Loro finanzieranno i livelli essenziali di assistenza senza sprechi e sperperi e saranno costruiti in base alle performance di tre Regioni benchmark (una del Nord, una del Centro e una del Sud, tra queste una di piccola dimensione) scelte in una rosa di cinque che dovranno aver dimostrato di aver i conti a posto e di saper garantire allo stesso tempo qualità e appropriatezza delle cure.

Questi i contenuti principali del Dlgs 68/2011.

Dal fabbisogno nazionale standard a quelli regionali. Dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, tramite intesa Stato-Regioni, «coerentemente» con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza. Il ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, determina poi annualmente i costi e i fabbisogni standard regionali. Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali, riferimento diventano gli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) del ministero della Salute. Gli indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale sono costituiti dai livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria: 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 51% per l'assistenza

distrettuale; 44% per l'assistenza ospedaliera. Il fabbisogno sanitario standard delle singole Regioni è determinato, per la prima determinazione e a decorrere dal 2013, «applicando a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento» (le Regioni benchmark).

Tre Regioni benchmark per i costi standard. Saranno 3, scelte in una rosa di 5, le Regioni benchmark per la determinazione di costi e fabbisogni standard sanitari regionali. Dovranno essere una del Nord, una del Centro e una del Sud d'Italia, e una dovrà essere di «piccola dimensione geografica». L'anno di partenza sarà il 2013 sulla base dei bilanci di Asl e ospedali del 2011. Se si partisse quest'anno le scelte cadrebbero su Lombardia, Toscana e Basilicata.

Le tre Regioni di riferimento, tra cui obbligatoriamente quella con i conti migliori (a oggi la Lombardia), saranno scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia (sentito il ministro per i Rapporti con le Regioni) in quanto migliori cinque Regioni per aver garantito i Lea in condizione di «equilibrio economico» e senza essere assoggettate a piani di rientro. Regioni benchmark che dovranno aver dimostrato anche di aver garantito la qualità e l'appropriatezza in base ai criteri che saranno definiti da un Dpcm, previa intesa in Stato-Regioni e sentita la «Stem» (la Struttura tecnica di monitoraggio paritetica), basandosi sugli indicatori previsti dal Patto per la salute del 2009 (allegati 1, 2 e 3 VEDI).

Livelli essenziali garantiti con il fondo perequativo. Dal 2013 viene istituito un Fondo perequativo alimentato dal gettito prodotto da una compartecipazione al gettito dell'Iva determinata in modo tale da garantire in ogni Regione il finanziamento integrale delle spese per Sanità, istruzione, assistenza sociale e trasporto pubblico locale. Nel primo anno di funzionamento del fondo perequativo le suddette spese sono computate anche in base ai valori di spesa storica; nei successivi quattro anni devono gradualmente convergere verso i costi standard. Le modalità della convergenza sono stabilite con Dpcm, su proposta del ministro per i Rapporti con le Regioni, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni con maggiore capacità fiscale (dove il gettito per abitante dell'addizionale regionale Irpef supera il gettito medio nazionale per abitante) alimentano il fondo perequativo per «ridurre le differenze interregionali di gettito». Le Regioni con minore capacità fiscale (dove il gettito per abitante dell'addizionale regionale Irpef è inferiore al gettito medio nazionale per abitante) partecipano alla ripartizione del fondo perequativo.

Interventi straordinari per infrastrutture al Sud. Arrivano gli «interventi strutturali straordinari» per rimuovere le carenze infrastrutturali che

riguardano principalmente le Regioni del Meridione, ma in genere anche le zone montane e le piccole isole, e che hanno possibili effetti sui costi delle prestazioni sanitarie.

I ritardi strutturali saranno individuati sulla base di non meglio definiti «indicatori socio-economici e ambientali» e non ricorrendo all'indice di deprivazione (condizioni socioeconomiche peggiori), criterio chiesto a gran voce dalle Regioni del Sud per la determinazione dei costi standard. Gli interventi strutturali straordinari dovranno essere effettuati in «complementarità» con gli interventi straordinari per l'edilizia sanitaria già previsti (articolo 20 della legge 67/1988).

In ogni caso dal 2013 i criteri scritti nei Dlgs per costruire costi e fabbisogni sanitari standard potranno essere rideterminati, con cadenza biennale, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e «comunque nel rispetto del livello di fabbisogno standard nazionale» definito in base ai livelli essenziali di assistenza da erogare.

Le tasse in mano alle Regioni. Partirà nel 2013 la nuova architettura del fisco regionale. Da quell'anno saranno eliminati i trasferimenti dallo Stato alle Regioni, che in cambio potranno contare per un valore equivalente in termini di compartecipazione a Iva e Irpef e sulla possibilità di agire sull'aliquota delle attuali addizionali all'imposta sui redditi delle persone fisiche, con aumenti via via maggiori.

Dal 2013, e non più dal 2011 come inizialmente previsto, le Regioni potranno manovrare l'addizionale Irpef regionale, diminuendola o anche aumentandola rispetto allo 0,9 per cento. La maggiorazione non potrà essere superiore allo 0,5 nel 2013, all'1,1% nel 2014 e al 2,1% a decorrere dal 2015 (escluso chi guadagna meno di 15mila euro). Se la Regione ha già disposto una riduzione dell'Irap non può superare lo 0,5% di aumento. Le Regioni potranno contare, poi, su una compartecipazione all'Iva. Servirà ad alimentare il fondo di perequazione che garantisce la copertura integrale delle spese per i servizi essenziali (Sanità, scuola, assistenza, trasporto pubblico). La quota di attribuzione alle Regioni della compartecipazione all'Iva sarà assegnata con criteri di «territorialità» e si baserà sui consumi nelle diverse aree. La percentuale della compartecipazione viene stabilita con Dpcm sufficiente ad assicurare il pieno finanziamento integrale dei livelli essenziali. Sempre dal 2013 le Regioni potranno ridurre le aliquote dell'Irap fino ad azzerarle e introdurre deduzioni dalla base imponibile. Anche le Regioni saranno incentivate a partecipare alla lotta all'evasione fiscale: avranno il gettito derivante dall'attività di recupero riferita ai tributi propri e alle addizionali alle basi imponibili dei tributi erariali. Nelle loro casse va anche una quota del gettito derivante dall'attività di recupero dell'Iva.