

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

A pipette with a blue cap and a red body is positioned horizontally across the 'Lab' part of the logo.

italia



Rassegna Stampa del 15.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Piani di rientro. Il paradosso del "Commissario-Presidente"

Abbiamo chiesto a [Massimo Cozza](#) (Fp Cgil Medici), [Giovanni Monchiero](#) (Fiaso), [Federico Spandonaro](#) (Ceis) e [Costantino Troise](#) (Anaa) cosa pensano del "passo indietro" della politica nelle Regioni dove la sanità è in crisi sollecitato da [Giuseppe Zuccatelli](#) nella nostra intervista.

14 FEB - L'[intervista al presidente dell' Agenas Giuseppe Zuccatelli](#), pubblicata da *Quotidiano Sanità* sabato scorso suscita molte riflessioni, ma su un punto sembrano concordare tutti gli esperti: la scelta di affidare il ruolo di commissario ad acta agli stessi presidenti delle Regioni commissariate è un vero controsenso.

Cozza (Cgil): "Ma uno Stato tecnicista non funziona"

14 FEB - Massimo Cozza, segretario nazionale Fp Cgil Medici, non condivide molto le soluzioni di Giuseppe Zuccatelli che in caso di commissariamento delle regioni in disavanzo preferisce i tecnici. "I tecnici - secondo Cozza - dovrebbero affiancare la politica democraticamente eletta e non sostituirla", perché "la tutela della salute, il servizio sanitario universalistico sono scelte politiche e non tecniche. Uno stato tecnicista non funziona e la politica deve dare delle indicazioni di programmazione".

"Noi siamo - spiega il segretario della Cgil Medici - per superare del tutto l'istituto del commissariamento perché è un modello debole e preferiremmo ristabilire le procedure democratiche trattandosi di persone elette come gli assessori. Detto questo in via preliminare la soluzione che preferiremmo è quella di una task force nazionale composta di tecnici il cui ruolo sarebbe quello di affiancare la politica democraticamente eletta e non sostituirla. Perché la tutela della salute, il servizio sanitario universalistico sono scelte politiche e non tecniche. Uno stato tecnicista non funziona e la politica deve dare delle indicazioni di programmazione ma senza entrare nelle scelte che non le competono come quelle di natura clinica e professionale".

"Condivido invece - spiega Cozza - il pensiero di Zuccatelli che parla di ridurre l'inappropriatezza e di una riconversione della rete ospedaliera. Quando però si parla di autoreferenzialità noi chiediamo il coraggio di rivedere e rimettere in gioco, per rivalutare, le 17 mila guardie mediche".

Altra nota di disaccordo tra il presidente Agenas e Cozza è sul turn over. "Non condivido assolutamente - aggiunge il segretario della Cgil Medici - l'affermazione di non coprire il turn over perché a mio giudizio è una scelta irresponsabile che sta determinando l'aumento del precariato che lo stesso Balduzzi riconosce di aver superato il livello di guardia. Il problema non è non coprire il turn over, scelta fatta con l'accetta, quanto piuttosto garantire i livelli minimi essenziali con il personale appropriato".

Infine sull'intramoenia "Noi come Cgil medici condividiamo il fatto che i medici debbano rientrare in ospedale, ma il problema non sono i camici bianchi bensì i direttori generali e le regioni che devono dare indicazioni in maniera tale che i Direttori generali si impegnino realmente a trovare gli spazi adeguati".

Monchiero (Fiaso): "Serve un sistema che premi i virtuosi"

14 FEB - "Sono d'accordo al 99% con quello che dice Zuccatelli". Giovanni Monchiero, presidente Fiaso, è convinto: "Se ci sono gli estremi del commissariamento, è abbastanza assurdo che si nomini commissario proprio chi ha combinato il guaio".

Dottor Monchiero, è d'accordo anche con la considerazione secondo la quale si sarebbero moltiplicati i ruoli medici per rispondere alla pleora di laureati in medicina degli anni '80-'90?

La medicina si è molto evoluta in questi anni e così anche la qualità dei servizi. Tutto questo richiede certamente un numero maggiore di medici, ma inevitabilmente c'è stata anche qualche pressione sindacale o corporativa ridondante.

Tre miliardi di risparmi possibili eliminando le prestazioni inappropriate. Le sembra una valutazione realistica?

Absolutamente sì, perché sappiamo che c'è una ridondanza di prestazioni, soprattutto diagnostiche. Basti dire che in Italia, in media, ogni cittadino usufruisce di cinque visite in un anno, ma ci sono zone dove la media sale invece a sette, senza alcuna correlazione con il dato di salute. È il frutto di un consumismo sanitario sempre più diffuso.

Come si può correggere questo consumismo?

Individuarlo è semplice, ma intervenire è più difficile, perché occorre cambiare la cultura degli utenti e degli operatori. Anche i ticket hanno fallito in questa ottica di dissuasione e hanno invece favorito uno spostamento dei consumi verso il privato.

E allora come si possono ottenere dei risparmi?

Credo che ci siano due vie. La prima sta nel rivedere i parametri di offerta: rete degli ospedali, rete dei servizi e anche i Lea. La seconda, che la Fiaso propone da tempo, sta nello sviluppo di una logica di governo della sanità fondata su autonomia e responsabilità: un sistema premiante per i professionisti e per le strutture, con criteri di finanziamento trasparenti ed equi per le aziende, che premiano chi è più virtuoso.

Pensa che queste proposte possano entrare nel nuovo Patto per la Salute?

Temo di no, visto che non mi risulta siano state discusse a nessun livello di governo. Ma sarebbe bello.

Spandonaro (Ceis): "Troppa confusione tra politica e management"

14 FEB -

Professor Spandonaro, pensa anche lei che la politica dovrebbe passare la mano ai tecnici, in particolare davanti ai bilanci in rosso della sanità?

Che la politica abbia fatto danni non mi pare ci siano dubbi. Ed è senz'altro un controsenso nominare commissari gli stessi che hanno prodotto i danni, tanto più che il commissariamento era stato introdotto proprio per evitare questo. Però dobbiamo domandarci perché, in Italia, la politica è così invasiva, mentre in altri Paesi l'amministrazione, ovvero i tecnici, riescono ad arginare le pressioni politiche. Una delle possibili risposte è che noi manchiamo di una scuola solida di amministrazione pubblica.

Quindi lei è contrario alla posizione di chi, come il presidente della Toscana Enrico Rossi, rivendica la

responsabilità politica nelle nomine dei vertici amministrativi della sanità?

La posizione di Rossi ha un fondamento di verità, ma da noi le cose sono troppo confuse. Dai politici mi aspetterei che indichino la strategia, non che amministrino. Invece il confine tra scelte strategiche e management è saltato, e così la soluzione paradossale è che chi potrebbe essere un buon amministratore oggi fa il governo.

Le sembra realistico che intervenendo sulle prestazioni inappropriate si possano ottenere 3 miliardi l'anno di risparmi?

Non c'è dubbio che ci siano molte prestazioni inappropriate, ma mi sembra più difficile dimostrare che intervenendo su questo si possano ottenere risparmi. Tanto più che oggi, con questo livello di finanziamento, in molte Regioni ancora non sono garantiti neanche i Lea.

Intende dire che i soldi "risparmiati" verrebbero spesi altrove?

L'appropriatezza mi sembra un'idea paternalistica: se il Ssn non dà una prestazione perché la considera inappropriata, nella maggior parte dei casi il cittadino non ci rinuncia ma semplicemente si rivolge al privato. E lo stesso accade con i ticket: la presenza o meno dei ticket non ha sostanzialmente modificato i consumi, piuttosto li ha spostati tra pubblico e privato.

Allora la sanità è una spesa incompressibile?

Certamente si può migliorare l'efficienza, però bisogna pensare che già oggi noi spendiamo 5/6cento euro pro capite in meno rispetto agli altri Paesi vicini. Eppure sulla carta garantiamo tutto: vuol dire che siamo molto più efficienti degli altri? E riducendo ulteriormente il finanziamento, continuando a garantire tutto, saremo ancora più efficienti?

In Italia si spendono circa 125 miliardi di euro per la sanità, all'incirca il 9% del Pil, di cui 110 per il Ssn e il rimanente a carico dei cittadini. Questo è quello che il paese può spendere per la salute e non credo che cambierebbe molto se la quota pubblica si riducesse: i cittadini pagherebbero in proprio. Quindi la riduzione, o meglio il mancato incremento, del finanziamento al Ssn prevista per il 2013 non cambierà la nostra sanità?

Quello che cambia è l'equità: s'è il sistema sanitario è tutto pubblico c'è il massimo dell'equità, se è tutto privato c'è il massimo della disequità. Oggi il Ssn è finanziato con il 6,7% del Pil, scendere al 6,3% impone ovviamente delle scelte. O si interviene sull'offerta, oppure si taglia il personale con i licenziamenti, si azzera la manutenzione delle strutture e così via.

Insomma, più appropriatezza non basta.

Non sono convinto che si riducano i costi con l'efficienza, credo che sia più che altro un problema di scelte. Quanto possiamo finanziare? Cosa vogliamo finanziare?

Troise (Anaa): "Per salvare il Ssn non si possono chiedere sacrifici solo ai medici"

14 FEB - Dottor Troise, condivide le posizioni espresse dal presidente dell'Agenas sulla necessità che la politica ceda il passo ai tecnici almeno nelle Regioni in deficit?

Mi sento di condividere la prima opinione che il presidente dell'Agenas, Giuseppe Zuccatelli, esprime e cioè che è assurdo che chi determina un disavanzo in certe Regioni sia poi chiamato al risanamento nominando i Direttori generali.

Ancora, non posso non condividere quanto dice Zuccatelli e cioè che la politica, quando si determinano situazioni di questo genere, debba fare un passo indietro.

E riguardo alla responsabilità dei medici sull'inappropriatezza?

Condivido il richiamo all'appropriatezza e uno dei nodi per realizzare l'appropriatezza sta nei comportamenti professionali dei medici.

Non da oggi l'Anaa sostiene che una politica di contenimento dei costi necessita di cambiamenti nei comportamenti professionali, nelle procedure cliniche e nelle modalità prescrittive. Questo

ragionamento però andrebbe condotto fino in fondo, individuando la necessità di cambiare anche il modello di governance e aprendo, dopo venti anni, una riflessione su ciò che questo modello ha dato e su ciò che non può più dare. Riconoscere che i professionisti sono necessari anche per realizzare equilibri di bilancio significa riconoscere che la logica dell'azienda è ormai arrivata al capolinea insieme con l'illusione di voler governare la complessità del mondo sanitario con i soli strumenti della cultura aziendalistica.

Sarebbe pronto a sottoscrivere un Patto con Regioni e ministero per salvare il Ssn, come propone Zuccatelli?

Credo anch'io che ci sia bisogno di un patto con i professionisti, un patto tra coloro che vedono nel Ssn un valore e un patrimonio di questo Paese da salvare. Mi fa piacere sentirlo dire da lui, perché, per molto tempo ho pensato che soltanto i sindacati medici avessero a cuore le sorti del Ssn mentre da altre parti ci si arrendeva ad una deriva regionalistica che ora sta mostrando tutti i suoi limiti. Se il rischio è quello di perdere il Ssn, occorre che tutti facciano un passo in avanti ragionando insieme, sapendo che, come dice il ministro Balduzzi, se non c'è la partecipazione dei medici non si va da nessuna parte.

Finora invece, tutti hanno parlato dei medici e di quello che devono fare, ma con noi non ha parlato nessuno: tutte le lettere, gli appelli e i richiami che abbiamo fatto alle Regioni per aprire un tavolo che analizzasse i determinanti di un nuovo patto sociale con i professionisti sono rimaste lettera morta. I medici sono disponibili a ragionare sul cambiamento ma a condizione che anche gli altri attori si mettano in gioco. Perché è assolutamente chiaro che un ragionamento in cui si individua in un solo attore il soggetto del cambiamento necessario, scaricandogli la responsabilità di tutto ciò che non va, chiamando fuori la politica e le Regioni, è monco.

Nell'intervista, Zuccatelli esprime un giudizio severo sull'intramoenia allargata. Qual è il suo parere? Sull'intramoenia allargata mi incuriosisce il termine che usa, "favorire", come se questo istituto fosse un favore fatto ai medici. Questo è un vecchio retropensiero dei Direttori generali e delle aziende, che immaginano la libera professione non come un'attività istituzionale, fonte anche di finanziamento, ma come un favore fatto ai medici. Questo istituto andrebbe invece valorizzato anche come possibilità di drenare risorse che dal privato vanno a vantaggio del pubblico. Insomma, se questo ragionamento vuole essere un tentativo di apertura ben venga, se invece ci si limita a individuare nel personale un'area da colpire non mi sta bene.

E riguardo al numero dei medici? Pensa anche lei che siano troppi?

Mi pare curioso l'elogio al blocco del turn over, che è stato organizzato in maniera indiscriminata e cieca senza individuare le vere esigenze, quando è lo stesso ministro a riconoscere la necessità di ragionare per aree di intervento.

La ricetta proposta di ridurre il numero di medici per colmare i vuoti che la gobba demografica sta creando, e creerà ancor di più nei prossimi anni, nelle file del Ssn, mi sembra una ricetta semplicistica che mira soltanto a far cassa. Pensare di sostituire competenze mediche con competenze di professioni non mediche che hanno il vantaggio di costare meno mi pare una pia illusione. Se su questi temi l'Agenas volesse avviare un confronto con i medici, noi siamo disponibili. Da tempo cerchiamo di promuovere un dibattito ad ampio raggio, senza limiti né tabù, ma con la disponibilità a cambiare a condizione però che anche gli altri soggetti mettano sul tavolo cambiamenti veri. Se il bene del Ssn sta a cuore a tutti è urgente promuovere un'iniziativa per definire i tempi, le modalità e gli strumenti per metterlo al riparo da un definanziamento che nei prossimi anni rischia di strangolarlo e da una deriva regionalistica che sta creando diseguglianze a tutti i livelli.

Finanziamento sanità. Balduzzi apre a "deprivazione" ma il Veneto boccia l'ipotesi

"Lo proporrò al tavolo del patto della salute". Così il ministro della Salute alla richiesta delle Regioni del Sud di rivedere i criteri per la distribuzione dei fondi del riparto sanitario tenendo conto anche dei contesti socio-economici. Ma Coletto (Lega) stronca l'idea: "Siamo fortemente contrari".

14 FEB - Sui criteri per il riparto dei fondi destinati al Servizio sanitario nazionale "non è bene cambiare radicalmente le regole, però qualche piccola sperimentazione che ci aiuti a capire come l'indice di deprivazione può essere utile per determinare il riparto delle spese si può fare. Lo proporrò al tavolo del Patto della Salute" ha detto il ministro della Salute **Renato Balduzzi** al termine dell'incontro sul Patto della salute 2012 promosso dall'Ordine dei Medici di Napoli, intitolato "Oltre al rigore, l'equità". "Questo è un anno di passaggio da un sistema all'altro e non è bene cambiare radicalmente le regole - ha sottolineato però Balduzzi - ma per qualche piccola sperimentazione sì".

"Il patto per il 2013-2015 e l'attuazione della manovra estiva - dice il ministro - hanno due prospettive che vanno assieme". Occorre che "Stato e Regioni lavorino assieme" e per quanto riguarda i fondi "ci sono risorse da sbloccare e forse qualche scelta eccezionale". Sui criteri del riparto dei fondi, ha detto il ministro, "non sarà mia intenzione modificare le regole nell'ultimo anno". Ha poi aggiunto: "Età e popolazione sono criteri importanti, ma che possono non essere gli unici". Ecco perché a tal proposito auspica una riflessione e immagina delle sperimentazioni nel piccolo. Il 2012, dice il ministro, sarà un anno di transizione per tante Regioni mentre il 2013 sarà l'anno zero con nuove modalità di impostare le problematiche.

"Tagliando sprechi - dice Balduzzi - facendo ciascuno la propria parte e distribuendo i carichi secondo l'unico criterio possibile in uno Stato costituzionale, cioè l'equità. Chi più ha più deve dare secondo il criterio della nostra Costituzione". Il ministro ha sottolineato anche l'importanza dello snodo della sanità territoriale e delle cure primarie, sfide per le "Regioni con difficoltà e anche per quelle virtuose". A proposito delle Regioni, il ministro ha detto che è possibile migliorare gli strumenti di collaborazione tra Stato e Regioni e che "i piani di rientro non sono pensabili come uno strumento che obbliga a mettere solo i conti a posto" ma devono andare di pari passo con "riqualificazione e riorganizzazione dei servizi che poi porteranno al vero risparmio".

Certo "la sanità meridionale non ha gli stessi standard del resto del Paese, ma ha comunque momenti di eccellenza e professionisti validi", ha aggiunto Balduzzi, sottolineando che "si tratta di riorganizzare meglio ed eliminare sprechi e inefficienze, che sono ancora molte. Insomma, ognuno dovrebbe fare la propria parte". Balduzzi a Napoli ha parlato anche della situazione in Campania, regione che, ha ricordato, "è ancora in fase di piano di rientro, il che vuol dire che ha ancora un pezzo di strada da fare, e la faremo insieme sulla base di regole condivise". "Ho detto pubblicamente che l'Italia ce la farà ad uscire dai suoi problemi, e ci riuscirà anche la Campania.

Le posizioni del Ministro della salute sono state salutate molto positivamente dal Presidente della Campania, **Stefano Caldoro**: "è una grande apertura". Il ministro ci ha dato ragione - ha affermato - sulla parte dei parametri di riparto del fondo sanitario che penalizzano il Sud. E' chiaro che il ministro è stato prudente perché, dobbiamo essere tutti d'accordo visto che è prevista l'unanimità delle Regioni - ha aggiunto -. Siamo all'ultimo anno del Patto per la salute quindi è difficile cambiare le regole. Però dire che si può sperimentare. E' il primo grande segnale - ha concluso - perché vuol dire che quelle battaglie, che abbiamo posto da quando ci siamo insediati noi al

tavolo sono condivise, giuste, eque per i cittadini”.

Com'era da aspettarsi, però, non sono mancate reazioni di brusca chiusura su questa ipotesi. È il caso della Regione Veneto, e più in particolare del suo assessore alla Sanità, **Luca Coletto**. “Non so a quale sperimentazione si riferisca il Ministro Balduzzi - ha detto - e quindi non entro nel merito. Mi limito a ribadire che rispetto al criterio della deprivazione nel riparto del fondo sanitario nazionale la posizione del Veneto non è cambiata rispetto all'anno scorso: siamo fermamente contrari a questo come ad ogni altro criterio che non si basi su elementi oggettivi e indiscutibilmente collegati ai bisogni di salute dei cittadini, alla realtà epidemiologica, demografica e organizzativa”.

Le ragioni di questa chiusura sono spiegate così dall'assessore veneto: “Ci sono studi inequivocabili che attestano come i bisogni di salute non siano correlabili al Pil, alla dichiarazione dei redditi o al titolo di studio; mentre ci sono dati inconfutabili che testimoniano come il deficit della sanità italiana sia dovuto in grandissima parte a gestioni non oculate ed ai relativi sprechi”. È per questo motivo che per Coletto “la sperimentazione più urgente da avviare è l'applicazione dei criteri e dei costi standard, che vuol dire definire a livello nazionale il giusto costo di ogni prestazione, di ogni acquisto, e dell'organizzazione generale di ospedali e di assistenza territoriale e sulla base di questo giusto costo, uguale per tutti, ripartire le risorse”.

Infine, non è mancata un'ulteriore coda polemica quando Coletto ha concluso il suo commento dicendosi “non disponibile a spremere ulteriormente i nostri cittadini ed il nostro personale sanitario per contribuire a pagare ospedali con 20 o 30 letti e 200 dipendenti”.

FederLab Italia

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Sindacati, imprese e operatori: «Il Patto per la salute va scritto insieme a noi»

«Se un Patto deve essere, perché lo sia davvero dovete ascoltare anche noi che la Sanità la viviamo tutti i giorni sul campo». Questa la richiesta corale dei rappresentanti di tutte le categorie del Ssn per il nuovo Patto per la salute 2013-2015. La maggior parte lamenta di non essere stata coinvolta e nemmeno ascoltata su quelle che saranno le misure e i paletti anche della loro attività nei prossimi anni. Tutti danno una serie di altolà su previsioni che potrebbero mettere a dura prova la tenuta del sistema, a partire dai finanziamenti: anche se è necessaria una razionalizzazione, non è detto che questa debba avvenire facendo "pagare" qualcuno - operatori e cittadini - e non mettendo seriamente mano a sprechi, evasioni e disservizi.

In vista degli incontri chiave sulla stesura della nuova intesa, rinviati la scorsa settimana a causa delle condizioni meteorologiche del Paese che non hanno consentito a tutti gli assessori e i governatori di partecipare alle riunioni su Patto e riparto, Il Sole-24 Ore Sanità ha raccolto i pareri delle principali categorie che dovranno contribuire ad applicare le nuove regole dal 2013 in poi.

Unico sindacato a non aver partecipato al forum è la Fimmg. Il suo segretario nazionale, Giacomo Milillo, ha motivato l'«assenza» con una precisa scelta politica di non intervenire in questa fase né sul Patto per la salute né sul riordino delle cure primarie, a lungo sponsorizzato dalla Fimmg e che ora entrerà a far parte del nuovo Patto a tutti gli effetti, ma su cui già si sono scatenate numerose polemiche anche solo dall'analisi delle prime bozze di lavoro mai del tutto ufficializzate (v. Il Sole-24 Ore Sanità nn. 4 e 5/2012 e su questo sito: [prima bozza](#) - [seconda bozza](#)).

Al primo posto tra le preoccupazioni di tutti gli addetti ai lavori c'è il finanziamento. Le Regioni hanno messo in fila fino al 2014 oltre 17 miliardi tra tagli espliciti e riduzioni di finanziamenti e facendo i conti sul fabbisogno fino al 2015 hanno evidenziato che considerando l'aumento dell'Iva, l'inflazione e il "ritorno" dei contratti dal 2015, si ha una sottostima (si veda grafico) che a fine periodo e stimando il fondo 2015 con una crescita

analoga a quella del 2014 sull'anno precedente, si assesterebbe su una cifra analoga, circa 17 miliardi.

Ognuno poi ha sottolineato il "cardine" organizzativo che riguarda il proprio settore, dai rischi di un taglio indiscriminato dei posti letto e sul personale a un riordino delle cure primarie fatto solo a metà, dalle limitazioni di accesso che le politiche di contenimento e i ticket potrebbero generare su farmaci e dispositivi medici al conflitto che nascerebbe tra esigenze dei pazienti e del sistema se medici e operatori sanitari dovessero lavorare più con la calcolatrice in mano che non col bisturi e il fonendoscopio.

A decidere dovranno essere le Regioni ed è a loro e al ministero della Salute che le categorie danno, anche se non direttamente ascoltate, i loro "consigli per l'uso".

Questi i partecipanti al forum e i titoli degli interventi:

COSTANTINO TROISE (Anaa Assomed): «Non c'è accordo se non si ascoltano i medici»

STEFANO RIMONDI (Assobiomedica): «Tagli, tetti e ticket mortificano il Ssn»

MASSIMO SCACCABAROZZI (Farindustria): «Si dia peso al valore dell'innovazione»

ANNALISA SILVESTRO (Federazione colleghi infermieri Ipasvi): «Cure primarie e ospedali per intensità di cura»

MASSIMO COZZA (Fp Cgil medici): «Primo mattone è la garanzia economica dei Lea»

GIORGIO FORESTI (Assogenerici): «Reinvestire i risparmi dei generici»

ANNAROSA RACCA (Federfarma): «Più trasparenza sulle poste di spesa»

RICCARDO CASSI (Cimo Asmd): «Un buon servizio non c'è senza l'atto medico»

SALVO CALÌ (Smi): «Tagli ai posti letto e briciole per il territorio»

ANGELO LINO DEL FAVERO (Federsanità Anci): «Diffondere best practice e trasparenza»

GIOVANNI MONCHIERO (Fiaso): «Più ticket con equità e più efficienza»

ROBERTO LALA (Sumai): «Il futuro del Ssn si gioca sulle cure primarie»

GIUSEPPE MELE (Fimp): «Stop alle provocazioni, si pensi al territorio»

ARMANDO MASUCCI (Uil Fpl medici): «Risparmi sì, ma senza perdere qualità»

BIAGIO PAPOTTO (Cisl medici): «La politica resti fuori dalla gestione»

ANGELO TESTA (Snami): «No all'aggregazione forzata dei professionisti»

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Rapporto Lea del ministero: troppo ospedale in metà Italia

La strada verso la deospedalizzazione del Ssn? Procede ancora a rilento, soprattutto in alcune Regioni dove le corsie ospedaliere restano "padrone" dell'assistenza visto che almeno metà della spesa sanitaria avviene tra le mura dell'ospedale. La soglia del 44% dei costi da destinare ai ricoveri, indicato come un indice di efficienza dal vecchio Patto per la salute 2010-2012, è raggiunta infatti solo da Veneto, Piemonte, Toscana ed Emilia Romagna. Le altre Regioni, chi più chi meno, si avvicinano poco o sono ancora lontane da quello standard virtuoso.

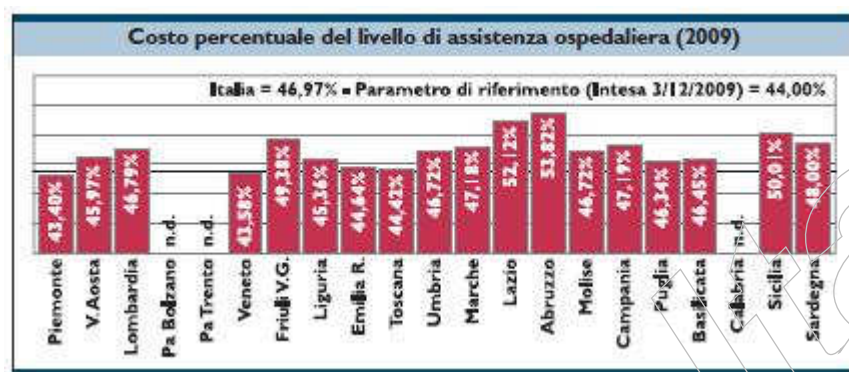
A riferirlo è il «rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza» per gli anni 2007-2009 pubblicato nei giorni scorsi dal ministero della Salute e i cui contenuti sono analizzati sul numero 6 de Il Sole-24 Ore Sanità.

Si tratta del quinto report da quando sono stati approvati i Lea nel 2001 e rappresenta un «tentativo di illustrare in modo analitico e allo stesso tempo semplice, la reale situazione dell'assistenza sanitaria sul territorio nazionale - si legge nella premessa del rapporto - e l'effettiva attuazione dei livelli essenziali individuati a livello centrale».

Ebbene tra i tanti dati presenti salta sicuramente all'occhio quello della spesa ospedaliera. Che va detto è sicuramente in discesa negli ultimi anni praticamente ovunque (in modo evidente anche nelle Regioni sotto piano di rientro), ma in alcune realtà resta alta. Troppo alta.

Come detto il costo percentuale del livello di assistenza ospedaliera, la cui quota è fissata dall'ultimo Patto della salute al 44%, è un indicatore di «semplice e significativo utilizzo per quantificare la concentrazione di risorse che i sistemi sanitari regionali dedicano all'assistenza ospedaliera piuttosto che alla rete dei servizi territoriali e alle azioni di prevenzione per la tutela della salute collettiva». I numeri del 2009 - riferisce il rapporto nazionale di monitoraggio dei Lea - parlano di un'incidenza percentuale a livello nazionale che è stata pari al 46,97 per cento. In particolare il minimo di spesa lo tocca il Piemonte (43,4%), mentre il picco di costi in ricoveri e degenze viene registrato in Abruzzo, con ben il 53,8% della spesa. In regola con la soglia standard del "vecchio" patto sono, oltre al

Piemonte, anche il Veneto (43,58%), la Toscana (44,42%) e l'Emilia Romagna (44,64 per cento). Molto meno virtuose sono invece, dopo l'Abruzzo, il Lazio (52,12%), la Sicilia (50,01%), il Friuli Venezia Giulia (49,38%) e la Sardegna (48 per cento).



Il Sole **24 ORE**

Sanità

Balduzzi: anche deprivazione tra i criteri di riparto, ma il Veneto dice no

"Lo proporrò al tavolo del patto della salute" ha detto il ministro della Salute, Renato Balduzzi, in merito alla richiesta delle Regioni del Sud di rivedere i criteri per la distribuzione dei fondi del riparto sanitario includendo quelli di deprivazione socio-economica. "Qualche piccola sperimentazione che aiuti a capire come questo criterio può essere utile per determinare il riparto della spesa - ha affermato il ministro - si può fare". "Questo è un anno di passaggio da un sistema all'altro e non è bene cambiare radicalmente le regole - ha concluso - per qualche piccola sperimentazione sì".

L'apertura all'indice di deprivazione è arrivato durante un convegno organizzato a Napoli per fare il punto sul patto della salute e il piano di rientro della Regione Campania. "Abbiamo chiesto e ottenuto - ha detto Raffaele Calabrò consigliere del presidente della Regione Campania per la sanità e promotore del convegno -nell'ambito delle riunioni degli assessori alla Salute riguardanti il patto che si passi da una visione economicistica a una visione che punti sulla qualità dell'assistenza sanitaria. Ciò vuol dire programmare una Sanità incentrata sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie".

L'ipotesi avanzata dal ministro Balduzzi è stata però subito bocciata dal Veneto: "Non so a quale sperimentazione si riferisca il ministro Balduzzi, e quindi non entro nel merito - ha detto l'assessore alla Salute, Luca Coletto -, mi limito a ribadire che rispetto al criterio della deprivazione nel riparto del fondo sanitario nazionale la posizione del Veneto non è cambiata rispetto all'anno scorso: siamo fermamente contrari a questo come ad ogni altro criterio che non si basi su elementi oggettivi e indiscutibilmente collegati ai bisogni di salute dei cittadini, alla realtà epidemiologica, demografica e organizzativa". "Prima di sperimentare la deprivazione - ha aggiunto Coletto - si sperimentino i criteri e i costi standard. Per questo il Veneto è già pronto e disponibile".

Apertura alla Regione su una diversa distribuzione dei fondi

Sanità la promessa del ministro

GIUSEPPE DEL BELLO A PAGINA II

Balduzzi plaude agli sforzi fatti dalla Regione ma invita. "Ognuno faccia la sua parte"

Piano di rientro, il monito del ministro "Eliminiamo sprechi e inefficienze"

GIUSEPPE DEL BELLO

UNA carezza e un monito. Il ministro della Salute plaude agli sforzi fatti sul piano di rientro dal deficit, ma rammenta: «Ognuno deve fare la sua parte». E sintetizza: «Riorganizzare i servizi, eliminare sprechi e inefficienze». Renato Balduzzi, intervenuto ieri con assessori del nord e del sud al convegno "Patto per la salute, oltre al rigore la qualità", si rivela un comunicatore. Conferma la contraddizione di una sanità meridionale penalizzata che riesce comunque a offrire «momenti di eccellenza e professionisti validi».

Nel salone dell'Excelsior ci sono anche gli esponenti della sanità campana, dal presidente della giunta Stefano Caldoro al suo consigliere Raffaele Calabrò. E sono musica per le loro orecchie le parole del ministro che aprono alla possibilità di criteri diversi per la distribuzione dei fondi del riparto sanitario: «Lo proporro al tavolo del Patto per la

salute, includendo quelli (i parametri, ndr) di deprivazione socio-economica. Qualche piccola sperimentazione che aiuti a capire come questo criterio possa essere utile a determinare il riparto della spesa. Questo è un anno di passaggio da un sistema all'altro e non è bene cambiare radicalmente le regole». Compiaciuta la replica del governatore: «È una grande apertura. Il ministro ci ha dato ragione e dire che si può sperimentare è un primo grande segnale; significa che le battaglie poste da noi quando ci siamo insediati sono condivise, giuste, eque per i cittadini».

Per Calabrò, la strada giusta è quella che riesce a «programmare una sanità incentrata sull'appropriatezza delle prestazioni». Cioè, meno ricoveri e pronto soccorso, più day hospital e sanità territoriale, per non ostacolare coloro che «realmente hanno bisogno di cure urgenti». Tutto questo sarà possibile, conclude Calabrò, sempre che si arrivi

«allo sblocco del turn over per il personale che lavora allo stremo, affaticato, demotivato. In queste condizioni è difficile garantire il diritto alla salute». Non manca la voce dell'Anao (ospedalieri) che ha consegnato a Balduzzi, Caldoro e Calabrò, un documento sottoscritto dal coordinatore provinciale Franco Verde e dalla dirigenza sindacale. Quattro criticità: barelle, poli di emergenza, migrazione sanitaria (costa 350 milioni l'anno) e trasferimento del Vecchio Policlinico a Cappella Cangiani: «Ogni giorno il Cardarelli raccoglie 200 barelle perché Federico II, Pascale e Azienda dei Colli non sono dotati di pronto soccorso. Da anni si chiede l'apertura di un pronto soccorso al Nuovo Policlinico».

"Proporrò una ripartizione di fondi che tenga conto del disagio socio-economico"



Il ministro a Napoli Balduzzi: Stato e Regioni, patto Salute

Un Patto della Salute di qualità come base per essere legittimati a chiedere nuove risorse per il settore. Con questo auspicio il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ha concluso il suo discorso tenuto ieri a Napoli in occasione di un convegno dedicato proprio al Patto della salute. «Il patto per il 2013-2015 e l'attuazione della manovra estiva - dice il ministro - hanno due prospettive che vanno assieme». Occorre che «Stato e Regioni lavorino assieme» e per quanto riguarda i fondi «ci sono risorse da sbloccare e forse qualche scelta eccezionale». Sui criteri del riparto dei fondi, ha detto il ministro, «non sarà mia intenzione modificare le regole nell'ultimo anno». Ha poi aggiunto: «Età e popolazione sono criteri importanti, ma che possono non essere gli unici». E a tal proposito auspica una riflessione e immagina delle sperimentazioni nel piccolo. Il 2012, dice il ministro, sarà un anno di transizione per tante Regioni mentre il 2013 sarà l'anno zero con nuove modalità di impostare le problematiche. «Tagliando sprechi - dice Balduzzi - facendo ciascuno la propria parte e distribuendo i carichi secondo l'unico criterio possibile in uno Stato costituzionale, cioè l'equità. Chi più ha più deve dare secondo il criterio della nostra Costituzione». Il ministro ha sottolineato anche l'importanza dello snodo della sanità territoriale e delle cure primarie, sfide per la «Regioni con difficoltà e anche per quelle virtuose». A proposito delle Regioni, il ministro ha detto che è possibile migliorare gli strumenti di collaborazione tra Stato e Regioni e che «i piani di rientro non sono pensabili come uno strumento che obbliga a mettere solo i conti a posto» ma devono andare di pari passo con «riqualificazione e riorganizzazione dei servizi che poi porteranno al vero risparmio» conclude Balduzzi.



Renato Balduzzi

giunto: «Età e popolazione sono criteri importanti, ma che possono non essere gli unici». E a tal proposito auspica una riflessione e immagina delle sperimentazioni nel piccolo. Il 2012, dice il ministro, sarà un anno di transizione per tante Regioni mentre il 2013 sarà l'anno zero con nuove modalità di impostare le problematiche. «Tagliando sprechi - dice Balduzzi - facendo ciascuno la propria parte e distribuendo i carichi secondo l'unico criterio possibile in uno Stato costituzionale, cioè l'equità. Chi più ha più deve dare secondo il criterio della nostra Costituzione». Il ministro ha sottolineato anche l'importanza dello snodo della sanità territoriale e delle cure primarie, sfide per la «Regioni con difficoltà e anche per quelle virtuose». A proposito delle Regioni, il ministro ha detto che è possibile migliorare gli strumenti di collaborazione tra Stato e Regioni e che «i piani di rientro non sono pensabili come uno strumento che obbliga a mettere solo i conti a posto» ma devono andare di pari passo con «riqualificazione e riorganizzazione dei servizi che poi porteranno al vero risparmio» conclude Balduzzi.

IL CASO LA DISAVVENTURA DI UNA SIGNORA CHE DOVEVA

FARE UNA VISITA ALLERGOLOGICA. L'AZIENDA SI SCUSA

Prenotazioni Asl on line?

Risponde una banca

“PRONTO ASL?” “No. Qui è una banca di Parma. E non è la prima volta che accade. C'è un contatto. E quindi la telefonata viene dirottata nel nostro istituto di credito”, rispondono dall'Emilia Romagna.

E' successo l'altra mattina a una signora che aveva formato il numero del cup metropolitano (840 003 003). Prima di attaccarsi al telefono aveva tentato di evitare code e burocrazia provando a prenotare esami in via telematica. Occorre registrarsi sul sito dell'Asl tenendo sotto mano la tessera sanitaria sulla quale sono riportati il codice fiscale e sul retro, un codice di identificazione, composto da ben venti numeri. Dall'asl mandano direttamente nella tua casella di posta elettronica un user name e una password che non possono essere cambiati. Con queste due “chiavi di accesso” si entra nel sistema dell'asl dove è possibile cambiare il medico, prenotare esami, disdirli, fare pagamenti. Tutto è abbastanza semplice, ma non

semplicissimo. Il sito internet, infatti, ti dà il “benvenuto nell'area del CupWeb”, ma cinque righe più sotto ha già cambiato nome diventando “servizio Wicup”.

La signora, quindi, ha aperto la pagina delle prenotazioni, ma la visita allergologica non c'era. C'era quella algologica. Così ha fatto la prima telefonata al servizio informazioni del cup. Qui non vedevano la pagina web, ma comunque le hanno dato il codice

della visita. La signora ha cercato di inserire il codice, ma questo non era previsto dal sistema. Ha fatto quindi una seconda telefonata e, questa volta, ha risposto la banca di Parma. Nuova telefonata al cup. Anche questa volta non vedevano la pagina web. All'internauta hanno spiegato che non tutte le visite si possono prenotare on line. Per tagliare la testa al toro la signora ha chiesto quando era possibile fare questa visita. “Settembre 2012 a Careggi” è stata la risposta. “Quando funzioneranno

i servizi on line allora saranno una grande invenzione”, ha detto al signora.

L'Azienda sanitaria 10 spiega e chiede scusa: «Ci dispiace per il disagio provocato dal contatto sul-

la linea telefonica. Il nostro numero del call center è attivo ormai da diversi anni. Cercheremo di capire perché, a volte, si verificano problemi di questo tipo sulla linea. Per quel che riguarda le prenotazioni online, non c'è la disponibilità di tutte le prestazioni. Per alcuni esami c'è la necessità di parlare con l'operatore o con i nostri sportelli. Comunque stiamo implementando la capacità della prenotazione online, anche con un sistema più semplice, perché sta aumentando la richiesta dei cittadini».

Nicola Coccia



SANITÀ Luigi Marroni,
 direttore generale dell'Asl

SANITÀ. Coletto
**Sperimentare
i costi
standard**

Il Veneto ricorda il suo no al criterio della deprivazione per determinare il riparto della spesa sanitaria. «Non so a quale sperimentazione si riferisca il **Ministro Balduzzi** - rileva l'assessore regionale alla sanità Luca Coletto- mi limito a ribadire che rispetto al criterio della deprivazione nel riparto del fondo sanitario nazionale la posizione del Veneto non è cambiata rispetto all'anno scorso: siamo fermamente contrari a criteri che non si basino su elementi oggettivi e indiscutibilmente collegati ai bisogni di salute dei cittadini, alla realtà epidemiologica, demografica e organizzativa. Prima si sperimentino i criteri e i costi standard». ●



Sanità, il ministro apre alla Campania per il riparto fondi

«Lo proporrò al tavolo del Patto della Salute»: lo assicura il ministro della Salute, Renato Balduzzi parlando ieri a Napoli della richiesta delle Regioni del Sud di rivedere i criteri per la distribuzione dei fondi del riparto sanitario includendo quelli di deprivazione socio-economica un elemento che favorirebbe la Campania.

«Qualche piccola sperimentazione che aiuti a capire come questo criterio può essere utile per determinare il riparto della spesa si può fare - dice - Questo è un anno di passaggio da un sistema all'altro e non è bene cambiare radicalmente le regole, però qualche piccola sperimentazione si».

«E' una grande apertura» esulta il governatore della Campania, Stefano Caldoro. «E' chiaro che il ministro è stato prudente perché dobbiamo essere tutti d'accordo visto che è prevista l'unanimità delle Regioni - aggiunge - Siamo all'ultimo anno del Patto per la salute quindi è difficile cambiare le regole. Però dire che si può sperimentare è il primo grande segnale perché vuol dire che quelle battaglie, che abbiamo posto da quando ci siamo insediati noi al tavolo sono condivise, giuste, eque per i cittadini».



«Sanità, eccellenze e meno sprechi così la Campania può farcela»

Il ministro Balduzzi a Napoli
Procederemo insieme
nel piano di rientro dal deficit»

Marisa La Penna

Il ministro della Salute dice ottimista. L'Italia, la Campania ce la faranno a uscire dalla crisi, ma occorre eliminare sprechi e inefficienze. Lo ha sostenuto, infatti, Renato Balduzzi, protagonista, ieri mattina, all'Excelsior di un convegno sul tema «Patto per la salute, oltre al rigore la qualità», a cui hanno partecipato il governatore Stefano Caldoro e gli assessori alla Sanità di varie regioni.

«Un patto della salute di qualità come base per essere legittimati a chiedere nuove risorse per il settore». Con questo auspicio l'uomo di governo, ha concluso, ieri pomeriggio, il suo discorso al convegno. «Il patto per il 2013-2015 e l'attuazione della manovra estiva - ha anticipato il ministro - hanno due prospettive che vanno assieme. Occorre che Stato e Regioni lavorino assieme. Per quanto riguarda i fondi ci sono risorse da sbloccare e forse qualche scelta eccezionale». Sui criteri del riparto dei fondi ha aggiunto: «Non sarà mia intenzione modificare le regole nell'ultimo anno. Età e popolazione sono criteri importanti, ma che possono non essere gli unici».

«Il 2012 sarà un anno di transizione per tante Regioni mentre il 2013 sarà l'anno zero con nuove modalità di impostare le problematiche. Tagliando sprechi, facendo ciascuno la propria parte e distribuendo i carichi secondo l'unico criterio possibile in uno Stato costituzionale, cioè l'equità. Chi più ha più deve dare secondo il criterio della nostra Costituzione» ha spiegato il ministro, sottolineando anche l'importanza dello snodo della sanità territoriale e delle cure prima-

rie, sfide per le «Regioni con difficoltà e anche per quelle virtuose». A proposito delle Regioni, il ministro ha detto che è possibile migliorare gli strumenti di collaborazione tra Stato e Regioni e che «i piani di rientro non sono pensabili come uno strumento che obbliga a mettere solo i conti a posto» ma devono andare di pari passo con «riqualificazione e riorganizzazione dei servizi che poi porteranno al vero risparmio».

«È una grande apertura» ha commentato il governatore Stefano Caldoro, analizzando le dichiarazioni di Balduzzi, in merito alla proposta di portare al tavolo per il riparto dei fondi nazionali destinati alla sanità, gli indici di deprivazione socio-economica. «Il ministro ci ha dato ragione - ha detto Caldoro - sulla parte dei parametri di riparto del fondo sanitario che penalizzano il Sud. È chiaro che Balduzzi è stato prudente perché, dobbiamo essere tutti d'accordo visto che è prevista l'unanimità delle Regioni. Siamo all'ultimo anno del Patto per la salute quindi è difficile cambiare le regole. Però dire che si può sperimentare è il primo grande segnale perché vuol dire che quelle battaglie, che abbiamo posto da quando ci siamo insediati noi al tavolo sono condivise, giuste, eque per i cittadini».

Dal canto suo, Raffaele Calabrò, componente della Commissione Sanità al Senato e consigliere per il settore del governatore Caldoro ha sottolineato la necessità di «programmare una sanità incentrata sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie». E ha aggiunto: «I piani di rientro hanno avuto il merito di indicare alle Regioni con ingenti deficit sanitari la strada da seguire per razionalizzare la spesa, eliminando gli sprechi, ma ora è il momento di avviare una seconda fase. La Regione Campania ha chiesto e

ottenuto, nell'ambito delle riunioni tra gli assessori alla Salute, riguardanti il Patto della Salute 2013-2015 che si passi da una visione economicista a una che punti sulla qualità dell'assistenza sanitaria».

«Un sistema sanitario regionale che non si organizzi avendo come stella polare adeguatezza e appropriatezza - ha proseguito - non potrà assicurare ai suoi cittadini un livello sanitario adeguato. Piuttosto che ricorrere a ricoveri ospedalieri, sarebbe meglio usufruire del day hospital e rivolgersi alle realtà territoriale invece di andare al pronto soccorso «creando gravi complicanze a pazienti che realmente hanno bisogno di cure d'urgenza». «Non c'è discorso che regga, però, se non si arriva allo sblocco del turnover - ha concluso Calabrò - il personale che lavora nelle nostre strutture è allo stremo, affaticato, demotivato da ore di straordinario. In queste condizioni appare difficile garantire il diritto alla salute». Esulle barelle al Cardarelli, poli di emergenza, migrazione sanitaria e trasferimento del Policlinico al Il Policlinico l'Anaa-Assomed ha consegnato una lettera al ministro. Intanto, al San Paolo alcuni infermieri e medici hanno protestato con nastri viola in segno di lutto.

(Ha collaborato Melina Chiapparino)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La strategia

Riorganizzare i servizi nella fase del risparmio vuol dire anche garantire la qualità

Il governatore

Caldoro: c'è apertura sul fronte dei criteri per il riparto dei fondi Il Sud non va penalizzato

PER IL MINISTRO BALDUZZI «LA CAMPANIA CE LA FARÀ». CALDORO ELOGIA GLI SFORZI FATTI DAI COMMISSARI PER DIMEZZARE I DEBITI

Pronta la ricetta per la "buona sanità"

di Claudia Sparavigna

«La Campania è ancora nella fase del piano di rientro, vuol dire che ha ancora un pezzo di strada da fare. Lo faremo insieme sulla base di regole condivise. L'Italia ce la farà e ce la farà anche la Campania». Queste le parole del ministro della Salute, Renato Balduzzi, a margine del convegno "Patto per la salute 2012, oltre al rigore la qualità", che si è tenuto ieri mattina all'hotel Excelsior, al quale hanno partecipato il presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro e gli assessori alla Sanità di altre regioni.



«In un tempo di risorse limitate – spiega il ministro Balduzzi – dobbiamo verificare come possiamo mantenere la garanzia e la qualità dei servizi, riorganizzandoli in modo efficiente». Prosegue, poi, facendo un'accurata analisi delle disparità del servizio all'interno del Paese. «La sanità meridionale non ha gli stessi standard delle altre parti del Paese, però presenta comunque momenti di eccellenza e professionisti validi», ha sottolineato Balduzzi per poi porre l'accento sulle responsabilità delle singole parti, dicendo che bisogna riorganizzare meglio i servizi, eliminare gli sprechi e le inefficienze che sono ancora molte e che «ognuno dovrebbe fare la propria parte». Il ministro ha poi concluso dicendo, come tutti quelli che ultimamente passano da Napoli, che «il Sud, nella fase due del Governo, avrà un ruolo strategico e decisivo. Il Sud va aiutato, ma deve anche aiutarsi da sé». Nel suo intervento, il presidente Caldoro ha ricordato la situazione pregressa e i risultati ottenuti nel settore Sanità. «Abbiamo ottenuto ottimi risultati soprattutto nelle due strutture commissariali di Napoli e Salerno – ha detto Caldoro – I due commissari, Maurizio Scoppa per Napoli 1 e Maurizio Bortoletti a Salerno hanno conseguito risultati molto significativi sul piano di rientro dal deficit». Riguardo ai debiti ereditati dalla precedente amministrazione, il Presidente ha aggiunto che «c'era una situazione di 800 milioni di deficit, ora siamo a 250 milioni siamo, ovvero al limite per il rientro nell'ordinarietà. Da una parte ci sono gli obiettivi economici dall'altra il diritto alla salute che per noi è essenziale e prioritario». Presente in sala anche Raffaele Calabrò, componente della Commissione Sanità al Senato e consigliere per il settore del governatore della Campania: «Bisogna programmare una sanità incentrata sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie» ha affermato. E poi, in merito ai piani di rientro ha detto: «Hanno avuto il merito di indicare al-

le Regioni con ingenti deficit sanitari la strada da seguire per razionalizzare la spesa, eliminando gli sprechi, ma ora è il momento di avviare una seconda fase. La Regione ha chiesto e ottenuto, nell'ambito delle riunioni tra gli assessori alla Salute, riguardanti il Patto della Salute 2013-2015 che si passi da una visione economicista a una che punti sulla qualità. Un sistema sanitario regionale che non si organizzi avendo come stella polare adeguatezza e appropriatezza non potrà assicurare ai suoi cittadini un livello sanitario adeguato». Il ragionamento di Calabrò per abbattere la spesa sanitaria è semplice. Anziché ricorrere ai ricoveri ospedalieri, in molti casi, sarebbe meglio usufruire del day hospital e rivolgersi alle realtà territoriali in-



vece di andare al pronto soccorso «creando gravi complicanze a pazienti che realmente hanno bisogno di cure d'urgenza. Non c'è discorso che regga, però, se non si arriva allo sblocco del turn over - ha concluso Calabrò - il personale che lavora nelle nostre strutture è allo stremo, affaticato, demotivato. In queste condizioni appare difficile garantire il diritto alla salute».



Balduzzi con Calabrò. A sinistra mentre parla con Caldoro (AgnFoto)



La sanità

Asl, Bortoletti cancella delibera della Caropreso

Il commissario Bortoletti si è insediato e si è messo subito al lavoro. Il primo atto è stato quello di sconsigliare la delibera di sospensione sui trasferimenti in entrata firmata dal commissario Sara Caropreso. Bortoletti ha chiesto al direttore del personale dell'Asl di revocare la delibera con cui, su indicazione della stessa Regione, si sospendeva la mobilità che la stessa Regione aveva ritenuto inopportuna in quanto si rischiava di non garantire i livelli di emergenza e assistenza soprattutto in alcuni presidi.

FederLab Italia

Sanità campana
sprechi e privilegi**Gennaro Mariniello**

gennaromariniello@gmail.com

Da qualche tempo riparte la campagna di preparazione dei campani a nuove tasse e nuovi ticket sanitari. È la solita truffa ai danni di coloro che non possono né ribellarsi né rivalersi in sede legale. La sanità campana è da decenni in mano a un sistema di potere politico-malavitoso. E esso ha fatto lievitare oltre ogni misura e decenza i costi degli acquisti e delle gestioni perché il sistema di potere era informato, dai loro compari romani, che sarebbe intervenuto lo Stato a ripianare i debiti. Per fortuna questa strategia criminale e truffaldina è stata bloccata ma non le tribolazioni e le tasse per i soliti fessi campani. Lo stesso sistema di potere (politicanti, burocrati, malavitosi e corrotti) continua a gestire la sanità in Campania come nulla fosse successo, tanto basta alzare le accise sui carburanti, portare i ticket sempre più su e amenità del genere. Nessuno più si ribella a questa valanga di tasse pur sapendo che noi dovremmo pagare meno, molto meno. Nessuno si ribella allo squallido andazzo per cui da ottobre non sono più erogate prestazioni territoriali (solo in ospedale). Nessuno si indigna per il crescente calo dei medici e dei paramedici. Nessuno scende in piazza contro le nomine — inutili e dannose — dei dirigenti degli ospedali e delle Asl. Tutti si bevono le false soluzioni per le barelle al Cardarelli quando non si riesce a vincere le resistenze e i privilegi degli universitari che rifiutano di fare assistenza, anche di pronto soccorso, come nelle altre regioni d'Italia. E che dire poi dell'Azienda ospedaliera di Caserta che ha istituito una Unità Operativa Complessa di Comunicazione e Marketing dotata di un pletorico organico e unica deputata per tutte le comunicazioni ufficiali, divulgazione di notizie, eventi e iniziative coinvolgenti l'ospedale. Non vogliamo poi parlare dei tanti soldi spesi e da spendere per opere inutili come il Nuovo Policlinico di Napoli-Caserta.

▶ Banco di Napoli ◀

Asl Napoli 1: crediti delle Pmi, sbloccati 125 mln

DI PIERPAOLO BASSO

Il Banco di Napoli sblocca 125 milioni di euro di crediti sanitari dell'Asl Napoli 1 vantati dalle aziende fornitrici. Lo rivela il direttore generale **Giuseppe Castagna**, a margine del seminario intitolato "Decreto salva-Italia: le principali novità per le imprese", promosso dall'Unione degli industriali di Napoli in collaborazione con lo studio tributario e societario Deloitte. "Per quanto riguarda la Campania - dice Castagna - abbiamo sbloccato 125 milioni di euro su crediti sanitari legati all'Asl Napoli 1".

Nel suo contemporaneo ruolo di presidente della Commissione regionale Abi-Campania, il direttore generale del Banco di Napoli ricorda poi che "ci sono 2 miliardi di euro garantiti dalla Cassa Depositi e Prestiti per sbloccare crediti di imprese verso la Pubblica amministrazione".

Castagna, citando poi gli ultimi dati forniti dalla Banca d'Italia risalenti allo scorso mese di settembre, spiega che nel Mezzogiorno d'Italia e in particolare in Campania si registra una diminuzione media di depositi tra le imprese e le famiglie pari al meno 3 per cento e un aumento invece dei prestiti pari al 6,7 per cento rispetto allo stesso periodo del 2010. Il dirigente ricorda inoltre come la grave difficoltà del settore interbancario mondiale è stata causata dalla crisi di Lehman Brothers, che ha provocato una diminuzione del flusso di capitale tra le banche in un clima generale di sfiducia. Dunque i problemi provocati dai due canali principali di raccolta di risparmio, i privati e le imprese e la raccolta interbancaria, hanno ostacolato la crescita economica. E' di ieri infine l'analisi della Cgia di Mestre secondo cui nel periodo giugno-novembre 2011 i prestiti alle Pmi in Campania sono calati di appena lo 0,1 per cento.

Fondo sanitario nazionale: Balduzzi apre al Sud

Patto per la salute: oltre al rigore la qualità. Il ministro a Napoli assieme agli assessori delle regioni italiane dice sì alla sperimentazione di nuovi criteri di riparto in base a parametri che riequilibrano le quote per amministrazioni regionali

DI ETTORE MAUTONE

Inserire nei criteri di riparto del fondo sanitario nazionale gli indici di deprivazione sociale e di povertà relativa: l'impegno del ministro della Salute **Cesare Balduzzi** - ieri a Napoli per un seminario di approfondimento sul tema del patto della Salute - potrebbe aprire scenari nuovi per la fuoriuscita della crisi del settore in Campania e accompagnare con prospettive meno dure il progressivo superamento della fase commissariale della Campania oltre che gettare una luce nuova sui principi fondanti del modello nascente di Stato federale.

"Lo proporò al tavolo del Patto della Salute - dice Balduzzi, in merito alla richiesta delle Regioni del Sud di rivedere i criteri per la distribuzione dei fondi del riparto sanitario - includendo quelli di deprivazione socio-economica. Qualche piccola sperimentazione che aiuti a capire come questo criterio può essere utile per determinare il riparto della spesa - affermato - si può fare. Questo è un anno di passaggio da un sistema all'altro e non è bene cambiare radicalmente le regole - ha concluso - però qualche piccola sperimentazione si".

"E' chiaro che il ministro è stato prudente ma si tratta di una grande apertura - commenta il ministro della Salute **Stefano Caldoro** - perché dobbiamo essere tutti d'accordo visto che è prevista l'unanimità

Il riparto del fondo del 2011

| Regione o provincia Autonomia | Fabbisogno finale ante mobilità con 347, mln e con riequilibrio di solidarietà delle regioni | ulteriori risorse a seguire dell'integrazione del Governo di 486,5 mln come da patto per la salute |
|----------------------------------|--|---|
| • Piemonte | 7.862.042.000 | 36.635.459 |
| • Valle d'Aosta | 221.985.287 | 1.037.658 |
| • Lombardia | 16.972.121.580 | 79.313.230 |
| • Bolzano | 847.255.705 | 3.956.215 |
| • Trento | 899.079.267 | 4.197.917 |
| • Veneto | 8.459.356.257 | 39.542.560 |
| • Friuli Venezia Giulia | 2.187.800.839 | 10.215.436 |
| • Liguria | 3.015.226.812 | 13.745.694 |
| • Emilia Romagna | 7.741.748.671 | 36.191.016 |
| • Toscana | 6.614.542.479 | 30.868.497 |
| • Umbria | 1.592.607.863 | 7.434.826 |
| • Marche | 2.743.452.885 | 12.799.969 |
| • Lazio | 9.779.898.142 | 45.696.827 |
| • Abruzzo | 2.333.343.482 | 10.882.578 |
| • Molise | 567.643.811 | 2.614.810 |
| • Campania | 9.745.762.549 | 45.131.858 |
| • Puglia | 6.920.990.774 | 32.126.041 |
| • Basilicata | 1.019.438.171 | 4.884.338 |
| • Calabria | 3.435.931.958 | 15.959.692 |
| • Sicilia | 8.549.279.757 | 39.873.344 |
| • Sardegna | 2.871.398.100 | 13.392.034 |
| • Italia | 104.380.906.387 | 486.500.000 |

Il Cipe nella seduta del 20 gennaio scorso ha approvato la ripartizione alle regioni della torta dei finanziamenti del 2011

delle Regioni. Siamo all'ultimo anno del Patto per la salute quindi è difficile cambiare le regole".

ECCELLENZE DA VALORIZZARE

La Sanità meridionale non ha gli stessi standard delle altre parti del Paese, però presenta comunque momenti di eccellenza, professionisti validi ammette Balduzzi ieri

a Napoli, assieme ad alcuni assessori regionali alla Sanità di Nord e Sud Italia. "Si tratta - dice Balduzzi - di riorganizzare meglio i servizi, di eliminare gli sprechi e le inefficienze che sono ancora molte. Ognuno dovrebbe fare la propria parte".

Il Sud avrà un ruolo strategico, un ruolo decisivo nella fase due del Governo Monti si affretta a dire il

Ministro. Qui il presidente della Regione Caldoro propone di utilizzare parte delle risorse del Piano di coesione per il Sud per le infrastrutture sanitarie. Il governatore ne ha discusso anche con il ministro per la Coesione territoriale **Fabrizio Barca**. La sanità non rientra nel piano ma si potrebbe inserirla destinandole anche alla sanità per ciò che riguarda le infrastrutture".

IL DENARO

Mercoledì
15 Febbraio 2012

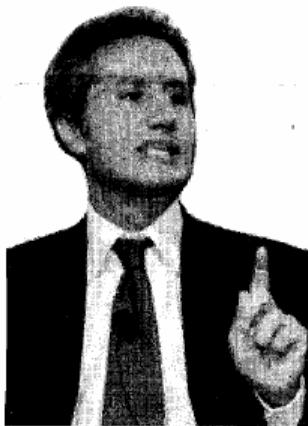
Per Caldoro, si potrebbero utilizzare almeno le risorse che togliamo dal cofinanziamento europeo e predisporre un piano anche per un grande progetto di finanziamento delle strutture sanitarie". "Abbiamo lo strumento e in questo caso anche le risorse - ha aggiunto - quindi possiamo attingere a risorse che sono certe di competenza e in gran parte di cassa".

EDILIZIA SANITARIA

Il presidente della Giunta regionale ricorda infine che l'articolo 20 della legge 67 del 1998 (Finanziaria sulle infrastrutture sanitarie) non ha più risorse di cassa laddove alla Campania spettano oltre 1,3 mld per opere indispensabili al completamento dell'assetto della rete ospedaliera (vedi ospedale del Mare e ospedale unico della Piana del Sele). "Il diritto alla salute deve essere equo in tutta Italia, non possiamo fare differenze - aggiunge il governatore - che anche su questo fronte spinge per sbloccare fondi essenziali a far ripartire i cantieri e lo sviluppo.

IL DECALOGO ANAAO

Barelle al Cardarelli, poli di emergenza, migrazione sanitaria e trasferimento del I Policlinico al II Policlinico. Ecco quattro questioni irrisolte della sanità campana. Quattro fattori che contribuiscono a renderla ancora troppo iniqua. A sottolinearli i rappresentanti di Anaa-Assomed.



Stefano Caldoro



Renato Balduzzi

► Regione 8 ◀

Laboratori e centri privati, tetti di spesa 2012: lavori in corso

Tetti di spesa e accordi contrattuali con le Asl: ai nastri di partenza la programmazione sanitaria del 2012. Le imprese provvisoriamente accreditate sono convocata e Palazzo Santa Lucia per martedì 22 febbraio. Il budget assegnato al settore, nell'anno corrente, dovrebbe essere pressoché identico a quello del 2011 e dunque ammontare a circa 2 miliardi di euro, e dunque equivalente al 20 per cento della torta dei finanziamenti (9,7 mld) assegnati dal fondo sanitario re-

gionale al capitolo Sanità. Da sciogliere ci sono i nodi relativi alle percentuali di incremento riconosciute ai volumi di prestazioni e al budget delle attività di alta specializzazione che alimentano la migrazione sanitaria e per quelle che sono considerate salvavita (come la radioterapia). Prestazioni per le quali la struttura commissariale, già nel 2011, ha riconosciuto un'integrazione di budget a fine anno di circa 2,5 milioni e percentualmente (per le macroaree assistenziali inte-

ressate), del 5 per cento. Al vaglio del tavolo di confronto tra Regione e imprese anche gli conti e le regressioni tariffarie da applicare per le prestazioni rese oltre i limiti fissati dai tetti di spesa.

IL RICORSO AL TAR

Tetti di spesa e accordi contrattuali per la pianificazione annua delle prestazioni erogate dai privati a carico del Servizio sanitario regionale: il Tar Napoli rigetta il ricorso proposto da associazioni di categoria e singoli centri specialistici ambulatoriali contro la delibera regionale n. 1.268 del 2008 con la quale Palazzo Santa Lucia stabilisce il tetto dei volumi di prestazioni sanitarie ed il correlato budget da attribuire ai centri accreditati per gli anni 2008-2010. Un ricorso fondato sul dato di spesa che la Regione prende a riferimento: ovvero il preconsuntivo del 2006 (anziché il consuntivo) e dunque a valere su importi meno elevati