

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



## Rassegna Stampa del 15.11.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

# Sanità

15 novembre 2011 - ore 6,33

## **Legge di stabilità 2012 in «Gazzetta»: è la n. 183/2011**

La legge 183/2012 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)» è pubblicata sul Supplemento ordinario n. 234 alla «Gazzetta Ufficiale» n. 265 del 14 novembre 2012.

Poche le misure che possono interessare la Sanità.

Tra le novità che hanno fatto più spettacolo figura senz'altro l'introduzione della mobilità per gli statali in esubero: potranno essere messi in mobilità e ricollocati del tutto o in parte anche con forme di lavoro flessibili o con contratti di solidarietà ovvero potranno essere posti in disponibilità con un'indennità pari all'80% dello stipendio per due anni. Le amministrazioni che non adempiono alla ricognizione annuale non potranno effettuare assunzioni. E poi ci sono le pensioni, con l'allungamento a 67 anni dell'età minima a partire dal 2026 che se non coinvolge i medici per i quali i limiti sono a 70 anni, riguarda tutto il resto del personale del Ssn: oltre 550mila unità.

C'è poi l'ammorbidente dei tagli a carico delle Regioni previsti con l'ultima manovra grazie alla redistribuzione compensativa dei proventi derivanti dalla Robin tax sui produttori di energia introdotta con la manovra-bis: la somma immediatamente ripartita tra le Regioni ammonta a 745 milioni per il 2012 e a 1,6 miliardi a partire dal 2013.

È invece destinata ad aumentare la stretta sul debito degli enti locali tenuti a partecipare ai sacrifici dal 2013 subendo anche l'imposizione di precisi paletti per quanto riguarda l'accesso ai mutui o ad altre forme di finanziamento.

**Chi ha debiti esigibili su istanza del creditore - ma non le Regioni in rosso sottoposte ai piani di rientro - dovrà fornire la certificazione pro soluto per facilitare la cessione del credito a banche o intermediari finanziari e - in caso di inadempienza - subirà la nomina di un commissario ad acta da parte dell'Economia.**

Ancora, tra le misure che interessano il settore c'è anche la riduzione da 2 a 1 milione di euro del finanziamento annuale per la contribuzione da parte dello Stato ai costi dell'assistenza sanitaria dei cittadini del comune di Campione d'Italia.

Alla voce risparmi per il ministero della Salute figurano invece la riduzione di 20 milioni di euro per il 2012 di quell'1% del destinato ad attività di ricerca, sperimentazioni, programmi speciali e così via.

Disciplinato anche il passaggio dal 2013 a Regioni e Pa delle competenze in materia di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante con il trasferimento delle relative risorse (11,3 milioni di euro per il 2012 e 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013).

E ancora, vengono ridotte dal 2012 di 17 milioni di euro le risorse per la copertura degli oneri derivanti dai mutui contratti dalle Regioni per l'edilizia sanitaria con la Cassa depositi e prestiti e di altri 19,55 milioni di euro le risorse a carico del Fondo sanitario nazionale per la copertura degli oneri derivanti dai mutui contratti dalle Regioni a statuto ordinario, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché dagli Istituti zoo-profilattici sperimentali per le esigenze di manutenzione straordinaria e per gli acquisti delle attrezzature sanitarie, in sostituzione di quelle obsolete.

Per la prosecuzione di interventi indifferibili anche nel settore dell'edilizia sanitaria basati su accordi già perfezionati al settembre 2011 sarà invece possibile far ricorso alla dotazione finanziaria di 2.800 milioni assegnata al Fondo per lo sviluppo e la coesione.

In pista infine anche un finanziamento di 70 milioni per il 2012 per i Policlinici universitari non statali, gestiti direttamente dalle Università (a esempio il Gemelli di Roma).

## Sicilia. Destinati alla Regione 67mln per progetti obiettivo del Piano sanitario nazionale

**Oltre 67 milioni di euro sono stati destinati alle aziende sanitarie dell'isola per l'attuazione dei 'progetti obiettivo' del Psn. Si tratta di quote vincolate del Fondo Sanitario Nazionale che il ministero della Salute eroga alle Regioni per raggiungere determinati obiettivi su tutto il territorio.**

**14 NOV** - La programmazione, con l'individuazione di ambiti e priorità di intervento, e' già stata definita seguendo le linee guida fornite dal ministero della Salute e oggi l'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, ha firmato il relativo decreto di riparto.

Si tratta di quote vincolate del Fondo Sanitario Nazionale che il ministero della Salute eroga alle Regioni per raggiungere determinati obiettivi su tutto il territorio con particolare riguardo alle cure primarie, le malattie rare, quelle degenerative, le cure palliative, la prevenzione, la non autosufficienza, la tutela della maternità, le biobanche e la sicurezza sul lavoro.

Sono progetti rivolti al territorio per supportare la crescita della rete assistenziale e che consentiranno di ridurre gli accessi inappropriati in ospedale. L'investimento di 67 milioni di euro permetterà l'avvio di nuove e importanti iniziative delle aziende sanitarie, sostenendo i costi iniziali di attrezzature, tecnologie, formazione, percorsi e innovazioni organizzative che poi, a regime, le stesse Aziende sanitarie avranno il compito di ricomprendere nelle proprie attività istituzionali.

"La realizzazione di questi progetti - ha detto l'assessore Russo - permetterà un ulteriore potenziamento della medicina territoriale a cui sono destinati 57 milioni, implementando servizi per proseguire l'adeguamento ai necessari standard di qualità. Raccogliamo gli input che vengono dal basso e cerchiamo di soddisfare le necessità più urgenti facendo i conti con le risorse disponibili. E' questo il senso della programmazione rigorosa che stiamo portando avanti da tempo per consentire alla sanità siciliana di raggiungere standard di qualità e livelli di modernizzazione che finora sono mancati. Anche in questo caso nella programmazione degli investimenti abbiamo ascoltato le istanze arrivate dalle associazioni dei malati e dalle società scientifiche. E' chiaro che non abbiamo la bacchetta magica, dobbiamo recuperare in pochi anni un ritardo che altre regioni hanno colmato in 15 anni, ma tutti gli indicatori ci dicono che stiamo migliorando le nostre performance proprio grazie a una visione di sistema che prevede meno sprechi e più servizi".

Gli uffici dell'assessorato hanno lavorato sulla progettazione di massima, adesso toccherà alle aziende sanitarie definire la progettazione esecutiva, specificando le attività che verranno messe in campo sul proprio territorio e la cui attuazione sarà monitorata dal dirigente responsabile del servizio.

### **SCHEDA/SANITA': PROGETTI-OBIETTIVO, 67 MLN DI INVESTIMENTI IN SICILIA**

Questi, nel dettaglio, i "progetti obiettivo" programmati (in maiuscolo gli ambiti di intervento).

#### **CURE PRIMARIE:**

- Assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale. Somma programmata: 6.880.000 euro.
- Potenziamento della gestione integrata delle patologie croniche sul territorio. Somma programmata: 3.000.000 euro.
- Potenziamento dell'assistenza pediatrica sul territorio. Somma programmata: 4.730.000 euro.
- Sperimentazione di un programma di Telemedicina e teleassistenza nella gestione dei pazienti cronici complessi. Somma programmata: 1.200.000 euro.
- Continuità delle cure in un sistema integrato. Somma programmata: 1.000.000 euro.

## **NON AUTOSUFFICIENZA**

- Accesso unico al sistema delle prestazioni sociosanitarie (PUA).

Somma programmata: 1.000.000 euro.

- Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti (comunicatori). Somma programmata: 954.024 euro.

- Potenziamento del sistema delle cure domiciliari. Somma programmata: 10.500.000 euro.

- Potenziamento delle UVA nelle Asp. Somma programmata: 954.000 euro.

## **PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO CRONICO**

- Potenziamento del modello organizzativo e gestionale di strutture di accoglienza e di assistenza domiciliare per pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza. Somma programmata: 3.000.000 di euro.

**CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE** - Potenziamento della Rete regionale cure palliative. Somma programmata: 2.670.122 euro.

- Potenziamento rete regionale di Terapia del dolore. Somma programmata: 2.100.000 euro.

**INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO** - Biobanca oncologica. Somma programmata: 460.000 euro.

- Cellule staminali. Somma programmata: 250.000 euro.

## **SANITA' PENITENZIARIA**

- Pratiche innovative per il superamento dell'OPG. Somma programmata: 380.000 euro.

- Sicilia free: ricerca azione per il superamento dell'OPG. Somma programmata: 120.000 euro.

## **ATTIVITA' MOTORIA ANZIANI**

- Attività motoria per prevenzione malattie croniche e mantenimento efficienza fisica anziani. Somma programmata: 100.000 euro.

## **TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA**

- Accreditemento punti Unicef e parto in analgesia. Somma programmata: 750.000 euro.

- Razionalizzazione della Pediatria per garantire la sicurezza dei bambini in ospedale. Somma programmata: 1.000.000 euro.

## **MALATTIE RARE**

- Realizzazione e attivazione delle procedure per la gestione delle Malattie rare - Consolidamento registro regionale. Somma programmata: 200.000 euro.

- Attivazione dei Centri afferenti alla rete regionale per le malattie rare. Somma programmata: 1.454.024 euro.

**VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO** - Programma "Paziente esperto e consapevole", formazione di promotori di salute per la gestione efficace efficiente e patient - centred delle patologie croniche. Somma programmata: 350.000 euro.

- Implementazione coordinata di programmi di Audit Civico applicato ai servizi territoriali. Somma programmata: 100.000 euro.

- Predisposizione di piani di intervento da affidare alle ODV.

Somma programmata: 50.000 euro.

## **RIABILITAZIONE**

- Struttura balneare per diversa normalità motoria, psichica ed intellettuale - cognitiva. Somma programmata: 188.500 euro.

- Riabilitazione psicologica nei reparti critici. Somma programmata: 2.000.000 euro.

- "L'ospedale va dal paziente": l'esperienza della domiciliarizzazione. Somma programmata: 1.200.000 euro.

- Odontoiatria riabilitativa per disabili. Somma programmata: 739.517 euro.

- Definizione di un programma di intervento "sanitario preventivo riabilitativo" per le persone sorde. Somma programmata: 200.000 euro.

## **SALUTE MENTALE**

- Presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana - Attivazione di centri territoriali di Psicogeriatrica afferenti al DSM. Somma programmata: 1.170.000 euro.

- Interventi terapeutico-riabilitativi integrati - TIPS Servizio Comunitario di inclusione socio-lavorativa del paziente con grave patologia mentale. Somma programmata: 230.000 euro.

- "Cittadinanza e libertà". Somma programmata: 400.000 euro.

- Valutazione dei sistemi di cura per minori esposti ad effetti di esperienze sfavorevoli affettive. Spesa programmata: 100.000 euro.

- Centro semiresidenziale per il disturbo alimentare ossessivo - compulsivo. Spesa programmata: 200.000 euro.

**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE** - Politiche di prevenzione dell'HIV. Spesa programmata: 250.000 euro.

- Piano regionale della prevenzione. Spesa programmata: 12.300.000 euro.

- Attuazione del documento programmatico "Guadagnare salute, rendere facili le scelte salutari". Spesa programmata: 200.000 euro.

- Piano prevenzione in agricoltura selvicoltura 2010 - 2012.

Spesa programmata: 1.407.894 euro.

- Piano regionale di Prevenzione in Edilizia 2010 - 2012. Spesa programmata: 1.565.185 euro.

- Emersione delle malattie professionali in Sicilia 2010 - 2012.

Spesa programmata: 526.921 euro.

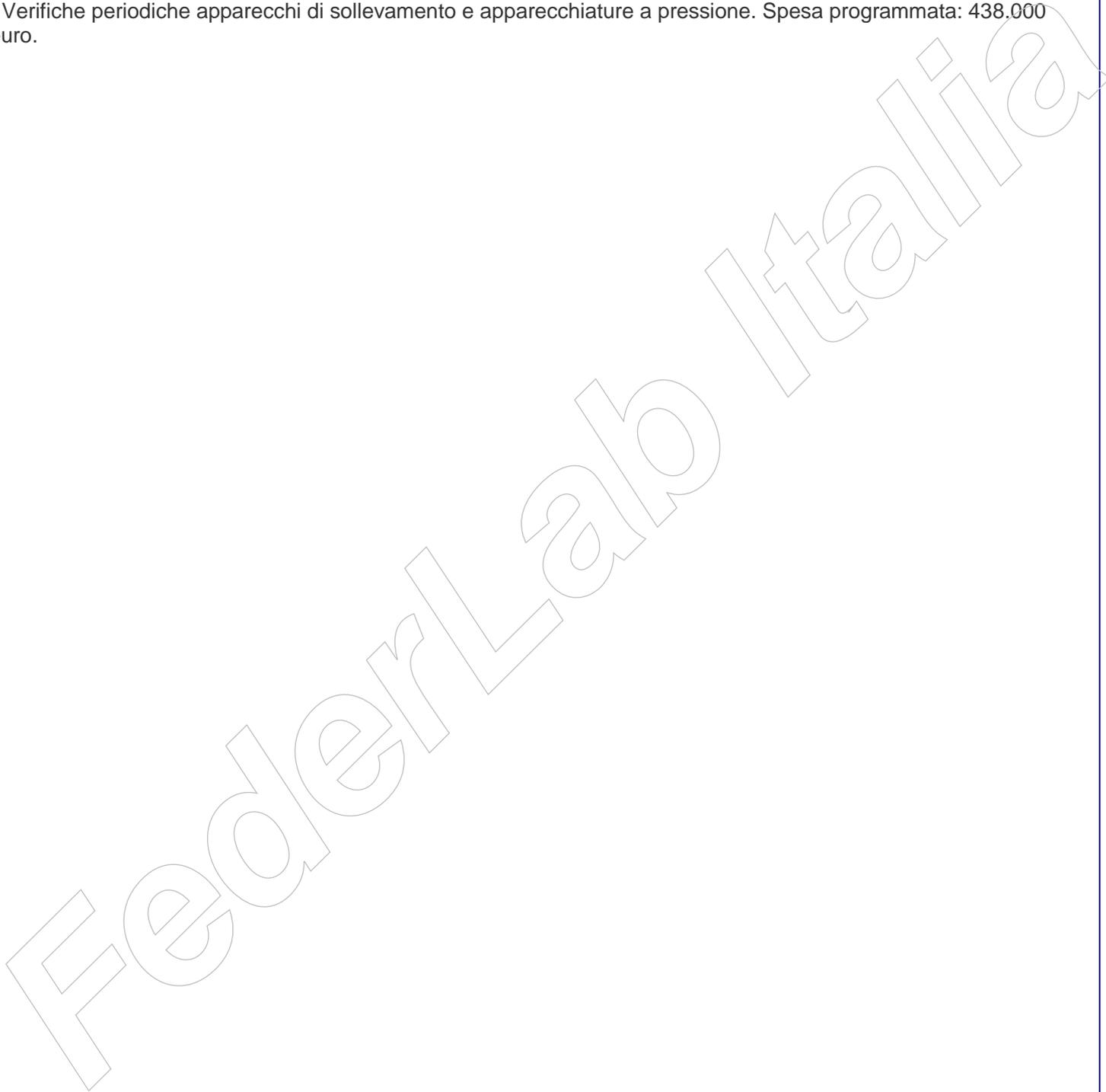
- Healthy spine: progetto pilota per un approccio integrato di Back School e Shiatsu per il personale sanitario. Spesa programmata: 50.000 euro.

- Implementazione e supporto REACH. Spesa programmata: 360.000 euro.

- Sorveglianza infortuni mortali. Spesa programmata: 250.000 euro.

- Costituzione dell'Osservatorio regionale sugli infortuni e le malattie professionali. Spesa programmata: 250.000 euro.

- Verifiche periodiche apparecchi di sollevamento e apparecchiature a pressione. Spesa programmata: 438.000 euro.





## **Sanità, in arrivo risorse per 1 mld di euro**

DI REDAZIONE IL DENARO –

LUNEDÌ 14 NOVEMBRE 2011

Sul sistema sanitario Caldoro rivela che la Campania ha ottenuto il via libera per sbloccare le risorse statali.

“Parliamo di 1 miliardo di euro che grazie al nostro piano di risanamento il Governo ci ha assegnato” spiega.

“Purtroppo le risorse non ci sono state ancora liquidate per problemi di carattere burocratico – aggiunge Caldoro – ma vorrei ricordare che questi soldi arrivano grazie all’opera di riduzione dei costi e miglioramento dei servizi attuata dalla nostra amministrazione”.

**GLI EFFETTI DELLE MANOVRE****Socio-sanitario: 25% di risorse in meno****Non autosufficienza, risorse azzerate**

La Sanità non ha voci dirette di intervento nella legge di stabilità è vero, ma il motivo sembra ovvio: le ultime manovre a partire dal 2010 e che avranno effetto fino al 2016 riducono di fatto le risorse a disposizione dell'assistenza sociale e sanitaria di circa 25 miliardi. Come dicono anche le Regioni il 25% circa di fondi in meno che a livello locale si dedicano all'assistenza. E se a questa somma si aggiungono anche gli effetti dei tagli in generale sui bilanci regionali la somma sale e sfiora i 40 miliardi.

Le partite aperte più rilevanti sono sicuramente quelle dei ticket, dell'edilizia sanitaria e del personale.

Per la prima, oltre agli oltre 800 milioni in meno che coprivano il ticket sulla farmaceutica, c'è ancora da stabilire quali altre forme di compartecipazione potrà stabilire il Governo.

Quella dell'edilizia sanitaria invece è una partita già aperta e che sta avendo i suoi riflessi negativi sugli accordi di programma che almeno sette Regioni hanno già sottoscritto e che attendono solo la disponibilità dei finanziamenti. Il miliardo promesso nel Patto sulla salute e che non c'è nella legge di stabilità 2012 avrebbe dovuto servire proprio a questo: sulla base delle ultime delibere Cipe Friuli, Lombardia, Liguria, Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Umbria hanno predisposto tutta la documentazione per sottoscrivere nuovi accordi di programma che tuttavia per andare in porto hanno bisogno di risorse che con i tagli e le razionalizzazioni non ci sono più.

Gli interventi maggiori tuttavia, oltre naturalmente che sui bilanci delle Regioni - sono quelli che hanno coinvolto il personale, per il quale, come per tutta la Pa, con la legge di stabilità cala l'ombra dei licenziamenti. I tagli derivano infatti non solo da misure dirette come quella che prevede un tetto sino alla fine del 2014 pari alla spesa 2004 meno l'1,4%, ma anche dal blocco del turn over e soprattutto da quello del rinnovo di contratti e convenzioni per un quinquennio (dal 2010 al 2014 compreso) che secondo le stime sindacali, associato al taglio delle retribuzioni oltre 90mila e 150mila euro peserà sulle buste paga di medici e dirigenti per almeno il 20%.

Infine i tagli sul sociale: risorse all'osso per le politiche sociali e la famiglia, i fondi per la non autosufficienza sono stati del tutto azzerati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le manovre di spesa e di risparmio per il Ssn**

Anno	Le misure
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Riduzione Fondo sanitario nazionale di <b>550 milioni</b></li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Riduzione fondo sanitario nazionale di <b>600 milioni</b></li> <li>● Taglio alla spesa regionale (non solo sanitaria) di <b>4 miliardi</b></li> <li>● Taglio al fondo per le politiche sociali di <b>348 milioni</b></li> <li>● Taglio al fondo delle politiche della famiglia di <b>335 milioni</b></li> <li>● Taglio al fondo per la non autosufficienza di <b>300 milioni</b></li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Taglio alla spesa regionale (non solo sanitaria) di <b>4,5 miliardi</b></li> <li>● Riduzione delle agevolazioni fiscali per <b>4 miliardi</b></li> <li>● Mancata copertura del ticket per la specialistica da <b>834 milioni</b></li> <li>● Mancato rifinanziamento dell'edilizia sanitaria per <b>1 miliardo</b></li> <li>● Taglio al ministero della Salute da <b>52 milioni</b></li> </ul>
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Taglio alla spesa regionale di <b>2,5 miliardi</b> (con tagli alla spesa per dispositivi medici e assistenza protesica, farmaci - anche ospedalieri -, prestazioni sanitarie e non)</li> </ul>
2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Taglio alla spesa regionale di <b>5,450 miliardi</b> (attraverso tagli alle stesse voci precedenti a cui si aggiungono nuovi ticket su farmaci e prestazioni sanitarie e le economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato)</li> <li>● Riduzione delle spese di personale per <b>740 milioni</b> attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blocco della contrattazione (contratti e convenzioni) sino a fine 2014</li> <li>- Blocco del turn over</li> <li>- Sino alla fine del 2014 contenimento della spesa di personale entro l'ammontare 2004 meno l'1,4%</li> </ul> </li> </ul>
2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Riduzione delle spese di personale per <b>340 milioni</b> attraverso le stesse misure precedenti</li> </ul>
2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Riduzione delle spese di personale per <b>370 milioni</b> da quest'anno attraverso le stesse misure precedenti</li> </ul>



**CONSIGLIO DI STATO/ La Regione può ridurre l'extratetto per controllare i conti**

# Deficit: leciti i tagli alle tariffe

**La tutela della salute non può prescindere dal controllo dei costi**

## No al ricorso dei privati campani

**P**er salvare i conti, le Regioni hanno tutto il diritto di abbassare le tariffe sanitarie se eccedono il tetto massimo prefissato. E questo perché la tutela della salute pubblica non può prescindere dal dovere di tenere sotto controllo i livelli di spesa, soprattutto in tempi di ristrettezze economiche come questi. Il Consiglio di Stato con la **sentenza n. 5050/2011** indica la rotta alle amministrazioni, e rimanda al mittente i ricorsi al tribunale amministrativo regionale della Campania promossi da alcune strutture accreditate.

Il nodo dei costi e della responsabilità gestionale di chi ha il compito di dirigere è preminente nel nostro Sistema sanitario. Per questo, come espressamente previsto dal Dlgs 502/1992, l'amministrazione non è tenuta a pagare prestazioni non concordate e dall'altra parte, sottolinea Palazzo Spada, i soggetti convenzionati non sono obbligati a erogare prestazioni in mancanza di contratti che definiscano i termini dei servizi.

Per i giudici, se passasse l'idea di uno sfioramento fisiologico dei tetti di spesa, risulterebbe inutile la programmazione, che è invece il pilastro dell'azione amministrativa.

Per questo, la Corte ha seguito quanto già detto in passato in giurisprudenza: «Non è pensabile di poter spendere senza limite avendo riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità e il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con le misure ora in esame» (su questo, Corte Costituzionale n. 356/1992 e n.

416/1995; e anche Consiglio di Stato, 2 maggio 2006 n. 8).

E, del resto, a supporto di questa visione, i giudici spiegano che i ritardi, come il mancato adempimento di atti programmatici - così come lamentato dalle strutture ricorrenti - non escludono la potestà dell'amministrazione pubblica nell'imporre la cosiddetta "regressione tariffaria", in modo da contenere i livelli di spesa, così come di rifiutare il pagamento per servizi non concordati. Anzi, quasi a giustificare il modus operandi, le toghe specificano che: «È fisiologica la tardività della programmazione sanitaria per quanto attiene la regressione tariffaria, purché sorretta da criteri di ragionevolezza e proporzionalità».

Insomma, i convenzionati campani avrebbero dovuto fare i conti prima, visto che era cosa nota il giro di vite sui livelli di spesa regionale, a causa dello sfioramento del tetto nell'anno precedente per oltre il 40 per cento.

Nessuna delle ragioni del ricorso ha convinto la Terza sezione del Consiglio di Stato che ha giudicato l'appello «in parte infondato» e «in parte inammissibile». Nessuna concessione, dunque, per i privati che avrebbero dovuto agire con maggiore oculatezza, tenendo conto delle indicazioni sull'appropriatezza delle prestazioni.

**Lucilla Vazza**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## In Gazzetta le linee guida del Mef

# Ricetta cartacea, l'addio nel 2012

DI ANTONIO G. PALADINO

**E**ntro settembre 2012 diremo addio alla tradizionale ricetta medica cartacea e un benvenuto a quella in formato elettronico. Sono state infatti definite dal decreto 2.11.2011 del Mineconomia (sulla G.U. di sabato 12 novembre), le linee guida per la dematerializzazione della ricetta medica cartacea, così come prevede l'articolo 11, comma 16 del d.l. n. 78/2010. La parola d'ordine, pertanto, è l'accelerazione del conseguimento dei risparmi che si otterranno grazie alla trasmissione telematica delle ricette mediche. E su questo punto, il dm in esame già mette nero su bianco le modalità operative che interesseranno i medici prescrittori e le strutture di erogazione dei servizi sanitari, secondo un corposo protocollo allegato al dm stesso. In tutto questo, il Mineconomia renderà a breve disponibile, per le regioni e le Asl, nonché ai medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale, la piattaforma dei servizi telematici necessaria per l'invio online. Seguiamo l'iter di generazione di una ricetta medica telematica. Il medico prescrittore, al momento della generazione della ricetta elettronica, invia al

Sistema di accoglienza centrale (Sac) del Mineconomia i dati della stessa, comprensivi del Numero di ricetta elettronica (Nre), del codice fiscale dell'assistito titolare della prescrizione e del codice di eventuale esenzione dalla compartecipazione dalla spesa sanitaria. Se il sistema risponde con esito positivo, il medico prescrittore rilascia al soggetto assistito un promemoria cartaceo. Se, invece, il sistema non accoglie la richiesta, il medico segnala tale anomalia al Sistema tessera sanitaria, provvedendo a compilare tradizionalmente la ricetta medica, utilizzando il bollettario standard. Il passo successivo si manifesta all'atto dell'utilizzazione, da parte dell'assistito, della ricetta elettronica. Qui, la struttura di erogazione dei servizi sanitari «preleva» (sempre in ambito telematico) dal sistema di accoglienza centrale, la ricetta elettronica nonché la promemoria che l'assistito stesso ha presentato alla struttura. Una volta completata la prestazione, la stessa struttura invia le informazioni sull'erogazione della prestazione, provvedendo, altresì, alla sua rendicontazione in apposito archivio informatico.

© Riproduzione riservata



Lo scenario del dopo-crisi: ecco le partite aperte con le quali il prossimo Esecutivo dovrà confrontarsi

# Trenta sfide per il nuovo Governo

**Federalismo, Lea, ticket, farmaci, Ordini e territorio: tavoli e progetti in stand by**

**I**l nuovo Governo appena insediato ha già un'agenda fitta per il settore della Sanità e dell'assistenza. Ci sono oltre trenta partite ancora aperte che aspettano al varco, senza contare quelle in stand by in Parlamento, travolto da una sessione di bilancio da chiudere senza nemmeno poter prendere fiato per non mancare le risposte attese dalla Ue. Un nuovo Governo che ha da subito il fiato sul collo delle Regioni, ancora in attesa delle riforme promesse e mai mantenute del Patto per la salute 2010-2012. Un Patto in buona parte disatteso che ora potrebbe essere rimpiazzato da

uno nuovo di zecca che i governatori sono pronti a discutere, ma solo di fronte a precise garanzie che ancora una volta camminano sulla difficile strada di risorse ormai all'osso. A fare pressing ci saranno anche le professioni sanitarie, che si sentono nel mirino dei tagli e maltrattate nel loro ruolo di protagonisti nella tutela della salute.

Ma tra le sfide più spinose per l'Esecutivo che verrà c'è anche il difficile traghettamento del Ssn verso il federalismo fiscale: dal 2013 si parte - o almeno si dovrebbe - con i costi standard.

A PAG. 2-3

**LA CRISI/ La lunga lista di impegni in sospeso con Regioni e categorie del nuovo Governo**

## Tutti i cantieri aperti del Ssn

**Criteri di riparto, edilizia e Patto della salute tra le priorità in attesa**

**C**i sono oltre trenta partite ancora aperte che aspettano al varco il nuovo Governo. Che avrà da subito il fiato sul collo delle Regioni, ancora in attesa delle riforme promesse e mai mantenute del Patto per la salute 2010-2012. Un Patto in buona parte disatteso che ora potrebbe essere rimpiazzato da uno nuovo di zecca che i governatori sono pronti a discutere solo di fronte a precise garanzie. A fare pressing ci saranno anche le professioni sanitarie, che si sentono nel mirino dei tagli e maltrattate nel loro ruolo di protagonisti nella tutela della salute.

Ma tra le sfide più spinose per l'Esecutivo che verrà c'è anche il difficile traghettamento del Ssn verso il federalismo fiscale: dal 2013 si parte - o almeno si dovrebbe - con i costi standard. Già dal prossimo anno si dovrà definire (con un decreto) come valutare le Regioni "benchmark" che non solo dovranno avere i conti a posto, ma dovranno dimostrare di saper erogare cure efficaci e di qualità. Le emergenze che sono piuvute sull'ormai ex-Governo - finito nella trincea di misure lacri-

me e sangue da approvare a colpi di fiducia - hanno ovviamente rallentato i lavori del Parlamento dove giace molto lavoro in sospeso. Nei cassetti restano provvedimenti come il biotestamento che, dopo la morte di Eluana Englaro avvenuta ormai oltre due anni fa, doveva essere approvato in un lampo. Ma anche la riforma degli Ordini professionali, l'ormai inflazionato governo clinico (vedi articolo qui sotto), il riordino delle farmacie - ancora sospese tra sanatorie e liberalizzazioni -, il Ddl omnibus tanto caldeggiato da Fazio e l'ormai invecchiato Ddl sulla responsabilità sanitaria. Rischia di fermarsi subito anche il riordino delle scuole di specializzazione tanto sponsorizzato negli ultimi tempi.

La lista è comunque lunga anche fuori dalle aule parlamentari. In sospeso restano a esempio tutti i tavoli sulla farmaceutica: da quello previsto con il Patto per la salute a quello - ritenuto urgente dalle imprese del comparto in vista dell'attuazione delle norme della manovra estiva - per declinare nel modo più indolore il payback del 35% dello sfondamento dell'ospeda-

licia a partire dal 2013. Sempre al capitolo della manovra da attuare restano anche l'intesa Stato-Regioni per la realizzazione dei risparmi al capitolo beni e servizi, con annesso tavolo. Idem per il ritorno del ticket nazionale che necessita di Intesa e regolamento Economia-Salute (ma la misura scatterebbe dal 2014). E serve un'intesa anche per individuare il tetto che a partire dal 2013 metterà un freno alla spesa per i dispositivi medici. Con la fine del Governo Berlusconi restano in stand by due tra i progetti più ambiziosi del ministro Fazio - che ha dichiarato di lasciare in "eredità" le priorità dei nuovi Lea da varare e dell'edilizia sanitaria da rilanciare - strettamente collegati l'uno all'altro: il riordino delle cure primarie sul territorio e il restyling dell'emergenza per la gestione dei codici minori tra centrali operative del 118 e guardie mediche. Su quest'ultimo fronte Fazio aveva appena istituito un tavolo di lavoro, incaricato di mettere a punto una proposta entro dicembre.

Con il progetto di riordino delle cure primarie, ora al va-

glio della Stato-Regioni, si riscrive l'art. 8 del Dlgs 502/1992. Il nuovo testo, che il ministro intendeva tradurre in un Ddl, con ogni probabilità sarà assorbito dalla prossima Convenzione.

Ancora tutta da capire la sorte del Programma nazionale 2011-2013 sulle demenze. Approdate in Stato-Regioni, hanno subito uno stop tecnico alla prima riunione per le perplessità espresse dai tecnici regionali su parte delle dieci priorità espresse nel documento.

Nel decalogo, misure per la definizione di una mappa dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria esistente, l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, la creazione di una rete inte-



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

15-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 3

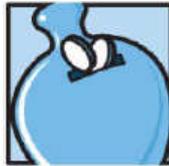
grata, lo sviluppo di linee di indirizzo clinico e la promozione della ricerca scientifica, l'implementazione delle linee di indirizzo d'accordo con le Regioni, lo sviluppo di una Carta dei servizi, una rete di sostegno ai caregiver, la formazione di questi ultimi e dei carer informali, il monitoraggio delle attività e un coordinamento permanente per le demenze.

Il Piano nazionale vaccini, da gennaio all'esame delle Regioni, è in dirittura d'arrivo. Il Pnv prende atto del fai-da-te regionale ma prevede un monitoraggio costante sul raggiungimento degli obiettivi fissati a livello nazionale. Il testo ripropone parzialmente il calendario vaccinale proposto nel luglio 2010 da Sip, Fimp e Siti, ma nella sua ultima versione ha perso l'estensione dell'offerta anti-varicella a tutte le Regioni.

In stand-by c'è anche il Piano oncologico nazionale, varato dalla Conferenza Stato-Regioni a febbraio scorso: per la sua attuazione devono partire tre tavoli misti, i cui rappresentanti regionali sono stati appena nominati. E il cambio di Governo rischia di rallentare la già farraginoso riforma dell'assistenza sanitaria nelle carceri con il passaggio di competenze dallo Stato alle Regioni, insieme con lo svuotamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Emergenze per nulla di secondo piano, che richiedono risposte immediate.

**Red.San.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE PRINCIPALI PARTITE IN GIOCO****ECONOMIA**

- Revisione criteri di riparto
- Lea
- Lep
- E-gov 2012
- Nuovi ticket come previsto dalla manovra estiva
- Tavolo farmaci
- Tavolo dispositivi medici
- Federalismo fiscale: Dpcm (previa intesa in Stato-Regioni) che deve definire i criteri di qualità dei servizi erogati, di appropriatezza e di efficienza necessari per individuare le Regioni benchmark per i costi standard
- Federalismo fiscale: Dpcm (d'intesa con la Conferenza unificata) che deve effettuare la ricognizione dei livelli essenziali delle prestazioni per l'assistenza

**PROGRAMMAZIONE**

- Riordino territorio
- Riordino emergenza-urgenza
- Piano nazionale vaccini
- Piano nazionale riabilitazione
- Piano nazionale oncologico (approvato in Stato-Regioni ma va attuato con tre tavoli misti, appena nominati, che adesso rischiano lo stallò)
- Linee guida demenze
- Linee guida diabete
- Opg e carceri (la riforma, che già procede con difficoltà, accumulerà altri ritardi)
- Psn

**PARLAMENTO**

- Riforma dell'assistenza
- Biotestamento
- Ordini delle professioni
- Governo clinico
- Farmacie riordino
- Omnibus (sperimentazioni cliniche, ordini professionali, fascicolo sanitario elettronico, assicurazioni medici, giovani ricercatori, direttori scientifici degli Irccs ecc.)
- Enti vigilati dal ministero della Salute
- Responsabilità sanitaria del personale
- Riordino scuole di specializzazione
- Registri per patologie
- Adozione degli embrioni inutilizzati
- Sostegno a ricerca e produzione di farmaci orfani

**FATTO PER LA SALUTE**

- Razionalizzazione della rete ospedaliera
- Accreditemento e remunerazione delle prestazioni
- Continuità ospedale territorio
- Promozione qualità e clinical governance
- Sistema di monitoraggio dei fattori di spesa
- Razionalizzazione assistenza agli anziani e ai soggetti non autosufficienti
- Monitoraggio e verifica Lea
- Relazioni con le istituzioni sanitarie private
- Nuovo sistema informativo sanitario

## L'ALLARME

## La preoccupazione dei sindacati «Impossibili altri tagli alla sanità»

*Il settore  
ha già sopportato  
sacrifici  
per 8 miliardi*

ROMA - La sanità italiana ha pagato un prezzo altissimo alla crisi negli ultimi anni, tra tagli alla spesa e introduzione dei ticket. Ora è arrivato il momento di dire basta e di trovare risorse per evitare che il sistema «collassi definitivamente». Ma per farlo è necessario garantire l'autonomia del ministero della Salute, evitando quell'accorpamento con il ministero del Welfare, ipotesi al vaglio dell'imminente governo targato Monti, che di fatto priverebbe il servizio sanitario nazionale del suo principale organo di garanzia. A chiederlo a gran voce è l'intero comparto sanitario, dai sindacati medici alle associazioni fino alle aziende ospedaliere.

«Il rischio principale è che si porti avanti l'ulteriore taglio di 8 miliardi (dopo i 4 già tagliati con le precedenti ma-

novre), insostenibile per garantire i livelli essenziali di assistenza (lea) anche per le Regioni cosiddette virtuose», spiega il segretario della Fp-Cgil Massimo Cozza, preoccupato che i tagli previsti per il prossimo anno dalla Manovra economica possano essere anticipati da un nuovo Governo già a fine anno. Preoccupazione fondata anche per Costantino Troise, segretario dell'Anao-Assomed: «la sanità è stata già troppo penalizzata nelle precedenti manovre, il rischio vero a questo punto è l'esistenza stessa di un sistema sanitario pubblico e nazionale, dove a prescindere dal luogo di residenza tutti dovrebbero avere le stesse chance di cura». Si augura invece che il ministero della Salute preservi la sua autonomia Giovanni Monchiero, presidente della Fiaso (Federazione aziende ospedaliere).



**CAMERA/ COMMISSIONE AFFARI SOCIALI****Governo clinico, ecco l'ultimo testo base****Volontariato nella programmazione****Emendamenti entro il 15 dicembre**

L'ultimo testo del Ddl sul governo clinico, messo a punto dopo il via libera delle Regioni dal relatore, Domenico Di Virgilio (Pdl), è approdato la scorsa settimana alla commissione Affari sociali della Camera. Il termine per la presentazione degli emendamenti è stato fissato alle ore 12 del 15 dicembre.

Un testo unico ulteriormente ritoccato e che ora potrebbe dare il via al dibattito "finale" se la crisi di Governo non lo fienrà per l'ennesima volta. La sua storia infatti inizia esattamente quattro anni fa, nel novembre 2008, e da quel momento si sono susseguite modifiche e riscritture che hanno asciugato il testo originario dal punto di vista del numero degli articoli (sono otto, sono stati anche quattordici) e dei contenuti (a esempio le modifiche all'intramoenia, cassate per la richiesta delle Regioni di eliminare l'argomento nonostante la netta contrarietà di molti sindacati).

Nell'ultimo testo le modifiche rispetto a quello presentato a settembre riguardano all'articolo 1 la previsione inserita ex novo che le Regioni prevedano anche il coinvolgimento del volontariato oltre che delle associazioni rappresentative dei cittadini nelle forme di «partecipazione democratica» per la programmazione delle politiche socio-sanitarie.

Altra modifica è all'articolo che riguarda il Collegio di direzione che deve essere

consultato, secondo il nuovo testo, «obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche».

Modifiche anche all'articolo sugli affidamenti degli «incarichi di natura professionale e di direzione di struttura». Si precisa che i due direttori di struttura complessa inseriti nella commissione che dovrà scegliere i candidati, devono essere della «medesima specialità dell'incarico da conferire» e cambia il modo di elaborare i risultati: sarà approvata una graduatoria da cui il direttore generale sceglierà il candidato da nominare tra i primi tre in classifica. Niente più tema "secca", quindi, come nelle precedenti versioni.

Per quanto riguarda gli incarichi di struttura semplice, invece, la previsione del Ddl è stata ampliata con l'inserimento della nomina dei dirigenti nei Dipartimenti e non solo nelle singole strutture complesse e per questo è stato aggiunto che la proposta, in tal caso, dovrà arrivare dal direttore del Dipartimento.

Gli incarichi di natura professionale e di direzione di struttura però - è un'altra modifica al testo - non potranno essere assegnati a chi ha un contratto a tempo determinato, inserito di diritto negli organici del Ssn (ma solo se non si può far fronte alle esigenze con i dipendenti regolari) con il Dlgs 229/1999.

Infine, il nuovo testo unificato specifica che le linee guida da approvare in Stato-Regioni su proposta del **ministro della Salute** per definire le modalità di valutazione dei dirigenti medici e sanitari, devono tenere conto anche dei principi indicati nella riforma Brunetta.

Il Dlgs 150/2009 ha previsto per la valutazione delle performance individuali un preciso percorso che la collega agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità, al raggiungimento di specifici obiettivi individuali, alla qualità del contributo assicurato alla

performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Per ora quindi non sono state inserite le ulteriori modifiche chieste dalle Regioni. La prima era di snellire ulteriormente l'articolo sui principi fondamentali prevedendo solo che siano le Regioni a disciplinare l'organizzazione delle aziende sanitarie «secondo i principi del governo clinico e della partecipazione organizzativa degli operatori; principi che trovano espressione istituzionale nel Collegio di direzione, anche quale organo aziendale, e configurazione organizzativa nel Dipartimento e nei suoi organismi». Poi - seconda richiesta - di inserire come previsto dal Dlgs 502/1992

che per la nomina a direttore generale il requisito di attività quinquennale di direzione fosse stato svolto negli ultimi dieci anni. E ancora - terza richiesta - prevedere meno norme di dettaglio per quanto riguarda la programmazione e la gestione regionale delle tecnologie sanitarie che «Sarebbe più appropriato» regolamentare «nelle forme previste dall'ordinamento (intesa e/o accordo), magari all'interno del quadro degli indirizzi del Piano sanitario nazionale», sostengono i governatori.

**P.D.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

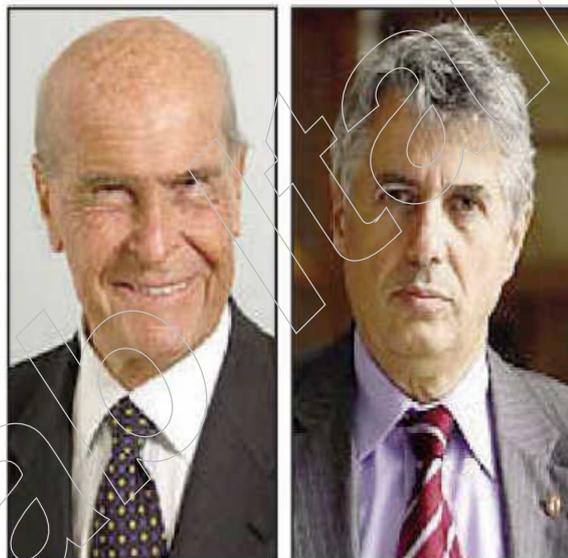


**TOTOMINISTRI****UN SOLO MINISTERO?**

*L'ipotesi è sempre più probabile. Potrebbe esserci il ritorno all'accorpamento nel Welfare del ministero della Salute. Tantissime le reazioni dal mondo politico*

L'indiscrezione sull'intenzione di Monti di tornare alla legge Bassanini continuano a circolare insistentemente. Calano sensibilmente le quotazioni di **Umberto Veronesi** e dello stesso Fazio, ministri "tecnici" della Salute. "La conferma del ministro Ferruccio Fazio alla guida del dicastero della Salute rappresenterebbe un valida continuità per il lavoro già svolto nell'ambito della ricerca sanitaria nel Paese". Ad affermarlo è Silvio Garattini, direttore dell'istituto 'Mario Negri' di Milano, che si dice inoltre contrario all'ipotesi accorpamento Welfare-Salute. Tale ipotesi trova contraria anche la Federazione Italiana delle aziende sanitarie che dichiara: "siamo fermamente contrari all'accorpamento dei 2 ministeri perché un sistema in cui le differenze tra le Regioni si vanno esasperando, bisogna mantenere la garanzia del diritto alla salute in tutti luoghi del Paese". L'ipotesi

dell'accorpamento "sarebbe una scelta non auspicabile in quanto i problemi della sanità sono fondamentali per la qualità della vita dei cittadini e per l'economia nazionale". E' la presa di posizione di Umberto Tirelli, direttore del Dipartimento di oncologia medica dell'Istituto tumori di Aviano. Per il Presidente del Lazio, Renata Polverini, "il ministro Fazio è stato un ministro attento e competente, che ha seguito con attenzione tutto il sistema nazionale". **TOTOMINISTRO:** Detto dell'ex ministro Veronesi, che scontrerebbe il forte no del mondo cattolico (è di ieri un "durissimo" attacco nei suoi confronti del quotidiano *Avvenire*) e di una parte del Pdl, salgono le quotazioni il rettore della Sapienza di Roma, **Luigi Frati**. Il profilo di Zamagni, presidente dell'Agenzia per il terzo settore, si attaglierebbe benissimo al Welfare, mentre il nome nuovo è quello di Carlo Dell'Aringa, cattolico ben visto dai sindacati.



Umberto Veronesi e Luigi Frati



Presentato il XVI Rapporto Pit Salute del Tdm-Cittadinanzattiva «Diritti al Taglio»

# Lea da essenziali a “possibili”

## Meno errori più carenze del personale - Diritti sempre meno esigibili

**I**l Ssn è sempre più povero; il cittadino mette sempre più mano al portafogli e i livelli essenziali e uniformi di assistenza mezza Italia non sa più che sono.

Non è un caso se il XIV Rapporto Pit Salute - il report messo a punto ogni anno da Tribunale dei diritti del Malato - Cittadinanzattiva, presentato giovedì scorso a Roma, si intitola “Diritti al taglio”.

Nel tradizionale oceano di cifre - frutto quest'anno dell'analisi su 24.524 segnalazioni raccolte dalla sede centrale e da tutte le diramazioni territoriali - il dato che emerge con maggior prepotenza è proprio il graduale sfaldamento del Ssn: «I livelli essenziali di assistenza, di fatto, non sono più essenziali ma “possibili”»: non sono più ciò che deve essere garantito, ma ciò che può essere garantito con le risorse disponibili», dice Francesca Moccia, coordinatrice nazionale del Tdm.

Così, tra le informazioni riferite alle dieci aree tradizionalmente monitorate, va subito in primo piano il “raddoppio” nel giro di un anno delle segnalazioni relative alla difficoltà d'accesso ai servizi, che tra il 2009 e il 2010 sono passate dal 5,5 a quasi il 10 per cento.

Un dato che mette quasi in secondo piano l'annoso fenomeno delle segnalazioni di presunta malpractice, in crescita dello 0,5% rispetto al 2009 e sempre in cima alla lista delle lamentele dei cittadini. Nel 2010 ha concentrato il 18,5% delle segnalazioni e anche in questo caso dal dato disaggregato emerge una nuova frattura nel rapporto tra Ssn e

cittadini che coinvolge direttamente il personale: i casi di “trascuratezza” e “mancanza d'attenzione” segnalati sono raddoppiati passando dal 5,8% del 2009 al 12,9% del 2010 e nel campionario delle esperienze in questione figura tutto il campionario delle colpevoli incongruità che solo per un caso fortuito finiscono col non far danno: dal lasciare il farmaco sul comodino senza verificare che il paziente lo assuma alla mancata applicazione delle sbarre protettive al letto dei pazienti fragili o non autosufficienti; dal lasciare esposti i pazienti a correnti d'aria alla mancata segnalazione di gradini, pavimenti bagnati ecc.

C'è poco da meravigliarsi visto come sono bistrattati del resto anche tutti gli altri “diritti” ipoteticamente garantiti: coerentemente con l'impovertimento - economico, ma anche (forse) culturale del Ssn, che è anche specchio del Paese - il primo diritto a essere misconosciuto è quello all'informazione, la cui carenza è al terzo posto nella lista delle segnalazioni (14%) dopo presunti errori e liste d'attesa.

Ha un senso: chi non è informato non può chiedere o esigere. Anche se esigere - con un interlocutore non “incattivito” - ma certamente “impoverito” - è più difficile che mai.

Di seguito, in estrema sintesi, i dati principali contenuti nei diversi capitoli del Rapporto che restituisce l'affresco di un Ssn che resterà (chissà per quanto) - ancora in cerca d'autore. E con un oroscopo-testamento stilato all'impronta dal ministro della Salute Ferruccio Fazio a margine

della presentazione del Pit: «Mi auguro che il prossimo Governo individui come prime due priorità l'approvazione dei nuovi Lea e l'attuazione dell'articolo 20 della legge 67 del 1988 sugli investimenti in edilizia sanitaria». I primi sono bloccati al desk dell'Economia da almeno tre anni, per problemi economici. La Legge di stabilità 2012 trascura di stanziare 1 miliardo per l'edilizia sanitaria promessa alle Regioni con il Patto per la salute 2010-2012.

● **Malpractice.** Diminuiscono complessivamente i presunti errori (dal 63% di segnalazione del 2009 al 58,9% del 2010); si segnalano più errori terapeutici (55,3%) che diagnostici (44,7%). Ortopedia, chirurgia, oncologia e ostetricia restano sempre le aree più coinvolte. Costanti invece le segnalazioni sulle infezioni nosocomiali (6,6%) connesse al peggioramento delle condizioni igieniche delle strutture che totalizzano un 46,9% di segnalazioni (contro il 43,4% del 2009).

● **Liste d'attesa.** Le segnalazioni sono aumentate dell'1% (totale 16%): si attende ancora 1 anno per la mammografia, 15 mesi per la Moc, 10 per la Tac. L'attesa è lunga soprattutto per la diagnostica (52,6%, +2,1% rispetto al 2009) e le visite specialistiche (28,2%, +0,2%) soprattutto in oculistica, cardiologia e odontoiatria.

● **Informazioni.** A risultare carenti e frammentarie sono soprattutto le info sulle prestazioni assistenziali (16,2%), soprattutto sulle procedure per invali-

dità e handicap. Seguono le informazioni sulle strutture esistenti (13,7%) e l'accesso alla documentazione sanitaria (13,1%).

● **Assistenza territoriale.** Segnalazioni in leggera flessione (dal 12,7% del 2009 all'11,5% del 2010) ma si lamentano con maggior frequenza che in passato l'inadeguatezza degli orari (18,4%, +7,4%) e la sottostima del problema segnalato al medico (12,8%, +2,8%).

● **Invalità e handicap.** Un dato vale per tutti: per accedere ai benefici economici previsti si attendono in media due anni e due mesi. In particolare 5 mesi e mezzo per la prima visita, 9 mesi e mezzo per il verbale e 11 mesi e mezzo per l'erogazione dell'assegno.

● **Accesso ai servizi.** Nel giro di un anno le segnalazioni sono quasi raddoppiate (dal 5,5% del 2009 al 9,5% del 2010): punti cruciali i costi delle prestazioni (44,8%), la lunga attesa (32,1%) o la totale assenza del servizio per chiusura del reparto o della struttura (23%).

● **Assistenza ospedaliera.** Il punto più critico è quello dell'emergenza-urgenza: le segnalazioni passano dal 29,8% del 2009 al 41,4% nel 2010. Nel mirino il pronto soccorso giudicati carenti per le lunghe attese (42,1%), per il trasporto in ambulanza (29,4%, +19,3% sul 2009) e per la scarsa trasparenza nell'assegnazione dei codici (28,5 per cento).

**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

15-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 6

**Presunta malpractice e sicurezza delle strutture**

Presunta malpractice	2010	2009
Presunti errori diagnostici e terapeutici	58,9%	63%
Disattenzione del personale sanitario	12,9%	5,8%
Infezioni nosocomiali	6,6%	6,7%
Condizioni delle strutture	17,8%	19,1
Sangue infetto	3,8%	5,4%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Ticket ed esenzioni**

Ticket ed esenzioni	2010	2009
Prestazioni diagnostiche e visite specialistiche	73,5%	62,5%
Farmaci	22,5%	28,0%
Prestazioni pronto soccorso	4,0%	9,5%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

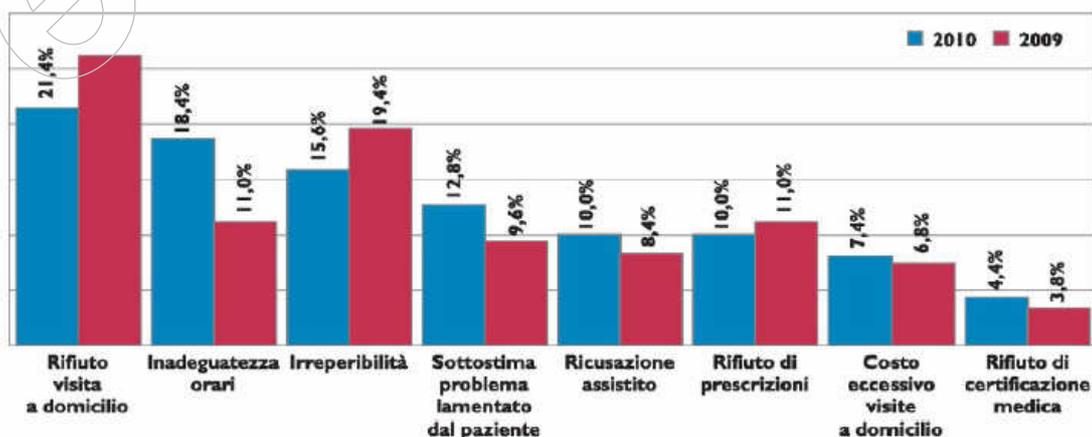
Fonte tabelle e grafica: Cittadinanzattiva - Rapporto Pti Salute 2011

**Dove si annida l'errore**

Presunti errori diagnostici Area specialistica	2010	2009	Presunti errori terapeutici Area specialistica	2010	2009
Oncologia	29,3%	27,6%	Ortopedia	17,6%	33,3%
Ortopedia	14,8%	17,2%	Chirurgia generale	11,7%	8,0%
Ginecologia e ostetricia	10,1%	13,7%	Oncologia	10,7%	6,7%
Cardiologia	8,2%	10,4%	Odontoiatria	8,9%	8,0%
Neurologia	7,0%	6,9%	Cardiologia	7,9%	1,3%
Pneumologia	6,0%	0,0%	Oculistica	5,0%	6,7%
Oculistica	5,0%	3,5%	Neurologia	5,0%	1,4%
Odontoiatria	4,1%	3,5%	Ginecologia e ostetricia	4,1%	10,7%
Dermatologia	3,1%	0,0%	Gastroenterologia	4,0%	5,3%
Gastroenterologia	3,1%	6,9%	Urologia	3,5%	2,7%
Malattie infettive	2,1%	3,5%	Cardiologia	2,2%	1,3%
Pediatria	1,2%	0,0%	Ematologia	2,2%	2,7%
Altre aree	6,0%	6,8%	Pneumologia	1,7%	2,7%
			Angiologia	1,7%	0,0%
			Pediatria	1,7%	1,3%
			Chirurgia estetica	1,6%	0,0%
			Nefrologia	1,1%	0,0%
			Medicina generale	1,1%	1,3%
			Otorinolaringoiatria	1,1%	1,3%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Le attese medie per esami diagnostici, visite specialistiche e interventi chirurgici (mesi)**

Esame diagnostico	2010	2009	Visita specialistica	2010	2009	Intervento chirurgico	2010	2009
Moc	15,0	12,0	Urologia	12,0	12,0	Chirurgia plastica ricostruttiva	13,5	12,0
Mammografia	12,0	14,0	Oculistica	8,0	8,0	Maxillo-facciale	13,0	12,0
Rm/Tac/Pet	10,0	9,0	Cardiologia	7,5	9,0	Protesi d'anca	9,0	12,0
Ecografia	8,5	6,0	Ortopedia	6,0	6,5	Ipertrofia prostatica	8,5	8,0
Colonscopia	6,5	8,0	Oncologia	5,0	9,0	Tiroide	7,0	7,0
Ecodoppler	5,5	8,0	Neurologia	5,0	4,0			
Ecocardiogr./Ecg	4,5	6,5	Odontoiatria	4,0	5,5			
Elettromiografia	4,0	4,0						

**Assistenza primaria di base**

## Per risparmiare basterebbe non curare più

**N**on illudiamoci che sia passata la tempesta finanziaria e di credibilità dell'Italia che ha gettato giù dalla torre Berlusconi e i suoi fedelissimi. Le cattive notizie - maxi emendamento alla legge di stabilità a parte - devono ancora arrivare per gli italiani. E la brutalità degli interventi in cantiere o anche solo nella testa di chi dovrà decidere, non è facilmente immaginabile. Altroché addio vecchio Welfare, ormai sono a rischio i più elementari diritti sociali e di assistenza. Con effetti devastanti per gli italiani, per la loro salute e per le loro tasche. E per il Servizio sanitario nazionale, o di ciò che ne resterà dopo la cura di drastica potatura in arrivo ai conti pubblici.

Il 2012 parte con 4 miliardi in meno di riduzione del fondo, mentre nel 2013-2014 arriveranno altri 8 miliardi di tagli. Con nuovi ticket in cantiere, Lea ed esenzioni in bilico, riduzione di personale, interventi anche selvaggi su stipendi, Tfr e pensioni dei dipendenti. Per non dire della mina della riforma dell'assistenza. In fondo, lo smantellamento del Ssn è già in atto. E più d'uno dubita ormai che lì ci si fermerà. Altro che tagli a sprechi, disservizi e mala gestione. Neanche il fantasma malato del federalismo calderoliano poteva prevederlo. In fondo, risparmiare è facile: basta non curarsi. E non curare. (R.Tu.)



VENETO/ Aggiornate le tariffe che remunerano l'offerta pubblica e accreditata

# Arrivano i Drg «da manuale»

Ricoveri classificati in quattro classi di priorità a partire dal 1° gennaio

## Il privato perde 30 milioni di euro

**T**ariffe rimodulate verso il basso, in un'ottica di risparmio e di appropriatezza che premia le prestazioni ad alta complessità. È quanto prevede la delibera sui nuovi Drg fissati dalla Regione del Veneto, approvata la settimana scorsa dalla Giunta regionale. La premessa ai due allegati, che riclassificano i Drg per intensità di cura e durata del ricovero e dettano i nuovi compensi, dà conto di un lungo percorso che innova quanto disposto con l'ultimo provvedimento, fermo al 2006 e tutt'ora in vigore. «Anche se – come precisa l'assessore alla Sanità **Luca Coletto** – avevamo già provveduto a un provvisorio aggiornamento, pari al 5%, delle tariffe. Sulla base delle nuove stime siamo arrivati a un apprezzamento complessivamente pari al 5,5%, poco lontano da quella stima».

Ai nuovi Drg – che scatteranno dal 1° gennaio – il Veneto arriva con una sforbiciata al privato accreditato da 30 milioni di euro e un'imputa per gli ospedali Ssn che per i convenzionati, verso performance migliori. I Drg ad alta complessità sono stati "rivalutati" del 10 per cento, mentre per i 108 inappropriati, di cui per altro la Regione aveva già ampiamente razionalizzato l'offerta, sono stati ulteriormente ribassati.

La definizione delle nuove tariffe è arriva-

ta grazie alla definizione di un "Manuale per la determinazione dei costi operativi delle prestazioni specialistiche e ospedaliere di laboratorio, radiologia, riabilitazione e oncologia medica", elaborato grazie a un progetto pilota affidato al Cergas-Bocconi. È in seguito all'istituzione di un comitato tecnico permanente per il sistema di erogazione e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, composto anche da un rappresentante per ciascuna associazione di categoria Aioip e Aris. Il comitato ha provveduto poi alla nuova classificazione, che segue le indicazioni nazionali con il raggruppamento dei ricoveri in quattro classi: A (definiti di alta complessità dalla Tuc, la tariffa unica per la compensazione della mobilità sanitaria anno 2010); B (Drg con peso pari o superiore a 2 o svolti per almeno il 60% da Uo con alte specialità); C (Drg rimanenti); D (Drg ad alto rischio di inappropriata). Gli stessi ricoveri sono poi stati ripartiti nelle tre fattispecie: ordinari, diurni e "0-1 giorno".

Nell'ottica della mobilità regionale e dei tariffari applicati da Regioni limitrofe (Lombardia ed Emilia Romagna in particolare) la delibera non può che tenere conto della già citata Tuc. Spetterà infine al segretario regionale Sanità aggiornare la remunerazione di interventi di particolare complessità eseguiti con robot chirurgici.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Consulenze d'oro e clientele: bufera Ares

*Sanità, il centrodestra: scandalosa assenza di Fiore e Bux in commissione*

## La scheda

### I GETTONI

I membri del nucleo per gli investimenti sarebbero retribuiti mille euro a riunione

### LE CONSULENZE

Nel mirino quella effettuata dal direttore amministrativo Guerra per 100 euro l'ora

### LE ASSUNZIONI

In commissione la parentopoli dell'Ares dove sarebbero stati assunti molti figli di dipendenti

## Denunce e lettere anonime contro dirigenti, nuovi assunti e collaboratori

**U**N FALDONE di mail, lettere e denunce tutte rigorosamente anonime. I grandi accusati, invece, hanno i nomi e i cognomi di alcuni dirigenti, consulenti e nuovi assunti dell'Ares, l'agenzia regionale per la salute. Un nuovo presunto capitolo di scandali all'interno della sanità pugliese che il centrodestra avrebbe voluto portare all'attenzione del consiglio regionale. Ma l'audizione in terza commissione dell'assessore alla Sanità Tommaso Fiore e del direttore dell'Ares Franco Bux è saltata all'ultimo momento per la contemporanea assenza dei due rappresentanti.

A puntare l'indice contro la mancata audizione dei due rappresentanti istituzionali è stato il vice capogruppo del Pdl alla Regione, Massimo Cassano: «Contratti di consulenza pagati a peso d'oro, concorsi interni per scorrere graduatorie predisposte per mandare funzionari e impiegati in posti apicali nelle Asl, bandi per assumere parenti stretti di dirigenti dell'assessorato alla Sanità. Uno scandalo documentato da infinite denunce, lettere, mail che raccontano storie di consulenze, promozioni, sedute del nucleo per gli investimenti che fruttano ai componenti fino a mille euro alla volta, assunzioni politiche, contratti da decine di migliaia di euro. Uno scandalo — de-

nuncia Cassano — quasi sottolineato dall'inspiegabile assenza, ieri davanti alla commissione regionale Sanità, del direttore dell'Ares, Bux, e dell'assessore alle politiche per la salute, Fiore».

Nelle denunce finite sulle scrivanie dei consiglieri regionali c'è il caso del nucleo di valutazione per gli investimenti dell'agenzia i cui componenti percepirebbero gettoni di presenza da mille euro.

Nel mirino delle segnalazioni anonime anche il direttore amministrativo dell'ente, Claudio Guerra, che avrebbe percepito 100 euro l'ora per una consulenza prestata all'Oncologico di Bari per sei mesi di lavoro. «Una prestazione retribuita con 11 mila euro aggiuntivi tutti a carico dell'Ares» accusa il Pdl irritato per i mancati chiarimenti sull'argomento. Un capitolo a parte delle numerose segnalazioni arrivate in via Capruzzi merita la presunta parentopoli dell'Ares. I figli di alcuni dipendenti dell'agenzia regionale sarebbero stati assunti e trasferiti fuori Bari in mobilità per non destare troppi sospetti.

«L'audizione in commissione è solo rimandata — sottolinea il capogruppo del Pdl Rocco Palese — ma occorre verificare subito le segnalazioni arrivate dall'interno dell'agenzia. In un momento in cui la Regione chiude gli ospedali e chiede ai pugliesi 340 milioni di euro di tasse aggiuntive la gestione della sanità deve essere improntata alla massima trasparenza».

(p. rus.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## **Termoli On Line**

### **In vigore i nuovi ticket, ma non per tutti**

**TERMOLI.** Con specifico atto separato il presidente della Regione Molise, dopo aver dovuto disporre l'aumento dei ticket sanitari resosi necessario e obbligatorio per compensare l'aumento della spesa farmaceutica a livello territoriale, ha disposto l'esenzione totale degli stessi ticket per le categorie più deboli.

Queste nelle specifico le tipicità di esenzione: esenti dal pagamenti della quota sulla confezione di euro 2 (farmaco con brevetto) o 0,50 centesimi (farmaci a brevetto scaduto sia branded che unbranded).

a) Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

Codice: E; Sub Codice 02.

b) Titolari di assegno( ex pensione) sociale e loro familiari a carico (art. 8 comma 16 legge 537/93 e s.m.e i .). Codice: E; Sub codice 03.

c) Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore ad € 36.151,98 (ex art.8, comma 16 della L 537/1993 e succ. Modifiche e integrazioni). Codice E; Sub codice 01.

d) Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

Codice E; Sub codice 04.

“Il provvedimento” ha detto il presidente lorio “dà attuazione anche ad una nostra specifica volontà di proteggere e salvaguardare le categorie deboli che non solo non subiranno l'aumento, ma saranno completamente esentate dal pagamento del ticket”.

# CORRIERE della CALABRIA

## Sanità, Pezzi ritira le dimissioni da sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro

***Il generale della Finanza chiamato a risollevare le sorti di un comparto disastroso definisce «chiuso» il caso che lo ha visto protagonista***

**CATANZARO** Luciano Pezzi ritorna sui suoi passi. Il sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi della sanità calabrese dichiara «chiuso» il caso apertosi all'indomani della mail inviata al governatore Peppe Scopelliti e al direttore generale della presidenza della Regione, Franco Zoccali, e in cui rassegnava le dimissioni dai vertici della struttura commissariale. «Ci siamo chiariti – spiega il generale della Finanza chiamato a risollevare le sorti della sanità in Calabria – con Scopelliti e gli altri e ho capito che il mio compito non è ancora terminato». Nella giornata di oggi, Pezzi, assieme a Scopelliti e ai rappresentanti crotonesi della maggioranza che governa la Regione, ha preso parte a Palazzo Alemanni a un incontro operativo sul potenziamento dell'ospedale pitagorico. Un rientro a pieno titolo, insomma.

E pensare che solo lo scorso 25 ottobre, alla vigilia nel corpo di una mail piombata sui tavoli della politica calabrese e su quello dell'Aiop, Pezzi scriveva: «La riunione in programma per il 26 ottobre è sospesa a causa delle mie dimissioni. Dimissioni che sto formalizzando in queste ore». Qualcosa, evidentemente, è cambiato nel corso di questi giorni. Scopelliti, almeno per il momento, può tirare un grosso sospiro di sollievo perché il ritorno alla base del sub-commissario evita alla politica di restare col cerino della sanità tra le mani. E proprio il tema della sanità sarà al centro della prossima seduta del consiglio regionale già fissata per venerdì 18 novembre. Con le opposizioni che già promettono battaglia: «La giunta Scopelliti e la maggioranza di centrodestra sino a oggi hanno prodotto solo molti annunci e proclami mentre si aggravano le emergenze calabresi a cominciare dalla Sanità, settore in cui si registrano enormi ritardi nell'attuazione del Piano di rientro, e dove sono messi in discussione, tra l'altro, i livelli essenziali di assistenza, per come risulta dagli atti aziendali inutili e contraddittori, anche perché privi di visione regionale».



## *Sanità, Bravi: «Colpire sprechi e spese inappropriate. Ticket, la Regione deve introdurre l'Isee»*

### Venerdì la giornata di mobilitazione indetta dal sindacato

Scritto il 14/11/11

Non può oggi essere rimessa in discussione la sanità virtuosa dell'Umbria, la migliore a livello nazionale sommando i risultati di bilancio con quelli sui Lea (livelli essenziali di assistenza) secondo i dati del ministero della Salute pubblicati a marzo 2011, e garantita soprattutto grazie al lavoro pubblico di alta qualità di migliaia di operatori: lo dice la Cgil regionale che ha organizzato a livello locale per venerdì prossimo la giornata di mobilitazione che a livello nazionale è stata promossa dallo stesso sindacato. Lunedì Mario Bravi, segretario generale della Cgil dell'Umbria, in una conferenza stampa a Perugia insieme a Spi Cgil e Fp-Cgil, ha ribadito che il suo sindacato intende «mantenere alto il livello di mobilitazione per far capire al nuovo Governo che tagli al welfare e alla sanità non possono essere la via per uscire dalla crisi».

**Bravi: colpire gli sprechi** Per la Cgil, anziché proseguire sulla strada dei tagli, è fondamentale «colpire gli sprechi e le spese inappropriate» e «riconvertire la rete ospedaliera a favore dei servizi territoriali, i cosiddetti "centri socio-sanitari del distretto", i quali devono restare aperti 24 ore su 24, garantendo, con la presenza dei medici di base, le cure primarie, visite ed esami e fornendo i primi soccorsi ai codici bianchi e segnalazioni ai 118». Per Vanda Scarpelli, segretario generale della Fp-Cgil umbra, occorre anche in Umbria «riorganizzare e spendere al meglio le risorse disponibili, con sinergie e razionalizzazioni, senza aperture al privato e favorendo una reale partecipazione delle scelte. Occorre partire dallo sblocco delle assunzioni e dalla lotta al precariato, soprattutto nella dirigenza medica. Senza dimenticare – ha aggiunto Scarpelli – la situazione dei 35 autisti soccorritori della Croce Rossa che, dopo la privatizzazione dell'ente, sancita nel maxiemendamento, l'ultimo regalo del Governo Berlusconi, rischiano di ritrovarsi senza lavoro».

**La polemica sul ticket** Nella giornata di mobilitazione di venerdì la Cgil dell'Umbria, con lo Spi e la Fp, organizzerà volantaggi in tutti i presidi ospedalieri dell'Umbria oltre che nei distretti. Bravi ha infine polemizzato con «la Regione Umbria, che sull'applicazione del superticket aveva promesso l'utilizzo dell'Isee, che invece ad oggi non è stato ancora introdotto, con grave danno per i lavoratori dipendenti e i pensionati e con il rischio di avvantaggiare invece i disonesti e gli evasori fiscali».

# ROMA

Martedì  
15 Novembre 2011

IL CASO IL GOVERNATORE NELLA DIRETTA WEB: SERVONO PER DEBITI E ASL

## «Sanità, finanziamenti ancora bloccati a Roma»

di Anna Trieste

NAPOLI. Che fine hanno fatto i 450 milioni di euro sbloccati due mesi fa dal governo per rimettere in sesto la sanità campana? Era la fine di settembre, infatti, quando al termine di un vertice capitolino Stefano Caldoro annunciava che il ministero aveva premiato i suoi sforzi sbloccando le risorse. Epperò sono passati quasi due mesi e quei soldi nelle casse sgangherate di palazzo Santa Lucia non ci sono mai arrivati. A dirlo è lo stesso presidente della Regione nel corso del consueto appuntamento sul web con i cittadini: «I fondi sono ancora bloccati a Roma» spiega il governatore, che punta il dito contro i tempi della burocrazia e spera che i soldi vengano presto dirottati in Campania perché «bisogna pagare i debiti» e «mettere le Asl in condizione di assolvere ai propri obblighi, altrimenti ci saranno pesanti conseguenze per i servizi ai cittadini». Ma il mistero dei fondi bloccati a Roma non è l'unica brutta notizia che il governatore comunica via etere ai campani.

L'altra "grana", infatti, è rappresentata dalle ripercussioni che avrà sulla Campania l'avvicendamento al governo tra l'ex premier Silvio Berlusconi e il neo incaricato Mario Monti. Un cambio al vertice che, fa capire Caldoro, non porterà niente di



*«Servono rigore e sacrifici. Il modello adoperato nelle vertenze Fincantieri, Fiat e Alenia sarà esteso anche all'Ansaldo. La festa di piazza del Plebiscito? Sarà fatta, ma in economia e coerentemente con il contesto attuale»*

delle vertenze Fiat, Alenia e Fincantieri. E infatti è a quel modello di collaborazione con sindacati e forze sociali che Caldoro si rifarà per affrontare la nuova vertenza, quella dell'Ansaldo.

buono in Campania: «È inevitabile che tutto ciò produrrà effetti sulle politiche della Regione. Tutti siamo chiamati al senso di responsabilità e i cittadini dovranno continuare a sostenere politiche di rigore. Quanto alle forze politiche, bisogna ridurre al massimo lo sconto. C'è bisogno di coesione sociale, anche se bisogna adottare misure impopolari che però non hanno alternative». Insomma, tradotto in parole povere, dopo la caduta del governo la Regione terrà i cordoni della borsa ancora più stretti di quanto fatto finora. Caldoro però scagiona Berlusconi: «Ha affrontato bene la crisi ma adesso c'è bisogno di una fase nuova che senza le sue dimissioni, atto generoso, non sarebbe stata possibile». A fare le spese dell'austerità potrebbe essere la tradizionale festa di Capodanno a piazza del Plebiscito: «Secondo me molte feste si potrebbero risparmiare – dice Caldoro – però mi rendo conto che ci sono consuetudini e tradizioni. Ecco perché la festa di fine anno si farà ma in economia, coerentemente con il contesto attuale». Qualche speranza arriva dalla positiva risoluzione

**Confindustria**

## «Sanità privata al collasso gli stipendi sono a rischio»

Confindustria lancia l'allarme per la situazione della sanità privata. Nel corso di un vertice è stata affrontata la questione dei mancati pagamenti da parte della regione Campania. «La Sanità privata versa oramai in una situazione di collasso senza rimedio in quanto l'Asl Bn1 ha motivato l'impossibilità - sostiene la Confindustria - di fronte ai pagamenti non solo alle strutture private accreditate, ma anche all'intera filiera sanitaria, senza possibilità di programmare un piano di pagamenti che costituisca impegno da rispettare». La situazione finanziaria è diretta conseguenza dell'adozione in sede Regionale del decreto n.42/11 che ha ridotto l'assegnazione alle strutture sanitarie e all'indotto.

«Basti pensare che allo stato dell'arte tutte le diagnostiche vedono un pagamento, all'85% del dovuto, fermo a marzo 2011 e residui ancora per il 2010 - si sottolinea nel documento - il settore delle Case di Cura e Riabilitazione, invece, per il 2011 non hanno ricevuto alcun pagamento mentre per il 2010 risulta una quota residuale del 10%. In una situazione pressoché analoga versano le Farmacie».

Dall'incontro è emersa anche l'assoluta necessità di presentare, ai deputati sanniti e ai Consiglieri regionali un documento nel quale venga descritta la situazioni del

settore e individuate le azioni da intraprendere.

«Si sollecita un incontro urgente con la Regione e le istituzioni a un tavolo di confronto permanente al fine di varare un programma di rientro finanziario che possa contemplare, in base al budget in dotazione, il risanamento del pregresso e la messa a regime dei pagamenti futuri al fine di garantire flussi di cassa continui. L'azione immediata da intraprendere, invece, riguarda il convenzionamento con l'Asl al fine di pagamento immediato di almeno un trimestre di pendenze».

Tutte le strutture hanno richiamato che allo stato sono nell'impossibilità oggettiva di pagare la prossima mensilità ai propri dipendenti e che oramai gli istituti di credito non acconsentono ad un allargamento dei castelletti di ulteriori anticipazioni se non vengono preliminarmente pagati la partite debitorie con un'anzianità superiore ai nove mesi.

«Il settore della sanità - conclude il documento - ha sempre rappresentato un fiore all'occhiello per la nostra provincia e oggi a causa del blocco delle rimesse e della situazione di incertezza, lo stesso versa in una situazione irreparabile in cui sono a rischio centinaia di posti di lavoro con una conseguente crisi economica senza precedenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA