

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

The logo for FederLab features the word "Feder" in blue and "Lab" in red. A pipette is positioned horizontally across the "Lab" part of the logo. Below the main text, a red banner contains the text "COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI". To the right of the banner is a small blue box with the word "italia" in white.

Rassegna Stampa del 16.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



Una torta da 106 mld: lotta dura per l'equità

I REDAZIONE IL DENARO – MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012

I 106,173 mld di euro che dovrebbero servire a coprire il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale per il 2012 sono ripartiti tra le Regioni con gli stessi criteri utilizzati lo scorso anno.

Si parte dunque dalla popolazione residente, corretta con la “pesatura” per età (che assegna maggiori risorse per la popolazione anziana) e anche il bilanciamento conclusivo fatto per evitare sproporzioni troppo grandi tra un anno e l'altro (il cosiddetto lapis del fondino di perequazione) non assicura equità. Nessuna traccia dei criteri socioeconomici (deprivazione) che soprattutto le Regioni del Sud chiedono da tempo, ma che risultano particolarmente indigesti ai rappresentanti della Lega. E proprio su questo sembra si sia accesa la discussione nella Commissione Salute delle Regioni, riunitasi ieri proprio per avviare l'analisi della proposta.

Il fabbisogno finanziario complessivo destinato al Ssn per il 2012 è di 108,779 mld.

Da questa cifra occorre però togliere 2,42 mld finalizzati (destinati cioè a Istituti zooprofittari, medicina penitenziaria, Cri, Centro nazionale trapianti e altre voci minori) e 179 mln “tagliati” in ragione delle riduzioni delle visite fiscali e del decreto legislativo sanzioni. Restano invece da ripartire tra le Regioni i 69 mln che coprono i rinnovi delle convenzioni in atto e 200 mln per gli extracomunitari emersi. Si arriva così a 106,173 mld, ovvero la cifra che sarà effettivamente ripartita tra le Regioni, ma che comprende anche, come si vede nella tabella sotto, il Bambin Gesù e l'Associazione dei cavalieri dell'Ordine di Malta. Ma se le Regioni del Sud col riparto dei 106,5 miliardi per il 2011 hanno perso la partita col decreto sui costi standard sanitari rimarranno a bocca asciutta anche in prospettiva futura. I governatori non ci stanno affatto e si preparano tutti insieme a rilanciare la sfida: chiedono che per la divisione della torta da 108,8 miliardi del 2012 per l'assistenza sanitaria siano considerati criteri di riparto tra le Regioni legati non solo all'età della popolazione, ma anche ad altri indici, a cominciare dalla povertà relativa.

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Milleproroghe: Aifa e Istituto mediterraneo di ematologia le novità sanitarie del maxiemendamento

Via libera dell'Aula del Senato alla fiducia posta dal governo sul decreto Milleproroghe. I voti a favore sono stati 255 e i voti contrari 34. Con l'ok alla fiducia viene approvato anche il provvedimento che tornerà all'esame della Camera, in terza lettura, per l'ok definitivo.

Il decreto, pena la decadenza, deve essere convertito in legge entro il 27 febbraio.

Nel maxiemendamento votato non ci sono modifiche per quanto riguarda le proroghe su intramoenia allargata e tempi per la realizzazione delle strutture nelle Regioni per la libera professione .

Il testo prevede che fino al 31 maggio 2012, le Regioni non assoggettate a piani di rientro possono procedere al ripiano del disavanzo sanitario maturato al 31 dicembre scorso «anche con la vendita degli immobili».

E' anche stata prorogata al 30 giugno la delega per il riordino degli enti vigilati del ministero della Salute, scaduta a dicembre (Iss, Cri, Lega tumori Izs, Agenas).

Due novità introdotte riguardano la proroga di 90 giorni per dare all'Aifa il tempo necessario a completare la procedura di copertura della pianta organica che non comporta maggiori oneri in quanto il completamento delle relative procedure concorsuali già autorizzate avviene nell' ambito delle risorse già previste e la prosecuzione delle attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche svolte a livello nazionale e internazionale dalla Fondazione Istituto mediterraneo di Ematologia (IME). Per questa operazione è autorizzata la spesa di 5 milioni per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, rifinanziando la finalizzazione già prevista dalla legge 191/2009. Della somma, 3 milioni arriveranno dalla riduzione dell'autorizzazione di spesa al Fondo per interventi strutturali di politica economica e 2 milioni dalla riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di parte corrente dei Programmi del ministero della Salute

Veneto. La Regione paga lo stipendio ai dipendenti di due case di cura private convenzionate

Erogati 3 miliardi di euro di fondi regionali per far fronte alle difficoltà finanziarie delle strutture Villa Salus e Policlinico San Marco convenzionate con la Ulss 12 Veneziana. Per l'assessore Coletto è infatti "indispensabile garantire gli stipendi ai dipendenti e alle loro famiglie".

15 FEB - "Abbiamo disposto un'erogazione straordinaria di 3 milioni di euro a favore dell'Ulss 12 per rendere possibile il pagamento degli stipendi ai dipendenti delle strutture private convenzionate in difficoltà finanziaria, segnatamente Villa Salus e Policlinico San Marco". Lo ha annunciato l'assessore alla Sanità Luca Coletto, specificando che la somma "è già stata bonificata, per cui sono certo che l'Ulss provvederà a trasferire al più presto quanto necessario alle strutture interessate".

L'assessore ha voluto sottolineare l'assoluta "eccezionalità" dell'intervento, "perché non è ammissibile che debbano scaricarsi sui lavoratori problemi di rapporto tra Ulss e strutture convenzionate, errori o difficoltà di gestione dei budget". "In questa vicenda – ha proseguito Coletto – qualcuno ha sbagliato i conti e bisogna capire il perché. Per ora però era indispensabile garantire ai dipendenti ed alle loro famiglie gli stipendi ai quali hanno diritto".



Sanità, nomine dei manager: traballa la poltrona di Menduni

DI REDAZIONE IL DENARO – MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2011

Il nodo è solo stato sfiorato nella riunione della giunta di ieri ma la fibrillazione che stamani agita il clima degli uffici della direzione generale della Asl di Caserta fa desumere che l'ipotesi di una eventuale revoca anticipata del mandato per il direttore generale Paolo Menduni diventa sempre più concreta. Dalle notizie che trapelano da Terra di Lavoro Menduni avrebbe chiesto, stamani, ai suoi diretti collaboratori, di fornirgli ad horas una raccolta di tutti gli articoli di stampa pubblicati negli ultimi dieci giorni. Il manager, nelle settimane scorse, dopo aver scelto in autonomia (come è del resto nelle prerogative dei direttori generali), un vertice sanitario aziendale (Gaetano Danzi) di propria fiducia ha successivamente indetto un'inedita procedura di evidenza pubblica, per soli titoli, finalizzata alla selezione e scelta del direttore amministrativo. Il bando scade venerdì 17 febbraio, ma poiché lascia inalterato l'insindacabile giudizio finale del manager, fatti salvi i requisiti di legge dei candidati, non aggiunge e non toglie nulla alle procedure standard previste dalla legge nazionale n. 502 del 1992. Una procedura, dunque, messa in atto più per tacitare i malumori della politica che per garantire criteri oggettivi di selezione. La condizione indispensabile per essere nominati resta il possesso dei requisiti di legge dei candidati (laurea specialistica in discipline economico-amministrative e almeno cinque anni di esperienza in ruoli apicali nel settore privato e in quello della Pubblica amministrazione) e non più di 65 anni di età. La Campania, di suo, dal 2004, ha aggiunto l'istituzione di un apposito elenco degli aspiranti direttori amministrativi aggiornato periodicamente al quale i direttori generali devono obbligatoriamente attingere per formalizzare le nomine. Sullo sfondo ci sono i maldispendi suscitati nel Pdl e nell'Udc dalle scelte in autonomia fin qui compiute da Menduni. Da qui al possibile venir meno del carattere fiduciario del mandato che sottende la nomina dei manager da parte della giunta regionale il passo è breve.

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Governance: valutazione dei dirigenti e dipartimenti anche nelle aziende universitarie

Ulteriore passo avanti ieri in commissione Affari sociali alla Camera per il Ddl sul Governo clinico. Sono stati approvati alcuni emendamenti agli articoli 5 (valutazione dei dirigenti medici e sanitari) e 6 (dipartimenti).

All'articolo 5 la nuova versione prevede che i dirigenti medici e sanitari siano sottoposti a valutazione secondo le modalità definite dalle Regioni sulla base di linee guida **ELABORATE NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA CONTRATTUALE**, che gli obiettivi da valutare siano **CONCORDATI PREVENTIVAMENTE IN SEDE DI DISCUSSIONE DI BUDGET IN BASE ALLE RISORSE PROFESSIONALI, TECNOLOGICHE E FINANZIARIE MESSE A DISPOSIZIONE** e che **L'ESITO POSITIVO DELLA VALUTAZIONE DETERMINA LA CONFERMA NELL'INCARICO O IL CONFERIMENTO DI ALTRO INCARICO ALMENO DI PARI RILIEVO**.

All'articolo 6 sono state aggiunte alle aziende in cui i dipartimenti costituiscono modello ordinario di gestione operativa le aziende ospedalieri-universitarie ed è stato previsto che nella nomina dei direttori di dipartimento in queste sia «assicurata la parità tra direttori di dipartimento di componente ospedaliera e universitaria, ove possibile».

Questo il testo del Ddl con gli emendamenti (in maiuscolo) fin qui approvati:

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale. Nuovo testo unificato C. 278-799-977-ter-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909/A.

(fino all'articolo 6)

Art. 1.

(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).

Il governo delle attività cliniche è disciplinato dalle regioni nel rispetto dei principi fondamentali di cui alla presente legge, nonché dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, nonché delle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è attuato con la partecipazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge. Nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le regioni definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale dei bisogni socio-sanitari e per la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

3. Il governo delle attività cliniche garantisce, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, assicurando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità, di appropriatezza e di universalità nell'accesso ai servizi. A tal fine le regioni prevedono il coinvolgimento dei comuni, attraverso la conferenza dei sindaci, nelle funzioni programmatiche. Le regioni promuovono altresì forme e strumenti di partecipazione democratica nella fase di programmazione delle politiche socio-sanitarie mediante il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei diritti. Le regioni, nel promuovere le forme di partecipazione democratica di cui al precedente periodo, prevedono il coinvolgimento anche delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di rappresentanza del terzo settore.

«ART. 1-BIS. (AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ DEL MEDICO). LE ATTIVITÀ MEDICHE E SANITARIE SONO DIRETTE ALLA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI INDIVIDUI E DELLA COLLETTIVITÀ.

TALI ATTIVITÀ SONO EROGATE NEL RISPETTO DEI PRINCIPI DI AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ, DIRETTA E NON DELEGABILE, DEI MEDICI, E DEI PROFESSIONISTI SANITARI NELL'AMBITO DELLE PROPRIE SPECIFICHE COMPETENZE E NEL RISPETTO DELLE FUNZIONI AD ESSI AFFIDATE E SVOLTE.

LE NORME, EMANATE SIA A LIVELLO NAZIONALE CHE REGIONALE, CONNESSE ALLE ESIGENZE ORGANIZZATIVE E GESTIONALI DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI E DI OGNI ALTRA ATTIVITÀ ESERCITATA DA QUESTI PROFESSIONISTI SI APPLICANO NELL'AMBITO DI TALI PRINCIPI DI AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ.»

Art. 2.

(Funzioni del Collegio di direzione).

1. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del Collegio di direzione, QUALE ORGANO DELL'AZIENDA di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.

2. Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, INCLUSE LA RICERCA E LA DIDATTICA, e allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'INDIVIDUAZIONE DI INDICATORI DI RISULTATO E DI EFFICIENZA, DEI REQUISITI DI APPROPRIATEZZA E DI QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI, ALLA VALUTAZIONE INTERNA DEI RISULTATI CONSEGUITI IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI PREFISSATI, ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni atinenti al governo delle attività cliniche. NEL CASO IN CUI IL DIRETTORE GENERALE ADOTTI UN PROVVEDIMENTO CONTRARIO AL PARERE DEL COLLEGIO DI DIREZIONE, QUESTO DEVE ESSERE MOTIVATO.

ART. 2-BIS.

1. MEDIANTE ACCORDO SANCITO IN SEDE DI CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, TENUTO CONTO DEI DATI FORNITI DALL'AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI, CIASCUNA REGIONE DEFINISCE PRECISI INDICATORI DI ATTIVITÀ E QUALITÀ ASSISTENZIALI, VALIDATI DA RILIEVI INTERNAZIONALI E CONFERMATI DALLE PRINCIPALI SOCIETÀ SCIENTIFICHE NAZIONALI ED INTERNAZIONALI. TALI INDICATORI COSTITUISCONO PUNTI DI RIFERIMENTO PER I CITTADINI E PER GLI OPERATORI SANITARI ANCHE ATTRAVERSO RAPPORTI PERIODICI SULLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI DELLE SINGOLE UNITÀ OPERATIVE SIA PUBBLICHE SIA PRIVATE».

Art. 3.

(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).

1. Le regioni provvedono alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale nel rispetto dei termini e dei requisiti già previsti dagli articoli 3 e 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, garantendo adeguate misure di pubblicità DEI BANDI, delle nomine E DEI CURRICULA, e di trasparenza nella valutazione degli aspiranti, nonché il possesso da parte degli aspiranti medesimi di un diploma di laurea MAGISTRALE e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale NEL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SETTENNALE NEGLI ALTRI SETTORI, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie NONCHÉ DEL REQUISITO DELL'ETÀ ANAGRAFICA NON SUPERIORE A 65 ANNI, AL MOMENTO DELLA NOMINA

2. Le regioni provvedono altresì alla definizione di criteri e di sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali, sulla base di obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia ALL'OTTIMIZZAZIONE e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Art. 4.

(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).

Le regioni, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa PREVIO AVVISO CUI L'AZIENDA È TENUTA A DARE ADEGUATA PUBBLICITÀ, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione viene effettuata da una commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa nella medesima specialità dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da elenchi nominativi predisposti dalla regione interessata TRA IL PERSONALE

DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DELLA STESSA DISCIPLINA MA COMUNQUE ESTERNI ALL'AZIENDA INTERESSATA ALLA COPERTURA DEL POSTO;

A-BIS) LA NOMINA DEI RESPONSABILI DI UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA A DIREZIONE UNIVERSITARIA È EFFETTUATA DAL DIRETTORE GENERALE SU INDICAZIONE DEL RETTORE, SU PROPOSTA DEL COORDINAMENTO INTERDIPARTIMENTALE O DELL'ANALOGO COMPETENTE ORGANO DELL'ATENEO, SULLA BASE DEL CURRICULUM SCIENTIFICO E PROFESSIONALE DEL RESPONSABILE DA NOMINARE;

B) LA COMMISSIONE RICEVE DALL'AZIENDA IL PROFILO PROFESSIONALE DEL DIRIGENTE DA INCARICARE E, SULLA BASE DELL'ANALISI COMPARATIVA DEI CURRICULUM, DEI TITOLI PROFESSIONALI POSSEDUTI, DELL'ADERENZA AL PROFILO RICERCATO E DEGLI ESITI DI UN COLLOQUIO, SELEZIONA DA UNO A TRE CANDIDATI CHE HANNO OTTENUTO I MIGLIORI PUNTEGGI. IL DIRETTORE GENERALE INDIVIDUA IL CANDIDATO DA NOMINARE SULLA BASE DELLA TERNA PREDISPOSTA DALLA COMMISSIONE, MOTIVANDONE ANALITICAMENTE LA SCELTA. QUALORA IL DIRIGENTE A CUI È STATO CONFERITO L'INCARICO DOVESSE LASCIARLO O DECADERE ENTRO 3 ANNI DALLA NOMINA, SI PROCEDERÀ ALLA SOSTITUZIONE SCEGLIENDO FRA GLI ALTRI DUE PROFESSIONISTI FACENTI PARTE DELLA TERNA INZIALE.

1-BIS. L'INCARICO DI DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA DEVE IN OGNI CASO ESSERE CONFERMATO AL TERMINE DI UN PERIODO DI PROVA DI SEI MESI A DECORRERE DALLA DATA DI NOMINA A DETTO INCARICO, SULLA BASE DEL LAVORO SVOLTO NONCHÉ DEI CRITERI DI VALUTAZIONE CUI ALL'ARTICOLO 5 DELLA PRESENTE LEGGE.

2. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa o di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, su proposta, rispettivamente, del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, il direttore scientifico, per le parti di propria competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale per l'approvazione, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e delle leggi regionali vigenti in materia. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale.

3. Per le finalità di cui al presente articolo non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies del decreto legislativo 502 del 1992.

Art. 5.

(Valutazione dei dirigenti medici e sanitari).

1. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione secondo le modalità definite dalle regioni sulla base di linee guida ELABORATE NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA CONTRATTUALE E approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 su proposta del Ministro della salute, le quali tengono conto anche dei principi del Titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali CONCORDATI PREVENTIVAMENTE IN SEDE DI DISCUSSIONE DI BUDGET IN BASE ALLE RISORSE PROFESSIONALI, TECNOLOGICHE E FINANZIARIE MESSE A DISPOSIZIONE assegnati e gli

indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. L'ESITO POSITIVO DELLA VALUTAZIONE DETERMINA LA CONFERMA NELL'INCARICO O IL CONFERIMENTO DI ALTRO INCARICO ALMENO DI PARI RILIEVO.

Art. 6.
(Dipartimenti).

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione dei dipartimenti e la responsabilità dei direttori di dipartimento secondo i seguenti principi:

- a) l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende sanitarie, ospedaliere e OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE;
- b) il direttore di dipartimento è nominato DAL DIRETTORE GENERALE tra i direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento;
- c) il direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di struttura complessa per gli aspetti gestionali attinenti il dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza.

C-*BIS*) NELLE AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE, DI CUI ALL'ARTICOLO 2 DEL DECRETO LEGISLATIVO 21 DICEMBRE 1999, N. 517, È ASSICURATA LA PARITÀ TRA DIRETTORI DI DIPARTIMENTO DI COMPONENTE OSPEDALIERA E UNIVERSITARIA, OVE POSSIBILE.

FederLab Italia

Chiodi: sanità in attivo di 11 milioni

Positivo il bilancio del 2011. Il commissario: ora faremo gli investimenti

PESCARA. A fine 2011 la sanità abruzzese ha chiuso il bilancio con un avanzo di 11 milioni. Lo ha detto il commissario Gianni Chiodi citando «dati ufficiali del ministero» durante la cerimonia di inaugurazione del Pronto soccorso di Castel Di Sangro. «Il debito è stato pagato», ha aggiunto Chiodi, «e gli utili verranno impiegati per gli investimenti nel settore sanitario».

La Regione è in piano di rientro della sanità dal 2007, commissariata e con aliquote regionali al massimo di legge. Secondo una norma nazionale il commissario è il presidente della Regione.

«Saldato il debito e avendo speso 11 milioni di euro in meno rispetto a quelle che sono le competenze dello stato», ha aggiunto Chiodi, «cominceremo a fare investimenti sulle sale operatorie, sui macchinari, sul personale, bandiremo nuovi concorsi e miglioreremo le strutture sanitarie esistenti, come abbiamo fatto a Castel di Sangro». Dunque per il secondo anno consecutivo la Regione chiude in attivo i conti della sanità e già si può parlare di uscita dal piano di rientro (iniziato nel 2007 con la giunta di centrosinistra) e di superamento del commissariamento, che porterebbe alla nomina di un assessore alla Sanità e alla riassunzione del ruolo di indirizzo e controllo da parte del Consiglio regionale. Legato alla fine del commissariamento c'è anche la questione delle tasse. Il pareggio strutturale di bilancio rende infatti possibile la richiesta al governo di riduzione delle maggiori aliquote imposte dal piano di rientro. Restano comunque alcune criticità, come la mobilità passiva che pesa per quasi 70 milioni e l'alta spesa farmaceutica.

Su quest'ultimo capitolo ieri il ministro della Salute Renato Balduzzi ha lanciato una nuova proposta in relazione al capitolo farmaci del decreto sulle liberalizzazioni: l'invito alle aziende farmaceutiche è quello di allineare i prezzi dei farmaci "griffati" con quelli dei generici. La proposta, lanciata dal mini-

stro nel corso del question time alla Camera, parte da un presupposto: la disposizione sui farmaci generici nel decreto Liberalizzazioni, che prevede che il medico indichi l'esistenza del farmaco generico o equivalente e che il farmacista lo proponga (in assenza di altre controindicazioni), «non mette in pericolo i livelli occupazionali e produttivi delle aziende farmaceutiche titolari di medicinali con marchio di fabbrica, perché è sufficiente, appunto», sostiene Balduzzi, «che queste allineino i prezzi dei medicinali stessi a quelli dei corrispondenti farmaci generici, e quindi possono mantenere del tutto inalterate le loro quote di mercato». In questo modo inoltre, aggiunge, «complessivamente crescerà la cultura del farmaco equivalente e ci sarà un risparmio per i cittadini».

Ma l'idea non convince il presidente di Farindustria, Massimo Scaccabarozzi, che la definisce «irrealizzabile» indicando, poi, varie «contraddizioni che vanno sanate». Una su tutte: «Noi aziende farmaceutiche di prodotti di marchio, per legge», spiega Scaccabarozzi, «nei primi nove mesi di commercializzazione di un farmaco generico dobbiamo tenere il prezzo del farmaco a brevetto scaduto più alto di una certa percentuale. Dunque la proposta del ministro è irrealizzabile». In generale, sottolinea quindi, «non siamo contro i farmaci generici, ma siamo a favore di una libera competizione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il commissario:
bandiremo nuovi
concorsi e saranno
migliorate
le strutture esistenti**

**Restano criticità
sulla mobilità
passiva e sulla spesa
per i farmaci ancora
troppo alta**



A sinistra
Gianni
Chiodi con
il subcom-
missario
della sanità
Giovanna
Baraldi



A destra
Renato
Balduzzi
ministro
della
Salute
del governo
Monti

GIOVANNI MONCHIERO (Fiaso)

«Più ticket con equità e più efficienza»

Più che commentare un documento non ufficiale e comunque, in divenire, vorrei esprimere il punto di vista delle aziende sanitarie in merito a tre ordini di problemi.

Le risorse statali destinate al Servizio sanitario nazionale appaiono insufficienti al punto da rendere realistica l'ipotesi che nel 2013 tutte le Regioni saranno sottoposte a piano di rientro. Risultato paradossale che equivale a dichiarare la non sostenibilità di un servizio irrinunciabile. Di qui l'esigenza di reperire risorse aggiuntive attraverso una significativa compartecipazione degli utenti, distribuita secondo equità. Principio assolutamente pacifico, ma di ardua applicazione in un Paese dove l'evasione fiscale è capillarmente diffusa e la dichiarazione dei redditi non costituisce indice attendibile delle disponibilità economiche dei cittadini. Occorre quindi dar vita a sistemi di valutazione che comprendano ovviamente la dichiarazione dei redditi, ma che si estendano anche a indicatori del tenore di vita reale dei singoli utenti: intervento urgentissimo e non solo per quel che riguarda la Sanità. Anche la socioassistenza attraversa difficoltà tali - di finanziaria in finanziaria i Comuni hanno patito una drastica riduzione delle risorse disponibili - da rendere necessaria una radicale revisione delle norme che disciplinano accesso ai servizi e contribuzione da parte dei familiari dell'assistito.

L'altro pilastro della sostenibilità del Ssn è il recupero di efficienza, ottenibile attraverso una più attenta programmazione dell'offerta. Su questo terreno sono stati ottenuti risultati significativi, ma molto resta ancora da fare. Vorrei, però, sottolineare come, in questi anni, si siano ignorate le proble-

matiche connesse alle logiche di governo del sistema. Di fronte alle difficoltà, le Regioni hanno reagito con operazioni di ingegneria istituzionale, aggregando le aziende sanitarie e accentrando molte decisioni gestionali. Salvo rare eccezioni, queste operazioni non hanno dato i risultati attesi perché quel che si è ottenuto dalle economie di scala si è perso in capacità di governo. Mutare di continuo l'identità delle aziende cancella la memoria delle responsabilità e non motiva al perseguimento dell'efficienza le comunità professionali che vi operano. Il sistema nefasto dei tagli orizzontali e il finanziamento sulla spesa storica - teoricamente negato



Giovanni Monchiero (Presidente)

ma comunemente applicato - hanno fatto il resto. Un recupero di efficienza si può ottenere solo incoraggiando i comportamenti virtuosi, oggi, purtroppo, mortificati.

Un breve accenno, infine, ai flussi di cassa. I debiti delle aziende sanitarie nei confronti dei fornitori ammontano - si stima - a 40 miliardi di euro. I fornitori sono in crescente difficoltà, specie quelli di servizi, i cui fattori produttivi sono rappresentati principalmente dal personale. È eticamente inaccettabile ed economicamente devastante che lo stato si faccia finanziare dai propri fornitori. In uno dei decreti della settimana scorsa il governo ha imposto alla pubblica amministrazione di rispettare i termini di pagamento. Dalle mie parti vale un detto: "metà consej e metà sòld", che tradotto al caso suona pressappoco così: da una parte gli ordini, dall'altra i denari. Senza un intervento sulla cassa, la norma sui pagamenti resterà una grida manzoniana. E di leggi inutili non abbiamo proprio bisogno.

© BRUCOLEONE ROSSANA

MASSIMO COZZA (Fp Cgil medici)

«Primo mattone è la garanzia economica dei Lea»

Il Patto per la Salute 2013-2015 deve rappresentare un'occasione per una riqualificazione del sistema da portare avanti con il concorso di tutti gli attori a partire dai medici e dagli operatori. Il primo mattone è una revisione della manovra del Governo Berlusconi per adeguare il finanziamento e garantire i Lea su tutto il territorio nazionale: si tratta di sostituire i tagli lineari con una riqualificazione della spesa, agendo in modo selettivo su quella inappropriata: vera causa di disavanzi concentrati nelle Regioni dove il privato convenzionato è più esteso. Programmazione efficiente ed efficace, controlli, legalità, trasparenza negli appalti e appropriatezza, sono potenti veicoli di risparmio e di maggiore qualità del servizio. È infatti ormai chiaro che dove la Sanità è di qualità la spesa è minore.

Il secondo mattone va messo con chiare indicazioni per una riqualificazione/riconversione della rete ospedaliera agendo contemporaneamente sul potenziamento dei servizi territoriali, anche attraverso un reinvestimento nell'edilizia sanitaria. La rete deve essere costituita da strutture ad alta tecnologia e assistenza in grado di dare risposte alle emergenze e alle complessità. Dove si pongono al centro i bisogni della persona intorno alla quale si integrano le diverse professionalità. Cogliendo la sfida del modello dell'intensità di cure senza schemi predefiniti, da costruire luogo per luogo con la condivisione di medici e operatori. Per i piccoli ospedali va portato avanti il processo di riconversione in primo luogo in centri sanitari territoriali h24 in grado di dare risposte: urgenze minori, cronicità, diagnostica di

sionale solo di natura tecnico-professionale, prefigurando per questi ultimi la possibilità di una valorizzazione progressiva.

Nella convenzionata tutti i nuovi assunti dalla graduatoria della medicina generale dovranno accedere a un ruolo unico di medico delle cure primarie a pieno titolo, senza ricreare con le Unità complesse delle cure primarie le vecchie gerarchie del modello assistente-auto-primario.

C'è necessità di una chiara definizione a livello nazionale di uno standard minimo di fabbisogno di personale per ciascun presidio ospedaliero e territoriale ponendo fine alla sopravvivenza "politica" di servizi portati avanti da pochi medici, in condizioni di grave disagio. In questo quadro va sbloccato il turn over per garantire i Lea, con percorsi di stabilizzazione che diano risposta al precariato.

Il Patto dovrebbe anche implementare le funzioni di insegnamento nei servizi ospedalieri e territoriali con una valorizzazione della docenza e prevedendo una formazione sul campo degli specializzandi ma senza sfruttarli per coprire impropriamente i vuoti di organico e i turni di guardia.

Infine per un sistema virtuoso dell'intermediazione andrebbero concordate modalità cogenti nei confronti dei direttori generali inadempienti rispetto a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010 e si dovrebbe garantire l'erogazione dell'indennità di esclusività non solo dopo i primi 5 anni, ma anche dopo i 15.



Massimo Cozza (Segretario nazionale)

base e in parte anche medicina generale, pediatrica e specialistica, e l'integrazione con i servizi sociali.

La favola di tutti i medici dipendenti-dirigenti è alla fine: ha portato più danni che benefici. Dobbiamo ripartire dalla realtà distinguendo tra chi ha anche poteri gestionali e chi esprime l'autonomia deci-

FederLab Italia

Sanità veneta leader nei servizi territoriali

Lo indica il monitoraggio ministeriale, primato nazionale anche negli standard di utilizzo delle risorse

VENEZIA

La sanità veneta rispetta appieno gli standard di spesa destinati alla medicina territoriale - collocandosi anzi in testa alla particolare classifica - mentre il livello di efficienza complessiva del suo sistema di cura è - insieme a quello ligure - il più elevato d'Italia. Lo afferma il monitoraggio dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) condotto dal ministero della Salute per gli anni 2007-2009, dal quale, peraltro, emergono ulteriori indicazioni preoccupanti.

E' ancora troppo alta la quota della spesa sanitaria destinata all'assistenza ospedaliera rispetto a quella prevista per la rete di servizi territoriali; la quota per-

centuale del livello essenziale di assistenza ospedaliera è fissata dal Piano sanitario nazionale al 44% ma nel 2009 - secondo i dati ministeriali - è stata pari al 46,97%, con un minimo registrato in Piemonte (43,4%) ed il massimo registrato in Abruzzo (53,8%). Al contrario l'incidenza percentuale del costo sostenuto per l'assistenza territoriale, sia pure in crescita rispetto agli anni precedenti, è pari al 48,8% mentre la quota da destinare a questo livello in base a quanto previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 è pari al 51%. I valori più alti si registrano, appunto, in Veneto (52,5%) e in Piemonte (52,4%), mentre quello più basso è in Abruzzo con il 41,9%. In-

fine il «tasso di utilizzo», indicatore di efficienza, pari a livello nazionale al 73,37%, è in linea col parametro di riferimento, stabilito nell'intervallo 70-75%.

Valori inferiori o uguali al 67% si registrano in Sardegna, Campania e Calabria, mentre valori prossimi all'80% si registrano in Liguria, in Veneto, in Valle d'Aosta e nel Lazio. «Valori bassi - rileva il rapporto - sono sintomo di scarso utilizzo delle risorse e di conseguenza di scarsa efficienza, e valori elevati possono essere sentinella di eventuale sovraccarico delle unità operative ma anche di eccessivo ricorso alla modalità assistenziale di ricovero ospedaliera».



Nel Veneto il tasso di utilizzo delle risorse sanitarie si aggira intorno all'80%

III municipalità I cittadini si lamentano per il cattivo funzionamento degli sportelli cassa e prenotazioni del distretto 29 al corso Amedeo di Savoia

Sanità, non c'è pace per gli utenti di Capodimonte

I consiglieri Acampora e Fusco: chiediamo a Scoppa il potenziamento delle risorse sul territorio

NAPOLI (flo.pi.) - Utenti in rivolta a Capodimonte. Gli sportelli 'cassa' e Cup (Centro unico prenotazioni) del distretto 29 al corso Amedeo di Savoia funzionano poco e male. E scatta subito la protesta delle centinaia di anziani che si servono dei servizi offerti dall'Asl. *"Lo sportello cassa non funziona tutti i giorni ed è attivo in orario ridotto dalle 8 e 30 alle 12 e 30, ed è impegnato un unico impiegato, stesso problema per l'ufficio Cup che in egual modo utilizza orario ridotto dalle 8 e 30 alle 12 e 30, consentendo di prenotare visite solo in orario mattutino"* hanno detto numerosi cittadini della zona, innervositi dai continui disservizi che sono costretti a subire e sopportare da troppo tempo. Tra l'altro, il distretto 29 è una delle poche strutture pubbliche che non consente ai cittadini l'utilizzo anche in orario pomeridiano dei servizi erogati. Insomma, scarseggiano i servizi e a pagarne le conseguenze sono sempre i cittadini-utenti che chiedono aiuto alle istituzioni locali. Un grido che, soprattutto gli anziani, rivolgono alla municipalità guidata da **Giulia-**

na Di Sarno. Ancora una volta, infatti, è sempre la stessa zona ad essere pesantemente mortificata: dalla chiusura del pronto soccorso del Cto di viale Colli Aminei, a quella del San Gennaro al rione Sanità che ha mobilitato tutta la città (anche lo stesso sindaco, **Luigi De Magistris**, nda) per scongiurare lo stop delle prestazioni erogate, fino alla dismissione - per fitti passivi - della struttura sanitaria di via Carlo De Marco. Sembra quasi che la sanità pubblica voglia abbandonare un territorio tra i più popolosi della città e dove, oltretutto, insiste una grossa fetta di popolazione di anziani, quella che poi è la maggiore utente dei servizi offerti dall'Asl. Intanto, il malumore c'è ed è impossibile non ascoltarlo. Da mesi, infatti, i cittadini di Capodimonte cercano di trovare una soluzione al problema, ma nulla sono riusciti a fare da soli. La terza municipalità, però, subito si è mossa. *"Abbiamo scritto direttamente al commissario straordinario dell'Asl Napoli I, Scoppa, per chiedere un ripristino a tempo pieno del servizio"* hanno detto i consiglieri dell'aula di

via Lieti, **Gennaro Acampora** e **Stefano Fusco**. *"Pur non avendo competenze in materia di sanità - hanno detto ancora i due esponenti del terzo parlamentino - è nostro dovere tutelare i cittadini che ogni giorno si servono di servizi sanitari pubblici"*. Si mobilita, quindi, l'ente decentrato di Palazzo San Giacomo. *"Ciò che chiediamo al generale Scoppa, è il potenziamento delle risorse umane all'ufficio cassa così da poter garantire la piena funzionalità dello sportello tutti i giorni e con un orario che sia prolungato almeno fino alle 16, cosa che accade in tutti gli uffici pubblici, oltre al prolungamento dell'orario dello sportello Cup"* hanno sottolineato ancora i consiglieri Acampora e Fusco che, per primi, hanno accolto le segnalazioni dei cittadini del quartiere. *"Quel che a noi interessa - hanno concluso - è tutelare i nostri cittadini e, per questo, abbiamo chiesto un intervento del generale Scoppa"*. Adesso, si spera, che arrivino le risposte giuste e che i disservizi fin ora registrati non si ripetano più in futuro.



DISTRETTO

29

Gli utenti si lamentano per gli orari ridotti degli uffici preposti al pagamento e alle prenotazioni

Nella III municipalità, guidata da Giuliana Di Sarno (nella foto a lato) sembra non esserci più pace per i drappelli sanitari



'I GIORNI DELL'IRA'



Lo scorso novembre nel rione Sanità si registrò una vera e propria protesta da parte dei residenti per scongiurare la chiusura del drappello di pronto soccorso dell'ospedale San Gennaro

Deficit all'Asl 1, nessun assolto

La commissione parlamentare chiude l'inchiesta: ombre sui controlli Pdl: serve più trasparenza, ora chiarezza sui nuovi ospedali

Il maxi deficit dell'Asl 1 di Massa Carrara è «associato a svariate responsabilità individuali». Questo il responso della commissione parlamentare d'inchiesta sulla sanità che ieri ha approvato la relazione finale dell'istruttoria condotta sui conti della sanità Apuana. Se-

condo la commissione, le responsabilità devono risalire fino «al ruolo dei competenti organi politici regionali», a cominciare dall'ex assessore alla Sanità e attuale governatore Enrico Rossi: «In considerazione del ruolo affidato ai collegi sindacali e alla società Deloitte, non avreb-

be intrapreso iniziative per verificare se il credito di 60 milioni di euro fosse dovuto alla Asl 1», anche se alla fine è stato proprio Rossi a «rappresentare la presunta falsità alle Procure competenti».

MARRUCCI a pagina 2

Buco all'Asl, ombre su tutti i controllori

La commissione parlamentare d'inchiesta chiama in causa le «responsabilità individuali»

ANDREA MARRUCCI
FIRENZE

I maxi deficit dell'Asl di Massa Carrara sono «associate svariate responsabilità individuali». Così scrive la commissione parlamentare d'inchiesta sulla sanità che ieri ha approvato la relazione finale dell'istruttoria condotta sui conti della sanità Apuana. E scorrendo le trenta pagine che ricostruiscono la storia del buco milionario dell'Asl 1 la commissione guidata da Leoluca Orlando (Idv) non risparmia critiche a molti aspetti del sistema sanitario toscano.

Con ordine. Il caso dell'Asl di Massa Carrara ha riguardato «la manipolazione dei bilanci aziendali» e in questo quadro la commissione scrive che «risulta accertata la responsabilità del direttore amministrativo Giannetti nel compimento di alcune operazioni contabili (...). Tale responsabilità, come risulta agli atti, coinvolgerebbe altresì altri funzionari amministrativi». La relazione si concentra poi sulla figura dell'ex direttore generale Delvino, a cui la Regione ha addossato gran parte della responsabilità, e pare «alleggerirne» la posizione: «Non sembra allo stato possa essergli addebitata una esclusiva responsabilità di carattere commissivo e omissivo, ricadendo sul collegio sindacale la titolarità del controllo delle scritture contabili, nonché sulla società di certificazione ulteriori responsabilità in ragione della competenza», si legge in riferi-

mento anche all'ordinanza emessa dal Giudice del lavoro che aveva reintegrato l'ex Dg. Su Delvino «si eccipisce tuttavia che egli avrebbe ricostruito fatti e circostanze certamente tardivamente». E «censurabile» appare il comportamento del suo predecessore Scarafuggi (attuale direttore generale a Pistoia) che «non ha mostrato di aver avuto contezza dei fenomeni nel periodo relativo alla sua gestione. Anche in tale periodo sono state numerosissime le scritture contabili anomale». La commissione si concentra poi sul ruolo avuto dagli organismi preposti al controllo dei bilanci. A partire dal collegio sindacale: «Le responsabilità appaiono evidenti - scrive ancora la commissione -. Si sottolinea che spettava proprio ai collegi sindacali, che si sono susseguiti dal 1998 al 2009, il controllo delle scritture contabili». Ed è «censurabile» anche «il comportamento dell'apparato regionale di controllo, con particolare riferimento a Carla Donati (funzionario della Regione ndr)» che «ricopre ancora un ruolo di responsabilità e non risulta tuttora sottoposta a contestazioni formali». Ma anche «l'operato della Società di revisione appare censurabile. (...) Essendo presenti in bilancio falsificazioni grossolane e di rilevante importo, queste non sarebbero dovute sfuggire ad una verifica contabile professionale ed accurata». Non solo, «il ruolo svolto dal professor Persiani appare molto poco chiaro e connotato da evidenti rischi di con-

flitto di interesse» (per la decisione di affiancarlo al commissario De Lauretis). E aggiunge «Non risulta che al professor Persiani siano state mosse contestazioni formali».

Dai controllori la commissione passa poi anche «al ruolo dei competenti organi politici regionali», a cominciare dall'ex assessore alla Sanità e attuale governatore Enrico Rossi: «In considerazione del ruolo affidato ai collegi sindacali e alla società Deloitte, non avrebbe intrapreso iniziative per verificare se il credito di 60 milioni di euro fosse dovuto alla Asl 1» (la posta di bilancio «sospetta» da cui è partita tutta la vicenda) e secondo la commissione «in ciò potrebbe aver influito la nomina del professor Persiani, quale consulente del Commissario (...). Successivamente, in conseguenza degli esiti istruttori negativi del Bilancio 2009, il presidente Rossi ha rappresentato la presunta falsità alle Procure competenti, ed ha agito nei confronti dei soggetti ritenuti responsabili».

Questa la vicenda del maxi-buco all'Azienda sanitaria (su cui è bene ricordare che c'è un'inchiesta aperta dalla Procura di Massa) ma nella relazione della commissione parlamentare si gettano ombre anche sulla costruzione dei quattro nuovi ospedali: «Per quanto attiene alla scelta di ricorrere al project financing (...), si sottolineano i notevoli ritardi accumulati, che hanno di fatto ridimensionato i vantaggi connessi a tale scelta. A ciò - si legge nella relazione - si ag-

giunge il fatto che il tentativo di far effettuare una bonifica del costo di 5 milioni di euro sul sito su cui si sta costruendo il nuovo ospedale di Massa appare come un tentativo, ancorché non andato a buon fine, di sfruttare una caratteristica del sito che risulterebbe non indicato per la costruzione dell'ospedale. Si segnala - prosegue la relazio-

ne - che la congruità dell'incremento di oneri finanziari per circa 8 milioni di euro sarebbe stata riconosciuta con una relazione dei professori Persiani e Berti». Una ricostruzione su cui «rimane da valutare attentamente l'operato dei direttori delle quattro Asl interessate (Massa, Lucca, Prato, Pistoia che insieme formano il Sior ndr) alla costruzione dei rispettivi ospedali, di cui ci si riserva di effettuare ogni opportuna verifica sulla base degli atti

da loro sottoscritti, ed in particolare bisogna approfondire se non ci sia stato un mancato controllo delle procedure di legge per l'affidamento degli appalti o subappalti affidati dallo stesso Sior. Lo svolgimento del project financing presso le altre Asl - conclude la commissione - non è stato infatti finora oggetto di inchiesta della Commissione che, nell'ambito delle proprie prerogative, si riserva eventuali approfondimenti».



La commissione parlamentare di inchiesta ha approvato ieri la relazione finale sul buco di bilancio della Asl 1 di Massa Carrara

**Approvata
la relazione
finale
sulla gestione
della sanità
di Massa**
**Riflettori accesi
anche sul project
per i quattro
nuovi ospedali**



STEFANO RIMONDI (Assobiomedica)

«Tagli, tetti e ticket mortificano il Ssn»

Tra le prime ipotesi di percorso per il Patto della salute 2013-2015 ci sono aspetti condivisibili e altri invece con strumenti inadeguati a risolvere i problemi della Sanità pubblica.

È corretto l'approccio sul finanziamento del Ssn, nel quale si vuole garantire il rispetto dei principi di equità e di appropriatezza e uniformità qualitativa delle prestazioni: le risorse per il Ssn vanno trovate nelle riforme, nel recupero di efficienza e legalità con gestioni manageriali autonome, nella lotta agli sprechi.

Coerentemente si pone in primo piano l'esigenza di riordino delle cure primarie, che dovrebbe aggregare risorse umane e strutturali per arrivare alla continuità assistenziale con risparmio economico e migliori cure. È da apprezzare anche l'impegno dichiarato per maggiori investimenti in Sanità.

Siamo invece perplessi sul capitolo della richiesta di rimodulazione dei ticket,

che potrebbe tradursi in un incremento del peso della compartecipazione. Questa strada deve rappresentare un sistema per moderare la domanda, non per disincentivarla, almeno per i cittadini che li pagano. Per loro, e non sono molti, l'onere è significativo; è evidente che le fasce più deboli sono più colpite e che fare riferimento al reddito, come sembra, può premiare evasione e false autocertificazioni. Tutti i soggetti pubblici devono avere il potere di esercitare controlli più approfonditi sulla veridicità delle affermazioni di chi li richiede.

Non solo si vuole appesantire il sistema della compartecipazione in vigore, ma si ipotizza di estendere i ticket anche ad alcune categorie di dispositivi medici: protesi, ausili per diabetici, alimenti per celiaci, ossigeno terapeutico. Presta-

zioni territoriali molto disomogenee, rivolte a cronici, quindi spesso fragili, a cui sempre più spesso sono imposti prodotti scelti in virtù del prezzo, ignorando il principio della libera scelta e ancor più quello dell'appropriatezza della terapia.

È giusto poi, e lo chiediamo da tempo, applicare per i nuovi dispositivi le procedure Hta, così come un osservatorio degli acquisti, che dia trasparenza a un aspetto delicato della politica sanitaria.

Non possiamo invece accettare che si torni a

invocare la fissazione di prezzi di riferimento per i nostri prodotti ignorando il fallimento dei precedenti tentativi con dispendio di tempi e costi senza risultati sulla reale dinamica dei prezzi. E tanto meno il principio secondo cui la responsabilità dello sfioramento del tetto (5,2% della spesa sanitaria pubblica) per l'acquisto dei dispositivi sia condiviso con l'industria. Se una decisione è sbagliata non cambia il giudizio se l'erro-

re è stato già commesso a danno di un altro settore. Anzi il comportamento aumenta i danni per imprese già soffocate dai ritardati pagamenti.

L'assurdo del principio è evidente, se si considera che le nostre aziende, per evitare lo sfioramento si vedrebbero a un certo momento obbligate a non fornire prodotti e servizi anche salvavita, regolarmente ordinati dal Ssn in base a regolari gare d'appalto, correndo così il rischio di incriminazione per interruzione di pubblico servizio.

Lo abbiamo detto e lo ripetiamo: con la politica delle tre T - tagli, tetti e ticket - non si va lontano. Anzi, si svilisce la Sanità pubblica, una delle poche eccellenze che l'Italia ha ancora (per quanto?) a livello internazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Stefano Rimondi (Presidente)

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Lombardia. Al via la sperimentazione dei ticket "familiari" per i servizi socio sanitari

Il Consiglio regionale lombardo ha approvato la legge che prevede nuovi criteri di compartecipazione alla spesa socio-sanitaria legati al nucleo familiare. Nuove regole anche per le nomine delle Asp. Il Pd: "Vanificate le garanzie dei Lea"

16 FEB - Compartecipazione dei cittadini secondo il reddito per i servizi sociosanitari di cui beneficiano, come le Rsa, e nuove regole per la scelta dei vertici delle Asp, cioè le aziende di servizi alla persona. Sono queste alcune delle novità contenute nel progetto di legge appena votato dal Consiglio Regionale della Lombardia sul Fattore Famiglia, un indicatore cioè delle politiche sociali, che non solo tiene conto delle situazioni reddituali e patrimoniali, ma contempla anche numero di figli e carichi di cura, come la presenza nel nucleo familiare di anziani non autosufficienti o disabili.

Il testo, che modifica anche il calcolo dell'Isee, ha suscitato le critiche veementi delle opposizioni, che non lo hanno votato, nonché di Cgil e Anci.

Per quanto riguarda i servizi socio-sanitari, la modifica arriva con un emendamento che prevede che "nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, la determinazione degli oneri per le prestazioni sociosanitarie, erogate dalle unità d'offerta sociosanitarie a carico del fondo sanitario, è stabilita per tipologia di unità d'offerta sulla base dello standard regionale di accreditamento, delle condizioni di salute della persona assistita e dei criteri di cui all'art. 8 comma 2".

Ma secondo il gruppo consiliare del Pd, proprio il riferimento a questo comma dell'art. 8 vanifica di fatto il rispetto dei lea. Nel comma della nuova legge regionale in questione si stabilisce infatti che la quota di compartecipazione al costo delle prestazioni sociali e sociosanitarie sia stabilita in base ai criteri di valutazione del reddito e del patrimonio del nucleo familiare, del patrimonio mobiliare e immobiliare, oltre al carico familiare e il livello di assistenza richiesto. Il che significherebbe che, per la parte di prestazioni sanitarie erogate dall'area socio-assistenziale, dunque coperte dall'assessorato alla Famiglia, scatta la compartecipazione del cittadino in base al reddito, e non più solo in base alla gravità della sua situazione, come era previsto fino a oggi.

Duro il commento dell'opposizione. "Una regione che dichiara di avere i conti della sanità in pareggio chiede per prima nel Paese una compartecipazione delle famiglie e dei cittadini alla spesa sanitaria e proprio in un momento di crisi come questo – ha spiegato il consigliere Carlo Borghetti del Pd - di fatto si sancisce il principio che i lombardi pagheranno anche le prestazioni sanitarie che dovrebbero essere garantite universalmente con i lea. Un simile provvedimento regionale presenta diversi aspetti di illegittimità andando a interferire con competenze esclusive dello Stato".

Di parere contrario l'assessore alla Famiglia, Giulio Boscagli, secondo cui “non vengono toccati i lea, che sono di competenza nazionale. Il provvedimento lombardo non si colloca minimamente in contrasto con la disciplina nazionale dei lea”. La legge prevede una sperimentazione di un anno su tutte le unità d'offerta sociali e socio sanitarie, “che sarà però attuata solo in 15 comuni lombardi – chiosa Borghetti - mentre per tutti gli altri 1500 comuni si dovrà attendere un anno prima dell'applicazione di nuovi criteri. E' la prima volta che si approva una legge prima di conoscere gli esiti di una sperimentazione concepita per definirne i contenuti”.

Altra novità del provvedimento riguarda le Asp lombarde e la nomina dei loro vertici. Per le Asp di primo livello, quelle più grandi (7 su 13), tra cui anche il Pio Albergo Trivulzio, si prevede che il direttore generale, oggi nominato all'interno della struttura, sia invece indicato dalla Regione d'intesa con il Comune. Inoltre, spiega Gianantonio Girelli, responsabile Sanità Pd lombardo, “alla scadenza del mandato i cda saranno sostituiti da un consiglio di indirizzo, con poteri fortemente ridotti. Il potere gestionale passerà nelle mani del direttore generale e ci sarà un accentramento nelle mani della Regione di un patrimonio legato invece ai territori. Per le Asp di secondo livello rimane invece tutto invariato”.

FederLab Italia

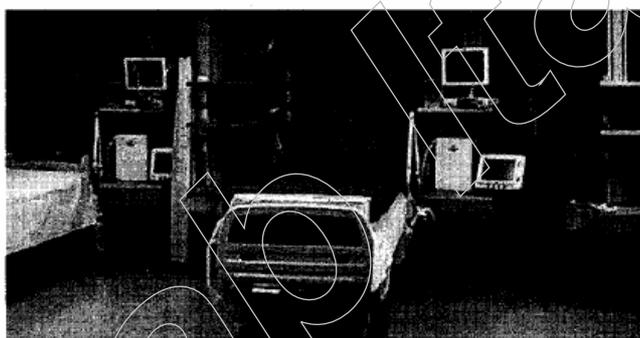
► Regione. 8 ◀

Asl, Atti aziendali: il via libera da Roma

Dipartimenti, uffici e piante organiche delle aziende sanitarie: si cambia
In dirittura d'arrivo le linee guida per il riassetto delle aziende sanitarie
A breve il via libera del tavolo di verifica del Patto per la Salute

DI ETTORE MAUTONE

Tutto pronto per le linee guida degli atti aziendali. Piante organiche, unità operative, dipartimenti e primari, dirigenti di primo livello e uffici di staff: sono le articolazioni delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere delineate dagli atti aziendali, veri e propri statuti delle aziende. A distanza di dieci anni dalla prima e ormai datata stesura i nuovi - e attesi - organigrammi delle Asl sono nero su bianco in un documento approvato dalla Regione Campania grazie al lavoro degli uffici dell'Ar-san, agenzia regionale sanitaria. Le linee guida degli atti aziendali delle aziende sanitarie sono alla firma del presidente della Regione Stefano Caldoro nella veste in questo caso di commissario preposto per l'attuazione del piano di rientro dal deficit. A stretto giro il faldone di circa 80 pagine sarà trasmesso a Roma per il vaglio dei ministeri vigilanti, e nell'arco delle prossime settimane, anche in base ai rilievi dei tecnici del Ministero della Salute e dell'Economia, tornerà sulle scriva-



nie della struttura commissariale per tradursi in un decreto.

LE BOCCIATURE

Per ogni commissario vengono indicati i motivi della cosiddetta bocciatura e indicate le soluzioni riguardo a quelli che si configurano come le prove generali degli atti aziendali. Si va dalla mancata adozione del Piano attuativo per delibera aziendale a disposizioni in merito alle posizioni organizzative, alla disposizione di chiusure e accorpamenti di reparti di presidi ospedalieri alla rivisitazione dell'organizzazione dei principali presidi ospedalieri in chiave di accorpamenti e riconversio-

ni funzionali. Un lavoro complesso che nessuno sarà in grado di attuare entro il termine perentorio indicato di 10 giorni per completare gli adempimenti. Oggi quei nodi sono tutti superati.

UN ANNO FA LE CENSURE

La struttura commissariale per la Sanità un anno fa, a gennaio del 2011, invia una lettera a ciascuno dei setti commissari Asl in carica in cui indica una serie di provvedimenti stringenti da inserire ad horas nei piani attuativi del Piano ospedaliero a integrazione e correzione degli atti aziendali elaborati da ciascuna azienda e trasmessi tre mesi fa da ciascun manager.

Le assegnazioni delle risorse sanitarie alla Campania negli ultimi tre anni

Popolazione	%	riparto effettivo ante mobilità	% Accesso	Riparto teorico con quota capitaria secca
Anno 2011				
• 5.824.662	9,65%	9.644.525.507	9,28%	10.035.613.773,99
Anno 2010				
• 5.812.962	9,68%	9.579.984.408	9,29%	9.983.577.677,42
Anno 2009				
• 5.811.390	9,75%	9.496.291.617,13	9,36%	9.891.928.209,19

Il riparto del fondo sanitario del 2012 è in discussione in Conferenza Stato-Regioni

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Toscana. Rossi sfida le altre Regioni: “Certifichino i bilanci Asl tramite agenzie esterne”

Per il governatore toscano è proprio grazie a questa procedura, “caso unico in Italia”, che la Regione può vantare i propri conti della Sanità in pari. Rossi ha poi annunciato di voler fare di questo tema “una battaglia personale”, dicendosi sicuro dell’appoggio del Governo.

16 FEB - “La Toscana ha i conti della sanità in pari e, caso unico in Italia, i bilanci delle Asl certificati da agenzie esterne. Sfido anche tutte le altre Regioni a imitarci, ne farò una battaglia personale e sono sicuro che i tecnici che oggi sono al governo capiranno bene cosa intendo”. È stata questa la sfida lanciata dal presidente della Regione, **Enrico Rossi**, a seguito dell’approvazione da parte della Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori sanitari e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali della “Relazione sul disavanzo della Asl 1 di Massa”.

“Il caso della Asl di Massa – ha spiegato il governatore – è esploso proprio grazie alle attività approfondite di controllo svolte dalla Regione. Quanto al mio comportamento personale lo ritengo esemplare”. Rossi ha infatti precisato che “non appena avvertito dai tecnici del buco di bilancio ho portato tutto all’attenzione della Procura della Repubblica e della Corte dei Conti”. “Ho rimosso e sostituito il Direttore generale, avviato verifiche sugli ultimi dieci anni di attività della Asl, e - ha concluso - pareggiato i conti facendo in modo che nello stesso tempo anche i conti generali della sanità toscana restassero in pareggio”.