



Rassegna Stampa del 16.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



Patto per la salute 2013-2015: avviato il tavolo

I nuovi ticket, le prestazioni sanitarie (i Lea) da garantire agli assistiti, gli investimenti e le liste d'attesa, i farmaci e i costi standard. Con due rebus di fondo da risolvere: il rapporto tra fabbisogno e finanziamenti reali, l'equilibrio da assicurare tra sostenibilità economica e qualità-quantità delle prestazioni. Per il momento è più che altro un'agenda di lavoro, più di carattere politico che tecnico e dunque di contenuti, ma con la riunione di ieri tra Governo e Regioni ha preso ufficialmente il via il tavolo per arrivare alla complicatissima messa a punto del «Patto per la salute» che dovrà governare il sistema sanitario pubblico nel triennio 2013-2015, dunque ancora nel pieno della crisi economica, finanziaria e sociale.

Un primo passo, ma anche un percorso e un metodo di lavoro già individuati. Entro fine mese ci sarà probabilmente un altro incontro, per arrivare a una prima stretta da gennaio. In attesa che anche le Regioni risolvano alcuni problemi che hanno al loro interno, a cominciare dal riparto dei 108 miliardi destinati alla sanità per il 2012.

«Abbiamo fatto solo un indice degli argomenti e condiviso la necessità di tenere legate sostenibilità finanziaria e qualità delle prestazioni», ha detto il ministro della Salute, Renato Balduzzi, che per il Governo era affiancato dal sottosegretario all'Economia Gianfranco Polillo. «Un'agenda di lavoro tecnico e politico impegnativo, ferma restando la coerenza finanziaria, che il precedente Governo ha reso insufficiente », ha aggiunto per i governatori Vasco Errani (Emilia Romagna).

Sui ticket il Governo intende procedere a una revisione che punti su reddito, composizione delle famiglie e appropriatezza delle prestazioni, con regole valide a livello nazionale. Mentre sui Lea, più che sul taglio delle prestazioni, si punterebbe sulla migliore organizzazione e qualità dei servizi per evitare uno smantellamento delle attuali garanzie. Anche se i tagli in cantiere con la manovra estiva sono pesanti: 8 miliardi tra il 2013 e il 2014.

quotidianosanità.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Calabria. Tavolo Massicci sblocca 220 mln di euro di premialità

Questo l'esito della riunione di ieri che ha rilevato una "sensibile riduzione del disavanzo tale da poter auspicare il raggiungimento del pareggio di bilancio". Giudicato positivamente anche il riassetto della rete ospedaliera.

16 DIC - Sbloccato il 30% delle risorse che spettano come premialità alla Calabria, per una somma pari a 220 milioni di euro. Questo l'esito della riunione di ieri pomeriggio al "Tavolo Massicci" alla quale hanno partecipato il commissario ad acta per il Piano di rientro, Giuseppe Scopelliti, ed i sub commissari Luigi D'Elia e Luciano Pezzi. I tecnici ministeriali hanno valutato positivamente i risultati ottenuti dalla struttura per l'attuazione del Piano di rientro e confermato l'attendibilità e l'affidabilità della Regione nel governo della spesa. È stata rilevata una sensibile riduzione del debito pregresso condotta attraverso "un'attenta analisi di bilancio della struttura commissariale su ogni singola azienda". Si è constatata, inoltre, "una notevole contrazione del disavanzo tale da poter auspicare il raggiungimento del pareggio di bilancio". Sul versante dell'organizzazione il "Tavolo Massicci" ha giudicato positivamente il riassetto della rete ospedaliera che dovrà, però, essere completato entro la fine dell'anno in corso attraverso la ripartizione dei posti letto per acuti all'Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" ed all'Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini", così come richiesto dal Ministero. Chiesti, infine, chiarimenti ed integrazioni su pregressi decreti commissariali, sanzioni a carico dei responsabili di atti in contrasto al Piano di rientro e chiarimenti sulle procedure di nomina dei Direttori Generali. Sulla Fondazione Campanella i tecnici si sono riservati di prendere decisioni in attesa di conoscere la legge regionale.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Puglia. Vendola su Piano di rientro: "Recuperati 400 mln, per noi è ossigeno"

Il governatore ha così commentato il risultato ottenuto al Tavolo interministeriale per la verifica del Piano di rientro sanitario. Vendola, lanciando la sfida sulla riconversione dei piccoli ospedali sul territorio, ha parlato di un "risultato importante" raggiunto "lavorando con serietà".

16 DIC - "Dopo tanta fatica e numerose vessazioni, portiamo a casa un risultato importante per la Puglia. Liberare 400 milioni di euro è per noi ossigeno". Lo ha detto il Presidente della Regione Puglia, Nichi Vendola, ha commentato il risultato ottenuto al Tavolo interministeriale per la verifica del Piano di rientro sanitario. □ "Dimostrare che abbiamo lavorato con serietà per la razionalizzazione dell'offerta sanitaria, è un risultato importante – ha detto Vendola -. Oggi, dunque, possiamo tirare un sospiro di sollievo su quel fronte ma contemporaneamente dobbiamo sapere che occorre riprendere fiato e continuare a correre perché la partita fondamentale si gioca sui singoli territori".

Per il governatore pugliese ora diventa cruciale la sfida sulle riconversioni territoriali dei piccoli ospedali: "È facile percepire la chiusura di un reparto ospedaliero come una perdita di offerta sanitaria e della salute – ha concluso – ma occorre capovolgere questo paradigma e alimentare la consapevolezza invece che i processi di riconversione e di trasformazione dei piccoli ospedali in poliambulatori e in Case della salute potranno solo migliorare nettamente l'offerta dei servizi sanitari e socioassistenziali ai cittadini".

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Patto per la salute. Primo incontro tra Governo e Regioni. Spesa, ticket e Lea i nodi da sciogliere



Poco più di quattro mesi a partire da oggi. E' questo il tempo a disposizione di Regioni e Governo per evitare che scattino in automatico i tagli alla sanità della manovra di luglio. Oggi primo incontro per condividere la road map che dovrebbe portare all'accordo. Sul piatto spesa, ticket e Lea.

15 DIC - La data fatidica è il 30 aprile 2012. Dopo, se non ci sarà un nuovo Patto per la salute, scatteranno in automatico tutti i tagli della manovra Berlusconi non modificati dal decreto "Monti". Nel primo faccia a faccia Governo e Regioni svoltosi oggi pomeriggio a Roma, presente il ministro della Salute **Renato Balduzzi**, il sottosegretario all'Economia **Gianfranco Polillo** e una delegazione delle Regioni guidata da **Vasco Errani**, si sono limitati a stilare un'agenda condivisa dei titoli delle molte questioni sul tappeto.

Al primo punto c'è senza dubbio la questione della sostenibilità economica e finanziaria del Ssn da tenere strettamente collegata alla qualità delle prestazioni erogate ai cittadini. E il confronto tra le parti comincerà senz'altro da qui con l'obiettivo di chiudere il nuovo Patto della salute 2013-2015 anche prima del termine del 30 aprile prossimo. Ma per il momento, è ancora presto per capire come e cosa cambierà.

L'elenco è lungo: si va dai nuovi Lea alla riorganizzazione complessiva della compartecipazione alla spesa dei cittadini (ticket), dalla farmaceutica ai dispositivi medici fino al rapporto tra territoriale e ospedaliera. "È stata una riunione molto costruttiva e positiva", ha affermato Balduzzi al termine dell'incontro. "Abbiamo fatto solo una ricognizione dell'indice, ma soprattutto abbiamo condiviso la necessità di tenere strettamente legati la sostenibilità finanziaria con la qualità delle prestazioni e la necessità di assicurare la tutela della salute nel modo più largo possibile, tenendo conto della condizione economica attuale. Abbiamo inserito nei contenuti del Patto della salute il tema dei nuovi Lea, un'acquisizione importante".

Una risposta in sintonia con le riflessioni del Presidente Errani: "Abbiamo individuato i titoli su cui costruire un lavoro tecnico e politico – ha spiegato Errani – ma prima di tutto è necessario affrontare il problema di un equilibrio nuovo tra i temi finanziari e quelli della salute, ossia la qualità della sanità, sistema universalistico e dei Lea". Insomma, ha sottolineato Errani sono state analizzate le "questioni che sono al cuore del Patto". Fermo restando però "che questo prevede anche la verifica della coerenza tra il finanziamento e l'insieme di queste scelte. Non è da oggi che diciamo che il finanziamento previsto per la sanità alla Manovra del precedente Governo è insufficiente. Ma questo – ha concluso – sarà la discussione che faremo sulla base di tutte le questioni che verranno affrontate nel Patto".

Ora la palla passa quindi ai tecnici. E un prossimo incontro, ha assicurato Balduzzi ci sarà "sicuramente entro la fine del mese".



No all'Irpef retroattiva, Caldoro guida la protesta

DI ANTONELLA AUTERO – GIOVEDÌ 15 DICEMBRE 2011

Nel mirino l'aumento dello 0,33 per cento dell'imposta per il 2011. Prima dell'incontro con Monti, oggi i governatori sottoscriveranno un documento unitario. □ Ispiratore: il presidente campano

No alla retroattività delle maggiorazioni dell'Irpef per quanto riguarda le aliquote regionali. E' la posizione ferma che Stefano Caldoro, presidente della Regione Campania, con l'appoggio degli altri governatori oppone all'Esecutivo di Mario Monti contro l'ipotesi di estensione dell'aumento ai redditi prodotti nel 2011. Oggi durante la Conferenza delle Regioni i presidenti sottoscriveranno, su iniziativa del loro omologo campano, un documento comune per presentare un emendamento alla manovra di correzione dei conti pubblici. La proposta di Palazzo Chigi prevede l'applicazione del principio di retroattività dell'incremento dell'addizionale regionale (più 0,33 per cento, nda) e quindi il pagamento dell'Irpef maggiorata già a gennaio 2012 per dipendenti e pensionati e a maggio o giugno per i lavoratori autonomi. Caldoro si oppone perché il motivo dell'intervento governativo, recuperare risorse per la gestione del sistema sanitario a livello locale, è venuto meno: i soldi saranno recuperati attraverso la fiscalità generale. Inoltre la misura proposta dal Governo porterebbe nelle casse degli enti destinatari appena 2,5 miliardi di euro, comunque non sufficienti per tappare le falle della Sanità.

COSA CAMBIA

La Campania, insieme alle altre regioni in stato di dissesto finanziario per quanto riguarda la sanità pubblica, subirà un colpo durissimo. Su un livello base dell'1,23 per cento i contribuenti campani verseranno l'addizionale al 2,03 per cento: un record eguagliato solo da Calabria e Molise. Vale la pena di ricordare che in Campania già a giugno del 2011 l'imposta sul reddito delle persone fisiche aveva subito un'impennata dello 0,30 per cento, sempre per coprire i buchi di un sistema sanitario che andrebbe profondamente riformato ma che nessuno tocca.

QUANTO SI PAGA

A quanto ammonta il nuovo salasso ai danni dei cittadini campani, contro il quale Caldoro si oppone fermamente, e che si aggiunge all'aumento delle accise sulla benzina, all'impennata dell'Iva e alla reintroduzione dell'Ici che adesso è mascherata da imposta municipale unica (Imu)?

Chi guadagna 30 mila euro ne deve sborsare 99 in più se lavora in una regione dove l'aumento è all'1,23 per cento, in Campania invece la mazzata raggiunge quasi i 140 euro. Per i redditi di 50 mila euro c'è invece uno scarto di 400 euro tra i 615 di aumento previsti in Toscana, Veneto, Friuli, Basilicata, Sardegna e Valle d'Aosta e i 1015 della Campania. Su queste basi pensare a un rilancio dell'economia in questa regione diventa del tutto impossibile.

IL PIANO

Un contenimento delle addizionali è possibile solo ricevendo maggiori risorse dal fondo sanitario nazionale, che per il 2012 ammonta a 108 miliardi di euro.

Caldoro propone di rivedere il meccanismo di assegnazione dei soldi eliminando il criterio attuale dell'anzianità della popolazione e introducendo l'indice di deprivazione. In questo modo la suddivisione dei contributi avverrebbe sulla base delle condizioni socio economiche di ciascuna regione così la Campania sarebbe in cima alla lista dei beneficiari e non più in coda come accade ora visto che è la realtà più giovane d'Italia.

Della proposta avanzata dal numero uno di Palazzo Santa Lucia si discuterà oggi a Roma nel corso dell'incontro in programma alle ore 14.30 tra i presidenti delle Regioni e il ministro della Salute, Renato Balduzzi.



Sanità, ossigeno alle Asl: all'incasso 300 mln

DI ETTORE MAUTONE – GIOVEDÌ 15 DICEMBRE 2011

Piano di rientro, sbloccati dalla Regione i fondi di affiancamento Entro l'inizio del 2012 dovrebbero arrivare altri 150 mln del Patto per la Salute e i 323 mln dei Fas ancora al palo

Trecento milioni di euro destinati alle strutture della sanità privata in Campania; sono in corso i trasferimenti dei fondi dalla Regione alle Asl per il pagamento alle strutture convenzionate fino al luglio 2011. Per l'Asl Napoli 1 e quella di Benevento, dove si registrano i maggiori ritardi nei pagamenti i trasferimenti, sono, rispettivamente, di 60 milioni e 30 milioni. Nel giro di una decina di giorni, saranno poi predisposti i pagamenti e arriverà così una boccata d'ossigeno alle strutture accreditate che più volte avevano minacciato di sospendere l'erogazione del servizio in regime convenzionato. Un settore rilevante, quello della sanità privata convenzionata, anche dal punto di vista occupazionale, con un indotto di 20 mila unità lavorative. "Nonostante le difficoltà economiche – spiega Achille Coppola, subcommissario alla Sanità della Regione – l'ente è riuscito a produrre un ulteriore sforzo per venire incontro alle legittime aspettative delle strutture sanitarie private convenzionate". "E' stato possibile disporre i trasferimenti – ha aggiunto – grazie a un lavoro fatto con il presidente Caldoro, in qualità di commissario ad acta per la sanità, e Mario Morlacco, altro subcommissario". La rimessa da parte della Regione verso le Asl che dovranno predisporre, ultimati i trasferimenti, i pagamenti alle strutture, "non risolve l'annosa vertenza, ma rappresenta un bel segnale, anche perché consente il riallineamento anche di quelle Asl (Benevento e Napoli 1) laddove, notoriamente, si registravano maggiori ritardi nei pagamenti". Molti dei problemi legati ai pagamenti sono dovuti alle somme che la Regione vanta dal Governo, in termini di trasferimenti, e che si attesta sui 3 miliardi circa. Lo sblocco è legato a un sistema che prevede, tra le altre cose, il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro dal deficit. Il disavanzo nel settore sanitario della Regione Campania, conferma il trend positivo di riduzione e per il 2011 andrà ad attestarsi sui 250 – 300 milioni di euro.

MANAGER A RAPPORTO

Per definire il piano dei pagamenti i direttori generali delle Asl e delle aziende ospedaliere sono stati convocati poco fa a Palazzo Santa Lucia. L'obiettivo è dare luogo ai mandati di pagamento prima della pausa natalizia e allineare le azioni della manovra di ripiano. I manager di nuova nomina, inoltre, (mandati della giunta del 26 settembre) hanno firmato i rispetti contratti triennali di diritto privato. Circa 150 mila euro lordi annui gli emolumenti assegnati. I direttori generali hanno inoltre avuto con il governatore Stefano Caldoro uno scambio di vedute relativo alla nomina, ormai imminente, dei direttori sanitari e amministrativi.

Intanto tredicesime a rischio per i lavoratori di Kuadra, che lavora in appalto con l'ASL Napoli 1 per il servizio di pulizie negli ospedali partenopei. L'azienda sanitaria deve complessivamente 30 milioni di euro all'Ati. A Kuadra, che impiega oltre 1.100 risorse ad oggi non sono stati pagati i corrispettivi contrattuali dal mese di settembre 2010 a tutto il mese di dicembre 2010, mentre risulta corrisposto soltanto il 60 per cento di quanto spettante per i soli mesi di gennaio, febbraio, marzo ed aprile 2011. Il mancato pagamento degli stipendi di ottobre, dovuto all'indisponibilità degli istituti bancari a fornire credito a causa del forte indebitamento dell'Asl Napoli 1, ha già determinato uno sciopero che aveva creato enormi disagi per i presidi sanitari partenopei, rientrato solo per il senso di responsabilità dei lavoratori e per la volontà di Kuadra di impegnarsi per tutelare i suoi dipendenti. Con lo sforzo del rifinanziamento da parte dei soci, infatti, Kuadra è riuscita a corrispondere gli stipendi di ottobre e novembre. Nel frattempo gli appelli a convocare un tavolo inter istituzionale sono caduti nel vuoto. La Prefettura di Napoli si è fatta carico di segnalare alla Asl Napoli 1 la delicata situazione dei lavoratori di Kuadra e le possibili conseguenze di un'interruzione del servizio, ma ad oggi non è stato convocato alcun incontro.

"Auspichiamo che si possa instaurare subito un tavolo di intesa" è l'appello del presidente di Kuadra, Massimo Elifani.

Le poste finanziarie

- La torta dei fondi di affiancamento: 3 mld

- I fondi del 2009: 1,7 mld
- La fetta di finanziamenti già incassata: 1,02 mld ad aprile 2011
- I fondi residui da incassare: 680 mln
- I fondi da incassare entro fine 2011: □ 450 mln
- I fondi subito disponibili: 280 mln di euro più 20 mln di parte regionale
- Altri fondi da incassare: 170 mln
- Gli adempimenti necessari: □ Invio a Roma, da parte della Regione, e alla verifica positiva da parte dei Ministeri affiancanti, dei contratti dei nuovi direttori generali (56 mln), l'adozione del decreto finalizzato all'abrogazione o alla modifica delle parti della legge regionale n. 4/2011 in contrasto con i Programmi operativi, ossia la legge sull'accreditamento in via di pubblicazione sul Bollettino regionale (57 mln), l'adozione del decreto del progetto tessera sanitaria (57 mln)



Rivellini: sprechi al S. Paolo

DI REDAZIONE IL DENARO – GIOVEDÌ 15 DICEMBRE 2011

L'europarlamentare Enzo Rivellini presidente dell'associazione Mezzogiorno di Fuoco, denuncia alla Corte dei Conti e alla presidenza della Regione un nuovo spreco all'ospedale San Paolo, presidio della Asl Napoli 1, dove il punto nascita – dice Rivellini – che conta ben 38 operatori (12 medici, 15 infermieri, 7 ostetriche, 4 ausiliari) produce circa 400 parti (meno della soglia di 500 parti per evitare la chiusura come indicato dal piano ospedaliero) laddove le strutture private convenzionate effettuano circa 1300-1400 parti alla clinica Mediterranea, circa 1100-1200 al Fatebenefratelli e circa 1000-1100 a Villa Cinzia. "Inoltre, sembra che alcuni dipendenti del San Paolo – aggiunge Rivellini – talvolta, dopo il lavoro svolgano altre 12 ore di guardia medica in regime di auto-convenzione all'Annunziata ricevendo, per le sole 12 ore, ben 750 euro lorde. Mi appello al governatore Caldoro che deve totalmente rivedere le proprie politiche sanitarie caratterizzate finora da tagli ragionieristici".

Lettori: n.d.

LiberoMilano

16-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

da pag. 47

CENTRO SOLARI

Visite low cost La sanità si fa leggera

Un milanese su quattro, in tempo di crisi economica, rinuncia a visite mediche specialistiche in istituti privati o pubblici e il numero sale nella popolazione con meno di 45 anni. A partire da questo dato nasce a Milano quella che gli esperti chiamano "sanità leggera", ovvero accessibile a tutti. Prezzi bassissimi, per visite da un privato. Il miracolo è stato possibile grazie alla cooperazione sociale attraverso cui nove cooperative milanesi, che fanno parte del consorzio SIS, hanno versato 100.000 euro ciascuno per acquistare il poliambulatorio Welfare Italia Solaris (in via Solaris), la seconda esperienza milanese dopo lo studio in via Jenner 73.

Il centro propone un'offerta sanitaria completa e di qualità, con tariffe accessibili. Visite in osteopatia, cardiologia, chirurgia generale, chirurgia vascolare, dermatologia, fisioterapia, ortopedia, ginecologia e moltissime altre. L'obiettivo è quello di effettuare ogni anno oltre 70.000 prestazioni, curando circa 7000 pazienti. «Le nostre imprese sociali - ha spiegato Claudio Bossi, presidente del centro Solaris - hanno deciso di investire nell'offerta sanitaria per dare una risposta su un terreno critico quale quello sanitario con l'obiettivo di essere sempre più aderenti ai bisogni delle persone».



Lettori: n.d.

laDiscussione

16-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Antonio Falconio

da pag. 14

**ADESSO ARRIVA IL PORTALE
DEI CONCORSI NELLA SANITÀ**

Il **Ministero della Salute** ha pubblicato il nuovo portale internet trovalavoro.salute.gov, per promuovere la massima conoscenza delle possibilità di lavoro offerte dal Servizio Sanitario nazionale sia per le professioni sanitarie come il medico, l'infermiere, il tecnico di laboratorio, sia per il personale non sanitario. Il portale, realizzato dalla Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del **Ministero della Salute**, in collaborazione con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato (IPZS), permette per la prima volta gratuitamente e liberamente la consultazione e la ricerca in tempo reale di concorsi ed esami in ambito sanitario e di tutte le informazioni correlate, come diari e graduatorie. Il portale contiene tutti i concorsi in ambito sanitario pubblicati nella Gazzetta Ufficiale 4a Serie Speciale Concorsi (a partire dal 1° agosto 2011) avvisi e aggiornamenti. I concorsi riguardano più di 1.080 enti e strutture del SSN (enti centrali, Asl, Aziende ospedaliere, Irccs, Izs, ospedali, etc) e tutte le professioni sanitarie e arti ausiliarie più ruoli non sanitari. L'iniziativa editoriale on line rientra nelle attività di sviluppo e ristrutturazione del portale istituzionale www.salute.gov.it

Ministero della Salute
Ufficio stampa



Lettori: 281.000

**IL GIORNALE
DI VICENZA**

16-DIC-2011

Diffusione: 39.914

Dir. Resp.: Ario Gervasutti

da pag. 9

VERTICE A ROMA. «Lo Stato non dà risposte»

Zaia dà l'allarme: «È buio su sanità e trasporti pubblici»

VENEZIA-ROMA

La Regione trema, assieme a tutte le altre, perché non ha nessuna certezza da Roma sui fondi del 2012 per due settori vitali: il trasporto pubblico locale e la sanità. Lo ha denunciato ieri il presidente veneto Luca Zaia, a Roma per la Conferenza delle Regioni.

TRASPORTI PUBBLICI. «Esiste ancora la totale e assoluta incertezza rispetto al finanziamento del trasporto pubblico locale», ha spiegato Zaia, proprio mentre ieri lo sciopero indetto dai sindacati in Veneto contro i tagli ai finanziamenti ha registrato una media dell'85% con punte del 98% a Venezia e Rovigo. «Ciò significa che i nostri pendolari, studenti, lavoratori e cittadini in generale, ancora oggi non hanno certezza del mantenimento dei servizi. Incontri ufficiali, al momento, non sono ancora stati definiti e noi chiediamo con gran forza al governo che si decida a riceverci e a darci risposte su questo tema». All'appello, come noto, mancano 400 milioni di euro rispetto all'1,6 miliardi "di sopravvivenza" che le Regioni avevano

chiesto al Governo per il 2012. Tra l'altro, rimarca Zaia, restano aperte anche le questioni «delle Province e della tassa sulle imbarcazioni».

SANITÀ: RISCHIO "BUCO". Zaia si è soffermato anche sul tema della sanità: «È in ballo un riparto di 106 miliardi di euro (più altri 2 che il Governo distribuisce alle Regioni su progetti specifici) e su questo fronte c'è una vertenza in piedi». Il problema infatti è che la detrazione sull'Irap potrebbe comportare nel 2012 un "bucò" rispetto alle entrate previste (si parla perfino di più di 5 miliardi) e questo ricadrebbe proprio sul Fondo della sanità. Tra l'altro continua lo scontro tra Regioni del Nord e del Sud sul riparto della cifra: «Proveranno a studiare soluzioni per proporre criteri diversi di ripartizione, ma è quasi inutile: l'anno prossimo si parte con i costi standard. E in ogni caso sanno - spiega l'assessore alla sanità Luca Coletto - che noi e altre Regioni del Nord non accettiamo il criterio della depurazione. Anzi, proprio ieri a Roma ho chiesto al ministro Renato Balduzzi che venga istituita una premialità per le Regioni virtuose». ♦



Lettori: 1.015.000

Diffusione: 263.707

Il Sole
24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

16-DIC-2011

da pag. 18

Sanità

Avviato
il tavolo
sul «Patto»
per la salute

ROMA

■ I nuovi ticket, le prestazioni sanitarie (i Lea) da garantire agli assistiti, gli investimenti e le liste d'attesa, i farmaci e i costi standard. Con due rebus di fondo da risolvere: il rapporto tra fabbisogno e finanziamenti reali, l'equilibrio da assicurare tra sostenibilità economica e qualità-quantità delle prestazioni. Per il momento è più che altro un'agenda di lavoro, più di carattere politico che tecnico e dunque di contenuti, ma con la riunione di ieri tra Governo e Regioni ha preso ufficialmente il via il tavolo per arrivare alla complicatissima messa a punto del «Patto per la salute» che dovrà governare il sistema sanitario pubblico nel triennio 2013-2015, dunque ancora nel pieno della crisi economica, finanziaria e sociale.

Un primo passo, ma anche un percorso e un metodo di lavoro già individuati. Entro fine mese ci sarà probabilmente un altro incontro, per arrivare a una prima stretta da gennaio. In attesa che anche le Regioni risolvano alcuni problemi che hanno al loro interno, a cominciare dal ri-

parto dei 10,8 miliardi destinati alla sanità per il 2012.

«Abbiamo fatto solo un indice degli argomenti e condiviso la necessità di tenere legate sostenibilità finanziaria e qualità delle prestazioni», ha detto il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che per il Governo era affiancato dal sottosegretario all'Economia Gianfranco Polillo. «Un'agenda di lavoro tecnico e politico impegnativo, ferma restando la coerenza finanziaria, che il precedente Governo ha reso insufficiente», ha aggiunto per i governatori Vasco Errani (Emilia Romagna).

Sui ticket il Governo intende procedere a una revisione che punti su reddito, composizione delle famiglie e appropriatezza delle prestazioni, con regole valide a livello nazionale. Mentre sui Lea, più che sul taglio delle prestazioni, si punterebbe sulla migliore organizzazione e qualità dei servizi per evitare uno smantellamento delle attuali garanzie. Anche se i tagli in cantiere con la manovra estiva sono pesanti: 8 miliardi tra il 2013 e il 2014.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Metropolis

15-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Giuseppe Del Gaudio

da pag. 9

BOCCATA D'OSSIGENO PER LE AZIENDE DELL'ASL NAPOLI 1

Sanità, in arrivo 300 milioni per i centri convenzionati

Trecento milioni di euro destinati alle strutture della sanità privata in Campania; sono in corso i trasferimenti dei fondi dalla Regione alle Asl per il pagamento alle strutture convenzionate fino al luglio 2011. Per l'Asl Napoli 1 e quella di Benevento, dove si registrano i maggiori ritardi nei pagamenti i trasferimenti, sono, rispettivamente, di 60 milioni e 30 milioni. Nel giro di una decina di giorni, saranno poi predisposti i pagamenti e arriverà così una boccata d'ossigeno alle strutture accreditate che più volte avevano minacciato di sospendere l'erogazione del servizio in regime convenzionato. Un settore rilevante, quello della sanità privata convenzionata, anche dal punto di vista occupazionale, con un indotto di 20mila unità lavorative.

"Nonostante le difficoltà economiche - ha spiegato Achille Coppola, subcommissario alla Sanità dell'ente di via Santa Lucia - la Regione è riuscita a produrre un ulteriore sforzo per venire incontro alle legittime aspettative delle

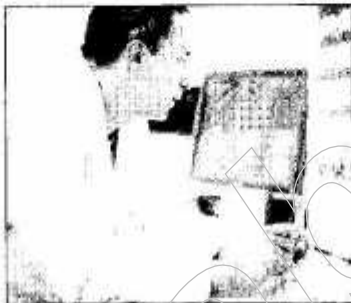
strutture sanitarie private convenzionate". "E' stato possibile disporre i trasferimenti - ha aggiunto Coppola - grazie a un lavoro fatto con il presidente Caldoro, in qualità di commissario ad acta per la sanità, e Mario Morlacco, altro

sub commissario".

La rimessa da parte della Regione nei confronti delle Aziende sanitarie locali che dovranno predisporre, ultimati i trasferimenti, i pagamenti alle strutture, non

risolve comunque l'annosa vertenza, ma rappresenta, allo stesso tempo per Coppola "un bel segnale, anche perché consente il riallineamento di quelle Asl (Benevento e Napoli 1) laddove, notoriamente, si registravano maggiori ritardi nei pagamenti".

Molti dei problemi legati ai pagamenti sono dovuti alle somme che la Regione vanta dal Governo, in termini di trasferimenti, e che si attesta sui 3miliardi circa. Lo sblocco è legato a un sistema che prevede, tra le altre cose, il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di rientro dal deficit.



Lettori: n.d.

la Repubblica GENOVA

16-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 6

Ambulatori specialistici, troppe visite

Il superconsulente della Regione: "Tagliare gli abusi della Sanità"

Diciotto visite all'anno, la media nazionale è di 14. Segnalata anche l'eccedenza di reparti di chirurgia e cardiologia

GIUSEPPE FILETTO

AMBULATORI specialistici da tagliare, quantomeno da riconvertire. Prestazioni sanitarie elevate, esami radiologici alle stelle, quindi da abbattere, oppure da modellare secondo le reali esigenze e non sulle volontà del paziente o sulle "inappropriate" indicazioni del medico di famiglia. Tanto che ogni ligure in media compie 18 visite specialistiche all'anno, contro la media nazionale di 14. Inoltre, eccedenza di reparti di chirurgia e di cardiologia, spesa farmaceutica pro capite troppo alta.

Un "abuso" dell'utilizzo della sanità, uno spaccato imbarazzante è quanto emerge dallo studio compiuto finora da Renato Balma, il superconsulente dell'Agenzia Nazionale della Sanità, con il quale la Regione Liguria ha instaurato una sorta di collaborazione: per arrivare a risparmiare quei 100 milioni di euro l'anno tagliati dalla Finanziaria. Balma, che ha lavorato su un documento di analisi dei dati del 2009 e del 2010, martedì scorso ha spiegato ai direttori generali delle aziende sanitarie e degli ospedali liguri il suo lavoro, in cui soprattutto si evidenzia un forte esubero di prestazioni in tutta la Liguria. Per ora il superconsulente si limita a indicare il ventre molle della sanità ligure, rispetto agli indicatori standard fissati dal Ministero della Salute.

Nel futuro della Liguria si intravedono ancora sacrifici. Recidere le prestazioni specialistiche, sia ambulatoriali che ospedaliere, ma anche quelle della sanità privata convenzionata, nella regione con le più lunghe liste d'attesa del Nord. Le due cose potrebbero sembrare un paradosso, invece sarebbero le facce

della stessa medaglia. «C'è una quota di domanda elevata, che proviene dalla popolazione anziana — si limita a dire l'assessore regionale alla Sanità — adesso occorre lavorare per dare prestazioni adatte ai bisogni del paziente, solo in questo modo si possono ridurre le liste d'attesa». Claudio Montaldo, però, da Balma si aspetta un documento dettagliato, che dica dove e come tagliare.

Secondo l'analisi del superconsulente i settori più in perdita si concentrano soprattutto sulle grandi aziende sanitarie liguri: sulla Asl Tre Genovese, sulla Asl Due Savonese e sul "San Martino". Le due Asl avrebbero il 50 per cento degli indicatori peggiori dello standard nazionale. Sull'ospedale regionale di secondo livello grava troppo personale nello staff di direzione, tanti primari, degenze medie troppo lunghe. Altra storia alla Asl 5 Spezzina, partita come la più disastrata della Liguria, che invece è riuscita ad ottenere il 58 per cento degli indicatori sopra allo standard.

«Un diabetico da noi fa sette volte all'anno l'esame del fundus mentre ne basterebbero soltanto due, così come le Moc vanno fatte ogni 18 mesi e non ogni 12 — spiega Franco Bonanni, direttore generale dell'assessorato — è chiaro che le visite e gli esami vanno governati: in parte dai medici di base, in parte dalle Asl e dai distretti e dagli stessi specialisti».

La ricetta, per evitare il fallimento della sanità pubblica ligure, sarebbe questa. Così che Flavio Neirotti, direttore generale della Asl Due di Savona ha iniziato a chiudere la Chirurgia Generale di Cairo Montenotte, accorpandola all'ospedale San Paolo; a disattivare l'Ortopedia di Albenga, trasferendola a Pietra Ligure; a ridurre 123 posti letto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Metropolis

15-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Giuseppe Del Gaudio

da pag. 9

PARTE IL SERVIZIO NELL'ASL NAPOLI 3

Visite e ticket: si prenota in farmacia

Accordo tra l'azienda sanitaria, Federfarma e Assofarm Prenotazione e pagamento senza file: esperimento pilota

ROCCO TRAISCI
CASTELLAMMARE

Basta file, prenotare una visita sarà più semplice. L'idea è datata. Ci avevano pensato anche i predecessori della nuova dirigenza della Napoli 3 a sveltire le procedure. Senza successo. Per questo il manager numero uno della seconda azienda sanitaria campana, Maurizio D'Amora, ci tiene a presenziare alla conferenza stampa del progetto scritto e diretto insieme ai vertici di Federfarma e Assofarm. Perché finalmente il progetto diventa realtà. Dallo scorso 12 dicembre scorso, infatti, le prenotazioni specialistiche e i ticket potranno essere effettuati nelle farmacie convenvenzionate, abbattendo così i tempi lunghi delle file nei distretti e consentendo agli utenti di prenotare le visite anche il pomeriggio, seguendo gli orari di apertura delle farmacie. Ieri mattina la presentazione del servizio alla stampa, con la triade di promotori formata da Maurizio D'Amora, direttore generale dell'Asl Napoli 3, Alessandro Grilli, membro del direttivo napoletano di Federfarma (presieduta da Michele Di Iorio) e Giovanni Di Foggia, delegato nazionale di Assofarm. Un servizio che consentirà di veicolare le attività di prenotazione attraverso il Centro Unico di Prenotazione (Cup) ed incasso ticket, direttamente presso la rete delle farmacie territoriali. "L'obiettivo - spiega Mau-

rizio D'Amora - è quello di potenziare il sistema di accesso e fruibilità delle prestazioni sanitarie per tutti i cittadini riducendo al minimo i disagi connessi al disbrigo delle pratiche burocratiche". Un'opportunità che i tre soggetti coinvolti hanno voluto cogliere credendo nella necessità di migliorare sempre più il rapporto tra il sistema delle farmacie e l'utenza. Il servizio è stato istituito in via sperimentale ed avrà la durata di un anno. Nel rispetto del modello organizzativo regionale, le farmacie, attraverso una postazione dedicata, opereranno come canale di accesso al Cup per prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie Asl Napoli 3 Sud, favorendo e agevolando il pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico dei cittadini (ticket). "La scelta del Direttore Generale dell'Asl Na 3 Sud di conferire alle farmacie il CUP è l'ulteriore conferma - dichiara in una nota inviata all'ufficio stampa dell'asl, Michele Di Iorio, Presidente di Federfarma Napoli - della centralità del ruolo delle farmacie all'interno del S.S.N. Risulta evidente che il servizio pubblico senza il supporto del sistema capillare delle farmacie private non è in grado di far fronte ai sempre maggiori diritti vantati dai cittadini; è sottinteso - conclude Di Iorio - però che il Centro

Unico di Prenotazione, al pari di altri servizi, potranno essere migliorati e ampliati a condizione che tanto la Regione quanto le Asl sappiano supportare con continuità economica quanto erogato dalle farmacie ai cittadini". Si tratta di un esperimento pilota, fino a questo momento adottato solo dalla Napoli 3 e dalla Napoli 1, le aziende sanitarie più grandi d'Europa. Il protocollo d'intesa è stato sottoscritto in via sperimentale ed avrà la durata di un anno. Nel rispetto del modello organizzativo regionale, le farmacie, attraverso una postazione dedicata, opereranno come canale di accesso al Cup per prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie Asl Napoli 3 Sud, favorendo e agevolando il pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico dei cittadini (ticket). Resteranno escluse dal servizio: - le prestazioni prescritte su ricetta non del Servizio Sanitario Nazionale; - gli esami di laboratorio ad accesso diretto; - le prestazioni per cui sia indicata sull'applicazione collegata al sistema Cup una diversa modalità di prenotazione. Le farmacie che vorranno aderire al protocollo d'intesa dovranno sottoscrivere un'apposita domanda tramite la propria associazione di categoria e la procedura di prenotazione e pagamento che potrà essere attivata dovrà seguire delle specifiche fasi.



il salvagente.it diritti

Sanità, esplode la spesa: 22 visite a cittadino

In dieci anni salito il numero delle ricette. Nel 2010 spesi 1.800 euro pro capite.

Per ogni cittadino lo Stato spende 1.800 euro all'anno in prestazioni sanitarie. Per una spesa totale che nel 2010 è arrivata a 109 miliardi di euro. A diffondere questi dati il compendio Sic - Sanità in cifre - 2010 presentato oggi, secondo cui negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria totale è quasi raddoppiata passando da 62,6 miliardi del 2000 alla cifra di 109, con una spesa pro capite che nel 2009 è stata di 1.816 euro.

Aumentata la spesa privata

Non è solo la spesa pubblica a essere salita, però. Con l'aumento dei ticket - passati da una media di 14,34 a una di 16,56 - sono aumentati gli esborsi anche per i privati cittadini. Che, rispetto a dieci anni fa si sottopongono a un numero sempre maggiore di accertamenti clinici e prestazioni sanitarie.

Il boom delle ricette

Il fatto è certificato dall'esplosione del numero di ricette emesse in un anno, passato dai 351 milioni nel 2000 a 471 milioni nel 2010. In totale sono salite tutte le prestazioni sanitarie, arrivate a un totale di 1 miliardo e 335 milioni: come se ogni cittadino si sottoponesse a 22,24 prestazioni all'anno. Fenomeno preoccupante, se osservato dal punto di vista della spesa, e che non è compensato sufficientemente dall'abbassamento del numero dei giorni di degenza per i pazienti ricoverati.

Più farmaci per tutti

Solo per i farmaci di fascia A, nel 2010 lo Stato ha sborsato quasi 13 miliardi, i cittadini 4 miliardi e 215 milioni di euro.

Più strutture pubbliche

C'è infine un altro fenomeno fotografato da Sic Sanità, elaborato da FederAnziani con l'Università di Roma Tor Vergata e la Cattolica, e cioè l'aumento delle strutture sanitarie private rispetto a quelle pubbliche. Secondo lo studio, a fronte dell'effettiva riduzione delle seconde (passate da 4.210 nel 2006 a 3.887 nel 2008) sono cresciute di quasi il 15% le private residenziali, passate da 3.493 a 3.90.



Decisioni in tempo reale

SANITA': ZAIA, RICONFERMIAMO RICORSO CONTRO TICKET

(ASCA) - Venezia, 15 dic - Luca Zaia, governatore del Veneto, conferma il ricorso contro il ticket nella sanità. "E' in ballo un riparto di 106 miliardi di euro e su questo fronte c'e' una vertenza in piedi: abbiamo fatto ricorso ai provvedimenti del Governo Berlusconi contro il ticket - afferma il presidente -. Il Veneto ha ricorso al TAR e alla Corte Costituzionale, perche' e' inaccettabile che si pensi di scaricare l'inefficienza di chi fa i conti a livello nazionale sulle Regioni. Oggi i nostri cittadini sono costretti a pagare un ticket aggiuntivo per le visite perche' il Governo ha deciso di scaricare ingiustamente sulle Regioni virtuose come la nostra un recupero di quasi 100 milioni di euro che molti territori spreconi non riuscivano a recuperare per l'inusitato numero di esenti assistiti"

Per la Vicepresidente Stasi l'esito del tavolo Massicci è un risultato di grandissima importanza

La Vicepresidente della Regione Antonella Stasi – informa una nota dell'ufficio stampa della Giunta – in merito agli esiti dell'ultima riunione del **“tavolo Massicci”**, **ha rilasciato la seguente dichiarazione:**

“Un risultato di grandissima importanza per tutti i calabresi. Le positive notizie giunte a conclusione dell'ultima riunione del **“tavolo Massicci”** -**ha dichiarato la Vicepresidente Stasi** - che ha sbloccato circa 220 milioni di euro per la sanità calabrese, dimostrano l'impegno serio e costante che il nuovo corso della Regione sta portando avanti grazie al lavoro del Presidente Scopelliti e di tutta la maggioranza di centro-destra. L'obiettivo di riformare il comparto della sanità calabrese, rendendolo finalmente competitivo e corrispondente alle esigenze dei cittadini, è stato il primo impegno che il Governatore Scopelliti ha affrontato con decisione. **La somma che il “tavolo Massicci” ha deliberato** - prosegue la Vicepresidente Stasi - **oltre a certificare l'ottimo lavoro finora fatto dal Governatore e dal Dipartimento**, restituisce la necessaria credibilità nei confronti di tutto il Paese, persa a seguito di una scellerata politica di sprechi e sperperi che hanno danneggiato non solo la nostra immagine, ma soprattutto un servizio fondamentale per la salute dei calabresi. Questo primo risultato ci offre quindi la necessaria conferma e fiducia che la strada intrapresa dal Presidente Scopelliti è quella giusta, ossia quella di dare finalmente una sanità di qualità a tutti i calabresi, restituendo la necessaria fiducia anche a tutti quei validi professionisti che operano nella nostra regione. L'esito del **“tavolo Massicci”** cancella, di fatto, tutte le critiche strumentali avanzate nell'ultimo anno e mezzo, da un centro-sinistra incapace di contribuire a vincere questa difficile sfida. Da ora – conclude la Vicepresidente Stasi - sarà possibile pianificare con più efficacia la rete dei servizi assistenziali sul territorio e potenziare le strutture sanitarie ed ospedaliere, garantendo quei processi di innovazione tecnologica ed organizzativi capaci di portare le strutture sanitarie regionali ai livelli delle migliori esperienze del resto d'Italia”.

<http://www.cn24.tv/news/37822/per-la-vicepresidente-stasi-l-esito-del-tavolo-massicci-e-un-risultato-di-grandissima-importanza.html>



Nuovo Patto Salute: Errani avviato il lavoro con il Governo

(regioni.it) "Abbiamo individuato i titoli su cui costruire un lavoro tecnico e politico impegnativo - ha spiegato Errani - ora è necessario affrontare il problema di un equilibrio nuovo fra i temi finanziari e quelli della salute: qualità della sanità, sistema universalistico dei Lea, riorganizzazione complessiva dei ticket, rapporto fra l'ospedale e il territorio". Nel corso dell'incontro del 15 dicembre fra il ministro della Salute Renato Balduzzi, il sottosegretario all'Economia Gianfranco Polillo e una delegazione della Conferenza delle Regioni, guidata dal presidente Vasco Errani, sono stati quindi individuati i capitoli e scritto l'indice del nuovo Patto per la salute 2013-15. Prima della fine di dicembre il prossimo incontro, durante il quale si dovrà entrare più nei dettagli, che verranno poi affrontati dai tecnici. Per il rinnovo del Patto si prevedono tempi brevi, ma è difficile arrivare alla chiusura di un accordo entro l'anno. Il nodo, come hanno sottolineato sia il ministro sia le Regioni, è assicurare un equilibrio fra sostenibilità economica e qualità delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. Nel corso dell'incontro del 15 dicembre sono state analizzate, ha aggiunto Errani, le "questioni che sono il cuore del Patto, questo prevede anche la verifica della coerenza finanziaria. Non è da oggi che diciamo che il finanziamento previsto dalla Manovra del precedente Governo per la sanità, è insufficiente". "E' stata una riunione molto costruttiva e positiva - ha affermato il Ministro Renato Balduzzi al termine dell'incontro al dicastero della Salute - e abbiamo fatto una ricognizione dell'indice, ma soprattutto abbiamo condiviso la necessità di tenere strettamente legati la sostenibilità finanziaria con la qualità delle prestazioni e la necessità di assicurare la tutela della salute nel modo più largo possibile, tenendo conto della condizione economica attuale. Abbiamo inserito nei contenuti del Patto della salute - ha sottolineato il Ministro - il tema dei nuovi Lea ed è un'acquisizione importante".