



Rassegna Stampa del 17.10.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidianosanità.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Ecm. Fazio: “Stesse regole di accreditamento tra Stato e Regioni”. Al via Cernobbio 2011

Si apre la [Terza Conferenza nazionale Ecm](#). Al centro l'armonizzazione dell'accREDITamento tra livello nazionale e regionale. Sulla [rivista dell'Agenas](#) un'anticipazione dei temi e delle posizioni. Gli articoli di: [Fazio](#), [Balduzzi](#), [Bianco](#), [Moirano](#), [Coletto](#), [Linetti](#) e [Manfellotto](#).

17 OTT - Se lo scorso anno si era realizzato il passaggio da accreditamento dei singoli eventi ad accreditamento dei provider, ovvero degli organizzatori, il lavoro di quest'anno della Commissione nazionale Ecm è stato rivolto soprattutto all'armonizzazione tra livello nazionale e livello regionale dell'accREDITamento. Un lavoro non facile, che ha registrato molte resistenze da parte regionale, ma che dovrebbe concludersi a breve con l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni di un nuovo Accordo Stato-Regioni dedicato al programma di Educazione continua in medicina, che fa seguito agli Accordi dell'agosto 2007 e del novembre 2009.

Di questo passaggio fondamentale si discuterà oggi e domani a Cernobbio, nel corso della Terza Conferenza nazionale Ecm. Ma un'anticipazione dei temi all'ordine del giorno si trova già sul numero appena pubblicato di *Monitor*, la rivista dell'Agenas, di cui vi presentiamo alcune anticipazioni.

“Una rete dove tutti gli elementi che compongono il Sistema riescano a dialogare”, a cominciare dal livello istituzionale centrale e regionale. Così il ministro descrive il sistema Ecm italiano che “ha raggiunto – scrive il ministro della salute **Ferruccio Fazio** – un tale livello di maturazione e d'integrazione da rendere inevitabile una ridefinizione delle strutture a supporto della Commissione nazionale della Formazione continua, garanti della verifica e della valutazione della qualità del sistema formativo: il Comitato di Garanzia e l'Osservatorio nazionale per la Qualità della formazione continua in sanità”. E accanto a queste strutture il nuovo accordo dovrebbe contenere anche le Linee guida per il sistema di accREDITamento dei provider, comuni al livello nazionale e regionale, riguardanti, come si legge ancora nell'intervento del ministro, “il rispetto delle procedure di registrazione e reporting degli eventi e dei crediti formativi assegnati, le caratteristiche del soggetto da accREDITare, la sua organizzazione, il rigore qualitativo nella offerta formativa proposta e l'indipendenza da interessi commerciali, tutti requisiti necessari a garantire una attività formativa efficiente, efficace ed indipendente”.

Oltre che verificare il lavoro svolto in questo anno, Cernobbio sarà anche l'occasione per avviare il confronto sui problemi da affrontare nel prossimo futuro. “Uno di questi – scrive il presidente dell'Agenas **Renato Balduzzi** nel suo editoriale al numero di *Monitor* – è quello di passare dall'attenzione al profilo della sola performance individuale a quello del rendimento dell'équipe e, più in generale, dell'organizzazione. Nel momento in cui anche i problemi del rischio clinico (particolarmente acuti oggi) si spostano dall'attenzione esclusiva alla responsabilità professionale del singolo professionista alla considerazione delle responsabilità connesse alla disorganizzazione della struttura sanitaria, anche la dinamica formativa deve estendersi a tale dimensione”.

E anche **Amedeo Bianco**, presidente della Fnomceo, sottolinea lo sforzo per legare il sistema Ecm al sistema sanitario nel suo complesso. “Le attività formative, che già prima venivano svolte in ragione dei codici deontologici e della responsabilità di ogni singolo professionista – sostiene Bianco – sono state ricondotte ad un sistema di formazione capillare, che guardi da una parte ai bisogni del singolo, sulla base del profilo delle sue esigenze e competenze, e dall'altra ai bisogni delle organizzazioni sanitarie, perché la formazione continua è elemento essenziale per la qualità delle prestazioni, per il miglioramento delle organizzazioni e dei processi assistenziali, di prevenzione e di cura”.

L'intervento di **Fulvio Moirano**, direttore dell'Agenas, passa in rassegna le diverse modalità con cui si realizzano gli eventi formativi, sottolineando come sia “sempre più incrementata anche la formazione sul campo (FSC), nella quale sono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività. Questa modalità di formazione, che include anche la partecipazione ad attività di ricerca e a commissioni e gruppi di miglioramento, offre la massima possibilità di essere legata alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e i comportamenti organizzativi”.

Al contributo fornito dalle Regioni allo sviluppo del sistema Ecm è dedicato ovviamente il contributo firmato da **Luca Coletto**, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e assessore alla Sanità del Veneto,

mentre **Maria Linetti**, segretaria della Commissione nazionale per la Formazione Continua, descrive in dettaglio le novità a cui si sta lavorando in materia di accreditamento, a cominciare dalla rendicontazione sugli eventi realizzati. Infine, **Dario Manfellotto** esplora il ruolo dei media e del web nell'Ecm, con particolare attenzione allo sviluppo della Fad, la Formazione a distanza.

A completare il quadro sull'Ecm offerto dalla rivista dell'Agens, la presentazione di come, in concreto, si sia realizzato l'accREDITamento dei provider nella Regione Puglia.



Campania, tac e analisi a pagamento: slitta il vertice con i privati

DI

REDAZIONE IL DENARO

– VENERDÌ 14 OTTOBRE 2011, POSTATO IN: [IN EVIDENZA](#), [NEWS](#)

Tetti di spesa e budget esaurito per le attività radiologiche in convenzione a Napoli e presto anche nelle altre sei Asl della Campania. Slitta a martedì 18 ottobre la riunione programmata tra le associazioni di categoria e la struttura commissariale per la definizione di eventuali contratti integrativi tesi a ripristinare il servizio che, dal 1° ottobre, a Napoli è già fornito solo a pagamento. Il budget per Tac, analisi e indagini di diagnostica radiologica è infatti esaurito e i pazienti che si rivolgono ad una struttura convenzionata devono mettere mano al portafogli per ottenere assistenza. La Regione ha chiesto di contemperare nel budget assegnato anche le entrate relative al gettito dei ticket (circa 45 milioni di euro nel 2011 su scala regionale). Il nodo sarà dunque sciolto nella riunione del prossimo martedì-

LE LINEE GUIDA

Il sub commissario Mario Morlacco, in una circolare precisa intanto che scadono il 30 ottobre e il 30 novembre i termini temporali entro i quali le singole strutture devono essere informate sui dati di spesa rilevati dai Tavoli tecnici. Per quanto concerne la modifica, richiesta da alcune associazioni di categoria, riguardo all'adeguamento del limite di incremento dei volumi di prestazioni erogati (dal 5 al 10 per cento) e all'innalzamento del valore medio per prestazione (case mix), la nota rimanda alle necessità di risparmio che per adesso non sono derogabili. I contratti con le strutture private, stipulati in base ai decreti commissariali n. 24 del 5 aprile 2011 e n. 33 del 27 maggio scorso per regolare il tetto di spesa 2011 (rispettivamente, della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza termale), stabiliscono che la Asl debba comunicare a ciascun centro privato con raccomandata o a mezzo Posta elettronica certificata, la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti e la data prevedibile di raggiungimento del 100 per cento di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo.

IL MONITORAGGIO

In particolare, entro il 31 ottobre 2011 dovrà essere comunicato dalla Asl il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre 2011, e le conseguenti proiezioni a finire. Solo per la specialistica ambulatoriale analoga comunicazione dovrà essere ripetuta entro il 30 novembre 2011 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre 2011 e conseguenti proiezioni a finire. Nell'ambito dei tavoli tecnici potranno essere individuati criteri di calcolo statistico più accurati della presumibile data di raggiungimento del 100 per cento di consumo del limite di spesa. Negata, dal sub commissario, la previsione della stipula di un protocollo locale la Asl e le Associazioni di categoria in quanto i contenuti sono già tutti inseriti nel testo del contratto. Stesso diniego, almeno per ora, alla richiesta di riportare al 10 per cento (vigente negli anni scorsi) il limite del 5 per cento fissato dall'articolo 8 del contratto 2011, relativo all'incremento della produzione e del valore medio delle prestazioni di un singolo privato che risponde alla più generale esigenza di contenimento della spesa sanitaria nell'ambito del Piano di rientro. Tuttavia, in considerazione del limite di spesa comunque esistente a livello di branca, si sta valutando il ripristino della percentuale del 10 per cento, che potrebbe essere inserito in un prossimo decreto. L'adozione del valore medio delle prestazioni erogate da un singolo centro privato trova motivazione nel passaggio dal valore medio della branca, al valore medio del singolo centro privato; criterio temperato, peraltro, dal riferimento alla media del biennio precedente, invece che al solo anno precedente". Sarà comunque valutato caso per caso il superamento di uno o di entrambi i limiti.

INTERVENTO

Sanità, serve più confronto per razionalizzare i costi

di **Alessandro Trapani**

È divenuto oggi obbligatorio - e dato quasi per scontato - parlare di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica e, in particolare, ciò vale per il comparto sanitario, notoriamente dissestato e poco efficiente.

Ma quando questo impera-

IL PROBLEMA

Le modalità di stesura dei bandi per i servizi complementari rischiano di danneggiare imprese e collettività

tivo diventa taglio cieco e indiscriminato dei costi, chi ne paga le conseguenze è soprattutto l'utente del servizio sanitario, che vede compromesso il livello qualitativo e quantitativo dei servizi e delle condizioni ambientali in cui viene a trovarsi.

Per questo motivo, le modalità di stesura dei bandi di

gara dei servizi complementari, che alcune Regioni stanno recentemente adottando secondo questa logica, rischiano di creare un enorme danno alla collettività e allo sviluppo economico.

Si tratta di una situazione che Assosistema, l'Associazione che rappresenta in Italia le aziende del sistema industriale integrato di servizi tessili e medici affini, sta osservando in questi mesi in prima persona e che rischia inoltre di minare alla base la continuità imprenditoriale di un settore che vale nel complesso oltre 4 miliardi di euro di fatturato e dà lavoro a migliaia di occupati.

Alcune recenti gare, come avvenuto a esempio nella Regione Lazio, indette per l'acquisizione del servizio di sanificazione del tessile, hanno visto l'indiscriminata e distorta attuazione, di fatto, del criterio del massimo ribasso del prezzo, pur richiedendo il mantenimento di elevati requisiti tecnico-qualitativi e organizzativi.

Di fronte all'indiscutibile e

condiviso obiettivo di razionalizzazione della spesa sanitaria, ciò che risulta particolarmente critico è la scelta - questa volta discutibile - di procedere semplicemente ad un taglio drastico dei prezzi, senza aver effettuato una preliminare analisi del bisogno reale sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi dei prodotti e dei servizi oggetto della fornitura.

La sola mancanza di un lavoro a monte di ricerca, di analisi e pianificazione del bisogno di consumo - nonché l'assenza di un dialogo con gli operatori del settore che conoscono in profondità gli aspetti tecnici - ha portato in alcuni casi paradossalmente ad adottare soluzioni addirittura più costose, benché fossero sostituibili con altre tecnologicamente più innovative ed economiche.

È oggi a rischio la stessa sopravvivenza della categoria delle imprese fornitrici, che negli ultimi anni ha investito massicciamente in tecnologie all'avanguardia e in risorse umane per garantire aspetti

molto delicati quali la sicurezza igienica dei prodotti tessili e il controllo costante della biocontaminazione.

In questo contesto, a peggiorare le cose, la categoria sta inoltre sopportando con grossi sacrifici il crescente ritardo del pagamento dei corrispettivi, pur garantendo sempre e ciononostante lo stipendio ai propri dipendenti, tutti a tempo indeterminato e prevalentemente donne.

Deve quindi riprendere a pieno regime l'interlocuzione tra il soggetto pubblico che ha necessità di acquistare un servizio alle migliori condizioni tecnico-qualitative e chi quel servizio lo produce: soltanto con il confronto preventivo su razionalizzazione dei costi, recupero delle efficienze e risparmio nell'approvvigionamento è possibile pensare ad un sistema sanitario che possa proiettarsi verso un futuro sostenibile, centrato sulle esigenze dei pazienti e sull'inderogabilità della tutela collettiva.

Occorre quindi che la fusione delle reciproche conoscenze e il confronto di idee tra imprese e istituzioni tornino ad essere un elemento centrale per far ripartire il nostro Paese. È da qui che si deve iniziare, avvicinando con la forza del dialogo interessi solo apparentemente contrapposti.

Presidente Assosistema

Prenotazione di visite specialistiche, pagamento del ticket e ritiro referti: queste le ultime novità
Farmacie sempre più multiservizi

*Pagina a cura
di SIBILLA DI PALMA*

Prenotare le visite specialistiche, e non solo, sotto casa. Dal 16 ottobre, infatti, i cittadini possono pagare e ritirare i referti di prestazioni specialistiche ambulatoriali direttamente nella propria farmacia di fiducia. A stabilirlo è il terzo decreto ministeriale sulla «farmacia dei servizi», pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 229/2011 del 1° ottobre scorso. Affinché il decreto possa essere attuato pienamente, però, dovranno essere rinnovate e siglate diverse convenzioni a livello nazionale e regionale.

Il nuovo ruolo delle farmacie: focus sull'assistenza al cittadino. Il provvedimento è il terzo di una serie di decreti che hanno come oggetto l'introduzione di nuove prestazioni all'interno delle farmacie, in base a un accordo stipulato nel 2010 nell'ambito della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le regioni. I due precedenti, entrambi del 16 dicembre 2010, avevano invece introdotto la possibilità di eseguire in questi negozi specializzati alcune prestazioni analitiche che rientrano nell'ambito dell'autocontrollo (come per esempio, il test per la glicemia, il colesterolo e i trigliceridi) e alcune prestazioni professionali eseguite da infermieri e fisioterapisti.

«Quest'ultimo decreto», afferma **Andrea Mandelli**, presidente Fofi (Federazione degli ordini dei farmacisti), «va a completare il quadro normativo che regge il modello della farmacia dei servizi. Si tratta di un ulteriore passo avanti nella territorializzazione dell'assistenza, che permette al cittadino, in particolare quello con la minore possibilità di muoversi per ragioni fisiche o di lavoro, di poter accedere alle prestazioni attraverso la propria farmacia di fiducia, limitando code e spostamenti». Sulla stessa linea anche **Anna-rosa Racca**, presidente di Federfarma

(Federazione delle farmacie private).

L'innovazione normativa assume grande rilevanza perché consente al cittadino di risparmiare tempo e potrà facilitare la vita quotidiana delle persone, anche considerando che la nostra società è caratterizzata da un aumento della non autosufficienza, aspetto che rende ancora più importante il ruolo che le farmacie possono svolgere in campo assistenziale».

Come funziona il servizio. Con la nuova legge le farmacie diventano quindi dei punti di accesso al sistema Cup (Centro unico prenotazioni), grazie a una postazione dedicata

attraverso la quale i cittadini possono prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, provvedere al pagamento del ticket e ritirare i relativi referti.

La procedura prevede le seguenti fasi: informativa e raccolta del consenso, riconoscimento dell'assistito, prenotazione, servizio di pagamento, spedizione e ritiro dei referti. Non sono incluse nel servizio, però, le prestazioni prescritte su ricetta, non del Servizio sanitario nazionale, gli esami di laboratorio ad accesso diretto, le urgenze di primo e secondo livello e le prestazioni per cui sia chiaramente indicata sull'applicazione collegata al sistema Cup una diversa modalità di prenotazione.

Il prossimo passo: le convenzioni. Perché la legge possa essere attuata pienamente,

però, sarà prima necessario che farmacisti e governi regionali firmino una serie di convenzioni senza le quali le novità previste dai decreti rimarranno soltanto sulla carta. In primo luogo, il rinnovo della convenzione farmaceutica nazionale, scaduta nel 2001 e in regime di proroga, che regola i rapporti tra le farmacie e il Servizio sanitario, dettando regole uniformi valide su tutto il territorio nazionale. In secondo luogo, occorrerà procedere agli accordi integrativi regionali che stabiliranno le modalità attuative dei singoli servizi.

«L'organizzazione dei servizi sul territorio», prosegue **Mandelli**, «è di competenza regionale, quindi ciascuna amministrazione deciderà quali servizi attuare e come organizzarli e retribuirli. In pratica, la materia è rinviata all'imminente trattativa sulla convenzione».

L'avvio sarà graduale: «Non si tratterà di una partenza con lo starter», prosegue **Mandelli**, «perché i tempi di implementazione, al di là dell'aspetto normativo e della trattativa, dipendono anche da fattori materiali, per esempio l'esistenza di un sistema informativo regionale, il tutto facendo i conti con la situazione economica attuale». Una situazione diversa da quella dei due precedenti decreti sulla farmacia dei servizi. «In questo caso», prosegue **Mandelli**, «il discorso è leggermente diverso in quanto le prestazioni di piccola diagnostica e anche quelle infermieristiche prevedono una sorta di doppio binario: l'erogazione a carico del Servizio sanitario e l'erogazione su base privata, cioè con pagamento diretto del paziente. Quest'ultima strada è già percorribile dal momento della pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* dei decreti applicativi, e già alcune farmacie si sono avvalse di questa possibilità, mentre la via dell'erogazione a carico del Ssn ricade nelle competenze regionali seguendo l'iter che ho descritto in precedenza».

Occorrerà un po' di pazienza

Arenaccia Il rogo doloso, l'Azienda: atto inspiegabile Incendiato l'archivio Asl, pratiche in fumo

Marisa La Penna

Fiamme dolose nell'archivio dell'Asl. Il raid è stato messo a segno nei locali di via Martiri d'Otranto, quartiere Arenaccia, da piromani a cui la polizia sta tentando di dare un nome. Un incendio che è stato domato in fretta grazie anche all'attivazione immediata dei rilevatori di fumo presenti nell'edificio. Un attentato che, pertanto, ha provocato danni ridotti: sono andati a fuoco soltanto alcuni faldoni contenenti vecchie fatture.

La direzione della Asl ha precisato subito che nel locale sono custoditi documenti molto vecchi, relativi, essenzialmente a fatture datate dal 1990 in poi. Nulla, comunque, a dire dei vertici dell'azienda sanitaria locale, che potesse rappresentare documento di qualche interesse attuale. Per questo è difficile comprendere le intenzioni di chi ha innescato le fiamme. Che interesse poteva mai avere, l'incendiario, a distruggere quei fogli? Forse i piromani ritenevano che in quel locale è custodito altro materiale la cui distruzione può procurare giovamento a qualcuno?

Sull'episodio indaga la polizia che sta tentando di indi-

viduare i piromani e sta tentando di capire le motivazioni dell'attacco incendiario.

La segnalazione al centralino del 115 è partita alle 21,10 di sabato. Sul posto sono arrivate dapprima le volanti dell'Ufficio prevenzione generale della questura. Gli agenti sono stati i primi ad intervenire sulle fiamme, utilizzando gli estintori collocati nei locali dell'asl. Poi sono giunti i vigili del fuoco che hanno ultimato l'opera di spegnimento. I danni, comunque, non sono stati ingenti: soltanto alcuni faldoni sono andati distrutti. Sul posto sono accorsi anche dirigenti della asl. Primo tra tutti il generale Maurizio Scoppa, da qualche mese al vertice della struttura sanitaria.

La matrice dolosa è stata evidenziata subito: segni di effrazione alle porte hanno fatto scartare subito l'ipotesi che il fuoco potesse essere stato generato da un corto circuito. Non si esclude che la polizia possa chiedere le videoregistrazioni delle telecamere collocate su alcuni negozi della zona per vedere se è possibile intercettare i volti dei piromani che sono transitati in zona prima di «attaccare» i locali della asl.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: 203.000

GAZZETTA DI PARMA

16-OTT-2011

Diffusione: 41.575

Dir. Resp.: Giuliano Molossi

da pag. 6

TAGLI NOTA DI PALAZZO CHIGI: «ERA UN'IPOTESI, MA IN FINANZIARIA NON C'E' PIU'»

Statali, marcia indietro sui ticket

Mancano i fondi per gli ospedali

ROMA

Nonostante gli sforzi di Fazio manca all'appello un miliardo per l'edilizia sanitaria

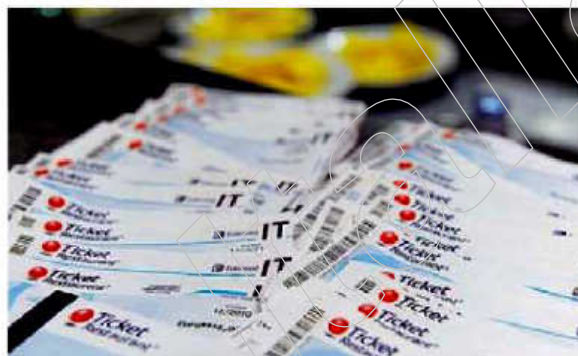
■ Marcia indietro sul taglio ai buoni pasto per i dipendenti statali, mentre continua a mancare all'appello il miliardo di euro che era previsto per l'edilizia sanitaria. Il giorno dopo il via libera alla legge di stabilità, in assenza delle tabelle che diranno nel dettaglio come siano stati distribuiti gli oltre sei miliardi di tagli, sono i sindacati dei medici, dopo quelli della Pa, a salire sulle barricate perché senza fondi, dicono, gli ospedali saranno «da rot-tamare».

A chiudere la querelle che si era scatenata per la misura che avrebbe tolto ai lavoratori del pubblico impiego i ticket per le giornate con orario inferiore alle 8 ore ci ha pensato Palazzo Chigi, che in una nota ha bollato come «fuori luogo e strumentale» ogni polemica sull'argomento, dal momento che «la norma relativa a una presunta riduzione dei buoni pasto per i dipendenti pubblici non figura nella versione definitiva della leg-

ge di Stabilità approvata». Anche perché, come ha spiegato successivamente il ministro della Pubblica amministrazione Renato Brunetta, attraverso il suo portavoce, ci sono «profili di incostituzionalità e problemi applicativi» per le norme su «buoni pasto ed equo indennizzo».

Se nella versione definitiva del provvedimento sono spariti i tagli ai buoni pasto, non sono però «ricomparse» le risorse che dovevano essere inserite per l'edilizia sanitaria, nonostante il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, si fosse speso (e poi battuto in Cdm) in questo senso. L'ultima chance resta il decreto sviluppo.

Intanto però aziende ospedaliere e sindacati dei medici puntano il dito contro una misura che mette a rischio «la sicurezza» degli operatori e dei pazienti, proprio mentre si sta parlando «di misure per la crescita». «Tagliare i fondi per l'ammodernamento delle strutture sanitarie significa mettere a rischio più di 8 milioni di cittadini che si ricoverano, 30 milioni di persone che accedono al pronto soccorso e 800 mila operatori sanitari», fa presente Costantino Troise, segretario dell'Anaa, il principale sindacato dei medici ospedalieri. ♦



Buoni pasto salvi Lo assicura una nota di Palazzo Chigi.

INTERVENTO

Sanità, serve più confronto per razionalizzare i costi

IL PROBLEMA

Le modalità di stesura dei bandi per i servizi complementari rischiano di danneggiare imprese e collettività

di **Alessandro Trapani**

È divenuto oggi obbligatorio - e dato quasi per scontato - parlare di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica e, in particolare, ciò vale per il comparto sanitario, notoriamente dissestato e poco efficiente.

Ma quando questo imperativo diventa taglio cieco e indiscriminato dei costi, chi ne paga le conseguenze è soprattutto l'utente del servizio sanitario, che vede compromesso il livello qualitativo e quantitativo dei servizi e delle condizioni ambientali in cui viene a trovarsi.

Per questo motivo, le modalità di stesura dei bandi di gara dei servizi complementari, che alcune Regioni stanno recentemente adottando secondo questa logica, rischiano di creare un enorme danno alla collettività e allo sviluppo economico.

Si tratta di una situazione che Assosistema, l'Associazione che rappresenta in Italia le aziende del sistema industriale integrato di servizi tessili e medici affini, sta osservando in questi mesi in prima persona e che rischia inoltre di minare alla base la continuità imprenditoriale di un settore che vale nel complesso oltre 4 miliardi di euro di

fatturato e dà lavoro a migliaia di occupati.

Alcune recenti gare, come avvenuto a esempio nella Regione Lazio, indette per l'acquisizione del servizio di sanificazione del tessile, hanno visto l'indiscriminata e distorta attuazione, di fatto, del criterio del massimo ribasso del prezzo, pur richiedendo il mantenimento di elevati requisiti tecnico-qualitativi e organizzativi.

Di fronte all'indiscutibile e condiviso obiettivo di razionalizzazione della spesa sanitaria, ciò che risulta particolarmente critico è la scelta - questa volta discutibile - di procedere semplicemente ad un taglio drastico dei prezzi, senza aver effettuato una preliminare analisi del bisogno reale sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi dei prodotti e dei servizi oggetto della fornitura.

La sola mancanza di un lavoro a monte di ricerca, di analisi e pianificazione del bisogno di consumo - nonché l'assenza di un dialogo con gli operatori del settore che conoscono in profondità gli aspetti tecnici - ha portato in alcuni casi paradossalmente ad adottare soluzioni addirittura più costose, benché fossero sostituibili con altre tecnologicamente più innovative ed economiche.

È oggi a rischio la stessa sopravvivenza della categoria delle imprese fornitrici, che negli ultimi anni ha investito massicciamente in tecnologie all'avanguardia e in risorse umane per garantire aspetti molto delicati quali la sicurezza igienica dei prodotti tessili

e il controllo costante della biocontaminazione.

In questo contesto, peggiorare le cose, la categoria sta inoltre sopportando con grossi sacrifici il crescente ritardo del pagamento dei corrispettivi, pur garantendo sempre e comunque lo stipendio ai propri dipendenti, tutti a tempo indeterminato e prevalentemente donne.

Deve quindi riprendere a pieno regime l'interlocuzione tra il soggetto pubblico che ha necessità di acquistare un servizio alle migliori condizioni tecnico-qualitative e chi quel servizio lo produce: soltanto con il confronto preventivo su razionalizzazione dei costi, recupero delle efficienze e risparmio nell'approvvigionamento è possibile pensare ad un sistema sanitario che possa proiettarsi verso un futuro sostenibile, centrato sulle esigenze dei pazienti e sull'inderogabilità della tutela collettiva.

Occorre quindi che la fusione delle reciproche conoscenze e il confronto di idee tra imprese e istituzioni tornino ad essere un elemento centrale per far ripartire il nostro Paese. È da qui che si deve iniziare, avvicinando con la forza del dialogo interessi solo apparentemente contrapposti.

Presidente Assosistema



Lettori: 172.000

Italia Oggi
Sette

17-OTT-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Marino Longoni

da pag. 9

Smart card al via in Puglia ed Emilia Romagna. Ma la sostituzione non è avvenuta ovunque

Carta dei servizi, la risposta regionale arriva in ordine sparso

Pagina a cura
di SIBILLA DI PALMA

Le prossime a partire saranno Emilia Romagna e Puglia, che seguiranno la strada già battuta da Lombardia, Toscana, Sicilia e Friuli-Venezia Giulia. La sostituzione, a scadenza, della tessera sanitaria con la nuova Ts-Cns (Carta nazionale dei servizi) comincia a farsi strada, anche se il censimento condotto da *ItaliaOggi Sette* mostra che molte regioni sono ancora indietro.

Cos'è la Carta nazionale dei servizi. La Ts-Cns è una tessera sanitaria dotata di banda magnetica e di un microchip per mezzo del quale svolge anche la funzione di Carta nazionale dei servizi, permettendo di accedere alle funzionalità messe a disposizione dalla pubblica amministrazione tramite internet. La carta consente, inoltre, di garantire sicurezza nell'identificazione dell'utente nell'accesso ai servizi online.

Come attivarla e a cosa serve. Per accedere ai servizi interattivi disponibili via web occorre richiedere un codice di accesso personale (pin), recandosi con la tessera e un documento in corso di validità presso uno degli sportelli delle aziende sanitarie locali abilitati al rilascio. A quel punto, inserendo la carta nel lettore di smart card collegato al computer, oppure presso gli sportelli polifunzionali dislocati sul territorio, è possibile accedere ai dati sanitari presenti nel proprio fascicolo sanitario elettronico, effettuare richieste di certificazioni e prestazioni, pagamenti dei servizi pubblici, accesso ai referti medici, scegliere o revocare il medico di base. La carta viene inviata direttamente dall'Agenzia delle entrate all'indirizzo di residenza in prossimità della scadenza della vecchia tessera.

Emilia Romagna pronta a partire dal mese di novembre. In occasione del rinnovo delle tessere sanitarie, quindi, le regioni e le province autonome possono richiedere al ministero dell'economia e delle finanze di

consegnare ai cittadini la nuova carta. Un servizio già sperimentato da Lombardia, Toscana, Sicilia e Friuli-Venezia Giulia e che sta procedendo a piccoli passi anche nelle restanti regioni italiane. La Lombardia ha anche attivato Motorhome, un servizio che si muove sul territorio regionale per illustrare ai cittadini le funzionalità della carta, che finora è stata distribuita gratuitamente a circa 10 milioni di cittadini lombardi. In Emilia Romagna, invece, la nuova smart card sarà inviata agli assistiti a partire dal mese di novembre. «Noi abbiamo seguito un percorso diverso da Lombardia e Toscana», afferma Anna Darchini, dirigente Ausl di Imola, «dove il servizio è attivo già da parecchio tempo, quindi abbiamo cercato di costruire prima i servizi e poi abbiamo valutato di distribuire le carte. Abbiamo in questo senso colto l'occasione che ci è stata fornita e inizieremo da novembre con la distribuzione, ma in maniera progressiva, quindi partendo dai cittadini con la tessera in scadenza, secondo gli accordi presi con il ministero».

Quella che verrà attuata dalla regione è quindi una modalità di distribuzione graduale, che interesserà un numero di circa 20 mila cittadini al mese per quest'anno e per il prossimo. La maggior parte delle tessere sanitarie in Emilia Romagna arriverà a scadenza infatti nel 2014. «La tessera», prosegue Darchini, «arriverà con una lettera informativa, in cui verranno evidenziate le potenzialità della card. La tessera va poi naturalmente attivata recandosi presso lo sportello dell'azienda sanitaria locale che fornirà il codice di pin code». Tra i servizi di cui il cittadino potrà disporre, sono previsti la consultazione del proprio fascicolo sanitario personale, il pagamento online per le prestazioni ambulatoriali, mentre è ancora in fase di sperimentazione il

servizio di prenotazione Cup.

Anche in Puglia l'avvio del servizio. Diverso il caso della Puglia, dove le tessere sanitarie sono giunte a scadenza per la maggior parte nel corso del 2010, per cui la quasi totalità dei cittadini pugliesi ha già ricevuto la tessera standard, priva del microchip necessario per svolgere le funzioni anche di Carta nazionale dei servizi. La prossima riemissione è, quindi, prevista nel 2016. Tuttavia, la minoranza di assistiti con la tessera in scadenza, riceverà, già a partire da questo mese, direttamente dall'Agenzia delle entrate la nuova card, che riporterà anche la dicitura di Carta regionale dei servizi con il logo della regione Puglia.

«La distribuzione delle nuove tessere», afferma Tommaso Fiore, assessore alla sanità della regione Puglia, «avverrà per mezzo posta ordinaria da parte dell'Agenzia delle entrate, e riguarderà tutti i cittadini man mano che la vecchia tessera giungerà a scadenza. Nell'ultimo trimestre di quest'anno e nel 2012 la distribuzione riguarderà meno del 5% degli assistiti pugliesi». Anche in questo caso per accedere ai servizi interattivi disponibili online è necessario richiedere il pin, cioè un codice di accesso personale, recandosi con la tessera e un documento di identità presso uno degli sportelli abilitati al rilascio, la cui attivazione in Puglia è prevista entro fine anno.

«A causa della mancata distribuzione in tempi brevi della card a tutti i cittadini pugliesi, stiamo predisponendo nell'ambito del progetto "Portale della salute" un sistema per l'identificazione dei cittadini e la distribuzione di credenziali di accesso in rete (username e password), alternativi all'utilizzo della Ts-Cns», conclude Fiore. Non appena quindi il sistema entrerà a regime, i cittadini pu-



gliesi potranno accedere al «Portale della salute» e utilizzare i servizi interattivi disponibili, tra cui la possibilità di scegliere e revocare il medico di base, di verificare le esenzioni a cui si ha diritto e di accedere al proprio fascicolo sanitario elettronico.

— © Riproduzione riservata —

La Carta nazionale dei servizi (Ts-Cns) in sintesi

Cos'è	È una normale tessera sanitaria dotata però di un microchip che le permette di svolgere anche la funzione di Carta nazionale dei servizi e di accedere, quindi, alle funzionalità messe a disposizione dalla pubblica amministrazione tramite internet
Come attivarla	La carta viene inviata direttamente dall'Agenzia delle entrate all'indirizzo di residenza in prossimità della scadenza della vecchia tessera. Per accedere ai servizi interattivi disponibili online occorre richiedere un codice di accesso personale (pin), recandosi con la tessera e un documento in corso di validità presso uno degli sportelli delle Aziende sanitarie locali abilitati al rilascio
A cosa serve	➤ Accedere ai dati sanitari presenti nel proprio fascicolo sanitario elettronico ➤ Richiedere certificazioni e prestazioni ➤ Effettuare pagamenti dei servizi pubblici ➤ Accedere ai referti medici ➤ Scegliere o revocare il medico di base
In quali regioni è già attiva	➤ È già attiva in Lombardia, Toscana, Sicilia e Friuli-Venezia Giulia ➤ È in fase di avvio in Puglia dal mese in corso e partirà in Emilia Romagna da novembre

LA NOVITÀ

Arrivano i medici «low cost»: visite con tariffe scontate*Listini in base al reddito e convenzioni con molti ospedali. Lucchini: «Meno profitti senza lesinare sui materiali»*

■ Propongono visite ed esami a prezzi ribassati, ma a loro non piace essere chiamati medici «low cost». «Lo siamo - spiegano i medici - ma dicendo low cost sembra che la qualità delle cure sia scadente». I nuovi centri medici vogliono prendere le distanze dal vecchio tipo di sanità a basso costo, quella identificata con i dentisti farlocchie e gli odontoiatri di dubbia preparazione. E rilanciano un nuovo tipo di ambulatorio: dove si risparmia, sì, ma si viene visitati da specialisti competenti. Sia i privati sia alcune cooperative hanno cominciato ad investire nel settore e,

stando ai dati di Assolowcost, sembra che nei prossimi anni ci si debba aspettare un vero boom. La formula sembra piacere ai milanesi che azzerano la lista d'attesa per i controlli e compensano il salasso-ticket grazie agli esami con lo sconto: se in questi mesi il costo di ecografie e visite cardiologiche è aumentato in media del 30 per cento, ecco che nelle nuove cliniche di risparmio altrettanto o qualcosa di più.

Oggi in via Biondi, zona Sempione, aprirà un nuovo ambulatorio.

Maria Sorbi a pagina 6

LA NOVITÀ Oggi apertura di un nuovo centro in zona Sempione

Arrivano i medici «low cost»

Visite accurate a prezzi ridotti

*Un listino in base al reddito e convenzioni con molti ospedali
Lucchini: «Abbassiamo i profitti senza lesinare sui materiali»*

BUSINESS

Questo nuovo tipo di sanità cresce del 20-30% l'anno e vale 10 miliardi

Maria Sorbi

■ Propongono visite ed esami a prezzi ribassati, ma guai a chiamarle cliniche low cost. «Lo siamo - spiegano i medici - ma dicendo low cost sembra che la qualità delle cure sia scadente». I nuovi centri medici vogliono prendere le distanze dal vecchio tipo di sanità a basso costo, quella identificata con i dentisti farlocchie e gli odontoiatri di dubbia preparazione.

E rilanciano un nuovo tipo di ambulatorio: dove si risparmia, sì, ma si viene visitati da specialisti competenti. Sia i privati sia alcune cooperative hanno cominciato ad investire nel settore e, stando ai dati di Assolowcost, sembra che nei prossimi anni ci si debba aspettare un vero boom.

La formula sembra piacere ai milanesi che azzerano la lista d'attesa per i controlli e compensano il salasso-ticket grazie agli esami con lo sconto: se in questi mesi il costo di ecografie e visite cardiologiche è aumentato in media del 30 per cento, ecco che nelle nuove cliniche di risparmio altrettanto o qualcosa di più.

Oggi in via Biondi, zona Sempione, aprirà un nuovo ambulatorio. Si chiama «Medici per tutti» ed è un progetto del centro medico ambrosiano. Propone un listino di visite più che dimezzato rispetto al solito: 26 euro per chi non supera i 23 mila euro di reddito, 38 euro per chi non supera i 45 mila euro all'anno e 50 euro per tutti gli altri.

Ma non è l'unico caso. Il più longevo è il centro Sant'Agostino, dove una visita specialistica costa 60 euro contro i 100 euro e più chiesti dal circuito ospedaliero. E poi c'è il poliambulatorio di viale Jenner, che ha aperto da un paio di setti-

mane e che è già carico di richieste: nasce da un'idea di Welfare Italia Servizi tradotta in pratica dal sistema di cooperative legato a Caritas Ambrosiana. La visita specialistica costa 70 euro e l'obiettivo è tutelare la salute del ceto medio schiacciato dalla crisi e, attraverso un meccanismo mutualistico, ampliare l'accesso alle cure. In sostanza si cerca di fare in modo che nessuno rinunci a curarsi a causa delle difficoltà economiche. L'ambulatorio in un certo senso fa concorrenza alla sanità privata ma a braccetto con quella pubblica. Tanto che il centro Caritas ha stipulato alcune convenzioni con gli ospedali milanesi: li aiuterà a smaltire le visite nelle specialità più inflazionate. «Difatto - spiega Giovanni Lucchini, tra i padri del progetto - gli ospedali ci mettono il personale medico e il centro ci mette spazi e strumentazioni. E ovviamente le visite costeranno di meno». Nella fattispecie,



Lettori: n.d.

il Giornale Milano

17-OTT-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

da pag. 6

il centro di viale Jenner ha in ballo convenzioni con l'ospedale di Garbagnate per le visite ginecologiche, con il Sacco per la cardiologia e con il San Paolo per l'oculistica, uno dei settori perennemente in over booking. «Andiamo a coprire le carenze degli ospedali - aggiunge Lucchini - e stipuliamo convenzioni di volta in volta, in base alle esigenze».

Come può stare in piedi il sistema delle visite con lo sconto? «Semplice - spiegano i dirigenti -, abbassiamo i profitti. Ma non lesiniamo sulla qualità degli strumenti né dei materiali che utilizziamo, soprattutto per l'odontoiatria». Il business della nuova sanità ha comunque un fatturato in crescita del 20-30% che a livello nazionale ammonta a 10 miliardi di euro.

In ambito di sanità e risparmio, a Milano stanno anche dilagando le offerte on line: pacchetti di visite specialistiche, di terapie e cure a meno del 50% rispetto al prezzo normale. Va bene tutto ma i medici diffidano: «Le visite non sono merce da mercato».

<http://www.cn24.tv/news/33987/pdl-crotone-per-la-sanita-del-territorio.html>

Pdl Crotone per la sanità del territorio

16 ottobre 2011, 19:43 [CROTONE](#)

"Completato l'iter d'approvazione degli Atti aziendali stilati dalle direzioni strategiche delle **cinque Aziende sanitarie calabresi** (che attendono ora di essere passate al vaglio del dipartimento regionale alle Salute e del Tavolo Massicci al ministero), bisognerà vigilare sulla reale trasformazione del servizio sanitario in un'offerta di qualità per il cittadino. - Comunica una nota stampa - Per tanto, il Pdl di Crotone si rivolge alle opposizioni e ai rappresentanti istituzionali del centrosinistra invitandoli a non diffondere messaggi pretestuosi e fuorvianti rispetto all'attuazione di un **Piano di rientro del debito sanitario** che necessitava l'applicazione sistematica di misure urgenti ed improrogabili.

Siamo agli esordi di questa rivoluzione - quasi di tipo culturale oseremmo dire - messa in atto dal commissario ad acta Giuseppe Scopelliti, attraverso i decreti attuativi emanati il **22 ottobre 2010** che, nel loro insieme, disegnano una svolta assai importante per il concetto di offerta sanitaria cucita per Crotone e la Calabria.

È vero. Al centrodestra è toccato l'onere di applicare misure correttive impopolari, quanto doverose, dopo circa due anni di inerzia registrata sotto il governo della passata giunta regionale di centrosinistra (guidata da Agazio Loiero). Quell'esecutivo, infatti, non ha mai applicato quanto previsto dallo stesso Piano di rientro applicato oggi (anche se rivisto dalla nuova Legislatura col contributo dell'Agenas) dopo averlo più volte discusso tra gli scranni dell'assemblea di Palazzo Campanella. Intanto, proprio per questa inerzia del centrosinistra, si sono accumulati i 2/3 di quel miliardo e mezzo di euro che pendono sulle tasche della Regione e dei cittadini.

Detto questo, però, è anche vero che la rimodulazione delle **tre reti assistenziali (ospedaliera, emergenza-urgenza e territoriale)** disposte per il nostro territorio non sta scendendo mai al disotto dei parametri previsti dalla legge. A cominciare dai posti letto. Così come ha anche già sottolineato dal nostro rappresentante Pdl alla Regione Salvatore Pacenza nei giorni scorsi, infatti, va sottolineato che il Crotonese sarà il territorio che, in percentuale, perderà meno posti letto accreditati col sistema sanitario regionale rispetto alle decurtazioni previste per le altre Asp calabresi.

Ed è proprio in questo aspetto, forse, che si colloca anche la rivoluzione culturale innescata da questo Piano di rientro. In una sanità moderna ed efficiente bisogna predisporre l'ospedalizzazione per le acuzie, mentre occorre rafforzare la rete territoriale e le infrastrutture per il sociale per i malati cronici, gli anziani e i pazienti in fase terminale. Attraverso questa riduzione dei posti letto, dunque, si cerca di inseguire una tendenza già praticata a livello mondiale.

Tutto questo anche per rispondere a chi sta sbandierando su stampa e televisioni che il nostro presidio ospedaliero è stato declassato. Innanzitutto, va precisato che la destinazione a Spoke della struttura è dettata da un parametro demoscopico: nella legge di riferimento per l'organizzazione della rete assistenziale territoriale in una popolazione compresa tra i **130mila e i 500mila abitanti** si

prevede un presidio organizzato per le Emergenze-urgenze. Ma questo non vuol dire che i servizi e le prestazioni rivolte al cittadino fino a questo momento verranno a mancare. Al contrario, si tratterà solo di una riorganizzazione interna dei reparti che non porterà nessun contraccolpo per l'utenza.

Se così non fosse noi del Pdl siamo pronti a vigilare affinché non venga negato **il diritto alla salute dei cittadini**. - Conclude la nota - In questa fase delicata e cruciale per la Sanità del territorio, in conclusione, invitiamo ancora una volta le forze d'opposizione a vigilare assieme a noi su questa terza ed ultima fase della riorganizzazione della rete assistenziale crotonese, senza abbandonarsi a facili strumentalizzazioni e inutili polemiche."

Il documento per l'esenzione non arriva 70mila genovesi agli sportelli Asl

A ottobre non scade nulla, ma il rischio è che l'afflusso di gente mandi in tilt le strutture

di GIUSEPPE FILETTO

Settantamila in città, che diventano più di 90 mila se si somma anche la popolazione del Genovesato. Da oggi inizia la carica di questo "esercito" di esentati dal pagamento del ticket sanitario. Devono presentarsi presso gli sportelli del Cup o nei distretti sanitari di competenza; dovranno firmare l'autocertificazione, per poi ottenere l'agognato tesserino con il codice, che dovrà essere riportato sulle ricette mediche, sulle richieste di analisi e presentato anche in farmacia.

I 90 mila sono pazienti che per patologia cronica, età e reddito (sotto i 36 mila euro l'anno dichiarati al Fisco) dal primo novembre prossimo hanno diritto all'esenzione e secondo quanto temono i sindacati di categoria da oggi prenderanno d'assalto gli sportelli del Cup-Anagrafe. "Si prevede un fortissimo afflusso - scrive in un comunicato Mario Iannuzzi della segreteria Fials - con inevitabili problematiche di gestione per gli utenti, ma anche per gli operatori". Tanto da chiedere un potenziamento di personale, in modo da evitare inesauribili code. "Abbiamo predisposto un piano di intervento per diluire al massimo il lavoro - garantisce Corrado Bedogni, direttore generale della Asl Tre Genovese - ogni distretto si è organizzato, sia con personale adeguato, sia con sportelli informatizzati, per far sì che non si creino disagi".

Bedogni, inoltre, cerca di rassicurare tutti: "Non c'è la scadenza del 31 ottobre, come è stato erroneamente comunicato; si inizia oggi, ma ciascun paziente può

presentare l'autocertificazione e chiedere il tesserino quando vuole, cioè nel momento in cui avrà bisogno delle prestazioni sanitarie e delle prescrizioni mediche, ovvero dell'esenzione del ticket. Quindi, invito tutti a non confluire contemporaneamente agli sportelli".

Comunque, da oggi si cambia per chi non è tenuto a pagare il ticket. Ai 120 mila genovesi con reddito inferiore ai 36 mila euro, già iscritti agli elenchi del Mef (Ministero dell'Economia e delle Finanze) la Asl assicura che arriverà il tesserino fino a casa. A qualcuno è già arrivato. Gli altri devono avere la pazienza di aspettare.

I 90 mila non inseriti negli elenchi del Mef, comunque esenti dal ticket sia per patologia cronica, sia per età che per reddito, sono quelli che devono recarsi al Cup e chiedere il tesserino. Secondo quanto spiega Bedogni, questi sono divisi in diverse categorie. Una di queste è formata da pazienti di cui la Asl possiede opportuni elenchi ed ai quali via posta è stata spedita a casa una lettera, con la quale sono stati avvisati di recarsi presso gli sportelli per firmare l'autocertificazione. Chi si ritiene in questa fascia e non ha ricevuto l'avviso, comunque deve portarsi presso gli uffici informatizzati della Asl. Poi vi sono quelli che sono sotto i 15 mila euro di reddito annuo, che quindi non dichiarano nulla al Fisco, che comunque hanno diritto all'esenzione: anche questi devono presentarsi nei distretti sanitari della Asl.

Non devono fare nulla invece coloro che sono tra i 36 mila ed i 100 mila euro di reddito annuo: quelli che pur essendo malati cronici ed hanno meno di 65 anni con la Manovra-Tremonti sono obbligati alla compartecipazione della spesa sanitaria; dovranno pagare il ticket di 36,15 euro per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e di laboratorio, ma anche la quota sui farmaci (da 2 a 4 euro a ricetta) che assumono abitualmente per la loro malattia. In ogni caso, sul sito (www.asl3.liguria.it) si possono acquisire ulteriori informazioni riguardanti ciascuna fascia di esenzione.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Molise. Cipe libera 55 mln di fondi Fas per coprire deficit sanità

Ne ha dato ieri notizia il ministro per i Rapporti con le Regioni, Raffaele Fitto. La somma, però, non basterà a coprire l'intero disavanzo che ammonta a 98 mln di euro. Oltre ai 55 che verranno attinti dai fondi Fas, 11 mln verranno coperti dall'aumento delle aliquote fiscali Irap e Irpef.

- Dopo [Abruzzo, Lazio e Campania](#), ecco che il Comitato interministeriale per la programmazione economica, ha dato il via libera anche per il Molise ad utilizzare i fondi per le aree sottoutilizzate a favore del risanamento del deficit sanitario. Dal Cipe sono stati destinati i 55 milioni di euro dei fondi Fas per per guarire la sanità molisana. Una somma che non basterà a coprire l'intero deficit che ammonta complessivamente a 98 milioni di euro. Oltre ai 55 mln sbloccati, altri 11 milioni saranno coperti dall'aumento delle aliquote fiscali Irap e Irpef.

Resta ora da vedere la reazione da parte degli industriali molisani che, appena qualche mese fa, avevano pubblicamente chiesto alla Regione Molise di non utilizzare i fondi destinati allo sviluppo e alle imprese per appianare il disavanzo sanitario.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Toscana. Accordo con Poste per prenotazione visite, pagamento ticket e invio referti via mail

In Toscana sarà possibile prenotare le visite mediche e pagare i ticket sanitari direttamente all'ufficio postale. Sono queste alcune tra le novità principali previste dal protocollo d'intesa firmato oggi a Roma tra Poste Italiane e Regione Toscana.

- L'accordo rientra nel quadro dei servizi di e-Government in materia di salute e in linea con il programma "Reti Amiche". I cittadini toscani potranno così servirsi dei 434 uffici postali regionali provvisti di "Sportello Amico" per prenotare la visita e versare il relativo ticket sanitario senza doversi necessariamente recare negli uffici della Asl. I referti saranno poi ricevuti comodamente a casa, nel formato cartaceo o via email, ovvero essere chiesti direttamente all'Ufficio Postale. L'intesa prevede inoltre la realizzazione di una rete logistica per la consegna dei farmaci a domicilio.

"L'accordo con Poste Italiane conferma l'impegno della Toscana a mettere a disposizione dei cittadini un sistema sanitario sempre più efficiente, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze", ha sottolineato il presidente Enrico Rossi. "I bisogni di salute sono sempre più complessi e le informazioni devono essere condivise sempre più rapidamente. Con questo sistema – ha concluso Rossi – sono le immagini a 'viaggiare' e non i pazienti, i quali, inoltre, potranno prenotare all'ufficio postale le proprie visite mediche ed attivare la Carta sanitaria elettronica".

"L'accordo con la Regione Toscana per servizi di e-Government in campo sanitario – ha detto l'ad di Poste italiane, Massimo Sarmi, dopo la firma dell'accordo – consolida e rappresenta l'evoluzione delle attività e dei rapporti tra Regione Toscana e Poste Italiane nella direzione della semplificazione della vita del cittadino. Con la nostra tecnologia avanzata e la rete logistica – ha aggiunto Sarmi – mettiamo a disposizione degli enti locali e delle persone servizi che agevolano il rapporto tra cittadini e pubblica amministrazione, semplificando le procedure e assicurando effettivi benefici alle persone che, in questo modo, ricevono la documentazione sanitaria a domicilio o sul proprio pc".

L'intesa siglata prevede anche l'avvio di servizi studiati su misura per la Regione Toscana, come l'utilizzazione della Posta elettronica certificata per la trasmissione di referti diagnostici, l'ideazione di sistemi innovativi di comunicazione istituzionale nel settore sanitario e lo sviluppo di sistemi di incasso e rendicontazione delle prestazioni sanitarie.

FederLab Italia

Lun 17/10/2011

24 ORE
Sanità

Estratto da pag. 16

CAMPANIA

Budget esaurito: la Rmn "privata" si paga

Il budget "pubblico" dei privati convenzionati che garantiscono prestazioni nel campo della radiologia è già terminato e, quindi, dal primo ottobre tutte le prescrizioni sono a pagamento. Per ora il cerchio è ristretto alla provincia di Napoli e ai centri che fanno diagnostica per immagine. Non è la prima volta che accade, anzi, siamo al quarto anno. Ma quest'anno il disagio è anticipato di quasi un mese.

Sono già una cinquantina i centri che non possono più erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario regionale. Per fare radiografie, tac, risonanza magnetica, ecografia, pet-tac, pagando solo il ticket, bisogna rivolgersi alle strutture pubbliche, altrimenti bisogna accollarsi il costo totale della prestazione.

Non è uno sciopero, precisano i privati della Sanità associati all'Unione Industriali di Napoli, ma «si tratta di una situazione iniqua, quanto paradossale», secondo il presidente della Sezione Sanità dell'associazione degli imprenditori partenopei, **Giovanni Severino**. «Nei fatti, il sistema di accreditamento in questa Regione dura soltanto per tre quarti dell'anno!». Intanto, l'Asl Napoli 1 in questi giorni sta provvedendo a potenziare i servizi di radiologia sul territorio, ma le liste di attesa non sono adeguate alle esigenze dei pazienti che richiedono tempi di risposta brevi.

In pratica, il punto è ancora lo stesso, nonostante lo stop ai decreti ingiuntivi e ai pignoramenti: è necessario garantire la copertura della domanda e i pagamenti correnti, che restano fermi a quelle che solo tecnicamente si chiamano anticipazioni e riguardano il mese di aprile 2011. Per di più la situazione non è uguale per tutte le Asl. La Asl Napoli 1 è ferma ancora all'anticipazione del 60% di marzo, mentre il 20 ottobre, secondo gli accordi sottoscritti, dovrebbe coprire l'anticipazione del mese di maggio. E se si guarda complessivamente ai crediti vantati dalla Sanità privata, il debito della Regione ammonta a circa 1,3 miliardi.

Quella dei crediti pregressi è comunque una questione da

tenere separata, secondo Giovanni Severino che vorrebbe l'insediamento di un tavolo di confronto, in tempi rapidi, per impostare un cammino che garantisca i pagamenti per l'attività corrente e il futuro, con budget adeguati.

Per il pregresso, intanto, continua a emergere un dato che influisce sulla possibilità sempre più ridotta di accesso a linee di credito, ed è la perdurante incapacità di molte Asl di procedere alla certificazione dei crediti. Peraltro il meccanismo individuato, con decreto, resta troppo lungo e farraginoso.

Laura Viggiano