



- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidianosanità.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Patto Salute e riparto. Intervista a Russo (Sicilia). “Serve un Patto anche tra Nord e Sud”

Alla vigilia del [summit delle Regioni](#), l'assessore alla Sanità siciliano lancia due proposte: livelli di organizzazione standard per le strutture e revisione delle quote capitarie per i nuovi residenti. E poi rigore e appropriatezza. “In Sicilia abbiamo dimostrato che anche il Sud può essere efficiente”

20 FEB - Rinvitata per il maltempo la seduta straordinaria della Conferenza dei Presidenti delle Regioni prevista per la scorsa settimana, Patto per la Salute e riparto del finanziamento del Ssn per il 2012 saranno discussi dalle regioni il prossimo 23 e 24 febbraio.

Poche le indiscrezioni disponibili, dopo la sostanziale riconsiderazione del documento elaborato dai tecnici regionali a gennaio. Ma in questa intervista a *Quotidiano Sanità* l'assessore alla Sanità della Regione Siciliana mette sul tavolo due proposte rilevanti: i Livelli di organizzazione standard, per dare forma omogenea ai sistemi sanitari regionali, e, in materia di riparto, una sostanziale riduzione della quota capitaria assegnata ai nuovi residenti (negli ultimi anni la popolazione è cresciuta di circa tre milioni di abitanti, prevalentemente localizzati in Lombardia, Veneto, Emilia e Lazio).

Assessore Russo, cosa volete ottenere con il nuovo Patto per la Salute, del quale le Regioni stanno discutendo animatamente anche se in modo molto riservato?

Il nuovo Patto deve porre le basi per la sanità dei prossimi tre anni, 2013, 2014, 2015. C'è l'esigenza, avvertita da tutti, di chiudere il patto entro aprile per evitare che entri in vigore in automatico la manovra dell'agosto scorso che, come è noto, comporterà dei tagli in alcuni settori indicati dalla norma per 2,5 mld nel 2013 e 5,5 mld nel 2014.

L'obiettivo delle Regioni è trovare un'intesa per ottenere il medesimo saldo, ma con altre misure, perché il rischio concreto è che con quella manovra il sistema non sia più sostenibile.

Ci sono otto miliardi che mancano alla sanità. Pensate di ottenere maggiori finanziamenti o di mettere in campo misure di risparmio?

Diciamolo chiaramente: la manovra di otto miliardi rende insostenibile il sistema e rischia di pregiudicare la corretta erogazione dei Lea.

Anche perché occorre evidenziare un problema che forse non è stato oggetto della necessaria attenzione: la manovra non è di soli otto miliardi, perché nel frattempo ci sono state altre misure, come l'aumento dell'Iva e delle tariffe, che hanno reso il saldo più pesante. Noi chiederemo al

Governo di rendere la manovra sopportabile, fermo restando che abbiamo la consapevolezza che il sistema sanitario deve fare la sua parte per contribuire a questo momento critico per il paese.

Molti, a cominciare dal ministro Balduzzi, puntano sull'appropriatezza come metodo per fronteggiare la scarsità delle risorse. Cosa si può fare concretamente?

Dobbiamo declinare il termine appropriatezza in tutte le sue sfaccettature, innanzi tutto quelle organizzative. Il campo su cui intervenire è l'efficientamento del sistema: bisogna mettere in azione processi volti a riorganizzare il sistema con modalità tali da ottenere risultati economici in termini strutturali.

Mi fa un esempio di appropriatezza organizzativa?

L'esempio è la Sicilia. Siamo stati bravi e rigorosi a intraprendere la strada virtuosa del cambiamento. Nonostante le forti resistenze, anche di carattere politico, siamo riusciti a ridurre le aziende sanitarie da 29 a 17, i dipartimenti dell'assessorato da 5 a 2, abbiamo rimodulato la rete ospedaliera, tagliando gli sprechi costituiti da reparti doppiopioni, abbiamo lanciato le gare centralizzate per l'acquisto di beni e servizi, ridisegnato le piante organiche, riscritto gli atti aziendali, varato il nuovo Piano Sanitario Regionale che in Sicilia mancava da oltre dieci anni, ampliato l'offerta della medicina territoriale in ogni provincia, sfruttando anche le risorse europee e creando le reti per patologia. Il tutto partendo dai dati che ci hanno indicato il reale fabbisogno sanitario della Regione e puntando su appropriatezza delle risposte ai bisogni di salute, merito e trasparenza nella scelta delle figure apicali del sistema. Tutti gli indicatori sono già sensibilmente migliorati anche se chiaramente la strada è ancora lunga. Ma i provvedimenti adottati, validati dal tavolo ministeriale, sono stati di carattere strutturale e dunque non sarà più possibile tornare indietro. Abbiamo così costruito il nuovo sistema, valutando rigorosamente il fabbisogno e dando le pertinenti risposte organizzative, incidendo sul processo di produzione delle prestazioni e dei servizi sanitari. Il risultato è stato un forte abbattimento di costi strutturali come effetto innanzitutto di una appropriatezza organizzativa. Che significa principalmente rispetto di standard organizzativi, di indicatori di valutazione delle performance, di parametri gestionali; per esempio non si possono mantenere reparti, strutture, come punti nascita, cardiocirurgie, neurochirurgie, emodinamiche etc., senza tenere conto di tali dati o ancor peggio prescindendo dal riferimento al bacino d'utenza. Credo sia arrivato il momento di definire anche i livelli essenziali di organizzazione ai quali, pur nel rispetto dell'autonomia di ciascuna regione, devono conformarsi i sistemi sanitari regionali specialmente delle regioni sottoposte a Piani di rientro.

Quindi ben vengano i Piani di rientro...

In questo senso il Piano di rientro è stata un'opportunità, ma noi vogliamo cambiare l'ottica: quando si parla di Piano di rientro si evoca il momento economico-finanziario, noi vogliamo invece, poiché *nomina sunt consequentia rerum*, parlare di Piani di riqualificazione e riorganizzazione del sistema, che portano anche a risultati economici consistenti.

Insomma, lei sarebbe pronto a seguire i parametri proposti nello studio dell'Agenas, che indicava proprio per le Regioni in Piano di rientro, i parametri appropriati per le diverse strutture e servizi.

Noi siamo disponibili sotto questo profilo. La Sicilia è un esempio da seguire: in tre anni abbiamo ridotto il deficit strutturale di un sistema che al momento della sottoscrizione del Piano di Rientro aveva un buco di quasi 1 miliardo di euro e che l'anno scorso ha chiuso meglio di quanto preventivato, cioè con un deficit di appena 90 milioni che viene abbondantemente coperto dalle addizionali delle aliquote Irap ed Irpef.

Torniamo alla sua proposta di Livelli essenziali di organizzazione.

Meglio ancora: livelli di organizzazione standard, che sono più utili dei costi standard. Questa è una mia valutazione personale e ovviamente rispetteremo la legge, ma se non si mette mano al processo di produzione non si potranno mai cambiare davvero le cose. In termini organizzativi, faccio ancora un esempio. La Regione Siciliana, come è riconosciuto anche dall'Agoi, è l'unica Regione che sta facendo fino in fondo il suo dovere in tema di Punti nascita. Abbiamo adempiuto puntualmente a quanto stabilito dalla Stato Regioni del dicembre 2011, a ottobre ridurremo i Punti nascita, collocandoli alla dimensione di oltre 500 parti l'anno per arrivare poi a mille parti l'anno. Sono misure organizzative che portano innanzitutto qualità ed efficienza al sistema.

Intervenire sulle strutture vuol dire anche ridurre tanti ruoli apicali. Come ha fatto a tagliare 17 direttori generali?

Abbiamo adottato la politica del rigore, senza guardare in faccia nessuno. E nella scelta dei manager delle nuove aziende ci siamo affidati alle valutazioni dell'Agenas che ha fatto un prezioso lavoro di scrematura fra i tanti candidati, analizzando con attenzione i curricula. Forse per questo le resistenze da parte di certi centri di potere sono state molto forti. Per la precisione abbiamo anche ridotto del 16% le strutture complesse e del 14% le strutture semplici. Il personale è stato riorganizzato rispettando la norma finanziaria che imponeva un tetto di spesa. Operazioni anche dolorose ma necessarie. E ora, con rinnovata serenità, possiamo puntare sulla qualità delle attività sanitarie.

Cosa intende per rilancio delle attività sanitarie?

Il tema fondamentale su cui riflettere, e che deve costituire uno dei fondamenti del nuovo Patto per la Salute, è la difformità dell'erogazione dei Lea a livello nazionale. Oggi abbiamo una sanità legata al certificato di residenza: questo non è ammissibile. Bisogna fare uno sforzo collettivo, pur nel rispetto delle autonomie regionali, per avere una sanità non dico unica ma certamente omogenea, perché non è accettabile che chi si cura in Calabria debba avere prestazioni diverse da chi si cura in Veneto.

Lei indica molti sistemi di parametrizzazione: livelli di organizzazione standard, Lea. Ma chi farà la verifica che i parametri siano realmente rispettati?

Vogliamo che ci sia un organismo che abbia una caratterizzazione di terzietà, tipo Agenas, ed il potenziamento della Stem.

Contemporaneamente alla discussione sul Patto per la Salute, le Regioni affronteranno anche il riparto del finanziamento del Ssn per il 2012. Uno dei temi caldi è l'introduzione del criterio di deprivazione. Lei cosa ne pensa?

La deprivazione è certamente un indice da considerare, ma noi puntiamo molto sui costi marginali.

Cosa sono i costi marginali?

In questi anni c'è stato uno spostamento progressivo delle risorse dal Sud verso Nord perché lì si è registrato il maggiore aumento di popolazione, essendo territori che offrono maggiori opportunità di lavoro. Noi diciamo che non possiamo aggiungere per ciascun nuovo abitante rispetto all'anno precedente una quota capitaria integrale, sia pure pesata con parametri particolari. L'arrivo di cento, mille o anche più nuovi abitanti in una data zona non comporta infatti di per sé la costruzione di nuovi ospedali e neanche l'assunzione di nuovi medici, quindi non occorre l'intera remunerazione

della quota capitaria. Basterebbe una quota che copra i beni di consumo. La struttura, l'organizzazione sanitaria c'è già, la variazione di popolazione non comporta una spesa di sistema.

Quindi lei propone di scorporare il finanziamento tra quota strutturale e quota di consumo?

Esattamente. Credo che sia un criterio importante su cui, com'è evidente, non c'è ancora la condivisione delle Regioni del Nord.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Veneto. Su bilancio sanitario 2011 è scontro tra Pd e Regione

Dopo l'annuncio fatto ieri dal governatore Zaia sul fatto che per la prima volta il bilancio della sanità è in attivo arriva la critica del Pd: "Zaia non canti vittoria. Un risultato raggiunto sulla pelle dei cittadini veneti". Pronta però la controreplica dell'assessore Coletto: "Se vogliono essere davvero utili meglio farebbero a contribuire al lavoro di squadra".

18 FEB - È bagarre in Veneto sul bilancio della sanità per il 2011. Ieri l'annuncio del Governatore Zaia che segnalava come per la prima volta in assoluto i conti sanitari della Regione abbiano fatto segnare un attivo 624 mila euro. Ma il Pd Veneto non ci sta. "C'è poco da cantare vittoria su questo risultato di bilancio per la sanità del Veneto. Quelle briciole di attivo infatti sono state raggiunte sulla pelle dei cittadini". Questo il commento dei consiglieri regionali del Pd, **Claudio Sinigaglia** (vice presidente della commissione sociosanitaria) e **Bruno Pigozzo**. "Basti ricordare la delibera del luglio 2011 – hanno specificato gli esponenti del Pd – che ha tagliato 70 milioni alle Ulss, con la conseguenza che si è drasticamente limitato sia l'ingresso degli anziani nelle case di riposo che l'inserimento di più pazienti nelle comunità terapeutiche. Senza contare la grave riduzione delle visite specialistiche, spostandole nel 2012. Di fatto l'esercizio economico ha prevalso sulla programmazione ma soprattutto sui diritti della salute". Sinigaglia e Pigozzo puntano infine l'indice sul "permanere di un quadro di forti disparità territoriali all'interno della regione per quanto riguarda la distribuzione di risorse e servizi. Dunque Zaia farebbe bene a rimanere con i piedi per terra: la strada per raggiungere l'equità vera è ancora lontana. Per il momento la verità è che i cittadini del Veneto hanno iniziato a pagarsi la sanità di tasca propria. E non siamo che all'inizio".

Al 'j'accuse' del Pd replica l'assessore alla Sanità del Veneto **Luca Coletto** che si rivolge direttamente al Pd: "Sulla pelle dei cittadini sarebbero cadute vere e proprie mazzate se non fossimo riusciti a tenere i conti in equilibrio. L'alternativa sarebbe stata il commissariamento nazionale, il conseguente piano obbligato di rientro con inevitabili tagli, pesanti e pressoché orizzontali e con l'introduzione dell'Irpef al livello massimo e su tutti i cittadini indiscriminatamente. Così si avrebbe davvero pagato la gente!. E' questo che il Pd sperava che accadesse? E' questo che vogliono per i cittadini veneti?".

"Senza i conti in ordine – ha specificato Coletto – ci saremmo messi nelle mani di un Governo che certo federalista non è, e le conseguenze avrebbero potuto essere davvero pesanti. Al contrario, proprio il bilancio in ordine costituisce la garanzia per ogni assistito che la quantità e la qualità dei servizi erogati non cambierà. E' il presupposto fondamentale per evitare i tagli veri, che sarebbero scattati immediatamente e avrebbero cancellato come un lanciafiamme tanti servizi, non quelli presunti, generici e improbabili che compaiono in ogni dichiarazione in materia di sanità degli esponenti dell'opposizione".

"Se vogliono essere davvero utili – ha poi concluso l'assessore – meglio farebbero a contribuire al lavoro di squadra in atto per riformare e migliorare ancora un sistema sanitario che certamente non è scevro da difficoltà, ma altrettanto sicuramente fornisce un'assistenza che è modello in Italia e non solo"

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Canone Rai. Si paga anche per studi medici e sanitari senza Tv, basta il computer. E' rivolta

Il canone andrebbe pagato comunque, secondo la Rai, perché la Tv si può vedere anche sul monitor di un computer. Lo denunciano i veterinari che hanno già ricevuto i bollettini del canone "extra". Minacciata class action contro la Rai. Anche i medici in allarme "Non pagheremo".

17 FEB - Contro il "canone speciale" della Rai è esplosa la protesta dei medici veterinari italiani che si sono visti recapitare in questi giorni una lettera e un bollettino postale che richiama un versamento di 200, 91 euro. L'imposta è richiesta anche in assenza di televisori nello studio professionale e viene "incomprensibilmente" estesa anche per la sola presenza di computer, in quanto strumenti atti a ricevere le frequenze della tv di Stato.

Il tutto sarebbe nato in virtù di un anacronistico Regio Decreto e del Decreto Salva Italia che però, al suo interno, cita solo le "imprese" e le "società".

Oggi anche la Federazione italiana medici di medicina generale, a seguito di diverse segnalazioni dei propri iscritti circa l'invio di richieste di pagamento di un "canone speciale" da parte della Rai, ha fatto sapere tramite una nota di star approfondendo la questione con i propri legali, invitando a "non fare alcun pagamento". Per il segretario nazionale Fimmg, **Giacomo Milillo**, al momento attuale "le strutture sanitarie non sono comprese, per questo invitiamo i nostri iscritti ad astenersi dal pagamento".

Sull'incoerenza dell'impianto legislativo, Anmvi ha spiegato che è stata già presentata una interrogazione parlamentare al Ministro dell'Economia Mario Monti e al Ministro dello Sviluppo Economico Corrado Passera, su iniziativa dell'Associazione Nazionale Medici Veterinari Italiani. I parlamentari Gianni Mancuso e Rodolfo Viola, hanno dunque chiesto di escludere le strutture veterinarie dalle imprese e società obbligate al pagamento del "canone speciale" e di cancellare l'equiparazione degli apparecchi televisivi al personal computer utilizzati per ben altri scopi dalle strutture sanitarie.

I medici veterinari si attendono una "modifica urgente delle leggi attraverso un emendamento al decreto-liberalizzazioni, considerando questa una "occasione irrinunciabile per dimostrare l'equità e la ragionevolezza delle misure fiscali e per evitare una valanga di ricorsi o una class action contro il 'canone speciale'".

L'Anmvi, infine, ha anche pronto un esposto all'Autorità Garante delle Comunicazioni per verificare profili di illegittimità della pretesa tributaria della RAI su tecnologie multimediali, uso della posta elettronica e navigazioni in Internet per le quali si versa già un canone ai gestori di telefonia.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Ospedali. Sul sito Agenas tutte le *performance*. Ma le vedranno solo gli addetti

Sbarca sul web, ma con accesso limitato alle sole istituzioni del Ssn, il Programma nazionale esiti degli ospedali pubblici e privati. Al momento, infatti, non è previsto l'accesso al pubblico ai risultati perché considerati troppo complessi per essere divulgati ai cittadini.

17 FEB - Guai a chiamarle "pagelle" ma, bene o male, di questo si tratta. Stiamo parlando del Programma nazionale esiti (Pne), gestito da Agenas per conto del Ministero della Salute, che esamina le performance di tutte le istituzioni sanitarie italiane accreditate dal Ssn, dedotte dall'analisi dei risultati delle Sdo 2005/2010.

"La nuova edizione del Pne - scrive il ministro della Salute Balduzzi nella lettera inviata a tutte le Regioni ([in allegato](#)) - contiene alcune rilevanti modifiche di analisi e consultazione e, come negli anni precedenti, valuta gli esiti dell'assistenza ospedaliera sia dal punto di vista dei produttori di servizi, che da quello delle Asl, titolari delle funzioni di tutela della salute della popolazione".

A mettere le mani avanti sul carattere non comparativo del Pne è comunque lo stesso ministro che specifica: "E' rilevante sottolineare come il Pne non produce alcuna valutazione comparativa tra servizi sanitari regionali", anche se, aggiunge, si può "comunque osservare che la variabilità degli esiti tra ospedali e Asl è molto più forte di quella tra Regioni".

E poi, a rafforzare ancor più il concetto che non si tratta di pagelle, aggiunge: "Tutte le iniziative di comunicazione e discussione hanno sottolineato che i risultati di Pne, nella loro attuale forma e modalità di pubblicazione, hanno l'obiettivo di supportare programmi di auditing clinico ed organizzativo e non costituiscono in alcun modo giudizi, pagelle, graduatorie".

Ma in ogni caso, è sempre Balduzzi a sottolinearlo "I risultati dell'analisi confermano la presenza di forte eterogeneità degli esiti delle cure sia tra ospedali che tra Asl, fornendo elementi conoscitivi importanti per supportare i processi decisionali di miglioramento dell'efficacia e dell'equità del Ssn".

Tuttavia al momento questi dati non saranno resi pubblici. L'accesso sarà infatti limitato ai soli soggetti istituzionali perché, spiega sempre il ministro "i risultati sono analizzati e presentati, nella forma attuale, ad un notevole livello di complessità scientifica, che richiede competenze professionali di interpretazione e di valutazione", per questo, aggiunge "non sono in alcun modo adatti ad una pubblicazione a livello di popolazione".

Tutto top secret, dunque? Forse no, perché, questo almeno l'auspicio di Balduzzi, "la comunicazione di questi risultati a tutti i livelli di governo e di gestione del Ssn, comporta una disponibilità alla circolazione di queste valutazioni per migliaia di professionisti e gestori delle strutture del Ssn".

In futuro, tuttavia, le cose potrebbero cambiare perché, scrive ancora il ministro "Agenas è incaricata di sviluppare, in collaborazione con il ministero della Salute e le Regioni, un programma di comunicazione ai cittadini, basato su un portale web dedicato, inizialmente focalizzato sull'assistenza ospedaliera" con informazioni dettagliate, comprese quelle sugli esiti delle prestazioni erogate.

Ecco, in ogni caso, la nota dell'Agenas che chiarisce quali sono i soggetti autorizzati e le relative modalità di accesso per visualizzare i risultati del Pne:

"La valutazione delle attività di assistenza di tutti gli ospedali italiani è accessibile a tutte le Regioni italiane, attraverso username e password riservate, e a tutte le Aziende sanitarie e tutti i soggetti erogatori accreditati, attraverso una procedura di registrazione attivata dal 15 febbraio sul sito web PNE<http://151.1.149.72/pne10/> (visualizzabile anche dalla homepage di Agenas). Per ottenere le credenziali è necessario che la domanda di registrazione provenga da un indirizzo e-mail istituzionale delle aziende del Ssn".



Sanità, accreditamenti: Monti ricorre alla Consulta

Impugnata la norma regionale che prevede la presa d'atto per decreto commissariale dell'avvenuto passaggio delle strutture private al nuovo regime erogativo in assenza di controlli sui requisiti

Il Consiglio dei ministri impugna la legge regionale n. 23 del 14 dicembre del 2011 relativa agli accreditamenti delle strutture private con il servizio sanitario regionale.

In particolare viene argomentato del ricorso che il passaggio della norma per il quale la concessione dell'accredimento non può avvenire sulla base di una presa d'atto ma è subordinata, necessariamente, alla verifica della sussistenza dei requisiti previsti della normativa vigente e ciò a tutela della sicurezza dei pazienti. In particolare il ricorso rimanda presentato il 14 febbraio è contro la la Finanziaria regionale 2011 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 che al comma 1, nel modificare l'articolo 1, comma 237 undecies della Legge regionale n. 4 del 2011, prevede che la conferma dell'accredimento istituzionale per le strutture sanitarie e sociosanitarie private che hanno presentato tale domanda utilizzando l'apposita piattaforma applicativa informatica, avviene mediante decreto commissariale di presa d'atto.

I NODI DELLE DATE

A tal proposito, l'articolo 1, comma 237 duodecies, prevede anche l'espletamento dei controlli diretti a verificare la sussistenza dei requisiti prescritti per l'accredimento, ma il termine previsto per l'espletamento di detti controlli è successivo al termine di adozione dei provvedimenti di presa d'atto di cui al comma 237 undecies. Tale prassi, pertanto, di fatto espone il cittadino-paziente ad affidarsi ad una struttura che reca un riconoscimento di qualità sulla cui validità non è stato espletato alcun controllo e verifica da parte della Regione, mentre tali controlli, ai sensi della normativa statale, avrebbero dovuto essere effettuati e conclusi già da tempo. La disposizione regionale nella parte in cui prevede che la conferma dell'accredimento istituzionale avviene mediante decreto commissariale di presa d'atto, si pone in contrasto, tra l'altro, con l'articolo 8 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, secondo cui l'accredimento istituzionale può essere rilasciato alle strutture autorizzate che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La disposizione regionale, inoltre, si pone in contrasto con l'art. 1, comma 796, lettera t), della Legge n. 296 del 2006 (Finanziaria di quell'anno) in base al quale le procedure per il passaggio dal regime di accreditamento provvisorio a quello di accreditamento istituzionale definitivo avrebbero dovuto concludersi, per le strutture private ospedaliere e ambulatoriali, il 31 dicembre 2010. La legge impugnata prevede invece una ulteriore dilazione della tempistica per la definizione delle procedure di accreditamento.

I DECRETI SOSPESI

La norma impugnata prevede che le strutture di Fisiokinesiterapia, provvisoriamente accreditate per tale attività, possono, in deroga a quanto previsto dal comma 237 quater della stessa legge, presentare domanda di accreditamento istituzionale per l'intera area sociosanitaria, ossia un'area sanitaria diversa e più ampia rispetto a quella per la quale era stato rilasciato l'accredimento provvisorio. Tale norma è stata tuttavia già sospesa con un apposito decreto commissariale firmato da Stefano Caldoro.

Analogamente per la possibilità di attivare automaticamente, negli ambiti territoriali delle comunità montane, l'accredimento istituzionale per le strutture sanitarie e sociosanitarie in possesso del solo titolo autorizzativo e dei requisiti per l'accredimento richiesti dai soli regolamenti regionali. L'accredimento può essere infatti rilasciato solo al termine dei processi relativi alle strutture già in possesso di accreditamento provvisorio.



ASL DI SALERNO

Sanità, crediti delle Pmi: pagamenti coi fondi Fas

Si firma oggi pomeriggio alle 16 l'accordo tra il direttore generale Bortoletti e le associazioni di categoria dei fornitori di beni e servizi. Alt al contenzioso e ai decreti ingiuntivi. Federfarma revoca la serrata

Pianificazione e programmazione dei pagamenti ai fornitori di beni e servizi: a pochi giorni dal ritorno in sella il commissario della Asl di Salerno Maurizio Bortoletti oggi alle 16 firma con le associazioni di categoria della Sanità provinciale (Aiop, Arcade, Aspat, Confindustria, Federfarma, Federlab e Snr) l'accordo quadro per il pagamento della spesa corrente e per il ripiano, tramite i fondi del Fas, del debito storico con le imprese. Immediatamente sospesa la serrata delle farmacie per un giorno e il passaggio all'assistenza indiretta su tutto il territorio provinciale prevista a partire da domani.

L'INTESA

L'intesa che fa dunque da apripista ad analoghi accordi attesi da un anno alla firma in tutte le Asl della regione. Il protocollo d'intesa prevede la nuova pianificazione dei pagamenti ordinari, fino ad ora, tra l'altro, puntualmente onorati grazie al precedente accordo siglato a maggio del 2011.

I rappresentanti del comparto della Sanità privata hanno analizzato e riscontrato anche condizioni di particolari criticità da parte di alcune strutture in gravi difficoltà finanziarie approntando delle misure straordinarie di aiuto. Buone notizie anche sul fronte dei crediti ancora non pagati del 2010.

Con l'auspicato arrivo dei fondi Fas, il protocollo prevede la possibilità di aggredire, fin quanto possibile, questo buco nero che mette seriamente in discussione i bilanci già critici delle aziende sanitarie private del salernitano.

PERCORSO VIRTUOSO

Bortoletti, dunque, a dispetto delle polemiche dell'ultimo mese, continua nel percorso virtuoso tracciato sin dal proprio insediamento per il risanamento della Sanità provinciale.

Il colonnello dei carabinieri commissario della Asl assesta un duro colpo alle diseconomie che derivano dal contenzioso con i fornitori e alle spese legali e per interessi moratori (circa 200 mln annui) conseguenti alle azioni ingiuntive grazie alla sospensione, da parte di tutti gli erogatori della sanità privata, delle azioni legali e dei pignoramenti che, di fatto, hanno paralizzato, negli ultimi 4 anni (da quanto la legge 16 del 28 novembre del 2008 ha accorpato le tre Asl salernitane in un'unica azienda di area vasta) l'attività amministrativa dell'Asl Salerno.

I FORNITORI

Soddisfazione da parte dei rappresentanti delle associazioni di categoria che, nelle ultime settimane, Federfarma in testa, erano tornate sul sentiero di guerra con l'invio di una dura protesta al Presidente della Regione Stefano Caldoro. All'indice l'evidente e documentata disparità della attribuzione delle rimesse regionali che penalizza fortemente l'Asl di Salerno.

“Non vi è dubbio, sostengono i rappresentanti della Sanità privata, che in presenza di un interlocutore serio ed affidabile come Bortoletti, le buone relazioni ed i ragionamenti di buon senso sono facilitati anche in presenza di situazioni drammatiche ed apparentemente irrisolvibili come quelle ereditate dal commissario Bortoletti nell'Asl Salerno. In questa Asl stiamo dimostrando, anche alle altre compagini della sanità regionale, che la competenza gestionale del commissario unita a rapporti di lealtà e trasparenza, generano risultati straordinari, mai raggiunti finora. Uno su tutti l'azzeramento totale delle spese legali”.

i finanziamenti

L'unico serbatoio al quale attingere è quello dei fondi Fas destinati per 500 milioni al ripiano del deficit registrato nel 2009.

Il 6 ottobre scorso, sulla Gazzetta ufficiale, è stata pubblicata la delibera Cipe n. 1 del 23 marzo di quest'anno che assegna alla Campania la prima consistente fetta di 322 milioni. Proprio quelli che ora sono girati alle Aziende sanitarie locali per quota in difetto di 22 mln sull'intera posta disponibile.

IL RIPARTO

Dei 300 milioni disponibili 90 sono ripartiti tra la Asl Napoli 1 (60 mln) e la Asl di Benevento (30) che scontano la situazione contabile più disastrosa. Una fetta dello stesso importo viene divisa a metà tra la Asl Napoli 2 nord e la Asl Napoli 3 sud (45 mln).

Altri 30 milioni vanno a Salerno dove pure il rosso di cassa è preoccupante, 38 alla Asl di Caserta. A tutte le altre aziende ospedaliere (Cardarelli, Santobono, dei Colli, Avellino, Benevento e Salerno) 1 mln ciascuno.

Fabbisogno di cassa a dicembre 2011

Azienda Fondi Fas saldo parziale Fondo disavanzi Erogati con i Fas
riparto 2009 novembre 2011 dicembre 2011 ripiano 2010 a dicembre 2011

- Asl Avellino 15.000.000,00 15.000.000,00
- Asl Benevento 10.518.000,00 5.955.000,00 5.694.635,67 7.832.364,33 30.000.000,00
- Asl Caserta 36.424.000,00 1.576.000,00 38.000.000,00
- Asl Na 1 Centro 60.000.000,00 60.000.000,00
- Asl Na 2 Nord 45.000.000,00 45.000.000,00
- Asl Na 3 Sud 9.986.000,00 35.014.000,00 45.000.000,00
- Asl Salerno 9.616.270,31 43.392.000,00 6.991.729,69 60.000.000,00
- AO Cardarelli 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Santobono 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Monaldi 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Salerno 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Avellino 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Benevento 66.000,00 934.000,00 1.000.000,00
- AO Caserta 1.000.000,00 1.000.000,00
- Totale 90.120.270,31 186.851.000,00 15.196.365,36 7.832.364,33 300.000.000,00
- Subtotale Asl 90.120.270,31 180.785.000,00 14.262.365,36 7.832.364,33 293.000.000,00
- Subtotale AO 0,00 6.066.000,00 934.000,00 0,00 7.000.000,00

Alla Asl Napoli 1 e di Salerno sono attribuiti 60 mln, a Benevento 30 mln . I fondi sono a valere sui 322 mln del Fas

OSPEDALI RIUNITI

La ricetta diventa elettronica Funziona la sperimentazione

Un semplice foglio bianco con sopra stampata la prescrizione per un esame o una visita specialistica, al posto del più familiare foglietto prestampato in rosso che viene utilizzato sia per prescrivere farmaci che approfondimenti diagnostici.

E' l'innovazione, quella più percepibile dai cittadini, della "ricetta elettronica" sempre più spesso utilizzata dai medici ospedalieri.

La prima sperimentazione in regionale risale al 2009 ed è un metodo che, per alcuni versi, fa fatica ad affermarsi, ma laddove l'hanno sperimentato e implementato (San Vito e Pordenone), nessuno si sogna di ritornare indietro.

«La Regione ci chiede di sviluppare sempre di più questa procedura - spiega il dalla direzione sanitaria degli Ospedali riuniti il dottor Michele Chittaro - e devo dire che i vari reparti stanno rispondendo bene. All'origine c'è un accordo tra la Regione e il ministero delle Finanze per la smaterializzazione delle ricette risolvendo il problema del codice a barre che identifica il prescrittore (le ricette rosse vengono assegnate ad ogni medico e il numero di serie viene registrato). Questo è stato fatto assegnando ad ogni medico un numero di serie. Ora dunque non è più necessario che lo specialista si porti dietro il ricettario: può compilare la



Addio classiche prescrizioni rosse

prescrizione su un foglio bianco attribuendole il proprio codice e il paziente si reca, ad esempio, alla cassa per pagare il ticket con questa carta che ha lo stesso valore della ricetta rossa. Il limite - ancora Chittaro - è che questo sistema può essere utilizzato solo per prestazioni prenotabili al Cup, e solo per prestazioni diagnostiche o specialistiche, ma non quelle di laboratorio e nemmeno per i farmaci. Possono ricorrervi i medici ospedalieri, del reparto o degli ambulatori, e comunque i medici del sistema sanitario».

Intanto, però, si riducono i costi e il sistema è più snello. Prossimamente sarà esteso ad un più ampio ventaglio di possibilità.

(e.d.g.)

CPA PRODUZIONE RISERVA SPA



Sanità

Medici, è scontro
sul giro di vite
nelle visite private

Basta proroghe all'attività libero professionale "allargata" per i medici ospedalieri. Gli spazi per fare visite private fuori l'ospedale vanno individuati e una soluzione va trovata entro 4 mesi. All'annuncio di fermezza del ministro della Salute Renato Balduzzi rispondono medici, sindacalisti e direttori di Aziende sanitarie non proprio sulla stessa linea, verso i quali il ministro tende la mano per una costruttiva collaborazione.

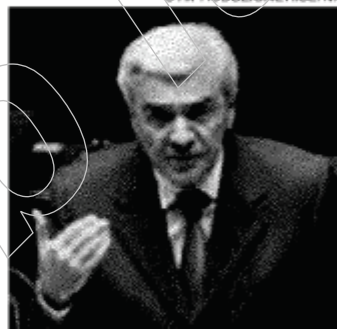
Per il segretario dell'Anao Asso-med, Costantino Troise, occorre verificare in tutte le Regioni «la disponibilità, negli ospedali, di spazi ed orari dignitosi per cittadini e medici, tecnologia necessaria, adeguata organizzazione di supporto». Lo stop a ulteriori proroghe per la cosiddetta intramoenia allargata è visto bene da Massimo Cozza (Cgil medici): «È una buona notizia per il Servizio sanitario. Ci sarà maggiore trasparenza, in particolare per le liste di attesa. Mentre i medici potranno continuare ad operare negli stessi ospedali, migliorando la qualità del lavoro

senza impegnare ulteriori risorse. E le stesse aziende sanitarie potranno ricavare maggiori utili economici». «Dentro o fuori dell'ospedale i luoghi si troveranno - taglia corto Giovanni Monchiero presidente Fiaso - ma il problema rimane con i cittadini che non capiscono perché se vai il lunedì a chiedere una visita l'avrai gratis fra sei mesi, ma se vai il giovedì l'avrai il giorno dopo a pagamento».

Non ottimista è Giuseppe Palumbo (Pdl): «Vedo difficile in pochi mesi trovare una soluzione al problema della libera professione per i medici ospedalieri come prefigura il ministro. Tanto più che oggi mi risulta che il 70% degli ospedali non è organizzato. Immagino ricorsi di medici, una rincorsa degli ospedali a convenzionarsi con case di cura col rischio di dare più spazio ai privati». Piena condivisione sullo stop alle visite negli studi per gli ospedalieri che hanno scelto l'intramoenia viene dal senatore Ignazio Marino (Pd), secondo il quale «è stato finalmente preso un impegno preciso, come previsto dalla

legge 120 del 2007. Dobbiamo pensare a ridurre le interminabili liste di attesa, ostacolo insopportabile per i cittadini». Ma da Marino viene uno no netto ad un altro annuncio del ministro Balduzzi: un emendamento sulle modalità di scelta dei primari per una graduatoria dei candidati, anziché una terna e una commissione giudicante.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il personaggio Il ministro alla Sanità Renato Balduzzi



SANITÀ

Il ministro vuole ridurre le visite extra per i medici

Basta proroghe all'attività libero professionale allargata per i medici ospedalieri. Gli spazi per fare visite private fuori l'ospedale vanno individuati e una soluzione va trovata entro 4 mesi. All'annuncio di fermezza del ministro della Salute Renato Balduzzi rispondono medici, sindacalisti e direttori di Aziende sanitarie non proprio sulla stessa linea, verso i quali il ministro tende la mano per una costruttiva collaborazione.

Per il segretario dell'Anao Assomed, Costantino Troise, occorre verificare in tutte le Regioni «la disponibilità, all'interno degli ospedali, di spazi ed orari dignitosi per cittadini e medici, tecnologia necessaria, adeguata organizzazione di supporto». Lo stop a ulteriori proroghe per la cosiddetta intramoenia allargata è vista bene da Massimo Cozza della Cgil medici: «è una buona notizia per il Servizio sanitario nazionale. Ci sarà maggiore trasparenza, in particolare per le liste

di attesa. Mentre i medici potranno continuare ad operare negli stessi ospedali, migliorando la qualità del lavoro senza impegnare ulteriori risorse. E le stesse aziende sanitarie potranno ricavare maggiori utili economici». Dentro o fuori dell'ospedale i luoghi si troveranno - taglia corto Giovanni Monchiero presidente della Fiaso - ma il problema rimane con i cittadini che non capiscono perché se vai il lunedì a chiedere una visita l'avrai gratis fra sei mesi, ma se vai il giovedì l'avrai il giorno dopo a pagamento.

Quanto ai tempi stretti per l'attuazione di nuove norme più stringenti (entro giugno) Monchiero afferma: «Gli spazi si troveranno, i medici mugugneranno un po' e poi la faranno dentro; ma rimarrà la contraddizione di fronte al cittadino «che non capirà quella sorta di doppio binario».

Non ottimista è l'on. Giuseppe Palumbo (Pdl): «Vedo diffici-

le in pochi mesi trovare una soluzione al problema della libera professione per i medici ospedalieri come prefigura il ministro Balduzzi. Tanto più che oggi mi risulta che il 70% degli ospedali non è organizzato. Immagino ricorsi di medici, una rincorsa degli ospedali a convenzionarsi con case di cura col rischio di dare più spazio ai privati. E non voglio che alla fine si ottenga l'effetto contrario. Se entro pochi mesi si riuscirà a far approvare il ddl che modifica la legge ben venga. Ma è assai difficile».

Piena condivisione sullo stop alle visite negli studi per gli ospedalieri che hanno scelto l'intramoenia viene da Ignazio Marino (Pd), secondo il quale «è stato finalmente preso un impegno preciso, come previsto dalla legge 120 del 2007. Dobbiamo pensare a ridurre concretamente le interminabili liste di attesa, ostacolo insopportabile per i cittadini».



Dossier del ministero della Salute: oltre 12mila dirigenti medici

Campania, boom di primari con gli stipendi da record

E la Regione in rosso sulla Sanità annuncia: tagliando il 20 per cento otterremo un risparmio di 7 milioni

Una valanga di primari, per giunta superpagati: ecco un altro record negativo della Campania, dove la sanità ha accumulato in dieci anni un indebitamento di quasi 10 miliardi. La fotografia impietosa della situazione nella regione sta in un dossier del ministero della Salute, che analizza le strutture complesse (i reparti, ciascuno dei quali retto da un primario o da un facente funzioni) e quelle semplici. Spunta fuori che la Campania, con 2048 strutture complesse (1100 ospedaliere e le restanti non ospedaliere), è seconda solo alla Lombardia (2413) che però ha il doppio degli abitanti. Questi dati, ottenuti dopo un attento monitoraggio, si riferiscono al 2010 e non lasciano spazio a dubbi. Così la giunta Caldoro è subito corsa ai ripari, mettendo a punto un taglio del 20 per cento dei reparti e dei loro coordinatori: «Paghiamo scelte politiche sbagliate», dice in un'intervista il senatore pdl Calabrò. E tagliando il 20 per cento, si punta ad ottenere un risparmio di sette milioni di euro.

La salute, il caso

Sanità in rosso, record di primari in Campania

Dossier del ministero: 857 reparti in eccesso e stipendi più alti d'Italia. La Regione: tagli del 20%

Gerardo Ausiello

Una valanga di reparti e un esercito di primari superpagati. Così è affondata la sanità campana, che ha accumulato in dieci anni un indebitamento di quasi 10 miliardi. A tracciare la fotografia impietosa della situazione nella regione è un dossier elaborato dagli esperti del ministero della Salute, che hanno analizzato le strutture complesse (i reparti, ciascuno dei quali retto da un primario o da un facente funzioni) e quelle semplici (che garantiscono servizi di supporto) presenti nelle aziende sanitarie e ospedaliere italiane. I dati, ottenuti con un lungo monitoraggio e relativi al 2010, non lasciano spazio a dubbi e hanno spinto la giunta Caldoro a correre subito ai ripari. La rivoluzione è già scattata: prevede il taglio del 20 per cento dei reparti e dei loro coordinatori.

La Campania, con 2048 strutture complesse (1100 ospedaliere e le restanti non ospedaliere), è infatti seconda solo alla Lombardia (2413) che però ha il doppio degli abitanti. Tutte le altre regioni, anche quelle di grandi dimensioni, hanno un numero notevolmente inferiore: si guardi al Lazio (1774), alla Sicilia (1547), al Veneto (1423), all'Emilia Romagna (1375). I conti non tornano se si analizzano, inoltre, le strutture complesse ospedaliere e i posti letto pubblici: nella nostra regione a fronte di 13343 posti, sono stati previsti 1100 reparti. Queste cifre la collocano in coda alla classifica stilata dal ministero che ha fissato

17,5 come indicatore standard: una «barriera» superata solo da Emilia Romagna, Veneto e dalla Provincia di Trento. La Campania, con l'indice 12,1, si piazza al quintultimo posto, seguita da Molise, Lazio, Calabria e Abruzzo. A complicare la situazione è il fatto che i dirigenti medici incassano le indennità più alte d'Italia. Ugualmente clamoroso il dato delle strutture

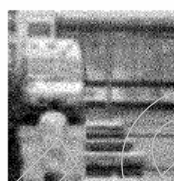
semplici. Qui la Campania, con le sue 9845, batte di gran lunga tutti: la Lombar-

dia ne ha 3072, il Lazio 3061, la Sicilia 2477, il Veneto 2390, l'Emilia Romagna 1643. Se poi si considera il rapporto tra reparti e servizi di supporto agli stessi, lo squilibrio appare altrettanto evidente: per i tecnici ministeriali il punto d'equilibrio è fissato a 1,31; la Campania raggiunge il 4,81.

Proprio le profonde differenze tra le varie realtà territoriali, che riportiamo nel grafico accanto, hanno spinto il ministero della Salute a dar vita ad un gruppo di lavoro con il compito di fissare parametri standard per la composizione di strutture complesse e semplici. La parola d'ordine che arriva da Roma è «tagliare». In base allo studio, che non ha ancora avuto il via libera dalla conferenza delle Regioni perché prospetta enormi sacrifici, la Campania dovrebbe rinunciare a 857 strutture complesse (-41,8 per cento) e addirittura a 8280 semplici (-84,1 per cento) ottenendo un risparmio di oltre 7 milioni di euro. Naturalmente ulteriori benefici deriverebbero dall'abbattimento di spese accessorie e dalla consistente riduzione dei contratti da primario a cui evidentemente in passato si è fatto ricorso troppo frequentemente. Da qui la decisione del governatore-commissario Stefano Caldoro di avviare una riorganizzazione del comparto, affidata ai subcommissari Achille Coppola e Mario Morlacco e al senatore Raffaele Calabrò. L'obiettivo è appunto la riduzione del 20 per cento dei reparti, che potrà essere centrato attraverso piani ad hoc (con i relativi cronoprogrammi), messi a punti da Asl e aziende ospedaliere. La strada appare in salita ma passi in avanti verso il risanamento del comparto sono già stati compiuti, anche chiedendo uno sforzo economico a famiglie e imprese: negli ultimi due anni il disavanzo è stato quasi dimezzato (passando dai 492 milioni del 2010 a 280 milioni mentre nel 2009 era pari a 773 milioni). Nonostante ciò, tuttavia, le risorse dovute alla Campania ma congelate dallo Stato nell'ambito del piano di rientro ammontano ancora a 2 miliardi di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo scenario



Le cifre
Nel mirino del governo finiscono anche ottomila strutture semplici

Regioni	STRUTTURE COMPLESSE (SC)			STRUTTURE SEMPLICI (SS)			RAPPORTO SS/SC
	Strutture Totali	Ospedaliere (H)	Non Ospedaliere (NH)	Strutture Totali	Ospedaliere (H)	Non Ospedaliere (NH)	
VALLE D'AOSTA	62	33	29	33	26	7	0,53
LOMBARDIA	2.413	1.960	453	3.072	2.310	762	1,27
BOLZANO	133	110	23	227	198	29	1,71
TRENTO	164	101	63	229	167	62	1,40
VENETO	1.423	852	571	2.390	1.594	796	1,68
FRIULI VENEZIA GIULIA	458	294	164	433	220	213	0,95
EMILIA ROMAGNA	1.375	774	601	1.643	882	761	1,19
TOSCANA	1.378	800	578	1.261	712	549	0,92
UMBRIA	294	212	82	805	522	283	2,74
MARCHE	644	400	244	900	655	245	1,40
BASILICATA	248	178	70	296	218	78	1,19
TOTALE Regioni non in PdR*	8.592	5.714	2.878	11.289	7.504	3.785	1,31
PIEMONTE	1.548	993	555	3.095	2.113	982	2,00
LAZIO	1.774	1.123	651	3.061	1.771	1.350	1,73
ABRUZZO	601	427	174	740	558	182	1,23
MOLISE	165	93	72	117	69	48	0,71
CAMPANIA	2.048	1.100	948	9.845	3.545	6.300	4,81
PUGLIA	1.090	771	319	2.289	1.536	753	2,10
CALABRIA	756	487	269	926	597	329	1,22
SICILIA	1.547	1.113	434	2.477	1.064	1.413	1,60
SARDEGNA	527	298	229	919	512	407	1,74
LIGURIA	657	448	209	917	673	244	1,40
TOTALE Regioni in PdR	10.713	6.853	3.860	24.386	12.438	12.008	2,28

* PdR: Piano di rientro

OCTUBRE 2011

«Paghiamo scelte politiche sbagliate Ora meno sprechi e più efficienza»

Intervista

Il senatore pdl Calabrò:
iniziato il cambio di marcia
via le strutture superflue

«La rivoluzione è scattata. Con il taglio del 20 per cento delle strutture complesse la sanità campana ritroverà equilibrio ed efficienza». Il senatore del Pdl Raffaele Calabrò, consigliere del governatore Stefano Caldoro, illustra il piano antisprechi della Regione.

Come pensate di contrastare il record di reparti e di primari superpagati?

«Stiamo già provvedendo alla razionalizzazione del comparto e all'accorpamento delle unità. La strada è tracciata, ma ai direttori generali e ai commissari spetta il compito più difficile ovvero procedere all'attuazione degli

interventi previsti. In questa direzione si sta lavorando senza sosta».

Campania maglia nera. Colpa della politica?

«Certamente molti errori sono frutto di scelte politiche. Non sempre, però, l'attivazione di un reparto rappresenta uno spreco». **In che senso?**

«Molte strutture complesse sorgono attorno a medici capaci e competenti, che devono essere valorizzati perché altrimenti c'è il rischio che vadano ad operare altrove. Così a Napoli e in Campania si sono costruiti passo dopo passo centri di eccellenza oggi noti e rispettati, che richiamano centinaia di pazienti dal resto del Paese».

Oltre 8 mila strutture semplici da sopprimere. Sarà un'impresa ardua.

«Le strutture semplici forniscono servizi di supporto ai reparti e



La manovra

Servizi accorpati
senza penalizzare
gli utenti

Tocca a manager
e commissari
attuare il piano
dei risparmi

spesso svolgono funzioni fondamentali. Naturalmente quando manca una programmazione complessiva o quando non ci sono adeguati controlli, può succedere che si assista ad un incremento ingiustificato».

Sarà sufficiente il taglio del 20 per cento?

«È un primo passo fondamentale. Il dialogo con il ministero nell'ambito del piano di rientro è costante e proficuo, ragion per cui valuteremo se saranno necessarie altre misure di contenimento dei costi».

Si sente sempre parlare dei tagli. Non c'è il serio rischio che si riducano ulteriormente i servizi per i cittadini?

«Una sanità che non spreca è anche e soprattutto una sanità più efficiente. Questo percorso virtuoso non penalizzerà i pazienti ma li favorirà».

Allora molti primari dovranno fare le valigie?

«Oggi, a causa del blocco dei concorsi, abbiamo sempre meno primari e più facenti funzione a contratto. La vera sfida, comunque, non è ridurre il personale bensì adeguarlo alle reali esigenze».

ger. aus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La novità

Rivoluzione Asl a ogni presidio il suo budget

L'annuncio di Bortoletti ai dirigenti fondi ai distretti e agli ospedali



Simona Paolillo

Domani summit in Regione sul conto economico. Tecnici ed esperti di contabilità sono riusciti a ottenere copia del conto del quarto trimestre che il commissario straordinario ha inviato alla Regione e che domani pomeriggio sarà discusso. Ma secondo gli esperti si tratta di un conto che gioca a nascondino. Meccanismi che sono stati tradotti in un documento consegnato già agli uffici regionali.

Ieri, nella riunione che ha voluto tenere con i dirigenti amministrativi e direttori sanitari delle funzioni centrali, distretti e presidi ospedalieri, Bortoletti pare che non abbia posto particolare attenzione alla presentazione del conto. Ha invece voluto sottolineare la necessaria attenzione che tutto il personale medico e infermieristico deve riservare ai bisogni degli ammalati e ha comunicato che ciascun presidio e distretto avrà il proprio budget. «Un sermone che poteva risparmiarsi» il commento di alcuni presenti che nell'Asl svolgono tutti i giorni funzioni burocratiche e non di assistenza. Ma forse dopo il sermone ci sono stati degli incontri più riservati per discutere alcune voci proprio del conto del quarto trimestre.

Alcuni dei partecipanti alla riunione sono pronti a giurare che non sarà semplice ottenere l'ok da parte della Regione e dei Ministeri competenti sul conto del quarto trimestre. Al pareggio di bilancio si arriverebbe, secondo alcuni, smettendo di pagare dei fornitori per aprire il conto con degli altri fornitori. In questo modo si valuta, nel conto economico, solo il debito con l'ultimo fornitore mentre il debito con il vecchio fornitore viene nascosto. In questo modo non si grava sul bilancio ma crescono gli atti ingiuntivi contro l'Asl. Sono problemi che però non riguardano il commissario perché le conseguenze di tali ingranaggi contabili si noteranno quando lui sarà sostituito da un direttore generale che dovrà fare i conti con la pignorabilità dei beni dell'Asl. Ma questo avverrà poi.

Il presente è un conto 2011 della gestione Bortoletti che va confrontato con la fase pre-Bortoletti. Analiz-

zando le perdite del 2010 dell'Asl si scopre che ammontano a 244,7 milioni di euro, dove 96,6 milioni corrispondono alla voce accantonamento fondo rischi, 86,7 milioni sono le sopravvenienze passive mentre la perdita depurata dagli effetti di gestione è di 61,4 milioni. Nel 2011 la perdita è di 83,5 milioni. Una netta diminuzione che però è legata a diversi fattori. La voce dell'accantonamento fondo rischi scende a 46 milioni di euro, le sopravvenienze passive a 8 milioni di euro e poi ci sono da sottrarre i costi del trasferimento dei presidi all'azienda ospedaliera San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona: ben 95 milioni di euro. Altre voci hanno poi favorito la performance del conto: tra le altre, l'incremento dei ricavi per i tickets (2 milioni di euro) e la riduzione dei fondi del personale (17,5 milioni di euro).



Il piano Conto economico del 2011 domani il summit a Palazzo Santa Lucia

Nel 2011 la perdita, depurata degli effetti esterni alla gestione è di 55,9 milioni di euro. Tale variazione ha determinato un saldo positivo per l'Asl di circa più 14 milioni (cioè la perdita si è ridotta ulteriormente per effetto di tale saldo). Pertanto, volendo valutare e confrontare i risultati 2011 rispetto al 2010 occorre apportare le seguenti variazioni partendo dalla perdita al quarto trimestre 2011, per renderli più omogenei. Per cui considerando la perdita al quarto trimestre 2011 di 83 milioni di euro, l'incremento dei ricavi del ticket, la riduzione della spesa farmaceutica, il saldo positivo per effetto dei trasferimenti personale beni e servizi all'azienda ospedaliera, il minore accantonamento del fondo rischi (50 milioni di euro) e la minore rilevazione delle sopravvenienze passive del 2011 (79 milioni di euro), il risultato d'esercizio (rispetto al 2010) è di 251 milioni di euro. Dall'impostazione pare che siano state appesantite le voci del 2010 cosicché nel confronto con il 2011 si notasse un certo miglioramento: un esempio sarebbero le spese del personale. Tant'è che al 31/12/2011 sono state rilevate solo circa 8 milioni di euro di sopravvenienze proprio perché si è beneficiato dell'utilizzo del fondo accantonato nel 2010.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bilanci presentato
Azienda alla Regione
sanitaria il conto
locale: economico

LA STAMPA

Domenica
19 Febbraio 2012

» » *Dossier/Gli sprechi e la salute*

Il medico pauroso fa lievitare i conti della Sanità

Medicina difensiva è il nome di un nuovo spreco. A volte il dottore **fa fare esami inutili** per proteggersi da future cause. Oppure **rinuncia a operazioni** per evitare rischi legali. Conto finale: **12,6 miliardi extra**



PAOLO RUSSO
ROMA

Ogni anno milioni di visite, analisi e accertamenti diagnostici inutili se non dannosi per prevenire i contenziosi legali con i pazienti se il decorso di una malattia non prende la piega giusta. Una consuetudine oramai dilagante che ha anche un rovescio della medaglia ancora più insidioso per la nostra salute: quello dei medici che non mettono mano al bisturi o non sottopongono i propri pazienti ad esami invasivi quando il rischio c'è ma vale la pena correrlo.

Gli addetti ai lavori la chiamano «medicina difensiva» e in media tre camici bianchi su quattro ammettono di averla praticata più di una volta l'anno, per difendersi appunto dall'ondata di contenziosi legali che sta sommergendo la nostra sanità, pubblica e privata. Un nuovo business per associazioni e studi legali specializzati nella causa sanitaria, che oramai acquistano persino spazi pubblicitari su stampa e tv pur di arruolare sempre più pazienti «impazienti» di ottenere il risarcimento di danni veri o presunti.

«Credo sia venuto il momento di disincentivare comportamenti opportunistici come la medicina difensiva mettendo qualche punto fermo» annuncia a «La Stampa» il ministro della Salute, Renato Balduzzi, che sul «come» non si sbilancia, anche se da tempo nel suo dicastero si sta cercando di mettere a punto un nuovo sistema di ticket

che disincentivino il ricorso a prestazioni in appropriate.

«La medicina difensiva, passiva, ma soprattutto quella attiva - chiarisce il ministro - influisce sul sistema dell'equilibrio economico-finanziario ed entrambe hanno un impatto pesante in termini di tutela della salute, influenzando, soprattutto quella attiva, anche la programmazione del sistema».

Il problema, come puntualizza Balduzzi, non è solo di tutela della salute ma anche di costi per Stato e famiglie. L'iper-prescrizione di farmaci, visite e analisi costa infatti 12,6 miliardi l'anno, ben l'11,8 per cento dell'intera spesa sanitaria complessiva, secondo una recente indagine commissionata dall'Ordine dei medici di Roma all'Università Federico II di Napoli.

IPER-PRESCRIZIONE
Sostanze farmaceutiche inutili che spesso diventano anche dannose

TROPPI ACCERTAMENTI
Il 90% dei sanitari ammette che a volte ordina di farli senza alcuna necessità

Un mare di denaro sprecato al quale andrebbe sommato quello delle circa 35 mila cause «sanitarie» l'anno, che nella quasi totalità dei casi si concludono con l'archiviazione ma che mettono sulla difensiva buona parte dei dottori d'Italia.

La stessa indagine dell'Ordine rivela che oltre il 60 per cento dei medici ha prescritto in una o più occasioni farmaci non necessari in un'ottica di medicina difensiva, mentre il 75 per cento lo ha fatto per le visite specialistiche e quasi il 90 per cento per gli accertamenti diagnostici. Una «ansia da esame» che finisce per allungare le liste d'attesa ritardando così anche le diagnosi di chi ha problemi di salute seri.

Attenzione

Le cartelle cliniche non sono solo un documento medico ma anche (e sempre più) un documento legale. Le cause in tribunale per questioni mediche proliferano

Le accuse dei medici

Troppi legali spregiudicati speculano sui malati vessando i dottori con cause frivole

I giudici ascoltino i luminari, e non chi fa il perito soltanto per arrotondare

Vincenzo Denaro
preside della Facoltà di Medicina dell'Università Campus Bio Medico

LA STAMPA

Domenica
19 Febbraio 2012

L'aspetto più inquietante resta però quello dei chirurghi che non mettono mano al bisturi quando l'intervento è a rischio ma necessario: ben 8 su 10 andrebbe «oltre le normali regole di prudenza» secondo un'altra recente indagine, quella del Centro studi Federico Stella che fa capo all'Università Cattolica di Milano.

Ma «anche la tendenza a voler fare tutto a tutti per non incappare in contenziosi - spiega Carlo Nozzoli, presidente della Federazione dei medici internisti (Fadoi) - può avere ripercussioni negative sul quadro clinico dei pazienti, soprattutto su quelli anziani soggetti a più patologie».

«A una certa età una Tac eseguita con mezzi di contrasto - cita a mo' di esempio - può generare danni anche gravi in chi ha una funzionalità renale già compromessa».

Ma per arginare il fenomeno «i medici hanno un'arma ed è quella del dialogo con il paziente e i suoi familia-

I PERICOLI DI UNA TAC
Un anziano con varie patologie può subire danni alle funzioni renali

CHIRURGI RETICENTI
A 8 su 10 capita di evitare interventi andando oltre la normale prudenza

ri per la condivisione dei rischi e dell'approccio terapeutico» spiega il professor Vincenzo Denaro, ortopedico di fama internazionale e preside della Facoltà di Medicina dell'Università Campus Bio Medico di Roma. «Qui al Policlinico del Campus parliamo molto con i malati e il problema praticamente non esiste ma è anche vero che troppi avvocati spregiudicati oramai speculano sui malati vessando i medici», denuncia il professor Denaro.

Che lancia anche una proposta: «Quando si innesta un'azione legale la magistratura deve farsi affiancare da medici affermati nel proprio campo e non da chi lo fa solo per arrotondare». Un mezzo per scoraggiare quel fenomeno della «frivolous lawsuit», la denuncia senza reale fondamento, ben nota negli Stati Uniti e con la quale stanno facendo ora i conti sia i nostri dottori che i pazienti esposti ai rischi della «medicina difensiva».



Rossi (Toscana): «Obbligo di certificare i bilanci per tutte le aziende sanitarie»

Bilanci di tutte le asl d'Italia certificati per legge da un ente terzo scelto con gara pubblica e obbligo per gli amministratori, a cominciare dai governatori, di denunciare i deficit alla magistratura penale e alla Corte dei conti. Sul modello toscano. Ha preso carta e penna e ha scritto a Mario Monti e alla commissione d'inchiesta della Camera. Il presidente della Toscana, Enrico Rossi, non ci sta: la vicenda del buco di oltre 300 milioni della asl di Massa Carrara brucia troppo, a dispetto di conti e assistenza locale al top. E addirittura dei bilanci locali già quasi dappertutto certificati. Se capita in Toscana, è il ragionamento, che può accadere altrove? Perché i buchi di una Regione dovrebbero pagarli tutte le altre? Così Rossi chiede di inserire la regola - che la stessa Bocconi, "casa madre" di Monti, sponsorizza - con la prossima ripartizione dei fondi sanitari: «Farò fino in fondo questa battaglia. Il servizio pubblico si salva e può andare avanti solo se ha i conti in regola».

Presidente Rossi, perché questo affondo?

A Massa Carrara tutto è nato per gli interessi di un amministratore che per sua stessa ammissione truccava i conti per farsi un tesoretto personale. Proprio grazie ai nostri bilanci certificati, caso unico in Italia, abbiamo scoperto la situazione e preso tutte le contromisure. Ho subito rimosso i vertici, commissariato la asl e denunciato i fatti alla Procura e alla Corte dei conti. La vigilanza sulla filiera è massima. Anche con l'adozione di principi contabili che hanno preceduto la stessa Ragioneria generale. Abbiamo conti in regola, senza ricorrere a ticket e all'aumento delle tasse. I nostri bilanci sono sani perché certificati anche se siamo incorsi in un grave errore che però ha alzato la soglia di vigilanza.

Ma i bilanci doc non sono bastati. Chissà altrove che capita. Penso al Sud, e non solo.

Non sta a me dirlo, tanto meno fare nomi e cognomi. Sono convinto però che il nostro sistema debba diventare una regola generale. Obbligatoria, per legge. Sarebbe imbarazzante se a fronte dell'obiettivo del pareggio di bilancio entro il 2013, dovessimo scoprire inopinatamente che la mancata certificazione contribuisce a produrre un buco nei conti dello Stato che non avrebbe un'entità trascurabile. Non possiamo permettercelo. Il Governo non può permetterlo.

Certificazione anti imbrogli e truffe: bastasse...

Anche nel privato la certificazione da sola non è stata sempre sufficiente a mettere al riparo da imbrogli. Ma il principio fondamentale è l'intervento di un ente terzo responsabile di certificare che quel bilancio è stilato correttamente. La mia esperienza, prima da assessore e ora da presidente, sta lì a dimostrarlo.

Anche voi amministratori dovrete metterci la faccia.

Io penso di aver avuto un comportamento corretto nel caso di Massa. Di fronte all'emergenza di un ammanco come quello scoperto, sono andato alla Procura penale e a quella contabile e ho avviato le procedure di rivalsa. Sarebbe quanto mai auspicabile un provvedimento di legge specifico che richiami la responsabilità dell'autorità politica. L'obbligo della denuncia alla magistratura penale e alla Corte dei conti. Fino alla rimozione degli amministratori che non lo facessero, per stroncare ogni eventuale connivenza e fare massima trasparenza. Sarebbe essenziale soprattutto per la sanità, già colpita da troppi tagli e troppo pesanti.

Oltre che a Monti, porrà il problema anche agli altri governatori magari per trovare una soluzione nel Patto per la salute col Governo?

Sicuramente. Nel Patto, oltre che della certezza di fondi adeguati per la sanità, bisogna discutere della certificazione dei bilanci. L'interesse dello Stato è anche quello della mia regione. Non vorrei che la scoperta di un deficit sommerso in sanità producesse altre manovre e tagli a carico dei cittadini. E non vorrei che la Toscana ne dovesse risentire al pari delle altre regioni. Prima di subire altri tagli chiedo che anche le altre regioni portino bilanci certificati da soggetti esterni. Non possiamo pensare che Regioni con bilanci certificati siano trattate come quelle che non li certificano.

Questo vale anche per il riparto dei fondi del Ssn?

Per il riparto chiedo che, oltre ai costi standard e alla deprivatione, sia previsto anche il criterio dei bilanci certificati per il riparto dei fondi. Intendo fare fino in fondo questa battaglia. Su questi temi si deve arrivare a un chiarimento. Il momento è ora, subito.