



Rassegna Stampa del 20.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidianosanità.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Quale sanità. De Vincenti (La Sapienza): “Il Ssn non è un lusso però c’è molto da migliorare”

Il Servizio sanitario nazionale non è un lusso però lo Stato può migliorare, e di molto, il modo in cui utilizza le risorse. Ne è convinto Claudio De Vincenti, professore di economia politica alla Sapienza di Roma che sottolinea l'importanza di un ri-disegno del sistema da una parte e un problema di efficienza degli erogatori dall'altra.

19 SET - Nell'editoriale “[Se la sanità per tutti diventa un lusso](#)” ci siamo interrogati sulla possibilità (rischio?) che anche in Italia, sull'onda della crisi e in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, si avvii una discussione su un nuovo assetto del welfare, compresa la sanità. Una possibilità per noi realistica, alla luce di diversi segnali provenienti dalla politica e dall'economia. In proposito abbiamo sentito alcuni osservatori per saperne cosa ne pensano. [Dopo Alberto Mingardi](#) (direttore generale dell'Istituto Burno Leoni), ecco l'opinione di **Claudio De Vincenti** Professore di economia politica Università “La Sapienza” di Roma, che è stato consigliere economico dell'ex ministro della Salute Livia Turco.

Professor De Vincenti, stiamo ragionando su un'ipotesi di “stato leggero” ovvero per far fronte ad una crisi economica finanziaria grave, in cui le manovre di aggiustamento si dimostrano insufficienti, il Governo pare si stia pensando alla dismissione di beni e funzioni pubbliche, tra queste anche la sanità. Qual è la sua opinione?
In generale credo che lo Stato possa migliorare e di molto il modo in cui utilizza le risorse. Su questo non ci sono dubbi e sarebbe molto importante per le politiche di crescita avere uno Stato che sappia spendere nel modo migliore nell'allocazione delle risorse, in modo efficiente ed efficace rispetto agli obiettivi, che sappia prelevare in maniera equa anche riducendo il più possibile la pressione fiscale sui cittadini. Detto questo ritengo che ci siano spazi per ipotizzare delle riduzioni di spesa insieme con un potenziamento delle funzioni pubbliche che lo Stato svolge. Poi per quanto riguarda il Ssn va detto che è sicuramente uno dei sistemi che è in grado di fornire una ampia copertura pubblica alla popolazione con una spesa abbastanza limitata. Sappiamo che in Italia l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil è più bassa che in Paesi comparabili con il nostro come Francia e Germania o anche rispetto a Paesi che hanno adottato un sistema di assicurazioni private, penso agli Stati Uniti, che spendono praticamente il doppio di noi come spesa complessiva. Quindi difendo il sistema italiano, tra i più efficienti secondo le statistiche internazionali, anche da un punto di vista macroeconomico poiché impegna meno risorse di quanto non succeda in Paesi che adottano una copertura pubblica limitata alle fasce povere della popolazione lasciando il resto al mercato delle assicurazioni private. Detto questo penso però che abbiamo dei margini per potenziare i nostri servizi sanitari a parità di spesa o anche per risparmiare a parità di servizi.

In che modo potrebbe essere attuato il potenziamento del nostro Ssn a parità di spesa?

Attraverso l'organizzazione del sistema sanitario, in particolare agendo sulla capacità delle regioni di organizzare il sistema e di basarlo su rapporti contrattuali con erogatori sia pubblici che privati che incentivino l'efficienza di costo, riducano i costi e che spingano verso una competizione nei risultati. Credo che ci siano spazi di manovra e che noi saremmo in grado di contenere la spesa sanitaria rispetto alle dinamiche spontanee senza peggiorare i servizi anzi forse migliorando i servizi. Abbiamo un problema di ridisegno del sistema da una parte e un problema di efficienza degli erogatori dall'altra. Per quanto riguarda il ridisegno del sistema noi dovremmo, lo si è detto varie volte, potenziare la medicina territoriale e contenere il ricorso ai ricoveri ospedalieri. Questo è un tema di lungo periodo su cui da tempo si ragiona ma di fatto non siamo riusciti a farlo. Sopravvivono soprattutto in alcune regioni italiane, quelle che hanno i conti in rosso, strutture ospedaliere piccole inadeguate sia dal punto di vista della qualità delle prestazioni che forniscono sia dai costi elevati. Qui bisognerebbe pensare, come hanno fatto Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto, ad aggregare le strutture in dimensioni più ampie, a riconvertire una parte delle strutture piccole in strutture di lungo degenza-riabilitazione e a disegnare la rete ospedaliera in modo da avere alcuni ospedali di eccellenza (dove fare ricerca e ad alto livello tecnologico) e alcuni intermedi che gestiscono le prestazioni più di routine. Questo è un problema di disegno del sistema. Poi c'è un problema che riguarda gli erogatori: il rapporto tra le regioni e le strutture di erogazione di servizi. Credo che qui noi dobbiamo cominciare ad abbandonare la logica del ripiano a piè di lista nelle strutture anche di fronte a deficit di bilancio significativo. Quindi riorganizzare le relazioni contrattuali tra governo regionale e strutture

www.federlabitalia.com

ospedaliera e puntare alla competizione per la qualità tra le strutture ospedaliere. Per fare questo abbiamo bisogno anche di un soggetto nazionale di valutazione che orienti questa valutazione delle performance delle strutture sanitarie in base all'Health technology assessment. La competizione tra strutture non significa che un ospedale che non riesce a far quadrare i conti viene chiusa. No, il problema è un altro: bisogna che ci sia la possibilità di cambiare il management, di mettere a confronto le performance delle gestioni delle varie strutture. Questo vale per i privati e per i pubblici. Uno strumento importante sarebbe la diffusione e re-attuazione rigorosa del pagamento a Drg nei confronti degli ospedali sia pubblici sia privati.

Insomma pagare le strutture in funzione delle performance che realmente realizzano comporterebbe il contenimento dei costi e il miglioramento delle prestazioni?

Sia l'Emilia Romagna che la Lombardia hanno cominciato ad attuarla. Sono esperienze diverse ma c'è un interessante convergenza tra le due realtà. La Lombardia ha imparato a governare meglio e a limitare il semplice pagamento ex post di qualsiasi conto le venisse presentato dagli ospedali accreditati. L'Emilia ha imparato a sottoporre a contrattazione il rapporto tra regione e struttura ospedaliera. Restano due modelli diversi ma tutti e due cercano di fare leva su quella che chiamiamo "concorrenza amministrata" che non significa libero mercato ma concorrenza tra le strutture fortemente guidata e controllata dall'autorità pubblica.

Secondo lei, dopo 35 anni il Servizio sanitario nazionale pagato con la fiscalità generale è diventato un lusso?

No assolutamente no. Credo che sia una delle cose che qualificano un Paese avanzato. Una sanità efficiente e di qualità è una sorta di cartina di tornasole del livello di civiltà e ripeto è molto più efficiente un Ssn che possa basarsi sulla copertura universale pubblica che non un sistema affidato alle assicurazioni private. Non è un lusso però c'è molto da migliorare anche perché abbiamo un debito pubblico elevato grazie a risorse usate male. La sostenibilità riguardando tutti riguarda anche il Ssn. La sanità non può stare fuori da un discorso di rigore nell'assegnazione delle risorse. La sanità è un punto qualificante ma c'è anche la scuola, i servizi alle famiglie, le infrastrutture, una serie di cose per cui la spesa pubblica deve dare un contributo alla crescita. Purtroppo siamo un Paese molto in ritardo da un punto di vista infrastrutturale e l'intervento pubblico deve migliorare in modo radicale rispetto al passato.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Governo stanZIA 85 mln per coprire i buchi dei ex Policlinici a gestione diretta

È stato pubblicato sulla [Gazzetta Ufficiale n. 217 del 17 settembre](#) il decreto che assegna ulteriori 85,201 milioni, per coprire i disavanzi, alle regioni (Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna) ospitanti gli ex policlinici a gestione diretta.

19 SET - Per Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna arrivano 85,201 milioni di euro a copertura dei disavanzi degli ex policlinici a gestione diretta. L'importo residuo disponibile di 85,201 milioni di euro, è a valere sui 380 milioni di euro del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze del 16 novembre 2005, viene ripartito tra le regioni ospitanti gli ex policlinici universitari a gestione diretta di diritto pubblico, a copertura dei rispettivi disavanzi, come rilevati dal tavolo di verifica degli adempimenti in proporzione alla consistenza dei disavanzi di ciascuno di essi dal tavolo di verifica degli adempimenti, secondo la tabella allegata che forma parte integrante del presente decreto.

Tabella di riparto

Regione	Disavanzo accertato Policlinici	Importi già ripartiti	Disavanzi non coperti
Lazio	-57.430	38.257	-19.173
Campania	-184.592	122.964	-61.628
Sicilia	-8.575	5.712	-2.863
Sardegna	-4.604	3.067	-1.537
TOTALE	-255.201	170.000	-85.201



Manovra, possibile anticipo per i tagli 2013

di Roberto Turno (da Il Sole-24 Ore)

Con la manovra bis è stata (apparentemente) risparmiata. Ma con la manovra ter d'autunno che ormai è considerata una certezza, anche la spesa sanitaria rischia in qualche modo di tornare a ballare sul filo del rasoio dei nuovi interventi allo studio del Governo per dare un'altra sforbiciata ai conti pubblici. Perché la sanità per il Governo resta sempre un'osservata speciale. «Non mi risultano ipotesi di nuovi ticket», ha frenato per il momento il ministro della Salute, Ferruccio Fazio. Ma i governatori - dopo lo scontro con palazzo Chigi per i nuovi tagli arrivati in agosto ai bilanci regionali - stanno in guardia e respingono al mittente qualsiasi altra nuova ipotesi di intervento sulla spesa e sui servizi sociali. Anzi, continuano a chiedere al Governo addirittura di fare marcia indietro e di revocare i tagli della manovra di luglio. Una missione impossibile, hanno però già fatto sapere dal fortino di via XX Settembre dell'Economia. E così la tensione tra Governo e Regioni resta altissima. Anche perché sulla sanità i governatori si giocano il grosso dei loro bilanci: la Corte dei conti ha appena stimato che pesa in media il 75,4% sui conti locali.

La spesa di asl e ospedali torna sugli scudi. E rischia - se mai il Governo mettesse mano a interventi politicamente e socialmente dolorosi e impopolari - di dover anticipare già al 2012 almeno una parte di quella potatura decisa con la manovra di luglio che ha messo in allarme tutto l'universo sanitario: 2,5 miliardi in meno nel 2013 e altri 5,5 nel 2014. Otto miliardi di tagli contro i quali le Regioni hanno subito alzato le barricate, in attesa che si apra il confronto col Governo che entro aprile dell'anno prossimo dovrà portare a una intesa «forte» - «ma dev'essere un nuovo Patto», è l'imperativo dei governatori - per decidere insieme dove e come contenere la spesa sanitaria. Come distribuire quegli 8 miliardi di tagli insomma, anno dopo anno. Senza scordare altri 2,63 miliardi di interventi che spunteranno le unghie alla spesa sanitaria già nel 2012: 600 milioni dalla farmaceutica, 1,2 miliardi dal personale, 834 milioni dalla rinascita (questa volta per tutto l'anno) del mancato finanziamento da parte dello Stato del superticket su visite e analisi specialistiche.

E così i governatori - come tutti gli operatori e le imprese interessate da un business sanitario che solo nel pubblico vale oltre 110 miliardi l'anno - rafforzano la trincea anti-tagli e si preparano a una nuova partita a scacchi. Da una parte sanno bene che il terremoto dei mercati e la tenuta sempre più a rischio dei conti pubblici richiederanno altre e anche più pesanti misure di contenimento del deficit. Dall'altra rilanciano e dicono: con nuovi

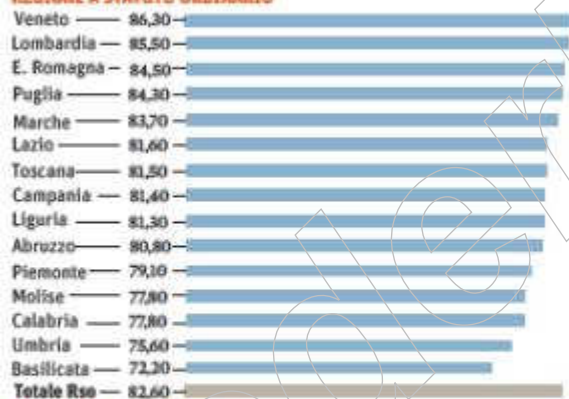
interventi il default del Servizio sanitario nazionale sarà sicuro. Il federalismo è morto e il Welfare sanitario andrà a rotoli. Non a caso chiedono ancora di avere indietro gli 834 milioni del superticket nel 2012, invocano il ripristino dei fondi per gli investimenti che la Corte dei conti ha appena certificato essersi rivelati un fallimento con 9,2 miliardi su 16 non spesi del programma di edilizia sanitaria del 1988, e lamentano altri 800 milioni negati per la spesa sociale.

Ma le ombre lunghe della manovra ter d'autunno preoccupano sempre più le Regioni. Che sanno bene quanto pesante potrà essere la trattativa sui tagli da 8 miliardi in cantiere nel 2013-2014, quelli appunto che in qualche modo, e in entità tutta da valutare, potrebbero teoricamente essere anticipati già dal 2012. Su tutti pendono i nuovi ticket sui farmaci e su tutte le altre prestazioni sanitarie - dunque anche sui ricoveri - che scatterebbero dal 2014 e che dovrebbero produrre risparmi per più di 2 miliardi. Ma toccherà anche al taglio della spesa per i dispositivi medici, ai farmaci ospedalieri, agli acquisti di beni e servizi non sanitari. Un'onda d'urto che continuerà a investire il personale, la gestione degli ospedali e delle asl, tutti i servizi. E che nelle Regioni commissariate rischia pesantemente di compromettere i piani di rientro dal debito. Con un altro effetto ormai dato per certo: la riduzione dei Lea, i livelli essenziali delle prestazioni. Insomma, sempre meno sanità pubblica, sempre più salute a pagamento. «Il Governo ci metta la faccia», ripetono non a caso i governatori. Che intanto sono diventati esperti di mercati e di spread tra Btp e Bund tedeschi. E sanno bene che anche la salute a questo punto si gioca in Borsa.

Il peso della sanità sui bilanci regionali

Percentuale spesa sanitaria/spesa corrente

REGIONE A STATUTO ORDINARIO



REGIONE A STATUTO SPECIALE



Totale generale
75,40

Fonte: Corte dei conti, agosto 2011.



Manager Asl, Caldoro temporeggia

– LUNEDÌ 19 SETTEMBRE 2011

Nomine dei direttori generali delle Asl ancora al palo. Attesa invano, venerdì 16 settembre la convocazione della giunta da parte del governatore Stefano Caldoro su un ordine del giorno che resta invariato da giorni. La giunta è chiamata, infatti, a sostituire i commissari delle Asl in carica (o a prorogarne ulteriormente il mandato) dopo la scadenza del contratto (da marzo in regime di proroga) scoccata giovedì 15 settembre. Martedì 20 settembre, dunque la prossima data segnata in rosso nell'agenda di Caldoro ma a questo punto anche questa scadenza potrebbe subire un ulteriore rimando. Non che il presidente non abbia necessità di centrare l'obiettivo visto che la nomina di direttori generali nei pieni poteri e il superamento della gestione commissariale è una precisa richiesta del tavolo interministeriale di verifica del piano di rientro dal deficit. L'attendismo di Caldoro è in realtà frutto di una precisa strategia politica tesa ad evitare ad ogni costo strappi nella maggioranza, in particolare con l'Udc. I centristi scalpitano per avere prerogative di nomina in almeno una delle tre Asl napoletane, segnatamente la Napoli 3 Sud, dove però l'attuale commissario in carica Vittorio Russo, (che ha ben operato) dovrebbe poter trovare una adeguata collocazione. Tutti nodi da sciogliere in sede politica e il congresso regionale del partito di De Mita prima e gli stati generali del Pdl a Scafati ora suggeriscono prudenza soprattutto per verificare i nuovi equilibri interni e le alleanze emergenti. Di sicuro resta l'orientamento generale ormai definito su accordi che, nel dettaglio, conosce solo chi prenderà le decisioni finali, ossia lo stesso Caldoro. In pratica si va verso una conferma, dove è possibile, di tutti i commissari in carica, con piccoli aggiustamenti, laddove richiesto.

Nulla dovrebbe mutare, invece, a Napoli 1 e Salerno dove i due commissari in carica – Maurizio Scoppa e Maurizio Bortoletti, entrambi graduati dell'Arma dei Carabinieri – resteranno in sella fino alla scadenza del mandato. Ossia il 31 luglio del 2012 Scoppa e il 31 dicembre del 2011 Bortoletti.

I commissari in scadenza

- Asl Napoli 1: commissario non in scadenza Maurizio Scoppa
- Asl Salerno: commissario Maurizio Bortoletti
- Asl di Benevento: commissario Giuseppe Testa
- Asl Napoli 2 nord: commissario Francesco Rocca
- Asl Napoli 3 sud: commissario Vittorio Russo
- Asl Caserta: neo commissario Paolo Menduni
- Asl Salerno: commissario Maurizio Bortoletti
- Asl Avellino: commissario Sergio Florio
- Ospedale di Benevento: commissario Michele Rossi



Stop ai pignoramento: ordine del giorno alla Camera. E il Tar Salerno rimanda la questione alla Consulta

– LUNEDÌ 19 SETTEMBRE 2011

In un ordine del giorno presentato oggi alla Camera – primo firmatario Vincenzo D’Anna parlamentare campano del Pdl nonchè presidente di federlab Italia, associazione di categoria dei biologi titolari di laboratori di analisi – viene chiesto a un ramo del Parlamento di attivarsi in sede legislativa per lo smobilizzo delle somme pignorate presso le Tesorerie degli Enti del Servizio sanitario nazionale ovvero per l’utilizzo delle somme non vincolate dal titolo pignorato ma bloccate in via cautelativa dalle procedure giudiziarie in corso. Come è noto la finanziaria nazionale dello scorso anno ha bloccato per un anno, (poi prorogato per un altro anno e dunque fino alla fine del 2012) le procedure di recupero forzoso del credito presso le tesorerie delle Aziende sanitarie locali e degli altri enti sanitari collegati con le Regioni sottoposte ai piani di rientro dal debito. Un nodo affrontato di recente dal Tar di Salerno che rimanda la norma alla competenza della Corte costituzionale per un presunto vizio di costituzionalità.

LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

La sanità migliora i conti
già pronta la punizione

Una buona notizia o, invece, una notizia ambigua? Interrogativo suggerito da una nota apparsa su www.lavoce.info a cura di Vittorio Mapelli, docente di economia sanitaria, accompagnata da due statistiche appena diffuse dall'Oecd Health Data 2011 sui più recenti dati del bilancio medico. Tra i più eclatanti lo scivolamento all'indietro dell'Italia nella classifica per la spesa sanitaria. «Mala perdita di posizioni non è una cattiva notizia, anzi è ottima perché il nostro Paese dimostra di aver saputo controllare la dinamica della spesa più e meglio degli altri», sostiene [lavoce.info](http://www.lavoce.info). Le statistiche sono d'indubbio interesse ma anche foriere di qualche dubbio che per mancanza di dati disaggregati non siamo in grado di sciogliere. L'interrogativo irrisolto riguarda il quesito se il miglioramento contabile tocca o meno la qualità del servizio. Un esempio: l'obiettivo della diminuzione dei posti letto in rapporto alla popolazione rientra addirittura in una direttiva europea e alcune regioni, è il caso del Lazio, sono penalizzate perché, pur avendo provveduto a misure di taglio, sono ancora lontani dagli obiettivi previsti e hanno ancora troppi posti letto. È vero, ma è altrettanto vero che l'intasamento dei ricoverati nei pronti soccorsi dove restano anche dopo la stabilizzazione, impedendo l'afflusso regolare dei pazienti sopravvenienti è dovuto al taglio dei posti letto avvenuto precedentemente nei reparti di degenza. E i letti in soprannumero? Se si fa una ricerca specifica si vedrà che una quota notevole ricade nelle piccole cliniche religiose convenzionate ma del tutto inadeguate ad accudire malati comunque in stato critico. D'altra parte quale forza politica è in grado a Roma di disboscare la pleora delle piccole cliniche religiose? Una volta per impedire una misura in merito si mosse persino il Papa.

Altri esempi possono essere portati ma non voglio sottovalutare l'importanza, comunque,

di due classifiche Ocse: la prima riguarda la spesa sanitaria pro-capite (in dollari a parità di potere d'acquisto), la seconda calcola l'incidenza sul Pil della spesa corrente, pubblica e privata, esclusi gli investimenti. Stando alla prima graduatoria, l'Italia con 3.020 dollari nel 2009 è superata non solo dai maggiori Paesi (Usa 7.598 dollari, Canada 4.139, Germania 4.072, Francia 3.872, Regno Unito 3.311), ma anche da piccoli Paesi come Svizzera, Olanda, Norvegia, Danimarca, Austria, Belgio. Oggi l'Italia è sotto la media Ocse. Anche nella classifica legata al Pil l'Italia è scesa al diciottesimo posto con il 9,1%, superata nel 2009 da Portogallo, Grecia, Spagna e Regno Unito e una crescita annua dell'1,6 % in termini reali (depurati dall'inflazione) mentre la media dell'Ocse è del 4%. I maggiori Paesi hanno da tempo superato il 10 per cento: Francia 11,5; Germania 11,2; Stati Uniti 16,6. Poiché l'andamento virtuoso nel controllo della spesa è confermato anche nel decennio precedente si può affermare che questa linea, consolidata dal Patto per la Salute tra governo e Regioni, esce premiata dall'esperienza. Da notare inoltre che l'Italia seguita a detenere il terzo posto assoluto per aspettativa di vita (81,8 anni) dopo Giappone e Svizzera. Va anche ricordato che le condizioni critiche del Ssn sono concentrate in cinque Regioni soggette a piani di rientro sotto commissario (Lazio, Campania, Abruzzo, Molise e Calabria) e che l'Abruzzo ne sta uscendo avendo già nel 2010 realizzato il pareggio della gestione. Ciò detto, ancor meno si giustificano le penalizzazioni della manovra economica per circa 5 miliardi che getterebbero, come si evince dalle dichiarazioni del ministro Fazio e del presidente della Conferenza delle Regioni, Errani, la sanità pubblica in una fase di defianciamento e di progressivo impoverimento di risorse tecnologiche e professionali. Il merito punito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

Migliorare efficienza e produttività dei sistemi sanitari: la ricetta Toyota contro gli sprechi

di Nino Cartabellotta *

In condizioni di crisi economica la sostenibilità di tutte le attività produttive può essere garantita con due strategie: la più diffusa è quella di investire meno risorse, l'altra consiste nell'ottenere migliori risultati dalle risorse investite evitando gli sprechi, che secondo Taiichi Ohno - ideatore del sistema di produzione Toyota - sono tutte le «attività umane che consumano risorse senza produrre valore».

Il modello di Ohno, nato nel mondo industriale, rappresenta un riferimento essenziale anche per chi finanzia e gestisce servizi sanitari, anzitutto per la netta distinzione tra efficienza e produttività. Se l'efficienza è il rapporto tra outcome (risultati) - sopravvivenza, guarigione, riduzione della disabilità, miglioramento della qualità di vita - e input (risorse impiegate), la produttività è il rapporto tra output (prodotto) e input. A esempio, l'efficienza di una unità operativa di chirurgia ortopedica è documentata dal numero di pazienti che, sottoposti a intervento di protesi d'anca, riprendono una regolare deambulazione, mentre la sua produttività è attestata dal numero d'interventi eseguiti per posto letto. Se oggi è abbastanza semplice misurare la produttività, la valutazione dell'efficienza è condizionata dalla capacità di misurare gli outcome a breve, medio e lungo termine.

Pertanto, complice l'inadeguatezza dei sistemi informativi, l'approccio attuale al management sanitario è guidato prevalentemente dalla produttività e non tiene conto dell'appropriatezza degli interventi sanitari che, per massimizzare l'efficienza ed evitare lo spreco di risorse, dovrebbero essere erogati al paziente giusto, nel momento giusto, nel posto giusto e dal professionista giusto.

In realtà, migliorare gli outcome e mantenere una produttività elevata non sono obiettivi mutuamente esclusivi, come sostiene Muir Gray nel suo nuovo saggio "How to get better value in health care", dove adatta i sette step del modello Toyota ai sistemi sanitari.

❶ **Massimizzare l'utilizzo di strutture e tecnologie.** "Sweat the assets" è un motto diffuso nel mondo industriale che enfatizza la necessità di massimizzare l'utilizzo delle risorse strutturali e tecnologiche. A esempio, nel pieno rispetto dei contratti di lavoro, numerosi servizi di diagnostica ambulatoriale potrebbero essere utilizzati ben oltre le 30-35 ore spalmate solo su 5 giorni/settimana e contribuire all'abbattimento delle liste d'attesa.

❷ **Ridurre le scorte di magazzino.** L'utilizzo tempestivo - just-in-time delivery - delle scorte di magazzino è un punto cruciale del modello Toyota, disatteso oggi dalla maggior parte delle organizzazioni sanitarie che tendono ad acquisire un surplus di beni di consumo.

❸ **Ridurre il costo degli staff non-clinici.** Il lavoro dei professionisti sanitari richiede uno staff tecnico-amministrativo, i cui costi incidono in maniera imponente sui bilanci delle aziende sanitarie.

Per ridurre questo capitolo di spesa - accanto a strategie come l'outsourcing di alcuni servizi - l'approccio più efficiente è ridurre il carico di lavoro di questi professionisti (a esempio diminuendo la richiesta di dati, migliorando l'informatizzazione) e di conseguenza il loro numero.

❹ **Ridurre gli sprechi di tempo.** Il tempo dei professionisti sanitari, la risorsa più preziosa, dovrebbe essere impiegato primariamente nell'assistenza e, in minor misura, in formazione e ricerca. In realtà troppe sono le attività time-wasting: riunioni senza specifici obiettivi e/o che non raggiungono conclusioni, ricerca affannosa di relazioni, dati e referti sperduti, varie attività amministrative, sino alla spasmodica ricerca di un parcheggio...

Inoltre, può avere un low-value anche il tempo dedicato sia alla formazione (a es. per attività formative inefficaci nel modificare i comportamenti professionali), sia alla ricerca (a es. se il quesito di ricerca ha già una risposta in letteratura, il disegno dello studio è inadeguato, la conduzione della ricerca è poco rigorosa, il reporting è affetto da bias). Infine, visto che la pratica professionale è un'attività ad high value, processi clinico-assistenziali e procedure organizzative dovrebbero essere sottoposti a revisione e miglioramento continui, per ottimizzare il tempo dei professionisti.

❺ **Erogare l'assistenza nel setting appropriato.** Numerosi ricoveri ospedalieri sono inappropriati perché l'appropriatezza di setting è condizionata da gravi carenze strutturali-organizzative: a esempio, i "bed-blockers" - anziani con patologie multiple ricoverati per una fase acuta della malattia - non possono essere dimessi sia per carenza di posti letto in lungodegenza, riabilitazione, Rsa, sia per insufficiente sviluppo dell'assistenza domiciliare. Questi pazienti influenzano negativamente sia la produttività, riducendo l'indice di rotazione dei posti letto, sia l'efficienza per gli eventi avversi conseguenti all'ospedalizzazione prolungata. A livello territoriale, gli ambulatori specialistici potrebbero essere decongestionati potenziando la rete di comunicazione con il sistema di cure primarie grazie a tecnologie dedicate. Infine, nel pieno rispetto della dignità della vita umana, i pazienti dovrebbero poter morire a casa propria, adeguatamente assistiti.

❻ **Migliorare l'appropriatezza delle risorse umane.** La riorganizzazione delle risorse umane dovrebbe essere guidata dall'appropriatezza dei professionisti impiegati, in relazione alla loro competenza. In particolare, il tempo di professionisti particolarmente competenti non dovrebbe essere impiegato per attività che potrebbero essere eseguite con la stessa efficacia/sicurezza da altri colleghi.

❼ **Ridurre i costi di acquisizione di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie.** Approvvigionamenti intelligenti (a es. gare centralizzate regionali o di Area vasta), acquisti all'ingrosso e utilizzo di farmaci generici sono alcune strategie per ridurre i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie. Vogliamo continuare a credere che le



organizzazioni sanitarie pagano più del necessario solo perché sono acquirenti disinformati?

Migliorare al tempo stesso efficienza e produttività delle organizzazioni sanitarie diventa quindi una mission possible solo se si accetta di transitare sotto il giogo dell'appropriatezza. Diverse strategie suggerite da Muir Gray - grazie anche all'impulso di organismi centrali (ministero della Salute, Agenas, Aifa) - sono già state avviate in varie Regioni, ovviamente in maniera estremamente "federalista" con disuguaglianze, in termini di processi e di esiti... altrettanto federaliste!

* *Presidente Fondazione Gimbe*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PROFESSIONI SANITARIE**Tremonti blocca gli Ordini***L'accusa: addio liberalizzazioni - Fazio: legge necessaria*

La manovra bis parla di liberalizzazioni per le professioni e cinque nuovi Ordini potrebbero non essere in sintonia con le previsioni. Questo il dubbio - e la critica da parte di molti senatori - con cui è stato bloccato il voto finale in aula al Senato sul Ddl approvato all'unanimità in commissione Igiene e Sanità. Oltre ai problemi di liberalizzazioni, forti critiche sono state sollevate alla previsione della possibilità di

riscattare gli anni di studio anche per chi non ha la laurea, ma un titolo "vecchio stile" non universitario equipollente. Formalmente però il testo sarà corretto - su richiesta della relatrice - solo nelle previsioni sui meccanismi sanzionatori per poi essere rinviato direttamente in aula: «È un provvedimento importante», ha sottolineato Fazio.

A PAG. 9

SENATO/ Si blocca in aula l'approvazione del Ddl bipartizan della commissione Igiene e Sanità |

Professioni: Ordini in stand by**Contestati i rischi per la concorrenza e i riscatti previdenziali degli anni di studio**

Doveva essere un passaggio quasi formale quello in aula al Senato la scorsa settimana per il Ddl sulla costituzione di cinque Ordini per le 22 professioni sanitarie, dopo l'approvazione all'unanimità in commissione Igiene e Sanità. E invece, a quanto affermano gli stessi parlamentari firmatari del Ddl unificati, lo stesso Tremonti avrebbe dato l'altolà per presunti conflitti tra manovra bis (v. pagine 2-3) approvata con la fiducia che apre la strada alle liberalizzazioni e la creazione di nuovi Ordini che anche secondo l'Antitrust sono all'esatto opposto della concorrenza.

Formalmente il rinvio è stato chiesto dalla relatrice Laura Bianconi (Pdl) per correggere un «problema segnalato dagli uffici competenti: qualora l'Ordine venisse a conoscenza di una situazione non corretta da parte del professionista - ha spiegato - doveva far riferimento per le eventuali sanzioni agli organi competenti. Questa "andata" potrebbe creare un problema di "ritorno", cioè in senso contrario che purtroppo si è già creato e da evitare». In realtà in aula a Palazzo Madama i «no» sono stati molti e anche con toni accesi (v. altro pezzo in questa pagina).

Ma la tempistica deve restare certa secondo i senatori "pro-Ordini": dopo la modifica la richiesta è che la conferenza dei capigruppo rinvii direttamente all'aula per una rapida approvazione, è la speranza. Purtroppo però di rinvii gli Ordini per le professioni ne hanno visti ormai tanti. Fin dal 1999 quando l'allora presidente del Consiglio, D'Alema, fece stralciare da un Ddl in dritture d'arrivo la norma. E poi nel 2007, quando il ministro della Salute, Livia Turco, non predispose in tempo i decreti delegati previsti dalla legge 43/2006.

Il Ddl in stand by prevede la costituzione di cinque Ordini e 22 albi per 583.297 operatori. Gli Ordini saranno

provinciali o interprovinciali in caso di meno di 1.000 iscritti. E si apre una porta per costituire di nuovi (con una procedura che coinvolge Governo e Regioni) in caso di professioni con oltre 20mila operatori e comunque a patto che nell'"Ordine residuo" ne rimangano ancora almeno altri 20mila. Una norma che darebbe oggi la possibilità di costituire altri tre (tecnici di laboratorio, della prevenzione e nel gruppo della riabilitazione o fisioterapisti o educatori professionali, altrimenti i rimanenti non raggiungerebbero il quorum).

Tra le altre previsioni ci sono la creazione della «Consulta regionale degli Ordini provinciali», funzioni più ampie per la Commissione disciplinare sui procedimenti verso gli iscritti, la specifica che gli statuti di Ordini e Federazioni stabiliscono anche le regole per realizzare i loro siti informatici, l'adozione entro sei mesi da parte del Governo di un regolamento per disciplinare l'organizzazione degli Ordini. C'è poi anche l'estensione alle professioni della possibilità di riscatto degli anni di studio, prevista anche per i corsi non universitari. Esistono infatti professionisti "equipollenti" ai laureati che hanno studiato prima degli anni '90 in corsi regionali ai quali si accedeva direttamente anche dopo le scuole medie inferiori. E questo è stato il secondo motivo di critica dei senatori oltre all'incongruenza denunciata rispetto alle privatizzazioni: i senatori "contro" hanno eccepito che il riscatto per i professionisti laureati va bene al pari delle altre professioni, ma non quello «anche per chi non ha raggiunto l'obiettivo di far parte» di queste.

**P.D.B.
S.Tod.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



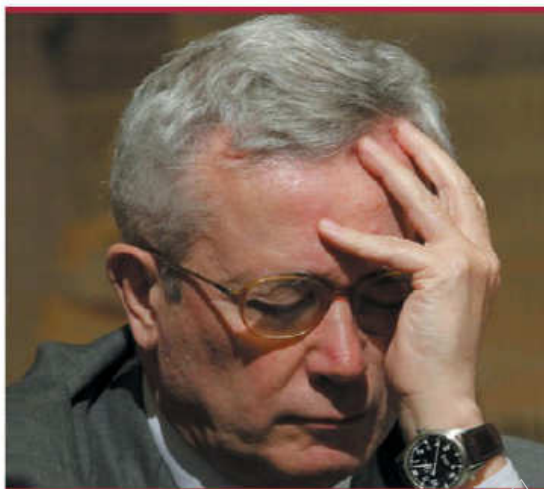
Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

Il Sole
24 ORE Sanità
 Dir. Resp.: Roberto Napoletano

20-SET-2011

da pag. 9



Le nuove previsioni

Nuovi Ordini	Albi	N. operatori	Tot. operatori per Ordine
Professioni infermieristiche	Infermiere	364.685	374.906
	Infermiere pediatrico	10.221	
Ostetriche/i	Ostetrica	16.885	16.885
Professioni sanitarie della riabilitazione	Fisioterapista	40.000	84.200
	Logopedista	8.000	
	Podologo	1.200	
	Ortottista assistente di oftalmologia	3.000	
	Terapista della neuro e psicomotricità evolutiva	3.000	
	Tecnico della riabilitazione psichiatrica	3.000	
	Terapista occupazionale	1.000	
	Educatore professionale	25.000	
Professioni dei tecnici sanitari di rad. medica	Tecnico di radiologia medica	23.542	23.542
	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	30.000	
Professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione	Tecnico audiometrista	1.200	83.764
	Tecnico audioprotesista	3.200	
	Tecnico ortopedico	3.000	
	Dietista	3.500	
	Tecnico di neurofisiopatologia	1.500	
	Tecnico della fisiopat. cardiocirc. e perfusione cardiovascolare	3.000	
	Igienista dentale	2.200	
	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	30.000	
	Assistente sanitario	6.164	
Totale operatori		583.297	

Liberalizzazioni Scoppia la polemica sull'istituzione dell'Albo

Riforme Nuovi Ordini: la battaglia della salute

Fa discutere il disegno di legge per il riconoscimento delle professioni sanitarie, come infermieri e radiologi



Conaps Antonio Bortone, presidente del Coordinamento professioni sanitarie



Colap Giuseppe Lupoi, presidente delle libere associazioni professionali

DI ISIDORO TROVATO

Il mondo delle professioni è ancora un cantiere aperto. Dove le sorprese non finiscono mai. Con provvedimenti che vengono annunciati e poi ritirati come l'eliminazione degli esami di Stato e degli Ordini professionali. E altri che continuano il loro tormentato iter parlamentare.

Lo stop imprevisto

La scorsa settimana doveva andare in Aula (insieme al testo sulla manovra economica) il disegno di legge 1142 che istituisce i nuovi Ordini professionali per le professioni sanitarie (fisioterapisti, infermieri, radiologi ecc.). Invece la votazione è stata misteriosamente sospesa e rimandata.

«Ancora una volta la politica perde l'opportunità di agire». Questo il primo commento del presidente del Coordinamento nazionale delle professioni sanitarie (Conaps), Antonio Bortone. Si tratta di un nuovo stop imposto al disegno di legge che dovrebbe mettere l'Italia sullo stesso piano dell'Europa in questo campo sanitario che attende da circa 20 anni di essere regolamentato e che denuncia da anni di essere colpito da abusivismo professionale. «Dopo l'approvazione in commissione

Salute del Senato, con voto bipartisan — prosegue Bortone — ci si aspettava la strada in discesa. Invece la votazione ha subito un blocco. Appare chiaro l'intervento da parte delle ben note lobby di altre categorie professionali».

La polemica

In effetti sul tema si era già pronunciato polemicamente il Colap (l'associazione delle professioni non ordinistiche): «Come si può rafforzare, nell'articolo 3 della manovra finanziaria, il concetto che le professioni sono libere, richiedendo una revisione e diminuzione delle restrizioni attualmente presenti, e contemporaneamente, nella commissione Sanità del Senato, approvare una legge che istituisce nuovi ordini professionali — attacca il presidente del Colap, Giuseppe Lupoi —. Questa è schizofrenia o totale disinteresse per quello che una stessa parte politica sta conducendo su tavoli diversi». Una tesi che qualcuno vorrebbe attribuire allo stesso ministro Tremonti che vedrebbe l'istituzione di nuovi ordini professionali incompatibile con l'operazione liberalizzazioni.

«E' ben chiaro a tutti che quello delle liberalizzazioni è solo un pretesto — afferma Bortone —. Senza considerare che di liberalizzazione non vi è comunque traccia nell'at-

tività di questo governo. L'obiezione non può assolutamente giustificare questa decisione. Innanzitutto perché qui le liberalizzazioni non c'entrano nulla. Il disegno di legge è un provvedimento di equità, che completa un percorso iniziato nel 2006 con l'approvazione della legge 43, tuttora non applicata in questo ambito». Eppure le ragioni delle professioni sanitarie non convincono i professionisti «senza Ordine» del Colap. «Creare nuovi ordini è un'assurdità che va contro ogni principio di liberalizzazione — insiste Lupoi —. Sistemi di protezione così stretti non proteggono ma soffocano. Come si fa a parlare di competitività e mobilità continuando ad innalzare muri di carta?».

Per il Conaps però non si tratta di muri ma di giusti riconoscimenti: «L'istituzione degli ordini nelle professioni sanitarie è a costo zero per lo Stato — continua Bortone — e serve a tutelare pazienti che potrebbero trovarsi nelle mani di ciarlatani. Con gravissimi rischi per la salute. La classe politica, invece di risolvere i problemi li aggrava lasciando inattese le richieste di migliaia di professionisti che attendono da oltre 20 anni di essere riconosciuti come tali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Manovra bis in «Gazzetta»: le Regioni blindano i bilanci di Asl e ospedali da eventuali ulteriori interventi

«Con altri tagli Ssn al fallimento»

Gli assessori all'attacco: pesante rischio di riduzione dei Lea, il Governo si fermi

La manovra bis è "calda" di «Gazzetta Ufficiale» e già c'è chi parla di interventi ulteriori per ridurre ancora debito pubblico e spesa. Ma dalle Regioni arriva un secco allarme: «Altri tagli al servizio sanitario si tradurrebbero in una drastica riduzione dei servizi che renderebbero il pubblico minimale: i Lea sono al collasso».

A incidere sui bilanci sanitari non sono solo i tagli diretti, ma anche quelli ad altri settori della finanza locale che inevitabilmente costringono Regioni e Comuni - e quindi i cittadini, sottolineano i governatori, ma anche i sindacati della dirigenza del Ssn compatti nella loro intersindacale - a tirare ancora

e sempre di più la cinghia.

In questo quadro a lanciare l'allarme sono soprattutto gli assessori alla Sanità, impegnati però non solo a spingere il freno della macchina in corsa di tagli e razionalizzazioni, ma anche a mettere sul tavolo proposte efficaci per salvare le risorse ormai all'osso. Ci saranno i costi standard a dare una mano a frenare la spesa, ma servono risorse fresche che potrebbero arrivare da altri fronti, come le "tasse sul vizio" alla francese o, perché no, il riutilizzo delle risorse per l'edilizia sanitaria (circa 7 miliardi dice la Corte dei conti) chiuse nei cassetti dell'Economia.

A PAG. 2-4

Allarme degli assessori alla Salute: ulteriori interventi provocherebbero il collasso del sistema

«Si rischia di annullare i Lea»

Non solo i tagli diretti incidono sul Ssn - Il socio-sanitario non c'è quasi più

Vanno riequilibrati i costi impropri

La pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale» di venerdì 16 maggio ha aggiunto l'ultimo tassello alla palestra delle ristrettezze all'interno della quale Regioni ed enti locali non vorrebbero essere mai stati chiamati a doversi esercitare.

La paura che la stretta su welfare e servizi finisca col prosciugare e rendere definitivamente insostenibili i conti della Sanità assilla i governatori che - a fine percorso - restano in bilico tra la rottura definitiva di qualsiasi rapporto sociale con il Governo e la ricerca di un dialogo che almeno per ora resta a senso unico. È avendo come sfondo questo scenario che abbiamo chiesto agli assessori alla Salute di Regioni in bilico e non, di tracciare un pronostico sulla salute che verrà.

Avendo presente che la prossima manovra potrebbe essere proprio dietro l'angolo.

Luciano Bresciani (Lombardia). «Penso che nell'ambito sanitario non c'è da tagliare molto perché si andrebbe a danneggiare il percorso del rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, che dice che abbiamo la responsabilità della tutela della

cura del malato. Quindi noi abbiamo l'obbligo di finanziare i fabbisogni necessari. Noi continuiamo a lavorare sull'abbattimento dei costi e abbiamo parità di bilancio da otto anni.

Questo non significa che siamo certi di non avere problemi.

Sappiamo che la strada è dura, però abbiamo una Sanità che sa contenere i costi, e sono sicuro che il nostro sistema è abbastanza forte per reggere la situazione sanitaria.

Ci sono tutti gli strumenti per bilanciare i costi impropri senza ridurre i servizi. E questo è frutto dei saperi che si sono costruiti in questi anni proprio mantenendo l'equilibrio di bilancio riconoscendo progressivamente cosa è utile e cosa non lo è. Credo che siamo nelle condizioni migliori per sostenere quelli che il ministero dell'Economia individua come elementi fondamentali "per non finire in Grecia". Io non sono pessimista per la Sanità ma temo moltissimo per le funzioni degli altri assessorati regionali che hanno già avuto una stretta fortissima. E quello che mi preoccupa di più è la politica globale che costringe un Paese a non avere sufficienti investimenti per lo sviluppo, ritrovandosi a dipendere da quello che altri Paesi ci vendono a caro prezzo».

Luca Coletto (Veneto). «Quest'ultima manovra non ha toccato la

Sanità, ma la precedente sforbiciata per le Regioni impone di arrivare al più presto a definire i costi e i criteri standard. La risposta alla cinghia stretta non può che essere nel combinato disposto dell'applicazione del federalismo e della riduzione di eventuali sacche di spreco. La Regione Veneto, che non pretende di proporsi come modello per nessuno ma che è riuscita a chiudere il bilancio in attivo, sta ottenendo risparmi senza mettere le mani in tasca ai cittadini. Niente Irpef e ticket rimodulati sulla base di nuovi criteri Isee. Bisogna razionalizzare procedure e strutture, responsabilizzare i direttori generali e puntare sull'informaticizzazione di percorsi e referral. Uno sforzo che deve coinvolgere l'intero Paese e che non può essere limitato a singole Regioni. Ulteriori tagli restano per il momento solo un'ipotesi e in ogni caso si vedrà, al momento opportuno.

Carlo Lusenti (Emilia Romagna). «Siamo vittime di tre manovre: quella di luglio 2010 che ha effetti fino al 2012, quella di luglio 2011 che interviene direttamente

sulla Sanità e quella di ferragosto: l'Iva riguarda anche i beni sanitari. E un'altra manovra molto probabilmente ci sarà ma Sanità e welfare sono intoccabili: sono stati già massacrati e se si dovesse metter mano ancora su di loro sarebbe il fallimento. Considerando l'andamento del fabbisogno degli ultimi anni ed escludendo i risparmi sul personale che sono "tagli" alle retribuzioni, al fabbisogno sanitario mancano almeno 9 miliardi. È un taglio che entra nella carne dei servizi: le Regioni in salute economica che finora hanno erogato prestazioni superiori ai Lea dovranno eliminarle, inasprite dal fantasma del piano di rientro. Le altre, quelle in deficit, vedranno sempre più lontano e impossibile il pareggio di bilancio. In questo modo si creano le condizioni di default del servizio pubblico che rimarrebbe minimale, a favore di forme di autogestione come assicurazioni o mutue. Per trovare risorse adeguate senza incidere sul bilancio dello Stato le soluzioni ci sarebbero. A esempio l'aumento delle accise sui tabacchi o una "tassa sul vizio" come quella francese: sono



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE** Sanità

20-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 2

“tasse di scopo” che colpiscono comportamenti contrari alla salute. Poi si dovrebbe lasciare mano libera davvero alle Regioni nelle riorganizzazioni del sistema, come negli ultimi 30 anni è avvenuto per residenzialità e ospedali. I settori su cui agire ci sono, ma ora tutto è legato a norme nazionali che impediscono anche cambiamenti minimi. A esempio la guardia medica, un servizio non più all'altezza dei tempi, con medici lasciati allo sbaraglio che vanno a casa del paziente “a mani nude”».

Daniela Scaramuccia (Toscana). «Il problema di fondo è che questa manovra fa seguito ad altri provvedimenti che hanno inciso molto sulle risorse a disposizione delle Regioni: la manovra dell'anno scorso, quella di luglio sui ticket e alla revisione dei principi contabili, in sé ottima e necessaria ma che per il modo in cui viene condotta rende chiaro che non ci saranno più investimenti in edilizia sanitaria. Un taglio non da poco: il tema del mancato aggiornamento delle strutture vale 1,5 miliardi e mette a rischio la loro sicurezza. Nel complesso i tagli che le Regioni subiscono comportano una decurtazione del 10% rispetto al finanziamento concordato con l'ultimo Patto per la salute. Un accordo che fu messo in discussione già con il Dl 78 del 31 maggio, appena due mesi dopo la firma di quel Patto. Il tutto senza un percorso istituzionale condiviso».

La nostra Regione è da tempo impegnata nell'ottimizzazione dei costi e nella riduzione della spesa corrente grazie a strumenti come le centrali d'acquisto, ma l'anno prossimo avremo 400 milioni in meno rispetto a quanto pianificato un anno e mezzo fa, cifra che per noi corrisponde alla dimensione dei servizi di un'Asl.

Nel caso si profilassero altri tagli, il Governo, con un atto di onestà, dovrebbe avere il coraggio di rivedere i Lea, dichiarando apertamente quali livelli di servizio non sono più da considerare essenziali. Già ora le Regioni sono in affanno: basti pensare che soltanto 9 sono in grado di erogare i Lea. I costi standard? Teoricamente sono un ottimo benchmark ma la sensazione, anche

con l'ultima manovra, è che si stia procedendo piuttosto con tagli lineari e a partire da un fabbisogno già predefinito».

Tommaso Fiore (Puglia). «Che dire? Dopo le prime due manovre la Regione Puglia e i suoi Comuni dovrebbero chiudere i battenti. Questa è la cruda realtà».

Per questo è assolutamente inimmaginabile pensare di intervenire ancora sulla Sanità. Né è accettabile sentir dire che la manovra bis di ferragosto non ha colpito la Sanità. Perché se si cancellano quasi totalmente i servizi sociali e socio-sanitari garantiti dai Comuni, come hanno fatto i tagli di agosto, è ovvio che il peso si scaricherà tutto sul servizio sanitario.

A questo punto credo che si debba affrontare di petto questa situazione. Innanzitutto mettendo da parte il federalismo fiscale che a questo punto mi sembra irrealizzabile. E poi ragionando su quale Ssn vogliamo. Già oggi i Lea non sono garantiti allo stesso modo in tutto il Paese, dopo queste manovre e le eventuali misure in più che verranno credo che la situazione sarà ancora più critica».

L'unico segnale positivo è stato lo sblocco del turn over per le Regioni con i piani di rientro. Anche se i margini per muoversi sono strettissimi. Saremo in grado solo di fare le assunzioni necessarie a tappare i buchi più gravi».

Massimo Russo (Sicilia). «Io posso soltanto manifestare una speranza: che lo Stato non torni ancora a tagliare sulla Sanità. Sarebbe come spremere un morto, tanto più che la spesa sanitaria italiana non è allineata con quella delle altre Regioni europee. Abbiamo bisogno di risorse, di un intervento diverso, tutto prima che parta il sistema dei costi standard. Siamo allo stremo; a maggior ragione nelle Regioni con il piano di rientro. Qualcuno si dovrà assumere la responsabilità dei cittadini che non potranno più avere l'assistenza cui hanno diritto».

**Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Manuela Perrone
Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dove colpiranno i tagli della manovra di luglio nel 2013-2014

Anno 2013	-30%	Taglio spesa per dispositivi medici, farmaci anche ospedali, prestazioni sanitarie e non
	-40%	Taglio spesa farmaceutica
	-30%	Taglio dispositivi medici e assistenza protesica
Anno 2014	-22%	Taglio spesa per dispositivi medici, farmaci anche ospedali, prestazioni sanitarie e non
	-20%	Taglio spesa farmaceutica
	-15%	Taglio dispositivi medici e assistenza protesica
	-40%	Nuovi ticket su farmaci e prestazioni sanitarie
	-3%	Economie di settore derivanti dall'esercizio del potere regolamentare in materia di spese per il personale sanitario dipendente e convenzionato

Fonte: Conferenza delle Regioni

Lettori: 2.441.000

Diffusione: 344.895

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

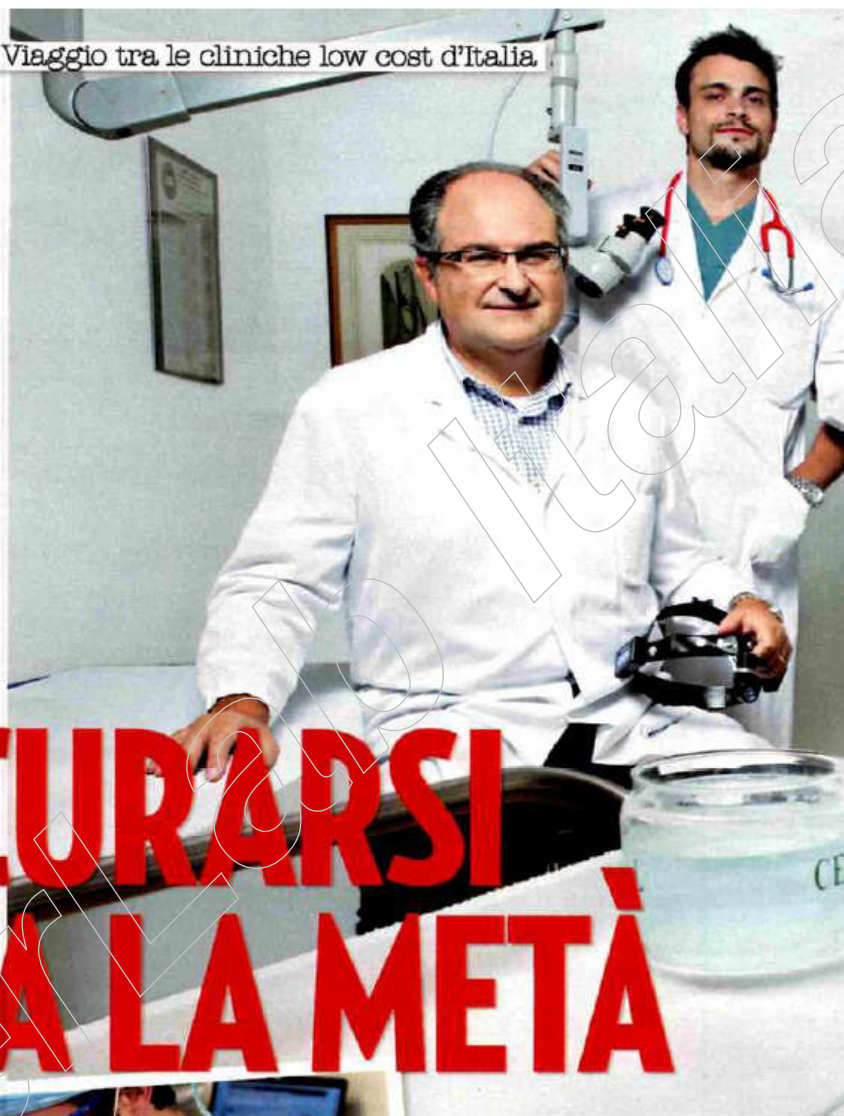
27-SET-2011

da pag. 32

INCHIESTA | Viaggio tra le cliniche low cost d'Italia

**CON LA CRISI,
GLI AMBULATORI
ABBASSANO LE
SPESE PER LE VISITE.
IL SEGRETO? «MENO
SPRECHI, TARIFFE
PIÙ BASSE», DICONO,
MENTRE SPUNTANO
PREZZI STRACCIATI
SUL WEB. CONSIGLI
E INDIRIZZI GIUSTI**

QUI CURARSI COSTA LA METÀ



**OPERAZIONE
DENTI SANI**
I primi ad
abbassare
i prezzi in Italia
sono stati
gli odontoiatri.

di Francesco Vicario

Cure mediche di qualità a prezzi accessibili. È la sfida della sanità nel terzo millennio. E oggi bisogna fare i conti con un oste in più: Internet. Da dove è partita l'offensiva dei prezzi stracciati contro i salassi delle visite specialistiche. Qualche esempio? Su Groupon, sito che vende servizi e merci on-line a prezzi scontatissimi, uno sbiancamento dei denti a Siracusa si paga 79 euro (valore commerciale: 300 euro). Una visita dermatologica costa 39 euro invece dei 150 di Roma. E una mappatura dei nei nel



QUANTO SI RISPARMIA DALLO SPECIALISTA?

Abbiamo confrontato i prezzi medi di dieci visite specialistiche praticati da centri medici low cost e studi privati. Si risparmia tra il 30 e il 60 per cento

TRATTAMENTO	COSTI
ESTRAZIONE ODONTOIATRICA	45 euro contro 160
APPARECCHIO PER I DENTI PER BIMBI	490 euro contro 2.200
PSICOTERAPIA	35 euro contro 120
VISITA OCULISTICA	75 euro contro 130
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	27 euro contro 50
FISIOTERAPIA	25 euro contro 40
TEST ALLERGOLOGICI	30 euro contro 50
VISITA LOGOPEDIA	35 euro contro 70
VISITA UROLOGICA	80 euro contro 150
INTERVENTO CHIRURGIA VASCOLARE	flebectomia di varici: 800 euro contro 1.500; legatura e stripping vene varicose: 160 euro contro 300.

Fonte: Campus Bio-Medico di Roma per Gente

modenese si ottiene per 59 euro. Un nuovo mercato fondato sulla pubblicità che ha scatenato le ire della Federazione nazionale dei medici: Amedeo Bianco, presidente dell'ordine, ha infatti annunciato un esposto all'autorità Garante della concorrenza e del Mercato e un esposto ai Carabinieri del Nas. «Si tratta di visite che vengono offerte a prezzi inferiori ai costi di produzione per motivi promozionali. Ma in quali condizioni vengono visitati i pazienti? Occorre fare chiarezza».

Internet a parte, il mercato della sanità low cost in Italia è un fenomeno stabilizzato. E in crescita. Secondo le ultime stime di Assolowcost, l'associazione delle impre- ▶

Lettori: 2.441.000

Diffusione: 344.895

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

27-SET-2011

da pag. 32

Qui curarsi costa la metà

se che offrono servizi di qualità a prezzi inferiori a quelli di mercato, il giro d'affari dei "camici scontati" si aggira intorno ai 10 miliardi di euro, circa il 6 per cento della spesa sanitaria nazionale. E se pensiamo che 3 milioni di italiani nel 2010 hanno sofferto problemi economici per le cure mediche che costano in media, a una famiglia di 4 persone, 108 euro al mese, la ragione del boom è cristallina.

«Tra gli interventi più onerosi, le cure odontoiatriche, perché non sono coperte dal sistema sanitario nazionale, ma anche le visite ginecologiche, oculistiche e pediatriche», spiega Andrea Cinosi, presidente di Assolowcost. «E qui intervengono le strutture a basso prezzo, che permettono un risparmio tra il 30 e il 60 per cento rispetto alle cure private». I conti sono presto fatti: per un'estrazione odontoiatrica in questi centri si spendono 45 euro contro una media di 160. Una visita oculistica costa 75 euro invece di 130. E tra gli interventi chirurgici, un'operazione di flebotomia di varici, viene 800 euro e non 1.500.

VENTIMILA ITALIANI OGNI ANNO VANNO ALL'ESTERO PER LE CURE

Bio-Medico di Roma. «Concentrando più medici in un'unica struttura poliambulatoriale si ottiene la riduzione dei costi delle forniture e uno sfruttamento intensivo delle apparecchiature». Meno sprechi, tariffe più basse insomma. È questo l'assioma portante che ha dato inizio, in Italia, alle cure low cost. Nel 2008 Altroconsumo fotografò il "turismo odontoiatrico": 20mila pazienti che ogni anno, e ancora oggi, varcano i confini verso Ungheria, Croazia e Slovenia per devitalizzazioni, otturazioni, apparecchi. E per arginare il fenomeno alcuni imprenditori del Triveneto hanno creato strutture per evitare l'emigrazione di pazienti, come Progetto Dentale Apollonia, che oggi conta 5 centri tra Friuli e Veneto, e Venice Dental Service, che nella sede di Mestre inizierà a ospitare anche interventi di chirurgia estetica, sempre low cost, le- ▶



PLURISPECIALIZZATI
Un gruppo di medici del Centro Santagostino, uno dei primi aperti a Milano, che conta oltre 30 specialità. Le visite costano 60 euro.

DA MILANO A BARI: A CHI RIVOLGERSI

Nove centri in Italia che praticano tariffe per le visite mediche inferiori ai prezzi di mercato privato. Si va dai dentisti ai poliambulatori

ISTITUTO	INDIRIZZO
CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO	piazza Sant'Agostino, 1 - Milano www.cmsantagostino.it
CENTRO MEDICO AMBROSIANO	via Blondi, 1 - Milano www.centromedicoambrosiano.it
VENICE DENTAL MEDICAL SERVICE	via Saragat, 1/10 - Mestre (Venezia) www.venicedentalcenter.it
WELFARE ITALIA	Canegrate (Milano), San Pellegrino Terme (Bergamo), Acireale (Catania), Pontedera (Pisa), Sesto Fiorentino (Firenze), Gorlago (Bergamo), Milano, Parma - www.welfareitalia.eu
AMICO DENTISTA, NETWORK DI STUDI	Saronno, Livorno, Roma www.amicodentista.com
CLINICA NUOVA CITTÀ CAPURSO	via Ortolabruna, 23 - Capurso (Bari) www.visitespecialistiche.com
SPSP SERVIZI PSICOLOGICI PER LA SALUTE DELLA PERSONA	piazzale degli eroi, 16 - Roma www.spsp.it
MEDICAL DIVISION	Bergamo, Brescia, Cuneo, Firenze, Genova, Latina, Lecce, Lecco, Milano, Monza, Napoli, Pisa/Lucca, Roma, Torino, Udine - www.medicaldivision.it
PROGETTO DENTALE APOLLONIA	Udine, Gemona, Ronchi dei Legionari www.progettodentaleapollonia.it

Lettori: 2.441.000

Diffusione: 344.895

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

27-SET-2011

da pag. 32

IL GIRO D'AFFARI

gati al viso. Ma oltre alle grandi strutture, oggi esistono anche forme di *joint venture* come Amico Dentista: una sede principale a Saronno, più due studi a Roma e uno a Livorno. Affiliati.

Stesso principio vale per i nuovi poliambulatori plurispecializzati. Ed è battaglia per l'offerta più vantaggiosa. Le prime esperienze si sono concentrate al Nord. Il Centro Medico Ambrosiano il 17 ottobre partirà con il progetto "Medici per tutti": per le famiglie con redditi sotto 43mila euro all'anno e per i single che guadagnano meno di 25mila euro, tutte le visite previste dal centro, da quelle allergologiche a quelle pediatriche, costeranno 26 euro. Sempre a Milano, il centro medico Santagostino offre tutte le visite per oltre 20 specializzazioni a 60 euro.

Ma oltre agli ambulatori "tradizionali" che si stanno aprendo al low cost, ci sono anche le offerte proposte dai

**10
miliardi**

Il volume d'affari della sanità low cost in Italia, con una crescita del 30 per cento all'anno.

6%

La fetta di spesa sanitaria investita nel low cost.

30-60%

Risparmio medio sulle prestazioni sanitarie.

**3
milioni**

Gli italiani che nel 2010 hanno avuto problemi economici a causa delle spese sanitarie.

**2,5
milioni**

Gli italiani, soprattutto famiglie con bimbi e pensionati, che hanno rinunciato nel 2010 a visite o analisi, per problemi di costi.

108

Media di spesa sanitaria in euro per una famiglia di 4 persone ogni mese.

maxi centri di iniziativa commerciale, società vere proprie. Medical Division ha sedi in tutta Italia e vuole ora estendersi anche all'estero. Punto di forza sono gli abbonamenti a pacchetto: con 780 euro all'anno si ha diritto a un numero illimitato di trattamenti di cura e prevenzione scegliendo tra 10 specialità mediche tra le oltre 20 offerte. E poi le strutture cooperative, come il centro Nuova Città Capurso, il primo nato nel Sud Italia, in provincia di Bari, che è riuscito ad abbattere i costi fino a eguagliare il ticket sanitario regionale. «E garantiamo anche strettissimi tempi di attesa per le visite: non si superano mai 10 giorni dalla prenotazione», spiega il direttore sanitario del centro Daniele Aprile. Merce rara, in un Paese dove il 74,3 per cento dei cittadini ritiene biblici i periodi di attesa delle prestazioni ospedaliere.

Francesco Vicario

Lettori: 398.000

Diffusione: 48.349

Gazzetta del Sud

Dir. Resp.: Nino Calarco

18-SET-2011

da pag. 24

Palermo La Regione contribuirà al progetto "Euregio III" con due esempi nell' utilizzo dei fondi strutturali

Buone pratiche in Sanità, premio Ue

Miglioramento servizi diagnostici e mappatura bisogni secondo flussi epidemiologici

Primo Romeo
PALERMO

Segna un altro punto a favore della politica di svolta data al comparto sanità l'assessore Massimo Russo: un importante riconoscimento europeo per la Sicilia scelta per contribuire al progetto "Euregio III" con due esempi di "buone pratiche" (best practise) nell'uso dei fondi strutturali europei per investimenti nel campo della sanità. I progetti riguardano il miglioramento dei servizi diagnostici e la mappatura dei bisogni basata su evidenza dei flussi epidemiologici.

Sono solo sei, finora, i casi di buona prassi in Europa che sono stati attenzionati: oltre ai due della Sicilia, la scelta è caduta anche sulla Grecia e sullo stato federato di Brandeburgo (Germania).

La selezione è stata effettuata da "Euregio III", il gruppo di studio europeo nato con l'obiettivo di supportare la programmazione dei fondi strutturali europei in Sanità. Ed è stato lo stesso presidente di Euregio III, Jonathan Watson, a comunicare la scelta della Sicilia con una lettera inviata all'assessore regionale della Salute Massimo Russo, nella quale esprime l'augurio «di poter continuare a lavorare con la Sicilia sui temi della salute e dei fondi strutturali europei».

«Un riconoscimento che ci inorgoglisce - ha commentato l'assessore Russo -. E' la conferma di come la Sicilia stia continuando a percorrere una strada virtuosa, ottenendo enormi risultati anche in termini di credibilità e fiducia. Abbiamo conquistato l'attenzione di un gruppo di studio

indipendente e rigoroso in Europa, per la capacità di programmazione, organizzazione e razionalizzazione della spesa. Le nostre aziende sanitarie avranno la possibilità di dare una maggiore offerta sanitaria in tutta la regione perché la maggior parte degli investimenti va a colmare carenze di dotazioni tecnologiche nel territorio, contribuendo a ridistribuire l'offerta e a ridurre la migrazione sanitaria. Voglio condividere questo riconoscimento con gli uffici dell'assessorato e le persone del mio staff che, ancora una volta, hanno dato esempio di professionalità e impegno».

La Sicilia è stata individuata come "caso esemplare" già durante la sessione di febbraio 2011 che "Euregio III" ha tenuto a Bruxelles.

In particolare, è stato apprezzato lo sforzo epidemiologico (la costruzione dei dati e delle analisi conseguenti) per la corretta definizione delle attività di programmazione della spesa che hanno portato all'impegno di oltre 100 milioni di euro per l'acquisto di apparecchiature di "alta tecnologia" e alla programmazione di una spesa di 72 milioni di euro per interventi che serviranno a innalzare i livelli di salubrità e sicurezza.

E' in fase avanzata di definizione anche il progetto per il collegamento a banda larga di tutte le aziende sanitarie (12 milioni di euro) e si attende il parere della Commissione europea per passare alla progettazione di un intervento che permetterà di dotare di cartella clinica elettronica tutti i posti letto ospedalieri della Sicilia nonché per dotare la Sicilia di uno dei quattro centri di

Adroterapia in Italia.

La Sicilia, in collaborazione con il ministero della Salute, ha già tenuto un workshop dedicato alle regioni obiettivo convergenza (Puglia, Calabria, Campania), in cui l'assessorato della Salute della Regione siciliana è stato invitato, proprio su segnalazione del gruppo di studio europeo, a presentare la metodologia seguita.

Il 22 settembre l'assessore Russo sarà a Bruxelles, invitato dai responsabili di "Euregio III", per una presentazione - tra gli altri - di lavori siciliani alla presenza di rappresentanti delle direzioni Sanità e Regione della Commissione europea e di rappresentanti istituzionali degli altri paesi coinvolti.

Un'occasione per entrare nel dettaglio di una serie di iniziative con cui si vuole caratterizzare la svolta operata nel settore della sanità, non solo sul fronte dei conti da contenere ma sul migliore livello di efficienza cui si tende per allinearsi con i sistemi ritenuti più virtuosi e recuperare i ritardi accumulati negli anni. ◀



Lettori: 864.000

LA NAZIONE

20-SET-2011

Diffusione: 124.890

Dir. Resp.: Mauro Tedeschini

da pag. 18

VI FIDATE DEI MEDICI CON LO SCONTO?

LA SANITA' A PREZZI DI SALDO, NON SOLO CON LE OFFERTE IN RETE
SIAMO ANDATI A VEDERE LE NOVITA' E LA CONVENIENZA. IN TOSCANA
ARRIVA «MEDICAL DIVISION», UN PACCHETTO CON SETTE VISITE
SPECIALISTICHE. SPUNTANO GRUPPI DI DENTISTI CON TARIFFE SPECIALI

LE AMMONIZIONI

I richiami dell'ordine
dei medici per la poca
trasparenza dei prezzi

Agata Finocchiaro
e Ilaria Inzitari

FA SEMPRE un certo effetto sapere che puoi trovare una visita medica in saldo, al pari della mozzarella o del detersivo. Non è ancora un «tre per due», ma i ribassi sono già da hard discount della sanità. E non solo sul web, dove Groupon.it spopola con l'offerta di visite dermatologiche, ginecologiche, odontoiatriche, trattamenti di osteopatia e persino test di intolleranza alimentare a soli 39 euro. Più o meno l'equivalente più di un ticket sanitario, ma col vantaggio di saltare le liste d'attesa delle Asl. Risparmio e tempestività: eccoli i segreti di un business che sta cambiando il volto della sanità privata. Anche nella «virtuosa» Toscana.

Partiamo dall'ultima novità: si chiama «Medical Division». A ottobre sbarcherà a Firenze. A Pisa e Lucca, invece, esiste da marzo: un migliaio in tutto gli iscritti. Chi sottoscrive l'abbonamento annuale ha diritto ad un numero illimitato di prestazioni mediche. Un po' come il pranzo a buffet: paghi e mangi quanto vuoi. Funziona così: si versa una quota annuale, in relazione al pacchetto salute prescelto. Quello base, ad esempio, costa 570 euro e copre sette specializzazioni. Occhio però: le specializzazioni scelte alla firma del contratto non si possono cambiare dopo.

MA IL SETTORE della sanità in cui il low cost non conosce frontiere (e non solo per la moda dei «viaggi della salute» nei paesi dell'Est) è quello odontoiatrico. «I dentisti sono la categoria medica più colpita dalla crisi, con un crollo del 20-30% del portafoglio clienti» rivela il presidente della commissione albo odontoiatrico dell'ordine di Firenze, Alexander Peirano. Sarà per questo che, proprio nella cura dei denti, dilaga il business dei gruppi che, lavorando su grandi numeri, possono garantire prezzi ridotti.

A Siena il caso de «Il giusto sorriso» ha richiamato l'attenzione dell'Ordine dei medici. Cinquanta euro per un'otturazione, appena 45 per una pulizia dei denti. «Siamo intervenuti per la poca trasparenza nei prezzi — precisa Massimo Bernini, presidente della Commissione odontoiatri dell'ordine di Siena — con un avvertimento al direttore sanitario».

«Cartellino giallo» anche per Vitaldent, multinazionale presente in Spagna, Italia e Portogallo. Tre le cliniche in Toscana (due a Firenze, una ad Arezzo). Nel mirino della commissione odontoiatri, in questo caso, sono finite le prestazioni gratuite offerte ai nuovi pazienti. «La prima visita diagnostica e la pulizia dei denti sono gratis», ci conferma la centralista del numero verde, con cui ci fingiamo aspiranti clienti.

DIVERSA la realtà di «Amicodentista», gruppo che conta dodici studi in Italia, fra cui uno a Livorno. Gli odontoiatri affiliati si impegna-

no ad applicare tariffe calmierate: una scelta che, stando al coordinatore nazionale Maurizio Pedone, non mira solo a racimolare clientela, ma risponde anche a uno spirito etico. «Un esempio di prezzo contenuto? — spiega il dottor Alessio Conti —. Un'otturazione complessa qui costa 100 euro. Mentre il prezzo di riferimento Andi (tariffario 2009 n.d.r.) è 180 euro». Possibile ridurre i costi senza fare danni al paziente? «Sì — dice Conti — condividendo le spese e razionalizzando il lavoro».

Tra i pionieri del marketing sanitario, Cesare Paoleschi, titolare di tre studi odontoiatrici (a Firenze, Montelupo Fiorentino e Prato) e direttore sanitario di altri quattro, che fanno capo a «Iris», Compagnia odontoiatrica italiana. Impossibile non notare il cartellone pubblicitario che periodicamente giganteggia all'ingresso di Firenze nord, vicino Peretola, con offerte da far sbiancare i colleghi. Un mistero come riesca a calmierare i prezzi e sostenere i costi (esosi) della cartellonistica stradale. «Facciamo pubblicità solo per brevi periodi — minimizza Paoleschi — in coincidenza con l'apertura di un nuovo studio, per farlo conoscere». Competitivi ma non low cost,



Lettori: 864.000

LA NAZIONE

20-SET-2011

Diffusione: 124.890

Dir. Resp.: Mauro Tedeschi

da pag. 18

come i colleghi di Groupon. «Noi manteniamo prezzi bassi perché con 7 studi aperti e altri 3 in avviamento, possiamo accedere a pacchetti di acquisto vantaggiosi, non capisco piuttosto come facciano alcuni colleghi con Groupon».

Dal canto loro, alcuni colleghi non capiscono le promozioni di Paoleschi e, per maggiori delucidazioni sulla veridicità del messaggio pubblicitario, le hanno segnalate all'ordine di Firenze, che le ha girate per competenza a Lucca (dove Paoleschi risulta iscritto). Insomma, tra dentisti non è più (soltanto) guerra di tariffe (al ribasso, s'intende).

L'ABBONAMENTO CON LA SCELTA DEGLI ESAMI

Tra le società pioniere di questo nuovo business, c'è «Medical Division». Al costo fortettario annuale, il cliente ha diritto a visite gratuite illimitate. L'abbonamento varia in base alle prestazioni richieste. Si va dal pacchetto «Star», 570 euro a persona per sette specializzazioni mediche, al «Family 6», dedicato ai nuclei familiari di sei componenti. Qui il prezzo complessivo è di 2.400 euro. Scende il costo a persona ma anche il numero di specializzazioni coperte, cinque. I professionisti sono selezionati dalla società. L'attesa massima garantita per una visita è 60 giorni.

GROUPON BATTE TUTTI A FIRENZE HA VENDUTO OLTRE MILLE VISITE

Tra i siti che pubblicizzano prestazioni mediche a prezzi stracciati, Groupon sbanca. Recentemente, solo su Firenze, ha venduto: 347 visite dermatologiche più mappatura dei nei con dermoscopia, 323 test «Eav» delle intolleranze alimentari e chimiche, 246 visite ginecologiche con ecografia pelvica transvaginale e pap test in strato sottile, 176 trattamenti per tre sedute di osteopatia. Un giro di affari che ha lanciato la società verso la quotazione in borsa. Trentanove euro il costo medio di una visita, con un risparmio per il paziente che arriva fino all'80 per cento.

Lettori: 864.000

LA NAZIONE

20-SET-2011

Diffusione: 124.890

Dir. Resp.: Mauro Tedeschi

da pag. 18

PREZZI A CONFRONTO

	Ablazione tartaro (pulizia denti)	Otturazione	sbiancamento
Tariffario Andi (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	da 60 a 110	da 50 a 180	da 100 a 200 denti trattati da 200 a 450 denti vitali
Amico Dentista Srl (12 studi in Italia, uno a Livorno)	80 euro	da 65 a 100	300 euro
Iris compagnia odontoiatrica Italiana (in totale 11 studi in Toscana)	45 euro	da 50 a 100	150 euro sbiancamento (con lampada al plasma)
Il Giusto Sorriso (Siena)	45 euro	50 euro	149 euro questo mese in offerta a 115 euro

**MEDICAL DIVISION
"PACCHETTO SALUTE"**
Primo caso in Italia,
tra i primi in Europa
Circa mille iscritti da marzo 2011
nelle province di Pisa-Lucca e Firenze

Si paga una quota di iscrizione
annuale di 570 euro,
che dà diritto a visite illimitate
per 7 specializzazioni mediche

**MEDICI GROUPON
39 EURO**
in media per le visite,
di cui il medico incassa
circa 15 euro, cioè la metà
meno l'iva, il resto
va a Groupon

LE TARIFFE SOCIALI DEGLI ODONTOIATRI SEI ANNI FA L'ESORDIO

Nel 2005 Fabio Baldi, presidente del Centro diritti per il malato, lancia la sua proposta ai dentisti pratesi: praticare prezzi «sociali». Aderiscono una dozzina di odontoiatri, anche per far fronte all'emorragia di pazienti. Ecco il tariffario calmierato. Settanta euro per un'estrazione complessa, 50 per un'otturazione della carie semplice, 500 euro per la protesi fissa, 1800 per una dentiera totale. «Stiamo lavorando - spiega Baldi - per ampliare la gamma delle prestazioni a basso costo e istituire la reperibilità per le emergenze anche nei week end».

TRA PUBBLICO E PRIVATO IL PATTO PER LA SALUTE L'IDEA DELLE COOPERATIVE

Creare «alleanze» fra privato e pubblico, per offrire qualità a tariffe contenute. È la strategia adottata dal gruppo di cooperative che gestisce uno studio dentistico low cost nella sede della Misericordia di Sesto Fiorentino. Un progetto, promosso da «Co&So Salute» attraverso il marchio nazionale Welfare Italia, rete no profit. «Non vogliamo che i cittadini corrano rischi per la salute a causa di un budget limitato», spiega il presidente di Co&So Salute, Marco Griffi.

I NUOVI DUELLI DOPO LO SBARCO DELLE MULTINAZIONALI

Quattrocento cliniche fra Spagna, Portogallo e Italia. Tre centri in Toscana, due a Firenze, uno ad Arezzo. Sono i numeri da «colosso» dell'odontoiatria di Vitaldent che domina il mercato europeo da oltre venti anni. La multinazionale è in grado di offrire ai nuovi clienti prestazioni gratuite: visita diagnostica con radiografia panoramica e pulizia dei denti sono a costo zero. L'escamotage per «adescare» pazienti non è piaciuto all'Ordine dei medici. Almeno a quello di Firenze, che è intervenuto con un richiamo. Ma per gli interventi ordinari le tariffe sono quelle di mercato. Un'otturazione? Cento euro.

IL CONSIGLIO

«DIFFIDATE
DELLE OFFERTE
TROPPO BASSE»

CON IL BOOM della sanità privata low cost è cresciuto il lavoro per gli ordini professionali. A Firenze, dove la concorrenza è spietata e le segnalazioni si rincorrono, alcuni studi dentistici sbarcati su Groupon sono finiti nel mirino della commissione albo odontoiatri. Almeno quattro hanno già ricevuto un richiamo per aver pubblicizzato come sbiancamento l'«airflow», che è solo un'operazione di igiene dentale. «Assistiamo sempre più ad una degradazione della professione — spiega Alexander Peirano, presidente della commissione — una battaglia all'ultimo cliente. Gli odontoiatri più giovani sperano di avviare i loro studi, ma non considerano che su internet comprano solo i surfisti del web, quelli che saltano di offerta in offerta». Senza contare che ai medici di Groupon restano in tasca appena 15 euro e 60 a prestazione (in pratica la metà dell'offerta: 39 euro, al lordo dell'Iva).

DELLO STESSO avviso di Peirano, Gabriella Ciabattini, presidente dell'Andi, il sindacato che in Italia raccoglie il maggior numero di dentisti: «La liberalizzazione Bersani ci invita al suicidio economico. Chi svende la propria professione non si fa una grande pubblicità». Ma le preoccupazioni della dottoressa sono anche per il paziente: «Diffidare dall'

e offerte facili — questo il suo suggerimento —. Dietro quei prezzi si nasconde una prestazione ridotta». E il timore sul rispetto dei protocolli c'è anche per altre tipologie di visite, altrettanto «cliccate»: dalla visita ginecologica alla mappatura dei nei, fino ai trattamenti per l'osteopatia. Nel mare magnum di offerte — solo su Firenze, Groupon ha venduto recentemente più di mille prestazioni mediche — potrebbe nascondersi anche la fregatura. Ma chi tutela il cittadino? Al di là dei «cartellini gialli», le armi dell'Ordine paiono spuntate. Alza le braccia il presidente fiorentino, Antonio Panti: «La legge parla chiaro: ormai le professioni sanitarie sono considerate attività commerciali a tutti gli effetti. E noi possiamo fare ben poco». Ai pazienti, non resta dunque che contare sulla propria capacità di valutazione. «Io personalmente non andrei a cercarmi il pap test su Groupon, quando c'è il servizio pubblico — confessa Panti. Ma noi come Ordine abbiamo il potere di intervenire solo dopo una segnalazione dell'utenza». A posteriori, dunque, quando l'eventuale «danno» alla salute è stato fatto. «E' come la svendita di scarpe — ammette Panti —. Lo sconto può essere un imbroglio. Solo che qui si tratta della salute dei cittadini».

i.inz.
Agaf



| LA PROPOSTA |

Crisi, patto bipartisan «Unire tutte le risorse»

L'appello di Regina raccolto da Alemanno e Zingaretti

Le imprese romane e laziali saranno particolarmente colpite dalla crisi e in particolare dalla riduzione della spesa pubblica. Definire perciò un patto istituzionale per la crescita e indicare le principali priorità per rispondere ai tagli agli enti locali. E' questa la proposta - lanciata ieri con un'intervista al Messaggero - del presidente degli industriali romani e laziali, Aurelio Regina. Un appello che comprende una seconda proposta: convocare gli Stati generali della sanità per coinvolgere nelle scelte anche le imprese sulle pesa in modo consistente il deficit.

«Sono d'accordo con Regina, gli Stati generali potrebbe essere un momento importante per far vedere quanto la giunta è riuscita a fare in questo settore in un solo anno», ha accolto l'idea il presidente della Regione Lazio, Renata Polverini (prima di intervenire all'edizione 2011 del Premio Anima in Campidoglio). «Siamo riusciti nel 2010 ad abbattere i debiti per 400 milioni e faremo la stessa cosa quest'anno», ha proseguito la Polverini. Salvo annotare però «che non sempre da parte delle imprese c'è stato un atteggiamento propositivo rispetto alle azioni messe in campo dalla giunta».

Quasi un dibattito a distanza col presidente degli industriali. Perché poco dopo Regina, anche lui presente al premio, ha ricordato che «le imprese pagano gran parte del disavanzo strutturale della sanità e lo pagano senza poter mettere parola, senza poter interferire, credo sia importante metterci tutti insieme per fare il punto della situazione».

L'appello del presidente Regina ha raccolto altre adesioni. Innanzitutto quella del sindaco di Roma, Gianni Alemanno. Che ha voluto precisare: «Il Campidoglio sta già la-

vorando insieme all'Acer nei settori delle opere pubbliche e dell'urbanistica. Ora è necessario estendere anche ad altre parti del nostro sistema economico e produttivo questa collaborazione». Si sta pensando a sedute tematiche dell'Assemblea Capitolina

«per favorire il confronto tra forze politiche e gli attori economici e sociali».

Il prossimo 5 novembre, probabilmente a Fiuggi, si svolgeranno a porte chiuse le Assise degli industriali con al centro i temi più «caldi»: accesso al credito, sostegno alle imprese, diritti e formazione.

L'appello di Regina è stato accolto con favore anche dal presidente della Provincia di Roma, Nicola Zingaretti. I

due ieri si sono incontrati per la visita al centro tecnico di ricerca e sviluppo Bridgestone a Castel Romano. «Sono d'accordo con l'idea di unire tutte le risorse per un patto per la crescita e il lavoro», ha dichiarato il presidente della Provincia.

«L'appello di Unindustria va ascoltato», anche per Francesco Pasquali, capogruppo Fli alla Regione Lazio e per il sottosegretario ai Beni culturali Francesco Giro. «Occorre fissare alcune priorità non più derogabili - ha detto Giro - concentrando le energie sulle grandi infrastrutture e su politiche condivise dei piccoli lavori per dare ossigeno al territorio».

C.Mar.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



*Anche la Polverini
d'accordo: sì
agli Stati generali
della Sanità*





Spi-Cgil, Fnp-Cisl e Uilp-Uil del Friuli Venezia Giulia tornano alla carica contro i ticket

Moretton (Pd): Aziende in balia di se stesse Il posto del direttore centrale resta vacante



Per Gianfranco Moretton (foto), capogruppo del Pd in Consiglio regionale, «la Sanità del Friuli Venezia Giulia è in balia di se stessa». Prendendo lo spunto dall'andata in pensione del direttore centrale Paolo Basaglia, Moretton - secondo il quale «un avvicendamento poteva essere già deciso» -, ha detto che probabilmente «Tondo intende assicurare quell'incarico, blindandolo con profilo professionale ad hoc, per qualche suo assessore in procinto di essere avvicendato». Secondo Moretton «Tondo si trova a essere ancora una volta ingessato, incapace di nominare il direttore centrale della sanità, incastrato dalle sue stesse scelte macchinose e di interesse. È grave quanto accade, e lo è ancora di più considerato che ormai è certo che il 30 settembre non ci sarà nessun nuovo direttore e che il Governo della Sanità Regionale rimarrà privo della carica apicale non si sa fino a quando».

«Sanità, via i ticket ai pensionati»

L'appello di Spi-Cgil, Fnp-Cisl e Uilp-Uil: vanno recuperate nuove risorse per attenuare l'impatto

«Recuperare nuove risorse per eliminare o quantomeno attenuare e graduare l'impatto dei ticket sulla diagnostica introdotti dalla prima manovra del Governo». Questa la richiesta che i sindacati pensionati Spi-Cgil, Fnp-Cisl e Uilp-Uil rilanciano alla giunta regionale, preso atto dei numerosi casi eclatanti di aumento segnalati da iscritti e cittadini. Aumenti legati in particolare a casi di prescrizioni multiple, dal momento che l'aumento di 10 euro si calcola su ogni singola ricetta.

«Altre Regioni - hanno scritto ieri in una nota i segretari generali Ezio Medeot (Spi), Gianfranco Valenta (Fnp) e Caterina Martina (Uilp) - hanno applicato gli scellerati ticket solo a partire dal 29 agosto, un mese dopo l'entrata in vigore in Friuli Venezia Giulia e, soprattutto, dopo aver messo a punto una diversa modalità applicativa secondo la quale, fatti salvi gli esenti per patologia, condizione, età o reddito, l'importo del ticket sulla diagnostica, sulla specialistica e sul pronto soccorso è graduato a seconda dei redditi complessivi o meglio dell'Isee familiare. Non così in regione, dove gli aumenti rischiano di essere pesantissimi per disoccupati, precari, per una larga

fascia di pensionati e in genere per tutte le famiglie a reddito medio basso».

In regione sono circa 425 mila l'anno gli accessi al Pronto soccorso secondo l'Istat, metà dei quali contrassegnata dal codice bianco, che indica patologie che potrebbero essere curate dal medico di base o comunque senza alcun carattere di urgenza. Per quanto riguarda la diagnostica, un rapporto del 2010 del Tribunale per i diritti del malato ha calcolato in regione circa 25 milioni di prestazioni richieste, una media di 20 a persona l'anno.

Dopo l'accoglimento soltanto parziale delle richieste avanzate dai sindacati pensionati in occasione dell'assestamento di bilancio, le segreterie regionali tornano alla carica, ribadendo le loro priorità. Oltre alla graduazione dei ticket, anche il rifinanziamento del fondo per l'assistenza domiciliare (Fap, fondo per l'autonomia possibile), che nel 2012 avrà una decurtazione di 9 milioni (sugli attuali 28,7) a causa del taglio dei fondi nazionali, nuove regole contro il caro-rette per gli ospiti delle case di riposo e il rilancio dei piani di zona, fermi da due anni. Un pacchetto di proposte, questo, che sarà al centro

dell'incontro con l'assessore Kosic, già convocato per il 5 ottobre. Un pacchetto che ha già creato forti criticità fra sindacati e giunta regionale: da tempo i rappresentanti dei lavoratori chiedono una migliore rimodulazione dei fondi e soprattutto dell'avanzo. Rimodulazione che aveva scatenato forti critiche causa la mancanza di «risposte alle rivendicazioni avanzate unitariamente dai sindacati sulla manovra estiva, che chiedevano l'aumento dei fondi per l'assistenza domiciliare, per l'abbattimento delle rette delle case di riposo, per le assunzioni di personale sanitario e per il finanziamento della legge sui giovani ancora ferma in Consiglio».



Conti pubblici**Sanità, Regione pigliatutto
mezzo miliardo di spese legali**

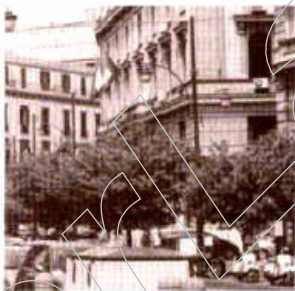
**Costi lievitati del 54 %
La colpa? I contenziosi
e i ritardati pagamenti**

Il conto è salato. Nel 2010 la Campania ha speso 511 milioni e 867mila euro in spese legali nella sanità. Una cifra elevatissima, che copre praticamente da sola i 600 milioni circa che hanno speso le Regioni. A dirlo sono i dati pubblicati ieri dal Sole-24ore, ripresi dalla relazione della Corte dei Conti sulla finanza regionale dell'agosto 2011.

Mettendo a raffronto i dati degli ultimi tre anni emerge che in Campania la spesa è aumentata del 54,8 per cento. Nel 2008 furono pagati, per spese legali, 330 milioni

e 493 mila euro. L'anno successivo il costo ha avuto una forte impennata salendo a 507 milioni e 294mila euro. Nel 2010 si è infine arrivati a 511 milioni. Nell'ultimo triennio la Campania ha dunque assorbito tra il 70 e l'80 per cento del totale dei pagamenti. Alla base del boom c'è il continuo aumento dei contenziosi (che ha fatto anche lievitare il costo delle polizze assicurative per mettersi al riparo da denunce per errori) ma anche il fatto che la Campania ha registrato un'impennata delle vertenze per i ritardati pagamenti ai fornitori.

In questa classifica, tra le grandi Regioni la Lombardia nel 2010 ha speso 9 milioni (con un aumento del 21 per cento nell'ultimo triennio), il Lazio 8 milioni (+ 15,97 per cento), il Veneto 4 milioni (+18,45 per cento). Significativi alcuni dati: l'Abruzzo ha aumentato la spesa del 210,9 per cento passando dai 3 milioni del 2008 ai 10 milioni del 2010. In aumento le spese della Toscana (+117,99). Tra le regioni meridionali bene la Calabria, che riduce le spese del 15 per cento; male la Puglia che aumenta del 53 per cento.



Regione Il palazzo della giunta, in via Santa Lucia



CRONACHE di NAPOLI

WWW.CRONACHEDINAPOLI.ORG
Il quotidiano indipendente dell'informazione partenopeaMartedì
20 Settembre 2011

IL PIANO

Il caso Sanità ha messo in discussione gli equilibri tra Pdl e Udc. Cambi in vista a Napoli 2, Caserta e Benevento

Manager Asl, entro fine settimana le nomine

NAPOLI (I.L.) - Manager della sanità, ancora qualche giorno prima della nomina dei nuovi dirigenti delle Asl campane. Un confronto tra le forze interne alla maggioranza del governatore campano, **Stefano Caldoro** che in più occasioni ha messo a rischio gli equilibri dell'alleanza tra Unione di Centro e Popolo della libertà, adesso che l'accordo è stato trovato la Regione si appresta a chiudere la fase di commissariamento iniziata nel

2009. Il presidente della Regione che è pronto a premiare professionalità nostrane sembra aver detto sì alle indicazioni politiche: la rosa di nomi scelti sarà frutto di una sintesi delle forze del centrodestra, ma non a discapito delle competenze. Gli unici commissari, che sembra resteranno al proprio posto almeno fino a dicembre, sono quelli delle Asl Napoli 1 e Salerno, rispettivamente **Maurizio Scoppa** e **Mauro Bortoletti**.

Il primo con lo spostamento degli uffici amministrativa al Frullone, è riuscito a far risparmiare alla Regione circa un milione di euro. Il secondo invece gode di stima e appoggio da parte dei vertici regionali.

In quota Udc, sembra, saranno solo due le aziende sanitarie più il subcommissario all'Asl Napoli 1, tra queste una dovrebbe essere l'Asl Napoli 3 per cui l'assessore regionale al personale, **Pasquale Sommes** sembra spingere verso **Maurizio D'Amora** che ha già svolto l'incarico di capo del gabinetto dell'azienda sanitaria Napoli 1. Alla Napoli 2 Nord non sembra possano esserci difficoltà alla nomina di **Giuseppe Ferraro**, ex commissario del Pascale. All'Asl di Caserta, invece, è vicina



alla nomina **Flora Beneduce**, primario nell'ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia mentre per quella di Benevento si è pensato a **Francesco Botfi-**

no già direttore sanitario dell'ospedale Santobono di Napoli. Non è esclusa una conferma anche per **Sergio Florio** a guida dell'Asl di Avellino qualora si raggiungesse un accordo definitivo tra Udc e Pdl. Potrebbe essere proprio questo il tassello ancora mancante che ha portato allo slittamento dell'ufficializzazione delle nomine di qualche altro giorno. Secondo indiscrezioni entro la fine della settimana dovrebbero arrivare le nomine, senza particolari stravolgimenti e o sorprese delle ultime ore. La scorsa

settimana, l'intenzione era quella di chiudere i giochi entro oggi, in vista di una riunione del tavolo interministeriale, che è stato convocato a Roma. Un vertice per la verifica del piano di rientro dal deficit utile alla Campania per sbloccare i 700 milioni residui del miliardo e settecentomila euro già sbloccati ad ottobre scorso. Per ottenere lo sblocco dei fondi il governo ha esplicitamente chiesto al governatore di porre fine al commissariamento con l'affidamento delle aziende sanitarie ai nuovi manager.

*Maurizio Scoppa
e Mauro
Bortoletti dovrebbero
conservare il ruolo
rispettivamente
all'Asl Na 1
ed a Salerno*

Centrodestra in panne: Caldoro avrebbe voluto chiudere per sbloccare 700 milioni di fondi **Asl, congelate le nomine dei manager**

LELLO SCARPATO

Napoli. Per ora le nomine Asl restano al palo. Anche se la data odierna era segnata in rosso sull'agenda del presidente Caldoro. Oggi a Roma, infatti, è in programma la verifica sul piano di rientro dal deficit. E il primo inquilino di via Santa Lucia avrebbe voluto presentarsi nella Capitale con già in mano la lista con i nomi dei nuovi direttori generali, precisa richiesta del tavolo interministeriale per poter ottenere lo sblocco dei 700 milioni del programma di affiancamento (residui della torta del riparto da 1,7 miliardi già scongelata a ottobre). Se ne riparlerà, con tutta probabilità, la prossima settimana quando il governatore tornerà a convocare la giunta.

Troppo forti le fibrillazioni in atto nel centrodestra per potersi dedicare al "gran ballo" delle investiture. L'Udc continua a fare la voce grossa e il Pdl di segnare il passo, proprio non vuol sentir parlare. Proprio ieri pomeriggio, i berlusconiani hanno di nuovo puntato i piedi dopo i diktat piovuti alla tre giorni scafatese. Con un documento congiunto gli uomini del partito di Cosenzino hanno chiesto al presidente Caldoro una maggiore attenzione nei confronti della base e un "adeguamento della giunta che parta dalla valorizzazione dei consiglieri regionali e dei territori".

Richieste forti che hanno fatto passare l'argomento Asl in secondo piano, in attesa che gli equilibri tornino a ricomporsi. Si procederà, dunque, in regime di proroga. Un'ulteriore proroga dei commissari Asl che andrà ad aggiungersi a quella già scaduta lo scorso 15 settembre.

E Caldoro? Per ora ha deciso di indossare i panni del "temporeggiatore". Di prendere tempo, insomma. Il governatore - il quale da mesi sta portando avanti un paziente lavoro di "ricucitura" con l'ala moderata dell'Udc, capitanata da Giampiero Zinzi e Pasquale Sommesse - vista l'aria che tira, ha deciso di muoversi ancor di più con i piedi di piombo.

Il cosiddetto "attendismo" nasce proprio dalla necessità di evitare nuove rotture nella maggioranza, in particolare con i "falchi" del partito di Casini, gli uomini, cioè, che si rivedono nelle posizioni di Pasquale e Ciriaco De Mita. Non c'è solo il Pdl, infatti. Anche i centristi fremono.

E chiedono di poter conservare una poltrona almeno in una delle tre Asl napoletane (la numero 3 dove si vive una sfida tutta interna al partito, diviso tra la nomina di Antonio Marchiello e quella di Manlio Carli). Nodi da sciogliere, insomma. Decisioni da prendere

in sede politica. E che rischiano di incrociarsi con i mal di pancia dei "cespugli": sabato scorso Noi Sud ha invocato l'azzeramento della giunta regionale per l'immobilismo su temi come welfare e lavoro. Una sorta di tutti contro tutti che ha indotto via Santa Lucia a predicare prudenza soprattutto in attesa di verificare chi tra le "colombe" dell'asse Zinzi-Sommese e i "falchi" del gruppo De Mita avrà avuto partita vinta. Gli statuti generali dell'Udc sono attesi ai primi di ottobre. E la tenuta dei nuovi equilibri interni e le future alleanze passa anche da qui. Caldoro lo sa bene.

E oggi rischia di saltare il consiglio regionale

Napoli. E' a forte rischio per via delle fibrillazioni interne al centrodestra-regionale e nazionale, ma oggi pomeriggio (appuntamento alle 15) potrebbero aprirsi con il voto sulla cosiddetta legge anti-Conte i lavori del Consiglio regionale, convocato anche per discutere la mozione di sfiducia nei confronti dell'assessore Sergio Vetrella. La norma, presentata da Sergio Nappi (Noi Sud) e Angelo Marino (Forza del Sud) è finalizzata a sancire l'incompatibilità con la carica di consigliere regionale di coloro che abbiano riportato condanna, anche non definitiva, ai sensi dell'art. 416 bis

del codice penale (associazione mafiosa). "La nostra legge - hanno spiegato Nappi e Marino - punta a risolvere una questione morale legata alla necessità di fare pulizia nella vita politica, specie in Campania dove le infiltrazioni camorristiche sono sempre più capillari". Sul testo - che chiuderebbe in maniera definitiva la vicenda del consigliere Roberto Conte (Alleanza di Popolo), dichiarato incompatibile per una condanna di primo grado per concorso in associazione camorristica - si è creata un'intesa bipartisan tra tutte le forze politiche, sia di maggioranza che di minoranza. Provvedimento anti-Conte a parte, in aula, oggi, c'è anche la mozione di sfiducia nei confronti di Sergio Vetrella, presentata dall'intero schieramento di opposizione. Pse e Idv compresi. Vetrella, assessore regionale ai Trasporti, è da tempo finito nel mirino delle critiche per la situazione di caos vissuta, nelle ultime settimane, dal settore dei trasporti pubblici.

(ls)

Il documento

Sanità privata, crisi totale senza i fondi

I rappresentanti delle strutture hanno presentato un dossier sui mancati pagamenti regionali

La situazione di difficoltà in cui versano le strutture sanitarie locali è stata rappresentata nell'incontro a Villa Dei Papi con il presidente Caldoro al quale è stata consegnato un dossier che ricalca, in tutti i suoi aspetti, le risultanze dell'incontro che si è tenuto nei giorni scorsi con il prefetto Mazza e il Commissario ad acta dell'Azienda Sanitaria Locale, Giuseppe Testa, il dirigente dell'Azienda Sanitaria Locale, Arnaldo Falato, il presidente Regionale dell'Aiop Campania, Sergio Crispino, il Presidente dell'Aiop Provinciale, Isabella Cozzi e i rappresentanti delle case di cura Sannite, sono state esposte al Prefetto le motivazioni della grave crisi in cui versano le strutture territoriali.

Il problema principale è l'Azienda sanitaria locale di Benevento non ha pagato alcuna fattura relativa all'anno 2011 e deve ancora corrispondere il saldo 2010. La motivazione risiede nel fatto che il decreto regionale n. 42/11 ha ridotto l'assegnazione alle strutture sanitarie, di oltre 8 milioni di euro, attestandosi molto al di sotto delle reali esigenze.

Pertanto con tale assegnazione l'Azienda Sanitaria Locale, dopo aver pagato i propri dipendenti, non è in grado di adempiere ai propri obblighi.

La situazione tra l'altro non è neppure momentanea in quanto l'assegnazione prevista dal decreto durerà fino a tutto il 2012.

La reale perplessità delle strutture risiede nel fatto che la Regione

Campania, nel rispetto del piano di rientro, ha imposto delle restrizioni che sono state accettate stabilendo per ogni singola struttura un budget per il 2011.

A questo punto ci si domanda come mai tale impegno di spesa non venga rispettato.

Nel dossier consegnato a Caldoro viene anche prospettato un piano di pagamenti da condividere con i rappresentanti regionali al fine di scongiurare danni irreparabili al settore della sanità privata con ripercussioni anche sui posti di lavoro.

«Non si comprende come sia possibile - viene sottolineato dai rappresentanti delle strutture private sannite - che i Dirigenti della Regione Campania, più volte, anche in forma scritta, hanno rassicurato le Associazioni di Categoria dichiarando l'imminente regolarizzazione dei pagamenti, ma, a tali rassicurazioni, non è mai seguito il dovuto adempimento».

Nel documento, l'associazione di categoria delle Case di Cura evidenzia la profonda preoccupazione in quanto non potendo ottenere ulteriori anticipazioni dagli istituti di credito, non possono più adempiere ai propri debiti, neppure nei confronti dei dipendenti.

Peraltro le cliniche e gli studi privati sanniti, ben consci delle gravi difficoltà nazionali e regionali, hanno già accettato, con la sottoscrizione dei nuovi protocolli di intesa per l'anno 2011, tutte le misure imposte dalla Regione Campania per il rispetto del piano di rientro, chiedendo unicamente il rispetto dei pagamenti. «È la stessa Regione Campania che ha prestabilito, per ogni singola struttura, il budget per l'anno 2011 e le modalità di pagamento, per cui non si comprende come sia possibile che oggi l'assegnazione regionale non assicuri il pagamento delle proprie spettanze».



GAZZETTA DI CASERTA
IL QUOTIDIANO DI TERRA DI CASERTA
Martedì
20 Settembre 2011
**LA RIUNIONE
IN REGIONE**

Per la direzione dell'Asl ci sono Landolfi e Zinzi che vogliono la conferma di Menduni, mentre Polverino spinge per Tari

Sanità, oggi la giunta per le nomine

CASERTA. Dovrebbe essere oggi il giorno decisivo per le nomine all'Asl di Caserta ed all'ospedale Civile Sant'Anna e San Sebastiano. Il governatore **Stefano Caldoro** ha infatti convocato la giunta regionale anche se un accordo vero e proprio ancora non c'è. Ed ecco perché ormai si sta ragionando sulle possibili coppie da mettere in campo. Da un lato ci sono **Mario Landolfi** e **Domenico Zinzi** che spingono per mantenere **Paolo Menduni** (in quota ex An del Pdl) all'Asl insieme con **Franca Cosima Cincotti** (Udc). Dall'altro c'è **Angelo Polverino**, il consigliere regionale del Pdl (ex



**A SINISTRA MENDUNI, SOPRA
LA CINCOTTI E POSTIGLIONE**

An) che sta provando a stringere un'intesa con **Pasquale Giuliano** per permettere a **Michele Tari**, attuale dirigente in carica dell'Asl di Caserta ad ottenere l'incarico di direttore generale con la nomina, già pronta, di **Gaetano Danzi** (Pdl, ex Fi, vicino a Giuliano) a direttore sanitario. Strettamente collegata alla decisione che sarà adottata sull'Asl è anche la nomina per l'ospedale Civile di Caserta. Finita, decisamente, l'era del commissario **Antonio Postiglione**, il nome che circola per l'incarico di direttore generale è quello di **Rosa Beneduce**, primario diabetologo dell'ospedale di Castellammare di Stabia. Resta il dubbio attorno al suo direttore sanitario, perché nel caso Menduni non dovesse essere confermato all'Asl, allora la Cincotti sarebbe 'spostata' al Civile.

IL DENARO SANITA'

Martedì
20 Settembre 2011



HOSPICE – Lotta al dolore e rete per le cure palliative: in Campania un nodo irrisolto.

Chiesta la nomina di un commissario ad acta. La questione è stata affrontata nei giorni scorsi in Consiglio regionale, nel corso del question-time grazie a un'interrogazione del consigliere **Rosaria Anita Lina Elisa Sala** (Idv). **► 18**

MALATTIE DEL CERVELLO – Istituto Neuromed di Pozzilli (Is) protagonista degli sviluppi della ricerca su nuove potenziali terapie per il trattamento delle patologie del sistema nervoso centrale: questi i temi del convegno che si terrà dal 2 al 7 ottobre a Taormina organizzato da Ferdinando Nicoletti, responsabile di Neurofarmacologia del Neuromed. **► 20**

PRECARI – Uil, Cgil, Anaa e Cimo a braccetto, nel neonato coordinamento intersindacale, per sciogliere il nodo dei dirigenti medici precari impiegati con contratti a tempo determinato nelle corsie di Asl e ospedali campani. Obiettivo, garantire i livelli essenziali di assistenza e valorizzare e preservare, le competenze dei circa mille medici con contratti a tempo. **► 21**

► Il governo della salute ◀

Farmaceutica, risparmi solo dai ticket

ANTONIO SALVATORE

La manovra bis è legge dello Stato. Dal 17 settembre scorso i tagli e le nuove imposte graveranno sugli italiani. La manovra, tuttavia, non accoglie provvedimenti sostanziali tesi a dare impulso all'economia e, pertanto, in autunno certamente sarà paritica una manovra ter.

Quest'ultima potrebbe riguardare anche la spesa sanitaria che costituisce circa l'83 per cento della spesa corrente delle regioni a statuto ordinario e il 51 per cento di quelle a statuto speciale. In realtà già la manovra di luglio ha sfiorciato le risorse allocate al sistema salute, prevedendo un taglio di 10,6 miliardi di euro nel triennio 2012-2014, pari a circa il 10 per cento del fondo sanitario nazionale. Nel 2012 il taglio alla spesa sanitaria sarà di 2,6 miliardi di euro, a cui andranno aggiunti i 2,5 miliardi del 2013 e i 5,5 del 2014. Interventi che colpiranno prevalentemente i cittadini delle regioni sottoposte ai piani di rientro e soprattutto di quelle commissariate (tra cui la Campania). Il rischio è una maggiore partecipazione alla spesa correlata alla riduzione dei Lea (livelli essenziali di assistenza). Provvedimenti, se confermati, esiziali per la Regione Campania che, con un debito che supera gli 8 miliardi di euro, sarà chiamata a fare i conti con circa un miliardo di euro in meno l'anno di risorse deputate alla spesa corrente. La scure è attesa su sprechi, inappropriately e costi improduttivi. I dati sul risparmio della farmaceutica sbandierati, sono infatti fallaci. I dati, dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) se ben letti dimostrano chiaramente che la riduzione della spesa convenzionata del primo semestre 2011, rispetto all'analogo periodo 2010, è da ascrivere alla maggiore compartecipazione del cittadino campano (ticket) che, nel periodo considerato, è lievitata del 116,7 per cento a fronte di una media nazionale del 35,6 per cento. Nel primo semestre 2011, la quota pro-capite (...) *(il testo completo su denaro.it)*

► I conti in rosso ◀

Impignorabilità, il Tar: Decide la Consulta



Il Tar Salerno solleva la questione di legittimità costituzionale sul blocco delle esecuzioni stabilito dagli articoli 11, comma 2, del decreto legge n. 78 del 2010, e 11, comma 51, della legge 2010, n. 220 di conversione (legge salvaspesa). L'ordinanza, che scaturisce da un ricorso di Emilia Romagna factor contro l'azienda ospedaliera Monaldi per il recupero di circa 79 mila euro in virtù di contratti di cessione del credito e di decreti ingiuntivi non opposti.

Procedure bloccate (sia quelle in fieri sia nuove azioni) dallo stop, nelle regioni sottoposte ai piani di rientro dal deficit, imposto dalla finanziaria del 2011

che riprende una norma già contenuta nel decreto n. 78 del 2010 e nella successiva legge di conversione.

Un blocco che doveva durare fino alla fine del 2011 ma che la nuova manovra finanziaria estende di un altro anno, fino al dicembre del 2012 al fine di assicurare l'equilibrio economico finanziario nelle regioni in dissesto.

Il Tar, se da un verso riconosce la improcedibilità per il recupero del credito, stante la vigenza della norma bloccapignoramenti, dall'altro rimette la norma evocata sul blocco dei pignoramenti alla Corte costituzionale per il giudizio di legittimità. **► 19**

► Dieta & salute ◀

I miracoli dell'acqua alcalina

MAURIZIO MOTTOLA
psichiatra, psicoterapeuta

Mercoledì 14 settembre 2011 si è svolta al Club del Benessere di Napoli la presentazione del libro *Il Miracolo del pH Alcalino* (Robert O. Young, Shelley Redford Young, BIS Edizioni, pagine 447), promossa dall'associazione psichiatri e Medici psicoterapeuti.

L'acqua va considerata un bene comune, in quanto tra i vari aspetti vanno anche tra l'altro apprezzate le sue proprietà curative. Il libro è il testo che in Italia sta contribuendo a diffondere il tema dell'acqua alcalina, che da noi è poco affrontato, mentre in tutto il mondo lo si conosce da 50 anni. Infatti la tecnologia dell'acqua alcalina si rifà alle ricerche sulla longevità. All'inizio del '900, Coanda, noto scienziato, studiò le proprietà dell'acqua degli Hunza, popolazione di una valle nel nord del Pakistan, particolarmente longeva ed in buona salute. Scopri che quest'acqua possedeva un elevato pH, un forte potere antiossidante ed un elevato contenuto di minerali colloidali. Le ricerche continuarono e nel 1950, in Giappone, si studiò la possibilità di riprodurre un'acqua con le stesse caratteristiche. Il primo ionizzatore venne costruito in collaborazione con il Governo giapponese, negli anni '60. Si utilizzò subito l'acqua alcalina ionizzata negli ospedali; nel 1966 il Ministero della Sanità giapponese l'approva come terapia medica ed anche il Governo coreano lo riconobbe come dispositivo medico.

Lo ionizzatore, grazie al processo di elettrolisi, separa l'acqua di rete in due flussi: l'acqua alcalina ionizzata e l'acqua acida di scarto. Lo ionizzatore, inoltre, trasforma i minerali dell'acqua in forma ionica, aumentandone la biodisponibilità. L'acqua alcalina ionizzata ha proprietà alcalinizzanti, ripristina l'equilibrio acido-base, previene l'acidosi e rallenta l'invecchiamento, antiossidanti, combatte i radicali liberi, prevenendo lo stress ossidativo (...) *(il testo completo su denaro.it)*

Sanità e federalismo, a Napoli il congresso Siais

Sanità e federalismo: futuro delle aree tecniche e rinnovato impegno nell'etica. È questo il tema del quarto congresso nazionale Siais (Società italiana per l'architettura e l'ingegneria in sanità) in programma a Napoli, all'Hotel Continental, dal 29 settembre al 1° ottobre. "Il congresso, si pone l'obiettivo di fare il punto sull'evoluzione delle principali figure professionali coinvolte nell'applicazione di modelli federali - spiega il presidente nazionale della società scientifica **Daniela Pedrini** - in un settore complesso come quello sanitario. Il federalismo fiscale e i costi standard possono essere uno strumento utile per la diminuzione di sprechi ed errori gestionali di Asl e ospedali meno virtuosi ed in questo senso risultano ancora più necessarie una svolta innovativa e una politica di investimenti infrastrutturali efficaci, onde preservare le specificità territoriali e sanitarie da fallimenti e sperequazioni". Nell'ambito del congresso è previsto il premio, a carattere nazionale, "Rita" (acronimo di Ricerca Innovazione tecnologica, Tecnica, Applicabilità) che premia le migliori idee progettuali sul tema "L'ospedale pediatrico del III° millennio: bambini non sono pazienti", indetto dalla Siais su iniziativa della famiglia Verdoliva (**Ciro Verdoliva**, direttore dell'ufficio tecnico del Cardarelli, è vicepresidente Siais) in memoria della signora Rita De Pascale Verdoliva.

IL DENARO SANITA'

Martedì
20 Settembre 2011

► Regione. 1 ◀

Hospice: 92 posti da attivare entro il 2014

ETTORE MAUTONE

Hospice e rete per le cure palliative: in Campania un nodo irrisolto. Chiesta la nomina di un commissario ad acta. La questione è stata affrontata nei giorni scorsi in Consiglio regionale, nel corso del question-time grazie a un'interrogazione del consigliere **Rosaria Anita Lina Elisa Sala** (Idv). Da una recente indagine del ministero della Salute risulta che la Campania è ultima in Italia per la realizzazione degli hospice, con 2 (oggi 3) strutture attive (18 posti letto), pari allo 0,03 per cento contro una media nazionale dello 0,31 per cento. Nel

Cosa prevede il Piano ospedaliero

- **Piani attuativi aziendali:** pianificata l'attivazione di nuovi posti letto pubblici di hospice nelle strutture polifunzionali per la salute
- **Periodo di vigenza dei programmi operativi:** dovranno essere attivati 92 posti letto entro
- **I posti letto da attivare:** 10 posti al Presidio ospedaliero Santa Maria delle Grazie di Cerreto Sannita, 10 al Maresca di Torre del Greco e altrettanti a Bisaccia, 12 posti letto al Giovanni da Procida, 11 posti presso l'hospice Landolfi di Solfra, 12 posti nel Comune di Casavatore, 8 posti letto nell'hospice presso il presidio ospedaliero Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli e 20 posti letto privati

A regime dovranno essere attivi in Campania 290 posti letto per le cure palliative

piano regionale ospedaliero si prevede in relazione al fabbisogno di posti letto in hospice un rapporto di 0,5 posti letto per 10 mila abitanti (290 posti letto).

LE NORME

In Italia le leggi 39 del 1999 e n. 38 del 15 marzo del 2010 stanziavano fondi e definiscono la politica per la cura e l'assistenza dei

malati terminali, per le cure palliative e la terapia del dolore e per la realizzazione degli Hospice.

In Campania risale al settembre del 2001 il programma per le cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali, progetti approvati dal ministero nel dicembre del 2001 (con oltre 10 mln) e ulteriori 5 mln per 11 progetti approvati a giugno del 2002. Ad oggi risultano operativi solo gli hospice di S. Arsenio e quello del "Da Procida" di Salerno e Solfra appena inaugurati. Ingenti somme risultano utilizzate per strutture non ancora attivate (Cardarelli, Asl Napoli 2 nord con l'hospice di Casavatore). Ovvero quasi totalmente inutilizzate (hospice di Benevento trasferito dal Rummo all'Asl Bn, ospedale Cerreto Sannita, oppure l'hospice del San Sebastiano e S. Anna di Caserta, assegnataria di un finanziamento di 1,25 mln mai condotto a termine).

A rispondere all'interrogazione è l'assessore regionale al Bilancio **Gaetano Giancane**.

"I rallentamenti sono ascrivibili - avverte Giancane - ad eventi eccezionali, ossia l'allegamento del Rummo di Benevento e del Cardarelli di Napoli, rispettivamente nel 2005 e nel 2007, con lesioni agli immobili destinati ad ospitare gli hospice. Da qui la variazione nella programmazione e la collocazione degli hospice sul territorio. In tutti i casi è previsto il trasferimento delle risorse finanziarie integralmente disponibili".

Il riassetto che passa per il decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 (Piano ospedaliero) che interessa anche la rete di assistenza domiciliare e al paziente terminale.

Altre difficoltà attengono al reperimento del personale in considerazione del blocco del turnover.

"Attualmente - precisa Giancane - sono attivi 26 posti letto, concentrati nell'Asl di Salerno, 10 a Sant'Arzenio (qui nel 2010 sono stati effettuati 71 ricoveri per un totale di 1.734 giornate di degenza, e di degenza), 10 posti al distretto di Eboli e 6 posti letto al presidio Ospedaliero Giovanni da Procida.

Nel piano di rientro è previsto entro il 2014 la redazione del documento di pianificazione all'attivazione ai posti letto pubblici e privati (92) con la definizione delle tariffe integrate con le vigenti linee guida dell'organizzazione, all'assistenza domiciliare e delle unità di cure paleative domiciliari.

► Cardiologia ◀ Freno tirato alla morte improvvisa

L'Innovazione tecnologica (Hta) nelle emergenze cardiovascolari con particolare riguardo agli interventi rianimatori nei casi di morte improvvisa: il tema sarà affrontato dal 28 al 30 settembre a Napoli, presso il Centro congressi dell'Università Federico II, nell'ambito del XIX congresso nazionale Giec (gruppo interventi emergenze cardiologiche).

"Il trattamento degli eventi acuti cardiovascolari - spiega **Maurizio Santomauro** (nella foto) presidente Giec - rappresenta un'emergenza nazionale alla quale occorre dare risposte precise, tanto sul fronte normativo quanto su quello della pratica sanitaria.

Alcune sessioni saranno rivolte alla divulgazione sanitaria in collaborazione con l'Associazione lotta alla fibrillazione atriale, dei pazienti portatori di defibrillatore e della sezione salernitana del gruppo dei portatori di elettrostimolatori cardiaci, di CuorePiu e dell'Unione nazionale italiana volontari pro ciechi. "Un decreto ministeriale dello scorso giugno sulla determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni - sottolinea Santomauro - presenta nodi ancora da sciogliere".

Grazie a questo decreto, la Regione Campania potrà disporre di oltre 770 mila euro da utilizzare nel prossimo biennio per formare volontari e dotare strutture a rischio dei defibrillatori. Ne dovranno essere muniti i centri commerciali, gli aeroporti, le aziende, i centri sportivi e quelli benessere, stadi, piscine, farmacie e scuole.

OCCHIO AI BAMBINI

Ogni settimana una famiglia italiana è funestata dalla morte di un figlio piccolo soffocato dall'ostruzione delle vie aeree superiori. Eppure, bastano poche facili manovre per evitare il peggio che possono essere eseguite da chiunque. E, quindi, devono essere divulgate. Questo l'obiettivo del libro "Come salvare i bambini dal soffocamento", edito dalla Cfi Progetti di **Luigi De Vita** e scritto da **Marco Squicciarini**, volontario della Croce Rossa, e **Mario Pappagallo**, giornalista del Corriere della Sera. Si tratta di un piccolo ma prezioso manuale salvavita con le manovre di disostruzione nei lattanti e nei bambini.

Barbara Paternostro

A Solfra tempi brevi per un bando ad hoc

Apertura dell'hospice oncologico di Solfra, tempi brevi per il bando. E' positiva la valutazione del documento approntato dal Commissario straordinario dell'Asl Avellino, **Sergio Florio** (nella foto) da parte del sindaco **Antonio Guarino** e dal delegato alla Sanità del Comune conciaro, **Angelo Montoro**. Il documento prevede una delibera per indire una gara d'appalto con affidamento a società esterna all'Asl per la gestione del centro residenziale per le cure palliative (Hospice) per l'erogazione dell'assistenza ai malati terminali in ambito oncologico. "Un affidamento che si è reso necessario rispetto alla delibera iniziale che prevedeva una riallocazione del personale dell'Asl, poiché tale spostamento non poteva avvenire in maniera contestuale ed in tempi brevi e quindi avrebbe determinato ulteriore inerzia della struttura con deterioramento della stessa e spreco di denaro pubblico", spiega Guarino. La ditta che si aggiudicherà la gara dovrà fornire personale e beni di consumo. L'hospice dispone di 12 posti letto con un potenziale di 4.380 giornate di degenza per ricoverare in un anno circa 146 pazienti, considerando una media di 30 giorni. L'Asl integrerà la struttura con medici, fisioterapisti, amministrativi e responsabile tecnico-organizzativo del centro. Le funzioni principali della struttura saranno di garantire un ricovero temporaneo per malati non più curabili a domicilio.



► Regione. 2 ◀

Manager, Caldoro convoca la giunta

Nomine dei direttori generali delle Asl. La giunta regionale convocata per oggi dal presidente **Stefano Caldoro** è chiamata a sostituire i commissari delle Asl in carica (o a prorogarne ulteriormente il mandato) dopo la scadenza del contratto (da marzo in regime di proroga) giovedì 15 settembre.

Il governatore ha necessità di centrare l'obiettivo visto che le nomine di direttori generali nei pieni poteri e il superamento della gestione commissariale sono una precisa richiesta del tavolo interministeriale di verifica del piano di rientro dal deficit.

STRATEGIA POLITICA

L'attendismo di Caldoro è stato in realtà sinora il frutto di una precisa strategia politica tesa ad evitare ad ogni costo strappi nella maggioranza, in particolare con l'Udc. I centristi scal-



Stefano Caldoro

gerito prudenza soprattutto per verificare i nuovi equilibri interni e le alleanze emergenti.

COMMISSARI VERSO LA CONFERMA

Di sicuro resta l'orientamento generale ormai definito su accordi che, nel dettaglio, conosce solo chi prenderà le decisioni finali, ossia lo stesso Caldoro. In pratica si va verso una conferma, dove è possibile, di tutti i commissari in carica, con piccoli aggiustamenti, laddove richiesto.

Nulla dovrebbe mutare, invece, a Napoli 1 e Salerno dove i due commissari in carica - **Maurizio Scoppa** e **Maurizio Bortoletti**, entrambi graduati dell'Arma dei Carabinieri - resteranno in sella fino alla scadenza del mandato. Ossia il 31 luglio del 2012 Scoppa e il 31 dicembre del 2011 Bortoletti.

Et. Mau.

► La giurisprudenza ◀

Ingiunzioni, il Tar rimanda alla Consulta

ETTORE MAUTONE

Il Tar Salerno solleva la questione di legittimità costituzionale sul blocco delle esecuzioni stabilito dagli articoli 11, comma 2, del decreto legge n. 78 del 2010, e 11, comma 51, della legge 2010, n. 220 di conversione (legge salvaspesa).

L'ordinanza, che scaturisce da un ricorso di Emilia Romagna factor contro l'azienda ospedaliera Monaldi per il recupero di circa 79 mila euro in virtù di contratti di cessione del credito e di decreti ingiuntivi non opposti.

Procedure bloccate (sia quelle in fieri sia nuove azioni) dallo

stop, nelle regioni sottoposte ai piani di rientro dal deficit, imposto dalla finanziaria del 2011 che riprende una norma già contenuta nel decreto n. 78 del 2010 e nella successiva legge di conversione.

Un blocco che doveva durare fino alla fine del 2011 ma che la nuova manovra finanziaria estende di un altro anno, fino al dicembre del 2012 al fine di assicurare l'equilibrio economico finanziario nelle regioni in dissesto.

Il Tar, se da un verso riconosce la improcedibilità per il recupero del credito, stante la vigenza della norma blocca-pignoramenti, dall'altro rimette la norma evocata sul blocco dei pignora-



L'ordinanza del Tar sul portale Sanità di **denaro.it**

menti alla Corte costituzionale per il giudizio di legittimità. Una circostanza che se da un lato rileva rispetto alle possibili decisioni della Consulta, dall'altro non blocca l'efficacia della norma. In-

tanto, in un ordine del giorno presentato oggi alla Camera - primo firmatario **Vincenzo D'Anna** parlamentare campano del Pdl nonché presidente di federlab Italia, associazione di categoria dei biologi titolari di laboratori di analisi - viene chiesto a un ramo del Parlamento di attivarsi in sede legislativa per lo smobilizzo delle somme pignorate presso le Tesorerie degli Enti del Servizio sanitario nazionale ovvero per l'utilizzo delle somme non vincolate dal titolo pignorato ma bloccate in via cautelativa dalle procedure giudiziarie in corso.

Le procedure di recupero forzoso del credito presso le tesorerie delle Aziende sanitarie locali e degli altri enti sanitari collegati con le Regioni sottoposte ai piani di rientro dal debito restano dunque, almeno per ora, bloccate fino alla fine del 2012.

MANOVRA - No dei medici alla norme del governo, protesta il 13 ottobre: mondo dei professionisti della sanità italiana conferma in maniera unitaria e compatta il suo giudizio fortemente negativo sulla manovra economica approvata in via definitiva dal governo.

Stravolgimento delle regole Irpef per cui il contributo di solidarietà è chiesto ai soli dipendenti pubblici, prolungamento a 5 anni del blocco dei contratti di lavoro e delle convenzioni con conseguente perdita del 20 per cento del potere di acquisto, lo scippo per 2 anni del Tfr, che è salario differito, in gran parte autofinanziato, la minaccia di una mobilità selvaggia e di una ulteriore precarizzazione degli incarichi di lavoro, la proroga della facoltà delle amministrazioni di pensionamento coatto, a prescindere dalla età anagrafica, spesso inferiore a 60 anni i punti della manovra maggiormente contestati che confermano le ragioni di una protesta che porterà alla manifestazione di Roma il 13 ottobre. Aderiscono i principali sindacati della dirigenza medica, in particolare Anaao Assomed, Cimo-Asmd, Aaroi-Emac, Cgil medici, Fim, Fissid, Cisl Medici, Fesmed, Anpo, Ascoli-Fials Medici, Uil Ppl Federazione medici, Sds Snabi, Aupi, FP Cgil Spta, Sinafo, Fedir Sanità, Sidriss, Fimmg, Sumai, Snamì, Intesa industriale, Smi, Fimp, Cimop, Ugl medici.

Certificati del debito: via a gruppo di lavoro

Iniziativa per l'accelerazione dei pagamenti della Regione nei confronti dei fornitori di beni e servizi. Palazzo Santa Lucia mette in pista un gruppo di lavoro. Ne fanno parte il capo di gabinetto del presidente della giunta e i coordinatori delle aree Programmazione, piani e programmi, Avvocatura, Bilancio, Ragioneria e tributi, Rapporti con gli organi nazionali e internazionali e due funzionari della struttura commissariale per la stabilizzazione finanziaria. Un nodo, quello del debito, incancrenitosi soprattutto nell'ambito della spesa sanitaria e diventato preoccupante con l'esplosione della crisi e la conseguente carenza di liquidità che rende non più sostenibili le spese fuori bilancio dovute a pignoramenti e decreti ingiuntivi. L'obiettivo è anche superare i limiti imposti dal Patto di stabilità interno che, di fatto, ha gli stessi effetti nei rapporti tra imprese e pubblica amministrazione. L'obiettivo è prevedere, in linea generale, la possibilità di certificare e consentire la cessione pro-soluto dei debiti della Regione laddove i crediti vantati da terzi siano divenuti certi, liquidi ed esigibili, come previsto dalle norme del settore, nonché individuare, in settori omogenei e uniformi, (in particolare nei settori più significativi, (vedi la Sanità) ogni altra possibilità di utilizzo degli strumenti previsti dall'ordinamento. Peccato che, su questo fronte norme e delibere ad hoc hanno finora fallito l'obiettivo.

@nmvi Oggi

L'informazione Veterinaria On Line



2001 - 2011

BIOLOGI E PSICOLOGI FRA LE PROFESSIONI SANITARIE

19-09-2011 12:20



La categoria professionale dei biologi e quella degli psicologi saranno ricomprese tra le professioni sanitarie disciplinate dal decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233 («*Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse*»).

Lo prevede un emendamento approvato in Commissione Affari Sociali al Ddl di riforma degli Ordini delle professioni sanitarie, da oggi in Aula. L'emendamento approvato prevede inoltre che il Ministro della salute eserciti l'alta vigilanza sull'Ordine nazionale dei biologi.

Le professioni di biologo e psicologo rientrano di conseguenza anche nella riforma dell'ordinamento professionale, in particolare nell'articolo 6, Capo II (Professioni sanitarie), che affida al Governo la delega al riassetto della vigente disciplina degli Ordini di medico chirurgo, medico veterinario, farmacista e odontoiatra di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233.

Sarà così definito un quadro di base comune per tutte le professioni, rinviando ai successivi atti di esercizio della delega la regolamentazione specifica per le singole professioni.



Quattro, tre, due e magari uno, al via il toto usl

In Giunta Regionale dell'Umbria oggi si decide sul numero delle aziende sanitarie

di: 19/09/2011 - h 16,03

Per il servizio sanitario regionale - il cui comparto per la sola Umbria dovrà tenere in considerazione i **pesanti tagli delle precedenti manovre finanziarie** che per l'anno in corso significheranno **24 milioni di euro in meno**, per raggiungere nel 2014 un taglio di circa **88 milioni di euro** - la giunta regionale avanza (oggi-n.d.r) una proposta per la **modifica degli attuali assetti organizzativi**, in riferimento alle **Asl ed alle Aziende ospedaliere**.

“L'obiettivo principale di questo insieme di azioni - ha affermato la presidente della Giunta regionale - è quello di **preservare l'Umbria e la qualità dei servizi pubblici al cittadino ed alle imprese, dalla sanità pubblica ed universalistica, alla rete dei servizi locali alle politiche di crescita e sviluppo.**

Tutto ciò impone scelte che aiutino a realizzare un'Umbria in cui l'apparato istituzionale **pesi meno, liberando così risorse** da destinare allo sviluppo, al mantenimento del sistema regionale di welfare e dei servizi”.

Probabilmente si tratterà tra l'altro di **giungere a due sole Usl.**

Bisognerà poi **vedere se Foligno accetterà di andare “ sotto” Terni o se si giungerà a due usl provinciali magari con Spoleto**, forse più disponibile, magari per dispetto alla città della Quintana, che virerà su Terni.

Si avranno sicuramente **due centri di comando molto distanti dai territori di riferimento.**

Il **sacrificio probabilmente è imposto dalla situazione economica, nazionale più che regionale, ma bisognerà tenere in conto un ulteriore allentamento del controllo democratico della sanità.**

La tutela della **salute non è attività burocratica che si possa controllare solo dal centro.**

In Umbria i **buoni risultati**, sia in termini di costi che di qualità, sono conseguenza di una **prolungata presenza di organi politici , magari di occupazione ma anche di controllo locale.**

Ma se **bisogna fare un sacrificio forse è bene farlo una volta per tutte e decidere che la sia direttamente la Regione**, tramite l'attuale direzione della sanità, **ad assumere, nelle opportune forme giuridiche, la direzione operativa della sanità:** i risparmi saranno maggiori, le decisioni più rapide.



Consiglio regionale: ticket sanitari, IV Commissione discute criteri

POLITICA DALLA BASILICATA | **ANTONELLO** | 19 SETTEMBRE 2011 ALLE 16:10

L'assessore alla Salute della Regione Basilicata, Attilio Martorano, ha illustrato oggi alla quarta Commissione permanente del Consiglio regionale (Politiche sociali) i criteri e le modalità di partecipazione alla spesa farmaceutica territoriale e per la specialistica ambulatoriale, che la Giunta intende applicare così come previsto dall'art. 19 della legge di assestamento dei bilancio varata a luglio. Per quanto riguarda l'assistenza specialistica, – si legge in una nota dell'ufficio stampa del Consiglio regionale della Basilicata – si è concordato sull'ipotesi di rimodulare il ticket di 10 euro istituito dalla manovra finanziaria nazionale prevedendo l'esenzione dal pagamento per le prestazioni fino a 5 euro e la graduale attivazione del ticket per le prestazioni di importo superiore. Per quanto riguarda la farmaceutica, inoltre, l'orientamento dell'assessore, condiviso dalla Commissione, è quello di dividere la popolazione in quattro fasce di reddito, prevedendo l'esenzione fino a 14 mila euro e la modulazione del ticket per le fasce di reddito fra 14/22 mila euro, 22/30 mila euro e sopra i 30 mila euro, partendo da un ticket di 1,5 euro e fino ad un massimo di 2,5 euro, così come previsto dalla legge di assestamento di bilancio.

Alla riunione di oggi hanno partecipato il presidente Vita (Psi) ed i consiglieri Mollica (Mpa), Navazio (Ial), Romaniello (Sel), Venezia (Pdl), Singetta (Api), Straziuso e Pittella (Pd), Scaglione (Pu), Falotico (Plb) e Autilio (Idv). Nel corso dell'audizione dell'assessore Martorano si è appreso, inoltre, che la Giunta regionale porterà al più presto all'attenzione della quarta Commissione la proposta di Piano sanitario regionale corredata dalle modifiche e dagli approfondimenti che si sono resi necessari dopo i recenti provvedimenti del Governo e della Regione in materia di contenimento della spesa pubblica. Ulteriori approfondimenti saranno infine effettuati su una proposta di legge del consigliere Mazzeo (Idv) che riguarda "Norme in materia di autorizzazione delle attività specialistiche odontoiatriche".