



Rassegna Stampa del 20.10.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



Sanità, accreditamenti centri privati: lavori in corso per un condono

Redazione Il Denaro
– mercoledì 19 ottobre 2011

Lavori in corso, in Consiglio regionale, per un'ipotesi di sanatoria riguardo agli accreditamenti delle strutture sanitarie private ex convenzionate. Tra gli emendamenti presentati in Commissione Sanità (legge regionale n. 14 del luglio scorso) alcuni commi riguardano infatti, la possibilità di derogare ai vincoli previsti dall'impianto della norma e dunque riguardo alle modalità e alle date di presentazione delle istanze di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria. Primo gradino, quest'ultimo, per conseguire il titolo ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio sanitario regionale. Emendamenti che introducono modifiche significative alla norma rischiando però di creare un insanabile conflitto tra chi è già in regola e chi invece, lo diventerebbe grazie a questa sorta di condono.

L'ULTIMA PROROGA

L'ultima proroga concessa dalla Regione alle strutture private provvisoriamente accreditate, per la presentazione dell'istanza di accreditamento, risale al febbraio del 2008 quando l'ex assessore alla Sanità Angelo Montemaranò, attesa la inadempienza delle Asl e dei Comuni ai dovuti controlli (e ai successivi rilasci dei titoli autorizzativi) dispone la possibilità di chiedere l'attivazione del regime di accreditamento attraverso un atto di "invito e messa in mora" scaricando dunque sulle Asl e le amministrazioni locali i ritardi accumulati dalla Regione.

In molti, tra i titolari di aziende private, autocertificano, in quella data, il possesso di tutti i requisiti previsti dalla originaria delibera regionale (la 7.301 del 2001) che delimita i requisiti minimi per operare in nome e per conto del Servizio sanitario regionale. Ma il nodo ancora irrisolto risale addirittura al 1994, quando la legge regionale n. 724 del 23 dicembre, all'articolo 6 comma 6, prevede il definitivo passaggio dalle vecchie convenzioni al regime di provvisoria accreditamento per tutte le aziende e i centri sanitari privati titolari di un titolo di convenzione. Facendo un ulteriore passo all'indietro di dieci anni si scopre che la Regione, negli anni '80, dunque molto prima del varo della riforma che ha aziendalizzato la Sanità, quando in pista ci sono le vecchia Usl, scarica le regioni da ogni adempimento e demanda alle Unità sanitarie locali la titolarità dei passaggi amministrativi relativi alle convenzioni. Un passaggio ovviamente ignorato nel 1992 quando debuttano le nuove aziende sanitarie locali. Per questo la nuova legge, oggi al vaglio del Consiglio regionale, riconosce come validi solo i titoli emanati da Palazzo Santa Lucia nell'arco di tempo che va dal 1994 ad oggi, ma non quelli riconosciuti, per successive implementazioni, dalle vecchie Usl e successivamente dalle Asl. Da qui l'esigenza della sanatoria alla quale lavora il Consiglio regionale.

DECINE DI CENTRI A RISCHIO

Se passasse senza modifiche la norma regionale così come concepita dall'originaria delibera di giunta del giugno scorso decine e decine di centri, che in questi anni hanno adeguato l'offerta assistenziali a nuovi standard tecnologici ma anche per nuove discipline, ferme restando le dotazioni in posti letto, potrebbero trovarsi fuori dal regime di accreditamento. Altro nodo da sciogliere è quello relativo alle talvolta azzardate autocertificazioni che, nel febbraio del 2008, fotografano una situazione nei fatti non reale facendo confusione tra centri sanitari in regola riguardo alle date di ultimazione dei lavori di adeguamento ai requisiti e altri centri, invece, molto in ritardo sulla tabella di marcia prevista dalla legge e impegnati a inseguire proroghe richieste a più riprese rispetto ai nuovi assetti dell'offerta assistenziale disegnati dal nuovo piano ospedaliero.

Insomma un groviglio di leggi e delibere che sembra arduo sciogliere sul piano normativo senza una sanatoria che, in base agli emendamenti presentati in Aula, dovrebbe giungere a fotografare la situazione all'atto di emanazione della legge tracciando un solco per dividere ciò che può entrare e ciò che invece è destinato a rimanere fuori dall'alveo del Servizio sanitario regionale.

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Fazio: «Nuovi ticket per censo, quoziente familiare e appropriatezza»

Il ministero della Salute «vuole proporre alle Regioni di incamerare i nuovi ticket che oltre quelli sulla specialistica scattati in estate sono previsti dal 2014 ricorrendo a dei meccanismi di compartecipazione alla spesa per censo, per quoziente familiare e per appropriatezza». Lo ha annunciato il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, durante un'audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato, in merito ai ticket che alcune Regioni hanno introdotto sulla specialistica e il pronto soccorso.

Nel 2014 si prevede l'istituzione di nuovi ticket rispetto a quelli esistenti, e aggiuntivi al ripristino dei 10 euro per l'assistenza specialistica già in vigore. «Nuovi ticket per i quali la visione del ministero è quella di studiare meccanismi di compartecipazione alla spesa per censo, quoziente familiare e appropriatezza. Niente tagli lineari, dunque», ha spiegato Fazio, illustrando l'impatto della manovra estiva sul Ssn alla commissione. Lo strumento «è rappresentato da un decreto del presidente della Repubblica, su proposta del ministro della Salute di concerto con il ministero dell'Economia, per fissare i ticket relativi alle prestazioni individuate in base a criteri di appropriatezza, economicità ed efficacia», prosegue Fazio. I nuovi ticket, sommati ai 10 euro per la specialistica, dovrebbero consentire di raccogliere circa 2,8 miliardi.

Per quanto riguarda il taglio alle risorse per l'edilizia sanitaria nel Ddl stabilità, Fazio ha detto di augurarsi «che l'articolo 20 sull'edilizia sanitaria venga rifinanziato e lotterò per questo. Ma le regioni - ha aggiunge il ministro - hanno avuto 400 milioni di euro per il trasporto pubblico locale. In un tempo di stretta le Regioni devono indicare delle priorità. Io credo l'edilizia sia importante ma penso - precisa - che il project financing, i finanziamenti privati, all'interno della governance pubblica, possa garantire l'aggiornamento delle strutture» in mancanza di altri fondi.



Bilanci Ssn: le linee guida della Corte dei conti per il controllo

«Verifica dei bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel quadro di un controllo di carattere collaborativo». Questo lo scopo delle «linee guida e relativo questionario per gli organi di revisione economico-finanziaria degli enti del Servizio sanitario nazionale», per disporre di strumenti utili per assicurare «che le misure per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, posti dalla legge di stabilità e dalle altre norme di coordinamento finanziario, vengano effettivamente attuate da parte delle Regioni ed anche dagli enti del servizio sanitario stesso». Linee guida messe a punto e deliberate dalla Sezione delle Autonomie della Corte dei conti e pubblicate sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 243 del 18 ottobre 2011.

Per l'elaborazione delle linee guida per il bilancio 2010 - spiega la delibera - costituiscono criteri cardine l'individuazione di definizioni standard e la predisposizione del documento (questionario) in formato utile per gestirlo in un database. E a questo scopo la Corte ha elaborato un questionario e le opportune indicazioni per la sua compilazione, che dovrà essere inviato unicamente per posta elettronica all'indirizzo della Sezione regionale territorialmente competente, e, contestualmente, all'indirizzo: documentazione.serviziosanitario@corteconti.it.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Tutte le manovre della sanità 2000/2011. Dal 2013 crescita inferiore a Pil e inflazione

In un [documento delle Regioni](#) raccolte e analizzate le disposizioni normative, gli accordi e le Intese che dal 2000 ad oggi hanno interessato la finanza sanitaria. Nel biennio 2013-2014 tagli per 7.945 miliardi e il fondo crescerà molto meno del Pil e non coprirà nemmeno l'inflazione.

19 OTT - Diffuso oggi l'ultimo aggiornamento del dossier sulle manovre per la sanità elaborato dal settore sanità della segreteria della Conferenza delle Regioni. Nelle quasi 600 pagine di analisi sono state infatti inserite le ultime novità previste dalle due manovre estive.

In particolare, la Regioni rilevano come **“prima manovra estiva”** (il DL n. 98 convertito nella legge n. 111 del 15 luglio 2011) abbia previsto numerose disposizioni per la razionalizzazione della spesa sanitaria. Tali misure di contenimento sono stimate in 2.500 mln di euro per l'anno 2013 e in 5.450 mln di euro per l'anno 2014 da definirsi tramite Intesa con il Governo. La Conferenza ha presentato specifico emendamento, che non è stato accolto in sede di conversione, per il reintegro dei tagli previsti in Sanità con copertura da recupero dell'evasione fiscale.

In particolare sono introdotte misure specifiche per i dispositivi medici, la spesa farmaceutica, i nuovi ticket sui farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie nonché la reintroduzione del ticket da 10 euro su prestazioni di specialistica ambulatoriale. Nella manovra sono inoltre contenute disposizioni per la salvaguardia della cogenza dei Piani di rientro e per la procedura sostitutiva ove la Regione non rimuova gli ostacoli all'attuazione del Patto.

Con la **“secondo manovra estiva”** (il DL n. 138 convertito in legge n.148 del 14 settembre 2011), invece, si è introdotto per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro la possibilità della deroga al blocco del turn over previo accertamento dei tavoli tecnici della necessità di assicurare il mantenimento dei Lea.

Allegata alla nuova versione del documento una tabella che riporta il finanziamento del Servizio sanitario nazionale dal 2000 al 2014 (vedi immagine a fondo pagina).

Ecco, invece, la sintesi degli interventi precedenti al 2011, già contenuti nella versione del Dossier aggiornata lo scorso aprile.

Anno 2000

L'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto ha previsto la responsabilità diretta delle Regioni in caso di disavanzo mediante aumento delle imposte, contrazione di mutui e utilizzo di risorse proprie per coprire i buchi.

Anno 2001

Con l'Accordo dell'8 agosto viene previsto uno stanziamento triennale di risorse (anni 2002, 2003, 2004) con l'impegno delle Regioni ad avviare processi di razionalizzazione. Viene introdotto il principio cosiddetto del “chi rompe paga”. In seguito, un Dpcm di novembre definisce i Lea e, nello stesso periodo viene varata la Riforma del Titolo V della Costituzione.

Anno 2002

Nella Finanziaria si precisa che il mancato rispetto degli impegni sanciti nell'Accordo dell'8 agosto 2001 comporta un ripristino del livello di finanziamento a quello dell'Accordo del 2000.

Anno 2003

La Finanziaria stabilisce ulteriori adempimenti da parte delle Regioni per accedere all'integrazione del finanziamento, in materia di monitoraggio delle prescrizioni; rispetto dei criteri di appropriatezza; riduzione liste d'attesa e la previsione di decadenza dei Dg in caso di mancato rispetto dei conti delle aziende.

Anno 2004

Attraverso l'Accordo Stato-Regioni di dicembre viene istituito il Tavolo tecnico presso il Mef per la verifica degli adempimenti regionali.

Anno 2005

La Finanziaria determina i finanziamenti per il triennio 2005-2007 che subordina l'accesso al finanziamento integrativo rispetto alla stipula di un'Intesa tra Stato e Regioni e viene previsto per le Regioni in difficoltà la predisposizione di programmi di riorganizzazione mediante appositi accordi con i ministeri della Salute e dell'Economia. Attraverso l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo si specificano gli interventi specifici rispetto ai Piani di rientro.

Anno 2006

La Finanziaria conferma l'Intesa di marzo 2005 e introduce l'automatismo della massimizzazione delle aliquote fiscali per le Regioni con i conti in rosso. Viene poi istituito il SIVEAS, il sistema di controllo e monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Il 5 ottobre viene recepito dall'Intesa Stato-Regioni il "Patto della Salute" che sancisce un accordo finanziario per il triennio 2007-2009 con la previsione di un "fondo transitorio" per aiutare le Regioni in difficoltà.

Anno 2007

La Finanziaria recepisce l'Intesa sul Patto della Salute e disciplina i Piani di rientro. Viene inoltre integrato con 2 miliardi di euro il Fsn e vengono elevate a 20 miliardi di euro le risorse ex art. 20 per l'edilizia sanitaria.

Anno 2008

La Finanziaria prevede un aumento delle risorse per gli investimenti di 23 miliardi di euro. Viene inoltre coperto il con 834 milioni di euro il ticket sulla specialistica. Con il cambio di governo in maggio viene successivamente varata in estate una manovra finanziaria per gli anni 2009-2013 (DI 112 poi convertito in legge n.133 del 6 agosto) duramente osteggiata dalle Regioni che lamentano una sottostima del finanziamento per gli anni 2010-2011. Il 2 ottobre riprende il confronto politico e viene raggiunto un Accordo tra Stato e Regioni per la copertura del ticket sulla specialistica anche per il 2009 (434 milioni di euro) e sulla disponibilità a rivedere i fabbisogni per il 2010 e 2011.

Anno 2009

Nel corso dell'anno, con la legge n. 77 del 24 giugno, è stato ridotto di 420 milioni di euro il Fsn per far fronte alle esigenze finanziarie delle popolazioni colpite dal terremoto in Abruzzo.

Ed infine, con la legge n. 102 del 3 agosto, è stato istituito un fondo di 800 milioni di euro per interventi nel settore sanitario e si è rideterminato il tetto di spesa farmaceutica territoriale nella misura del 13,3%.

Anno 2010

Ad inizio anno la legge n. 10 del 26 febbraio (milleproroghe) ha apportato la proroga al 31 marzo 2011 per l'attività di intramoenia e per il pay back farmaceutico; e prorogato al 1 gennaio 2013 quei provvedimenti come gli accreditamenti per le strutture sociosanitarie private, e l'assegnazione alle Regioni dei 70 milioni di euro già inclusi nel riparto delle risorse del Ssn.

In estate, con l'approvazione della legge n. 122 del 30 luglio (manovra finanziaria estiva), sono state apportate pesanti restrizioni alla Sanità, tra cui: il blocco del turn over fino al 2014 per le Regioni con Piani di rientro, la riduzione del livello di finanziamento del Ssn per 418 milioni di euro per l'anno 2011 e di 1.132 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012, e tagli alla spesa farmaceutica che ammontano a 300 milioni di euro per il 2010 e 600 milioni per il 2011.

Infine, con la successiva legge n. 220 del 13 dicembre (legge di stabilità) sono stati disposti: uno stanziamento di 1.500 milioni di euro per l'anno 2012 delle risorse Fas da destinare all'edilizia sanitaria pubblica, e un incremento di 347,5 milioni di euro per il finanziamento del Ssn.

FINANZIAMENTO DEL SSN anni 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Finanziamento ante Patto Salute 2010-2012					
Livello complessivo di finanziamento	104.614	106.934	108.653		
Finanziamento al netto del Bambin Gesù	104.564	106.884	108.603		
Legge n. 191/2009 - Finanziaria 2010					
Art. 2 comma 67 L.191/2009 (incremento livello finanziamento SSN)*	584	419			
Misure da adottarsi entro il 2010 (art. 2 comma 67 L.191/2009)	550	834			
Patto per la salute 2010-2012- art. 2 comma 67 L.191/2009 - risorse necessarie per coprire la vacanza contrattuale	466	466	466		
TOTALE MISURE PREVISTE DAL PATTO	1.600	1.719	3.041,2		
TOTALE RISORSE DA RIPARTIRE	105.148	107.303	111.178,2		
L. n. 244/2007 art. 2 comma 283 e DPCM 1.04.2008- L.191/2009 art.2 comma 67 Finanziamento medicina penitenziaria	167,8	167,8	167,8		
TOTALE FINANZIAMENTO CON PENITENZIARIA	105.316	107.471	111.346,0		
D.L. 31 Maggio 2010 n.78 - Convertito in Legge 122/2010					
Art. 9 comma 16 L.122/2010 (Riduzione livello finanziamento SSN)	-	418	1.132	1.132	1.132
Art.11 comma 5 L.122/2010**	250				
Art. 11 comma 12 (Farmaceutica)**	300	600	600	600	600
TOTALE POST MANOVRA	105.566	106.453	109.614		
Legge 13 dicembre 2010 n. 220 - Legge di stabilità 2011					
Art. 1 comma 49 L. 220/2010 - Legge di stabilità***		347,5			
TOTALE POST LEGGE DI STABILITA' - 220/2010		106.800,30	109.614		
Legge 15 luglio 2011 n. 111 - Manovra finanziaria 2011					
		2011	2012	2013	2014
Art. 17 comma 6****		105	834	834	834
LIVELLO DI FINANZIAMENTO A LEGISLAZIONE VIGENTE AL NETTO DEI TAGLI.		106.905,30	108.780	111.794	116.236
Var %				2,8%	4,0%
Tagli indicati come saldo netto da finanziare nella relazione Tecnica della manovra D.L. 78/11				- 2.500	- 5.450

LIVELLO DI FINANZIAMENTO POST MANOVRA			108.780	109.294	110.786
Var % (Incremento previsto all'art. 17 comma 1)*****				0,5%	1,4%

NOTE:*Per l'anno 2010 i 584 milioni previsti dall'articolo 2, comma 67, della Legge 191 del 2009, ad incremento del livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale anno 2010, sono ripartiti con intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

** Art. 11 - L.122/2010 - Per l'anno 2010: dei 550 mil previsti dal Patto per la Salute 2010-2012 ad integrazione del finanziamento del SSN per l'anno 2010, 300 mil concorrono ad economie di spese nel settore farmaceutico per l'anno 2010, mentre i restanti 250 mil, ripartiti con intesa Stato-Regioni del 18/11/2010, sono posti ad integrazione del livello di finanziamento del SSN. Su 250 mil, 20 mil rimangono accantonati per le visite fiscali. L'effettivo incremento del livello di finanziamento delle risorse del SSN per l'anno 2010 è quindi pari a 230 mil. La Legge n.10/2011 c.d. Milleproroghe, ha assegnato alle Regioni i 70 milioni di euro accantonati per le visite fiscali per l'anno 2010.

***Il livello del finanziamento del SSN è incrementato di 347, 5 milioni di euro per l'anno 2011 limitatamente ai primi 5 mesi dell' anno 2011. Rimangono 486,5 mil rispetto agli 834 previsti dal Patto per la Salute 2010-2012.

**** la quota rimanente rispetto agli 834 previsti dal Patto per la Salute pari a 486, 5 milioni, viene finanziata solo in parte per un importo pari a 105 milioni. Non vengono pertanto finanziati 381, 5 milioni di euro. Vengono così ripristinate le misure previste dalla Finanziaria del 2007 circa il ticket di 10 euro sulla specialistica a partire dal 17 luglio 2011. Dal 2012 non vengono più rifinanziati gli 834 milioni per la copertura dei ticket.

*****Secondo quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001 e dai successivi Patti per la Salute, le variazioni del livello del finanziamento devono essere corrispondenti a quelle del PIL nominale. L'incremento del PIL nominale è +3,3% nel 2013, +3,4% nel 2014. L'incremento % previsto dalla Manovra (0,5% nel 2013 e 1,4% nel 2014) è nettamente inferiore rispetto al PIL nominale. Il finanziamento non copre nemmeno l'inflazione.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Lombardia: ticket si paga on-line, stop a code

Il servizio di pagamento on-line dei ticket sanitari 'PagoCRS' sarà esteso nei prossimi giorni a Lecco, Cremona, Sondrio e Milano. Formigoni e Bresciani: "Grandi vantaggi per i nostri cittadini".

19 OTT - Dopo la sperimentazione condotta negli ultimi dieci mesi dagli Istituti Clinici di Perfezionamento e dall'Azienda Ospedaliera di Treviglio (Bg), il servizio di pagamento on-line dei ticket sanitari si estende all'Asl di Lecco e alle Aziende Ospedaliere di Cremona, Lecco e Sondrio, oltre che al Sacco di Milano. Lo annunciano il presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni e l'assessore alla Sanità Luciano Bresciani.

A partire dai prossimi giorni, grazie all'attivazione di una nuova funzionalità della Carta Regionale dei Servizi, i ticket delle visite e delle prestazioni ambulatoriali prenotate in queste strutture potranno dunque essere pagati on-line, da casa o da qualunque postazione internet, tramite la Carta Regionale dei Servizi (CRS) e il lettore di smart card.

Il sistema, chiamato 'PagoCRS', è uno strumento elettronico di facile utilizzo, veloce e sicuro. Si attiva con una semplice registrazione iniziale. Per accedere al servizio si può utilizzare il sito www.pagocrs.com o i link presenti sui siti delle diverse Aziende Ospedaliere o dell'Asl di Lecco.

"Si tratta di un sistema - spiega Formigoni - che ha diversi vantaggi: i cittadini potranno evitare moduli da compilare e code alle casse, risparmiando molto tempo. L'estensione di questo servizio fa parte delle nostre politiche di semplificazione e conferma, ancora una volta, che la sanità lombarda è capace di migliorarsi sempre e di venire incontro alle esigenze delle persone. D'altra parte, il cardine di tutto il sistema è proprio la centralità delle persone e dei loro bisogni".

"L'introduzione e lo sviluppo delle più moderne tecnologie in sanità - afferma l'assessore Bresciani - è uno dei punti fondamentali del nostro Piano Socio Sanitario Regionale. Questa nuova facilitazione a vantaggio dei cittadini è un ulteriore passo in questa direzione oltre che una conferma della nostra linea di miglioramento continuo della qualità del sistema".

IL CASO Firmato l'accordo in un incontro tra la Regione e i rappresentanti dei medic

Sanità: via il ticket sui referti

L'assessore Coletto: "La lettura degli esami è parte della prima visita e sarà dunque gratuito"

VENEZIA - La visione di referti ed esami da parte degli specialisti pubblici e privati convenzionati costituisce il completamento della prima visita, ed è quindi erogata senza oneri tariffari a carico del servizio sanitario regionale. Nessun ticket sarà quindi dovuto dal cittadino.

È questo il contenuto dell'accordo raggiunto nella giornata di ieri al termine di un incontro tenutosi in giunta regionale tra l'assessore alla Sanità Luca Coletto e i rappresentanti delle organizzazioni e dei sindacati dei medici del Veneto, convocato per chiarire la questione del presunto nuovo ticket di 3 euro legato alla delibera di revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche recentemente approvato dalla Giunta regionale.

"Abbiamo avuto un confronto sereno e molto costruttivo - ha detto Coletto - per il quale ringrazio tutti i partecipanti. È stato chiarito al di là di ogni ragionevole dubbio che la visione dei referti diagnostici da parte degli specialisti è gratuita e che quindi, di conseguenza, nessun

ticket sarà dovuto. È quello che più ci interessava chiarire nell'interesse del cittadino - ha aggiunto - così come era importante chiarire un modus operandi che sarà uguale per tutti, erogatori pubblici e privati convenzionati".

Nel corso dell'incontro è infatti emerso che, sulla questione, c'erano difformità di comportamento sul territorio, e che in alcuni casi la visione dei referti veniva considerata visita di controllo, con il relativo ticket di 13 euro.

"Adesso è tutto chiaro - conclude Coletto: la visione dei referti è erogata gratuitamente e nessun ticket sarà dovuto, in tutte le strutture del territorio veneto, pubbliche o private convenzionate che siano".

Si conclude in questo modo la diatriba sul mini-ticket dedicato alle visite di competenza. Pipitone (Idv) nei giorni scorsi aveva accusato Coletto di avere aggiunto un nuovo balzello sul groppone dei veneti. Coletto si era difeso dicendo che si trattava di un risparmio, comunque, per i veneti. Ora il risparmio sarà ancora superiore.



Ticket, un altro aumento per le visite specialistiche

Toscana: per più prestazioni si sale a 38 euro

Sandro Bennucci
FIRENZE

UN ALTRO ritocco al superticket sanitario. Pagheremo 1 euro e 85 centesimi in più sotto forma di franchigia per le ricette multiple, quelle con più prescrizioni: visita specialistica, prestazione diagnostica, esame di laboratorio. Prima c'era un massimale: anche se per tutte le prestazioni richieste il ticket fosse risultato superiore, non potevano essere richiesti più di 36,15 euro. Ora questo «tetto» sale a 38 euro.

RITOCCO minimo? Mica tanto. Secondo i calcoli dell'assessorato alla sanità, porterà nelle casse regionali almeno 2 milioni e 500 mila euro in più. Tutti soldi prelevati dalle tasche dei toscani e indispensabili per centrare la fatidica cifra di 67 milioni fissata a livello nazionale per integrare, in Toscana, le mancate rimesse governative.

E comunque è la seconda volta che si interviene sul superticket per medicinali, visite e esami diagnostici che venne stabilito il 4 agosto, quando la Toscana, insieme all'Emilia Romagna e all'Umbria, decise di respingere l'invito del governo a mettere un ticket uguale per tutti e stabili — parole del governatore, Enrico Rossi — di «far pagare di più a chi ha di più».

La delibera, proposta dall'assessore Daniela Scaramuccia, è stata approvata nei giorni scorsi dalla giunta proprio perché, a conti fatti, con il provvedimento di agosto non sarebbe stato raggiunto l'obiettivo di bilancio, nonostante il primo intervento di alcune settimane fa sulle visite intramoenia, cioè fatte dai medici ospedalieri in

regime di prestazione privata. Va precisato che la nuova delibera, tecnicamente, non tocca la compartecipazione per le visite specialistiche, che resta a 22 euro per la prima visita e 15 per la visita di controllo. L'aumento, appunto di 1 euro e 85 centesimi, si riferisce alla franchigia per chi presenta una ricetta con più richieste. Il massimale, che era di 36,15 euro, passa a 38.

Vogliamo fare qualche elementare esempio pratico? Se il medico prescrive una visita specialistica, uno va allo sportello e paga 22 euro. Così per la visita di controllo: 15 euro e stop. Ma se nella ricetta ci sono più prestazioni (mettiamo una Tac, una radiografia particolarmente costosa, oppure una visita più altre prestazioni, o un elenco di prestazioni) si arriva a spendere 38 euro. Appunto 1,85 più di prima.

Ma in Consiglio regionale è polemica. Il centrodestra sostiene che la Regione dovrebbe evitare «spese superflue» invece di andare a frugare ripetutamente in tasca ai cittadini. L'ultimo attacco alla giunta è firmato da Nicola Nascosti, Tommaso Villa e Giovanni Dionzelli (tutti del Pdl) i quali se la prendono con l'assessore all'urbanistica, Anna Marson (Idv), che ha stanziato circa 800 mila euro per un accordo col Centro Interuniversitario di Scienze del Territorio per una collaborazione alla stesura del piano del paesaggio.

I tre consiglieri vogliono sapere da Rossi il motivo di questa consulenza: soprattutto perché ritengono che la Regione abbia al suo interno le professionalità necessarie per elaborare il piano voluto dalla Marson.

sandro.bennucci@lanazione.net



LA NOVITÀ

Ticket sanitario,
si paga
via computer

■ Niente moduli e niente code. Ora il ticket per le visite mediche si paga da casa, attraverso il computer. Tra qualche giorno saranno attive le nuove funzioni della carta regionale dei servizi e basterà avere un lettore di smart card per velocizzare le procedure. La sperimentazione del servizio è andata bene. E a poco a poco il servizio di pagamento on-line sarà esteso a tutti i comuni della regione.

Maria Sorbi a pagina 11

LA NOVITÀ La svolta tecnologica

Sanità, il ticket si paga col computer di casa

Aumentano ospedali e Asl in grado di riscuotere attraverso la carta regionale dei servizi

CERTIFICATI

Accordo sindacati e Pirellone: visite gratis anche ai pazienti esenti ma senza codice

Maria Sorbi

■ Niente moduli e niente code. Ora il ticket per le visite mediche si paga da casa, sul pc. Tra qualche giorno saranno attive le nuove funzioni della carta regionale dei servizi e basterà avere un lettore di smart card per velocizzare le procedure. La sperimentazione del servizio è andata bene: i risultati raggiunti dagli Istituti clinici di perfezionamento e dall'azienda ospedaliera di Treviglio (Bergamo) negli ultimi dieci mesi sono buoni. Ed ora il servizio di pagamento on-line sarà esteso anche all'Asl di Lecco, alle aziende ospedaliere di Cremona, Lecco, Sondrio e al Sacco di Milano. A poco a poco il ticket via web arriverà in tutta la regione. Si potrà pagare da qualunque postazione internet. Il sistema, chiamato PagoCrs, è uno strumento elettronico di facile utilizzo, veloce e sicuro. Si attiva con una semplice registrazione iniziale. Per accedere al servizio si può utilizzare il sito www.pagocrs.com o i link presenti sui siti delle diverse aziende ospedaliere o dell'Asl di Lecco.

«Si tratta di un sistema - spiega il presidente della Regione Lombardia Roberto

Formigoni - che ha diversi vantaggi: i cittadini potranno evitare moduli da compilare e code alle casse, risparmiando molto tempo. L'estensione di questo servizio fa parte delle nostre politiche di semplificazione e conferma, ancora una volta, che la sanità lombarda è capace di migliorarsi sempre e di venire incontro alle esigenze delle persone. D'altra parte, il cardine di tutto il sistema è proprio la centralità delle persone e dei loro bisogni».

Per velocizzare le code e la prenotazione delle visite mediche, il Pirellone ha già attivato un numero verde, che indica l'ospedale in cui c'è la fila più snella e i tempi d'attesa sono contenuti.

Novità anche per i pazienti che devono ancora dimostrare di essere esenti dal pagamento del ticket per ragioni legate al reddito fiscale. Da dicembre nemmeno loro dovranno più mettersi in coda allo sportello regionale per avere il codice per la gratuità.

Il precedente: da qualche settimana sono i medici a registrare i pazienti che hanno diritto alla visita gratuita per ragioni economiche ma il sistema ha fatto spesso

le bizze. E molti cittadini non hanno ancora ricevuto a casa il codice da fornire al medico di famiglia e si sono trovati costretti a pagare, pur non dovendo. Sulla questione sono intervenuti i sindacati che hanno raggiunto un accordo con l'assessorato lombardo alla Sanità. Di fatto, chi non ha ancora il codice per l'esenzione non sarà comunque tenuto a pagare il ticket e il medico si fiderà della sua parola in attesa di un documento.

In sistema informatico della Regione (accessibile ai medici di famiglia) intanto ha già caricato più di 1,8 milioni di nominativi e, assicurano al Pirellone, nel giro di qualche settimana il processo dovrebbe completarsi.



Fuoco e misteri nel deposito Asl due roghi dolosi in dieci giorni

Arenaccia: in fiamme le pratiche sugli invalidi

Cinquanta faldoni sono stati ridotti in cenere. Paura tra i condomini del palazzo: "Non c'è sicurezza in quei locali"

ANTONIO DI COSTANZO

VIA Martiri d'Otranto è una strada stretta nel cuore del popoloso quartiere dell'Arenaccia. In via Martiri d'Otranto c'è un condominio. Ospita oltre diecimila famiglie e un ampio deposito al primo piano. Nel locale, nel corso degli anni, sono stati accatastati centinaia di faldoni. Carte dell'Asl Napoli 1. Chi abita in via Martiri d'Otranto e, soprattutto, nel condominio in questione da alcune settimane convive con il terrore. Due incendi dolosi a pochi giorni l'uno dall'altro sono avvenuti nella sede dell'archivio Asl.

Il primo, divampato circa dieci giorni fa, non ha causato gravi conseguenze. Il secondo, appiccato sabato scorso durante la partita del Napoli, invece, un risultato l'ha determinato: 50 faldoni sono stati ridotti in cenere. Che cosa c'era in quelle carte? Sicuramente non le cartelle dei pazienti operati come è stato detto a poche ore dal rogo, che sono custodite nei singoli ospedali o negli archivi del Frullone. Molto più probabile che nel locale siano state accatastate fatture emesse negli scorsi anni sulla spesa farmaceutica e, soprattutto, referti medici, anche pratiche inerenti le invalidità civili.

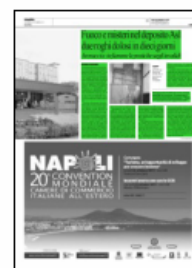
Documenti che, forse, potrebbero essere scomodi per qualcuno. Da ricordare che proprio sul rilascio delle invalidità civili negli ultimi tempi le indagini delle forze dell'ordine hanno scoperto un pentolone di truffe ai danni dello Stato. Basti pensare a quello che è avvenuto a Chiaia dove i carabinieri della

stazione di Posillipo hanno sgominato un'organizzazione specializzata nel far ottenere le pensioni a finto ciechi dietro pagamento. Business milionario nel quale è entrata anche la camorra come hanno svelato le indagini dei militari coordinati dalla Procura. Un analogo verificarsi è in corso in altre zone di Napoli e in altri dipartimenti dell'azienda sanitaria.

Che qualcuno si sia spaventato e abbia deciso di far sparire tracce compromettenti? Lo diranno le forze dell'ordine. Sta di fatto che chi vive in via Martiri d'Otranto chiede più sicurezza.

«Il locale si trova al primo piano — spiega un condomino — e negli anni hanno accumulato i faldoni nonostante il deposito sia privo dei requisiti minimi di sicurezza».

A svelare il fatto che già si era verificato un incendio anche un pensionato che abita da sempre nello stabile: «Pochi giorni fa c'era stato un altro rogo che però è stato subito domato. Sabato scorso, invece, sono dovute intervenire le autobotti dei vigili del fuoco». Ora il deposito è protetto da una grata di ferro che però appare più che vulnerabile. Conferma che arriva anche dal garagista che ha l'officina proprio sotto al deposito dell'Asl. «Non ci vuole niente a spostarla». Sulle cause del rogo l'uomo non si sbilancia: «Saranno stati alcuni ragazzini. Magari ci hanno buttato dentro una sigaretta...». Una versione che lascia più di una perplessità e, soprattutto, non fa svanire la paura di chi è convinto di abitare in un luogo non più sicuro.



TOCCHIAMO LA SANITA'

Un disastro economico oscuro e che fa male anche alla salute. I motivi per frenarlo

Tutto ciò che si aggira nell'universo della diagnostica e della terapia diventa prestazione del Ssn. Non dovrebbe essere così

La vicenda del vaccino alle bambine contro il papillomavirus è un esempio di indebito saccheggio dei salvadanai pubblici

Il disavanzo toscano del 2009 dimostra che la foresta sanitaria può risultare impenetrabile anche a un oculato governo regionale

Un guazzabuglio che fa lievitare la spesa, non apporta vantaggi alla salute e crea malattie e malati dove non ci sarebbero

di Roberto Volpi

Ecosì anche questa volta, pur nel pieno della bufera finanziaria e della necessità di tagliare la spesa pubblica se si vogliono recuperare risorse da dedicare a una strategia della crescita che stenta parecchio a prender corpo, il comparto sanitario, il Servizio sanitario nazionale (Ssn), l'ha sostanzialmente sfangata. Ma è davvero giusto che la spesa sanitaria non venga toccata - al più resti al palo - e attraversi incolume ogni manovra, anche la più ampia e, per certi aspetti, drammatica come quest'ultima? Chi scrive pensa che questo succeda perché l'ambito sanitario è diventato così immenso, complicato, invasivo, frammentato, contraddittorio che nessuno è più capace di orientarsi davvero nei suoi mille rivoli e meandri con tanto di connessioni e interdipendenze.

La risposta di "quelli che la sanità non si tocca", sempre sotto forma di domanda retorica, è tutt'altra: ma se da noi la sanità costa così poco, molto meno che nel resto d'Europa, com'è che si può anche soltanto pensare di andarci dentro con le forbici? Molto gettonata è anche quest'altra: come si fa a tagliare proprio quel che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket? Si deduce, mettendo assieme le due contro-domande retoriche, che la spesa sanitaria è pressoché intoccabile perché già monetariamente esigua rispetto agli standard occidentali e ridotta allo stretto indispensabile quanto a prestazioni e consumi.

Le cose non stanno così. Intanto, se dai paesi Ocse si escludono gli Stati Uniti, che hanno una spesa sanitaria pro capite abnorme, la più alta del mondo, la spesa pro capite per ogni italiano, circa 2.500 euro l'anno, è perfettamente in linea con la media Ocse, e così pure il valore, attorno al 9 per cento del Pil, che la nostra spesa sanitaria rappresenta (diffiderei di conteggi troppo precisi che si leggono da più parti, quando è nebulosa pure la spesa sanitaria di alcune regioni).

Si tenga poi presente che nel 2009 lo stato italiano ha contribuito per 106,4 miliardi di euro al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (sul sito del ministero

della Salute non siamo ancora al consolidato del 2010, dice niente la cosa?). Si tratta di una cifra pari al 76-77 per cento della spesa sanitaria complessiva, una proporzione più alta di quattro-cinque punti rispetto alla media dei paesi dell'Ocse. Il resto è quasi tutto spesa diretta delle famiglie, con un apporto ancora marginale, diversamente da quel che succede in altri paesi Ocse, di assicurazioni e fondi sanitari integrativi.

Insomma, non c'è affatto una più bassa spesa sanitaria italiana. Senza dire che 2.500 euro l'anno ad abitante non possono che rappresentare l'indice di un'organizzazione sanitaria capillare e di consumi che tutto sono meno che contenuti.

Proprio quanto ai consumi, difficile non vedere nelle loro articolazioni, tipologie e quantità il rispecchiamento diretto del modo di essere e operare dei servizi sanitari nella loro distribuzione sul territorio. I consumi sanitari sono quelli maggiormente preordinati dall'alto: dalla programmazione sanitaria e dagli sviluppi della ricerca, certamente, ma anche dalle mode terapeutiche e diagnostiche, dagli interessi di gruppi industriali sovente di dimensioni planetarie (farmaci, apparecchiature biomedicali, sistemi di controllo, robotica e miniaturizzazione, trattamento automatico delle informazioni) e non ultime dalle convenienze di centri di potere professionali, accademici e pure politici. I cittadini coi loro bisogni di salute c'entrano poco. Cosicché tutto quel che si aggira nell'universo mondo della medicina, della diagnostica, della terapia, fatalmente diventa prestazione fornita dal Ssn. Non dovrebbe essere così. Dovrebbero operare filtri più sottili e valutazioni più appropriate per consentire a prestazioni e servizi di rientrare tra quelli garantiti a tutti i cittadini dal Ssn, ovvero di acquisire il marchio Lea: Livelli essenziali di assistenza. I Lea comprendono infatti "prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket". Istituiti nel 2002 dopo fiumi di retorica e bei propositi, e aggiornati nel 2008, si sono dimostrati il più inutile degli strumenti per discernere le prestazioni e i servizi davvero essenziali dalle prestazioni e i servizi che essenziali non lo sono affatto, ciò che è bene rientri



da ciò che è bene venga escluso dal pagamento pubblico. Cosicché non meraviglia affatto che nelle oltre 5.700 "prestazioni essenziali" incluse nel campionario dei Lea abbia subito trovato posto, nella revisione 2008, l'allora appena partorita vaccinazione contro il papillomavirus delle non ancora adolescenti ragazzine italiane, preceduta dallo squillare delle trombe sui magnificati effetti - del tutto aleatori, oltre che non verificabili neppure tra mill'anni - e dalla sordina sui costi, invece formidabili.

La vicenda di questo vaccino è esemplare della fine ingloriosa di tante azioni sanitarie la cui principale funzione sembra essere quella di succhiare risorse dai sempre più esangui salvadanai pubblici. Al progetto Venice (Vaccine european new integrated collaboration effort: non è la fantasia che scarseggia dalle parti di Bruxelles) relativo ai programmi di vaccinazione partecipano, è vero, tutti i ventisette paesi dell'Unione europea più l'Islanda e la Norvegia, per un totale di ventinove paesi. Ma, attenzione: quelli che hanno proceduto con la vaccinazione antipapillomavirus sono diciotto, quelli che hanno introdotto un sistema di monitoraggio sono tredici, quelli di cui si conoscono i dati sono sette. E neppure in questi sette paesi si è complessivamente riusciti, nonostante la gratuità dei vaccini, a vaccinare almeno una bambina di undici-dodici anni su due, con percentuali di copertura che oscillano da meno del venti per cento della Francia all'ottanta per cento dell'Inghilterra. L'Italia sta nel mezzo di questo gigantesco flop, di cui nessuno ha fatto parola.

I soldi che si buttano nelle azioni più controverse tendono a essere dimenticati in fretta proprio dal Ssn. E' già passata in fanteria la scoppola per le finanze pubbliche rappresentata dal vaccino contro l'influenza suina. Nessuno sa quanto costano, per stare all'Italia, gli screening di popolazione, ma in compenso si sa (anche se le autorità si affannano senza successo a cercare di dimostrare il contrario) che danno risultati d'una sconcertante mediocrità.

Vaccinazioni e diagnostica: sono proprio questi i settori cresciuti più in fretta e con prospettive ancora buone, anzi ottime, specialmente se la genetica si risolve a mettere a punto qualche test a buon mercato che accerti le propensioni del genoma individuale alle più comuni patologie degenerative (altra fonte potenziale di costi e malattie immaginarie e psicosi). L'espansione della diagnostica si viene sempre più configurando come un'arma di difesa degli stessi medici che, per non correre rischi, ogni volta che si trovano di fronte a un quesito rifilano ai portatori del suddetto dosi superflue di esami da eseguire: non si abbia a dire, domani, che si sono dimenticati di prescrivere questo o quell'altro esame.

Cosicché almeno teoricamente i ticket oggi appaiono doppiamente indispensabili. Senza, saremo sempre sopraffatti - per com'è congegnato il sistema - da visite ed esami impropri. Dall'indagine Istat sul ricorso ai servizi sanitari è possibile concludere che un accertamento diagnostico su due è fatto in assenza di qualsivoglia malattia o disturbo. Anche la proporzione delle visite svolte senza che vi siano reali motivi

medico-sanitari è analoga. Ma lo stesso effetto dei ticket subisce la distorsione del divario nord-sud. Nel 2012, a seguito della manovra del governo, si dovrebbe arrivare a 83,4 milioni di ricette non esenti in laboratori e ambulatori, dei quali però solo 13,7 milioni nel Mezzogiorno, pari a poco più del 16 per cento - mentre la popolazione di quest'area geografica supera il 34 per cento della popolazione italiana, uno scompenso frutto di un livello di esenzione assai più alto qui che nel centro-nord.

Vecchia storia pure questa della sanità nel Mezzogiorno, a proposito della quale c'è però da fare attenzione per non cadere in un equivoco assai diffuso: il problema della sanità nel Mezzogiorno non è che costa troppo allo stato. Tutte le regioni del sud, a esclusione della Sardegna e del Molise, ricevono un finanziamento pro-capite dallo stato inferiore, sia pure non di molto, alla media nazionale (poco meno di 1.750 contro poco più di 1.800 euro pro-capite) perché i criteri di ripartizione del fondo nazionale prendono in considerazione l'età della popolazione, che è mediamente più bassa nel Mezzogiorno - dove dovrebbe quindi aversi un minore ricorso ai consumi sanitari. L'estrema debolezza della sanità nel sud risiede in servizi che sono molto al di sotto, quantitativamente e soprattutto qualitativamente, del livello che sarebbe consentito dal finanziamento statale, cosa che "obbliga" a una migrazione sanitaria ininterrotta da quelle regioni alle regioni del centro e del nord, con una conseguente bilancia compensatoria con queste ultime sempre in rosso. Se poi si considera che, data l'altissima esenzione, neppure dai ticket arriva nelle casse della sanità meridionale qualcosa di davvero consistente, si capisce bene perché i disavanzi di bilancio si annidano in quasi tutte le regioni del sud.

Disavanzi dai quali, d'intesa tra governo e regioni, si può venir fuori con quei piani di rientro dal disavanzo che tra febbraio 2007 e dicembre 2010 sono stati attivati in dieci regioni di cui due al nord (Piemonte e Liguria), una al centro (Lazio) e ben sette nel mezzogiorno (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna - vale a dire tutte le regioni meridionali con la sola esclusione della Basilicata).

Con il patto della salute della fine del 2009, sempre tra governo e regioni, è poi stata data facoltà a queste ultime di predisporre programmi operativi per la prosecuzione dei piani di rientro per gli anni 2010-2012. Faccenda ingarbugliata, come si sarà già capito; cifre e situazioni non così limpide. Ad oggi in rientro dal disavanzo abbiamo ancora otto regioni, avendo Liguria e Sardegna concluso il loro percorso.

Le situazioni sono molto variegate, ecco alcuni stralci di valutazioni congiunte da parte del tavolo tecnico e del comitato per la valutazione (organismi di valutazione regionali e centrali) nel corso di riunioni svoltesi tra aprile e luglio del corrente anno.

Per il Lazio, il tavolo tecnico e il comitato per la valutazione "hanno valutato che il risultato di gestione relativo al 2009 evidenzia, dopo il conferimento delle ulteriori risorse, un avanzo di 18,7 milioni (...) e che è possibile erogare alla regione l'ulte-

riore 10 per cento delle spettanze residue a tutto il 2009, pari a 202 milioni di euro". Si va dunque appianando la situazione nella regione più indebitata? Sembra che di sì, ma è presto per dirlo, perché "in ordine al programma operativo 2011-2012 e alla sua attuazione, tavolo e comitato restano in attesa di ricevere un testo aggiornato sulla base delle osservazioni formulate dai ministeri (...)".

Va peggio alla Campania. "Tavolo e comitato, in merito alla verifica annuale 2010, ritengono che gli obiettivi previsti dal piano operativo 2010 siano solo parzialmente completati, mentre, relativamente al programma operativo 2011-2012, esso necessita di integrazioni e modifiche in ordine alla effettiva realizzazione dei risparmi proposti attraverso la predisposizione di relazioni tecniche dettagliate".

Poi ci sono regioni che continuano a pagare conti accumulati dalla notte dei tempi. Per la Calabria, tavolo e comitato "valutano che (...) sussistono le condizioni per accedere all'anticipazione di liquidità fino a un massimo di 500 milioni di euro", ma "essendo presente un disavanzo non coperto cumulativamente valutato per il periodo 2006-2010 in 1.047 milioni di euro si prefigurano le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente", oltre al blocco del turn over del personale.

Per il Molise le campane suonano a morto. "Tavolo e comitato valutano che il risultato di gestione al IV trimestre 2010, comprensivo del rischio minimo e della perdita 2009 portata a nuovo, evidenzia una perdita non coperta di 98,3 milioni di euro e si prefigurano pertanto le condizioni per l'applicazione di", in sintesi, aumento Irap, addizionale Irpef, blocco turnover, divieto di effettuare spese non obbligatorie.

Stesso suono di campane per la Puglia dove "poiché la regione non ha adottato, nei termini fissati, i provvedimenti esecutivi delle sentenze della Corte costituzionale, come previsto all'articolo 5, comma 1 dell'accordo, si sono realizzati i presupposti per l'automatica risoluzione dello stesso. Inoltre, in ordine alla documentazione trasmessa in attuazione del piano di rientro, si registra un significativo ritardo negli adempimenti nel piano di rientro e previsti al 31 dicembre 2010". E ancora "La regione Puglia, al IV trimestre 2010, dopo le coperture, presenta un disavanzo di 93,66 milioni di euro e pertanto si sono manifestate le condizioni per l'applicazione della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004", che obbliga il presidente della regione ad approvare il bilancio al fine di determinare il disavanzo di gestione e ad adottare i provvedimenti necessari per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti di Irpef e Irap.

Sul versante esattamente opposto si erge la Sicilia, il cui risultato di gestione del quarto trimestre 2010 è in attivo di 147 milioni e per la quale la verifica del 2010 è stata ritenuta "positiva" e "adeguata" il programma operativo 2010-2012.

Situazioni alquanto diversificate, dunque, e quasi tutte ancora in movimento, ancora non definitivamente chiarite nella dinamica e nelle prospettive. Né si può esclu-

dere che disavanzi appaiano anche là dove meno uno se lo aspetterebbe.

Nella virtuosa Toscana, per esempio, un disavanzo di 224 milioni di euro per il 2009 nella sola Asl di Massa è stato ripianato con un tesoretto accumulato dalla regione in anni precedenti. Ma l'aspetto davvero preoccupante della faccenda sta nel fatto che il buco è riuscito a passare inosservato per un bel pezzo - a dimostrazione di quanto la foresta sanitaria possa risultare impenetrabile anche a un oculato governo regionale della sanità.

Anche per questa imprevedibilità, nel complesso la gestione della sanità dà l'impressione di procedere con estrema fatica, specialmente al sud, e con prospettive tutt'altro che facili. I nodi vengono al pettine, e con l'inevitabile restringimento della borsa sono destinati a diventare più coriacei, a meno che non si facciano scelte decisive.

Arriviamo così alla *vera* *questione* dei cosiddetti costi standard. Potrebbero farci risparmiare, ma non si sa come determinarli e le ipotesi in essere suscitano perplessità (una media dei costi unitari di produzione di Lombardia, Veneto e Toscana?). Comunque congegnati, questo è il punto, porterebbero ad abbassare il finanziamento alle regioni meridionali, a meno che non si ricorra a un criterio di ripartizione che faccia pesare, a loro favore, un qualche indicatore di disagio o privazione sociale. Ma non si può non vedere che se non si innalzano le capacità manageriali e gli standard qualitativi e quantitativi della sanità meridionale, buttarci più risorse non significa necessariamente migliorare l'assistenza nel Mezzogiorno e recuperare il divario nord-sud.

Più che standard dei costi - o almeno assieme a essi - occorrono dunque standard di qualità e di efficacia. Quegli stessi che potrebbero consentire al disperso governo della sanità, tra ministero, regioni e asl, di fare le scelte difficili che fatalmente si imporranno (si viaggia pur sempre a colpi di tre-quattro miliardi di euro di disavanzo annuo).

Tutti gli assessori regionali sono già sul piede di guerra, non vedono come potranno andare avanti anche soltanto in costanza di risorse. Hanno ragione, dal loro punto di vista, dal momento che nessuno di loro contempla che la politica sanitaria possa e anzi debba passare, se vorrà tenere in piedi l'edificio, attraverso dei seri e mirati contenimenti della spesa che rimettano in circolo un'intelligenza selettiva che è andata perduta nella duplice illusione che mai sarebbero finiti i tempi delle vacche grasse e che tanto, cascasse il mondo, "la sanità non si tocca". Ci sarebbe quasi di che augurarsi, per il bene della sanità (e delle persone, va da sé), che per scongiurare il pericolo del mondo che casca essa venisse invece toccata alla grande. Forse ritroverebbe uno slancio verso la capacità di scegliere e scartare e delimitare, braccio armato di quell'efficacia che, travolta dalle mode dei check-up, degli esami in assenza di malattie e sintomi, delle visite preventive, degli screening generalizzati, degli inutili Lea, langue a pane e acqua negli scantinati dell'Empire State Building medico-sanitario.

Lettori: n.d.

IL FOGLIO

20-OTT-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Giuliano Ferrara

da pag. 2

Al pubblico quello che è davvero essenziale e doveroso che sia pubblico e che deve essere fatto come Dio comanda al nord come al sud. L'immane, ipertrofico, ridondante guazzabuglio attuale fa lievitare la spesa e non apporta un'unghia di vantaggio in termini di salute collettiva, semmai crea malattie e malati anche dove non ci sarebbero né le une né gli altri. Per tutto il resto, che il mercato faccia pure le pirotecniche e i fuochi d'artificio, se crede e ci riesce, meglio per tutti.

LE PRIME STIME SUGLI INTERVENTI EROGATI

Il 2011 prenota il boom delle prestazioni

IL RECORD DEL PIANO SANITARIO

N° DI PRESTAZIONI PER TIPO DI GARANZIA	2009	2010	2011
Interv. Chirurgico Ambul.	513	517	391
Alta Specializzazione	9.364	11.326	8.364
Spese in gravidanza	3.566	3.577	16.576
Indennità Sost. Ric. Medico	136	156	122
Indennità. Sost. Grandi Interventi	219	233	282
Bonus parto	3.103	3.081	300
Prevenzione odontoiatrica	3.325	4.402	10.562
Ticket per accert. Diagnostici	30.759	33.705	54.373
Trat fisio curativi x mal	1.466	2.007	2.909
Tratt. fisiot/riab. da Inf.	177	127	224
Visita Spec/Eco Mammar	18.233	21.886	27.739
PRESTAZIONI RIMBORSUALI	70.861	81.017	121.840
PRESTAZIONI IN RETE	6.700	10.715	12.000
TOTALE GENERALE	77.561	91.732	133.840

Anno dopo anno, la progressione è sensibilmente marcata. Ma il 2011 potrebbe essere l'anno dei record. Le stime elaborate dal Servizio amministrativo di Cadiprof indicano, infatti, che nel corso di quest'anno, la Cassa arriverà a erogare nell'ambito del Piano sanitario oltre 133 mila prestazioni, quasi il 50% in più di quelle registrate nel 2010. A tirare la volata sono le richieste di ticket per accertamenti diagnostici, con un balzo di oltre il 60%. Complice anche l'aumento dei ticket sanitari intro-

dotto a macchia di leopardo in alcune Regioni dal 1° agosto, le prestazioni erogate su questo tipo di garanzia dovrebbero attestarsi a quota 54 mila. Tuttavia, l'incremento maggiore si registra per le spese di gravidanza che, dopo le modifiche introdotte lo scorso febbraio sul «bonus parto», si attestano a più di 16.500 interventi in valori assoluti. Netto balzo

in avanti anche per la prevenzione odontoiatrica, con oltre 10.500 prestazioni erogate, per un aumento

di quasi il 140% sul 2010. In contrazione rispetto allo scorso anno risultano, invece, gli interventi chirurgici ambulatoriali e quelli di alta specializzazione. Insieme con le quasi 5 mila prestazioni erogate attraverso il Pacchetto famiglia, che nel periodo luglio-settembre ha registrato un'impennata delle richieste per l'assistenza pediatrica e gli asili nido, la Cassa veleggia verso quota 140 mila servizi assistenziali e interventi socio-sanitari erogati agli oltre 230 mila assistiti. Da segnalare infine un dato che conferma una gestione ancor più efficiente e oculata delle risorse. A fronte di quasi 140 mila prestazioni erogate, la quota delle

risorse destinate alla copertura dei servizi erogati dalla cassa nel corso dell'anno si attesta intorno al 71%, migliorando sensibilmente il rapporto risorse/prestazioni, che nel 2010 aveva raggiunto quota 67% su quasi 95 mila prestazioni erogate.



UN PATTO CONDIVISO PER LA NUOVA SANITÀ

MARCO REMASCHI

Il 2012 sarà anno fondamentale per la sanità toscana. Al peggiorare del quadro finanziario, conseguenza delle unilaterali decisioni del governo nazionale, dovrà infatti, giocoforza, far da contraltare un processo di riorganizzazione del sistema d'eccellenza toscano che non è eccessivo definire 'rivoluzionario'. La capacità di sopperire autonomamente alle gravi mancanze dello Stato nella copertura del fabbisogno sanitario finora dimostrata dalla Regione è venuta meno. Gli effetti della crisi si sono fatti sentire anche sui (pochi) cepti di autofinanziamento di cui la Regione dispone, solo parzialmente compensati dalle politiche di riduzione e revisione della spesa e lotta all'evasione realizzate. Per garantire ai toscani ancora una sanità all'insegna della sicurezza, dell'efficacia e dell'equità occorre un profondo processo di cambiamento. La Regione, come ente, ne è consapevole: la prossima legge finanziaria, con il piano integrato socio sanitario, saranno gli strumenti con cui dare corpo a questa 'rivoluzione', che non spazza l'eccellenza del modello del recente passato, ma deve garantire una nuova sostenibilità oggi, a legislazione vigente, non data.

Riorganizzazione della rete ospedaliera e programmazione di area vasta, appropriatezza delle prescrizioni e della spesa farmaceutica, revisione dei percorsi assistenziali, potenziamento degli strumenti anche organizzativi (ESTAV) per le economie di scala, compartecipazione in base a reddito e ricchezza (per l'equità). Sono questi i capisaldi del processo di riforma annunciati nel documento preliminare alla finanziaria regionale 2012 discusso dal Consiglio l'11 ottobre. Cui, ritengo, dovranno aggiungersi una riflessione su ruolo, funzioni e costi delle società della salute (che sgomberi definitivamente il campo dallo

stucchevole dibattito pluriennale sulla loro necessità e funzionalità rispetto ai bisogni del cittadino e all'efficienza del sistema), e sul rapporto fra sistema sociosanitario nel suo complesso ed università, al fine di eliminare costi impropri ed inefficienze organizzative.

Una riforma che deve dunque avere le caratteristiche di un vero e proprio 'patto', fra la Regione, gli operatori, i sindacati, le università, il territorio (e chi lo amministra). Chi si tira fuori avrà la responsabilità di affossare un sistema a tutto danno dei cittadini. Chi sposerà una visione localistica o parziale in luogo di una prospettiva generale (che non vuol dire abdicare dalle eccellenze in nome di accentramento dell'organizzazione e dell'offerta attorno ai poli universitari e alle aree urbane ove questi insistono, per essere chiari) farà pagare caro alla collettività un anacronistico retaggio di un vecchio modo di fare politica sanitaria.

L'impegno dell'Assessore Scaramuccia avrà nella maggioranza al governo della Regione un sicuro appoggio. Anche attraverso una necessaria opera sui territori, dove non mancheranno certo resistenze da mettere nel conto. Ma i tempi non consentono più di rimandare l'appuntamento con un nuovo modello regionale di sanità. Che garantisca il cittadino, nella salute come nella stabilità dei conti.

L'autore è presidente della commissione Sanità e Sicurezza sociale del consiglio regionale toscano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A Milano, Lecco, Cremona e Sondrio La Lombardia taglia le code Ora il ticket si paga on line

*Bresciani:
«Conferma
della nostra
linea di
miglioramento
continuo
della qualità
del sistema
sanitario»*

MILAN - Dopo la sperimentazione degli ultimi dieci mesi portata avanti dagli Istituti Clinici di Perfezionamento e dall'Azienda Ospedaliera di Treviglio (Bg), il servizio di pagamento on-line dei ticket sanitari si estende all'Asl di Lecco e alle Aziende Ospedaliere di Cremona, Lecco e Sondrio, oltre che al Sacco di Milano. Lo ha annunciato l'assessore alla Sanità **Luciano Bresciani** insieme al presidente della Regione Lombardia **Roberto Formigoni**.

A partire dai prossimi giorni, grazie all'attivazione di una nuova funzionalità della Carta Regionale dei Servizi, i ticket delle visite e delle prestazioni ambulatoriali prenotate in queste strutture potranno dunque essere pagati on-line, da casa o da qualunque postazione internet, tramite la Carta Regionale dei Servizi (Crs) e

il lettore di smart card. Il sistema, chiamato "PagoCrs", è uno strumento elettronico di facile utilizzo, veloce e sicuro. Si attiva con una semplice registrazione iniziale. Per accedere al servizio si può utilizzare il sito www.pagocrs.com o i link presenti sui siti delle diverse Aziende Ospedaliere o dell'Asl di Lecco.

«Si tratta di un sistema - ha spiegato il governatore Formigoni - che ha diversi vantaggi: i cittadini potranno evitare moduli da compilare e code alle casse, risparmiando molto tempo. L'estensione di questo servizio fa parte delle nostre politiche di semplificazione e conferma, ancora una volta, che la sanità lombarda è capace di migliorarsi sempre e di venire incontro alle esigenze delle persone. D'altra parte, il cardine di tutto il sistema è proprio la centralità delle persone e dei loro bisogni».

«L'introduzione e lo sviluppo delle più moderne tecnologie in sanità - ha sottolineato l'assessore Bresciani - è uno dei punti fondamentali del nostro Piano Socio Sanitario Regionale. Questa nuova facilitazione a vantaggio dei cittadini è un ulteriore passo in questa direzione oltre che una conferma della nostra linea di miglioramento continuo della qualità del sistema».



IL SIT-IN

LA STRUTTURA SARÀ TRASFERITA A SCAMPIA. «TROPPI DISAGI»

Asl Napoli 1, chiude il distretto di Chiaiano: è rivolta

di Marco Altore

NAPOLI. La struttura nella quale è ospitata l'Asl di Chiaiano, diretta da Amelia Palladino, è in fitto passivo e indiscrezioni dicono che sarà delocalizzata presso il distretto 28 dell'Asl di Scampia. Il provvedimento, come testimoniato da alcune fonti, farebbe parte della politica portata avanti dalla gestione commissariale dell'Asl Napoli 1, guidata da Maurizio Scoppa, per ripristinare le casse e la funzionalità dell'ente. Per tale vicenda si sono riuniti ieri mattina presso il presidio medico Di Marino numerosi utenti ed esponenti delle istituzioni per testimoniare il loro dissenso. «Da oltre un mese – dice Giuseppe Rusciano, consigliere di Fli dell'ottava municipalità, – è stata spostata la farmacia distrettuale dal Frulone a Scampia ed ora si sta tentando di fare lo stesso con l'Asl. Un provvedimento del genere creerebbe disagi agli utenti, in particolar modo ad invalidi ed anziani, perché il distretto di Scampia non è ben collegato con il resto del territorio municipale. Nel presidio di Chiaiano si svolgono numerose attività ed ogni giorno si registrano circa duecento utenze. Immaginare di portare tutto questo a Scampia è fuori luogo. A Chiaiano non ci sono neanche i servizi tecnici e ci stanno lasciando solo la spazzatura. Se lo sfratto per fitto passivo è inevitabile ritengo che il presidio medico debba essere dislocato in una struttura di Chiaiano ed una soluzione potrebbe essere la scuola ex "Giovanni XXIII", la quale non è più uti-

lizzata come succursale del liceo scientifico "Sbordone". A sostegno degli utenti interviene anche il capogruppo di Fli del Comune di Napoli, Andrea Santoro, il quale afferma che «i cittadini già devono fare i conti con un sistema sanitario che a causa delle passate gestioni fa acqua da tutte le parti ed ora non possono subire ulteriori disagi legati alla dislocalizzazione degli ambulatori dell'Asl. Chiaiano è il quartiere più vasto della città e numerosi cittadini troverebbero enormi difficoltà nel recarsi a Scampia per effettuare le visite mediche. È opportuno trovare una soluzione migliore. La situazione non chiara dell'Asl di Chiaiano, che mette in condizioni di lavoro difficili anche chi opera al suo interno, si evince anche dalla mancata ordinazione dei vaccini per la campagna antinfluenzale che partirà nei prossimi giorni». I residenti di Chiaiano sono sul piede di guerra e chiedono che l'Asl non sia delocalizzata. «Concentrare tutti i servizi medici – dichiara Nicola De Rosa, – a Scampia ci creerebbe grandi disagi. Capisco le esigenze economiche dell'ente, ma almeno potrebbero impegnarsi a trovare un'altra struttura nella stessa zona». Per Vincenzo Esposito «a Chiaiano ci sono strutture libere da poter utilizzare contemporaneamente come presidio Asl e per la farmacia distrettuale». A protestare è anche Antonio Emma, il quale dice che «noi cittadini non possiamo pagare la crisi sulla nostra salute. Noi stessi abbiamo chiesto di dislocare l'Asl in una struttura pubblica, ma non in un altro quartiere».



Stangata sui ticket ecco tutti i rincari

Prenotare una visita costa 1,50 € in più (1,10 se è di controllo)
Ma ieri la Regione ha cancellato i 3 € euro sulla lettura referti

di Elisa Adamo

Retromarcia della Regione sul ticket da 3 euro per la lettura referti: «La visione dei referti ed esami da parte degli specialisti pubblici e privati convenzionati costituisce il completamento della prima visita ed è quindi erogata senza oneri tariffari a carico del servizio sanitario regionale, nessun ticket sarà quindi dovuto dal cittadino». Con queste parole, al termine di un incontro a Palazzo Balbi con i sindacati dei medici, l'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto ha comunicato ieri sera lo stop al nuovo ticket che ha infiammato le polemiche.

Intanto però scattano altri aumenti di ticket, sempre previsti dalla Regione con delibera dello scorso 21 giugno e ora recepiti dalle aziende sanitarie del territorio. La variazione riguarda il costo delle prenotazioni. Il costo della prenotazione di una visita specialistica (la prima) aumenta di poco più di un euro e mezzo, passando da 18,95 euro di prima ai 20,50 euro di oggi. Il rincaro sulla sanità non risparmia nemmeno le visite di controllo: aumento di 1,10 euro per tornare dal medico specialista per una seconda visita.

Retromarcia invece sul ticket di 3 euro per la lettura referti. Un aumento che aveva acce-

so gli animi dei trevigiani. La Regione aveva giustificato l'aumento dei ticket, attraverso una delibera reperibile nel sito dell'ente, con la «continua evoluzione delle conoscenze in campo clinico e diagnostico e l'evolversi delle tecnologie e affinamento delle metodiche di diagnosi». Ieri sera da palazzo Balbi è arrivato lo stop al termine dell'incontro con i sindacati e le organizzazioni dei medici. «Abbiamo avuto un confronto sereno e costruttivo - ha detto l'assessore Luca Coletto - È stato chiarito che la visione dei referti diagnostici da parte degli specialisti è gratuita. Era inoltre importante chiarire un modus operandi che sarà uguale per tutti», erogatori pubblici e privati convenzionati. L'Usl 9 aveva preferito attendere prima di far scattare il nuovo ticket. Sgomberato il campo da contestato ticket di 3 euro, restano comunque in campo gli altri aumenti disposti dalla Regione. Per il pagamento della prestazione secondo il tariffario vale la data di erogazione della prestazione - fa sapere l'Usl 9 - Ricordiamo agli utenti che alcune prestazioni, anche se prenotate prima del 1 ottobre, saranno soggette a modifica del ticket». Non farà più testo, dunque il promemoria di pagamento risalente all'epoca della prenotazione: per alcune prestazioni la cifra verrà modi-

ficata nel momento in cui l'utente pagherà. L'azienda trevigiana fa sapere inoltre, che non cambia il ticket massimo di 36,15 euro per ogni impegnativa; i criteri di pagamento della quota aggiuntiva rimangono invariati (5 o 10 euro in base al reddito del nucleo familiare).

Sono cambiate, su disposizione regionale, le modalità di esenzione del ticket per la visita specialistica collegate al reddito. Sono esenti: i minori di 6 anni o gli over 65 con un reddito familiare non superiore ai 36.151,96 euro (cod.reg.7R2); i disoccupati e i familiari a carico, con un reddito inferiore agli 8.263,31 euro (cod.reg.7R3); gli over 65 beneficiari di assegno sociale e i loro familiari a carico (cod.reg.7R4); e gli utenti sopra i 60 anni con pensione al minimo e familiari a carico e un reddito non superiore a 8.263,61 euro (cod.reg.7R5). L'Usl 9 assicura che comunicherà tempestivamente le prossime novità e gli eventuali aumenti al tariffario dei ticket, disposti da regione Veneto e dal Ministero della salute. L'azienda sanitaria invita inoltre i cittadini a rivolgersi all'Urp (ufficio relazioni con il pubblico) per informazioni e chiarimenti: telefono 0422.321212 sede di Treviso; 0422.715361 sede di Oderzo, oppure all'indirizzo email segurptv@ulss.tv.it.



L'assessore

Prenotazione visite
ultimatum alle Asl

Cup, ultimatum alle Asl

“A regime entro 2 mesi”

Attese troppo lunghe, Scaramuccia alza la voce

“Ho subito convocato tutti i direttori sanitari: la situazione è inaccettabile”

MICHELE BOCCI

L'ASSESSORE Daniela Scaramuccia lancia un ultimatum alle Asl toscane: nel giro di due mesi i Cup telefonici, centri unici di prenotazione, devono essere sistemati. La situazione attuale di alcune aziende viene giudicata dalla numero uno della sanità regionale inaccettabile.

SECONDO una ricerca riservata e realizzata anonimamente dal Sant'Anna di Pisa i primi giorni di ottobre, infatti, in certe aziende si aspettano anche 50 minuti prima di portare in fondo una prenotazione.

Assessore, come è nata l'idea dell'indagine del Sant'Anna?

«Mi erano arrivate varie lamentele sul funzionamento dei Cup telefonici, così ho chiesto di fare la ricerca. Quando sono arrivati i risultati sono rimasta colpita, la situazione era molto peggiore di quella che mi aspettavo. Ho convocato tutti i direttori sanitari alle sei del pomeriggio per discutere. Quello che è venuto fuori dalla rilevazione non ci ha fatto piacere ma almeno è servito ad avere il quadro della situazione».

Che cosa ha deciso di fare?

«Ho dato tempo fino a dicembre alle Asl che non funzionano di sistemare le cose. Il servizio deve essere migliorato, la gestione dei call center è un lavoro vero, che va fatto seriamente. Ho messo direzioni generali e aree vaste a lavorare. Tra due mesi commissioneremo un'altra indagine anonima e non accetterò dati che non siano buoni».

Cosa non le è piaciuto di ciò che è venuto fuori dalla ricerca?

«Prima di tutta la lunghezza delle telefonate e le chiamate che non vanno a buon fine. Inoltre a Pisa, Siena e Firenze in molti casi non c'è una vera integrazione tra Asl e azienda ospedaliera nel Cup. Gli operatori del call center dicono di chiamare direttamente i reparti dei policlinici per prendere l'appuntamento. Una cosa che nel 2011 mi sembra incredibile».

Aspetti positivi?

«Oltre a certe aziende che funzionano bene, dal lavoro del Sant'Anna viene fuori che il rapporto con l'utente è comunque positivo, solo in qualche caso gli operatori sono stati un po' frettolosi».

Un aspetto importante ma non fondamentale.

«Il Cup telefonico non è l'unico sistema di prenotazione. Ricordo che ci sono gli sportelli Asl. Inoltre a giugno abbiamo fatto un accordo con le farmacie per incrementare il numero di

quelle con Centro unico di prenotazione. In Toscana adesso sono 448, di cui 173 a Firenze, che sono il 73% del totale di quelle aperte. In aggiunta, adesso dobbiamo sviluppare il rapporto con le Poste chiuso da poco a Roma».

Nella ricerca del Sant'Anna affrontano anche le liste d'attesa. Perché ci sono aziende dove i tempi sono lunghissimi?

«In questo settore lavoriamo continuamente e in realtà, anche se forse i cittadini non lo percepiscono, i tempi sono in diminuzione. Per le visite specialistiche la questione è organizzativa, va migliorato questo aspetto per ridurre i tempi. Per quanto riguarda la diagnostica pesante, un tempo c'era carenza di apparecchiature ma ora siamo a posto. Il tema oggi è quello dell'appropriatezza. Abbiamo fatto riunire i radiologi per estendere a tutta la Toscana delle linee guida per evitare richieste di esami inutili da parte dei medici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Provincia Varese

19-OTT-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Diego Minonzio

da pag. 28

[CASTELLANZA]

Tutti in coda allo sportello Asl «L'attesa media è di quattro ore»

L'exasperazione della gente: «Un disastro». Entro novembre nuove assunzioni



VIA ROMA La sede Asl VaresePRESS

CASTELLANZA Code, code, sempre code. All'Asl di Castellanza quello che trovano gli utenti sono lunghe ore di attesa prima di riuscire ad espletare le proprie pratiche.

Il distretto di Castellanza, lo si ricorda, comprende anche i Comuni di Olgiate e Solbiate Olona, Gorla Maggiore e Gorla Minore, Marnate e Fagnano Olona, per cui allo sportello di via Roma 44 possono rivolgersi non solo i castellanzesi, ma anche coloro che vivono in uno degli altri paesi della Valle Olona.

«E' un disastro - si sfoga **Odi-
lia Fusé**, di Gorla Maggiore, mentre aspetta che il suo numero venga chiamato - è la quarta volta che vengo allo sportello e non riesco mai a fare quello che devo. L'ultima volta, per esempio, mi hanno detto che mi mancava un documento: sono quindi tornata dal mio medico per farmelo dare, ma quest'ultimo mi ha risposto che non serve. Insomma - si lamenta - le informazioni sono molto scarse».

«A volte - aggiunge un'altra utente dell'Asl che attende il suo turno - c'è così tanta gente

che alcune persone devono rimanere in coda fuori dalla porta. Io ad esempio - precisa - è ben la settima volta che vengo allo sportello, devo chiedere l'esenzione del ticket sanitario».

E' andata relativamente meglio, per il momento, alla marnatese **Lorella Vimercati**: «È solo

la seconda volta - dice - che mi rivolgo all'azienda sanitaria locale, ma anch'io ho sempre trovato una lunghissima fila».

Stufo delle lunghe attese è anche **Idris Yousif**, di Gorla Maggiore. «L'ufficio - sostiene - è sempre affollato e negli ultimi tempi la situazione non è cambiata. In media l'attesa è di quattro ore. Penso che dovrebbero aumentare il personale, inserire una persona in più che aiuti a sbrigare le pratiche».

Negli ultimi mesi un problema generalizzato, che non ha riguardato solo l'Asl di Castellanza, è stato quello relativo alle numerose richieste di esenzione del ticket sanitario che hanno causato il formarsi di lunghe code agli sportelli.

Ma a Castellanza quello delle prolungate attese non è un punto critico nuovo.

«Il problema - dichiara il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale della Provincia di Varese, **Pierluigi Zeli** - è un po' cronico. Avevamo già messo nel nostro piano assunzioni due impiegati da destinare l'uno al distretto di Busto Arsizio e l'altro a Castellanza. Al massimo entro novembre - assicura - gli amministrativi verranno assunti e il problema sarà risolto, al di là delle code fisiologiche. Purtroppo - precisa Zeli - non abbiamo potuto assumere prima tali persone perché prima bisogna espletare una serie di atti burocratici».

Mariagiulia Porrello



Sanità, il Pd attacca sui conti 2010: non ci sono risparmi

Illustrato il rendiconto generale della Regione
In Commissione Kosic non risponde alle richieste

UDINE

La giornata comincia con l'assessore alle Finanze Sandra Savino che snocciola numeri e risultati illustrando il rendiconto 2010 della Regione. E finisce sotto il fuoco di fila di domande del Pd all'assessore alla Salute Vladimir Kosic. Che non risponde alle richieste dei consiglieri e diventa il soggetto del nuovo attacco democratico.

Tocca a Savino spiegare come la gestione abbia risentito pesantemente della crisi economica, con una riduzione dell'ammontare complessivo delle autorizzazioni di spesa di quasi 700 milioni rispetto al 2009. L'avanzo effettivo del 2009 è stato superiore al previsto consentendo di utilizzare ulteriori 140 milioni nel 2010 (anche se per la maggior parte con vincolo di destinazione). Ma l'anno scorso ci sono anche state maggiori risorse dallo Stato per oltre 100 milioni. L'avanzo di amministrazione 2010 ammonta a 1.292 milioni, mentre l'indebitamento effettivo - cosiddetto stock di debito, cioè la reale esposizione nei confronti del mercato finanziario - della Regione è di 1.208,59 milioni, in diminuzione dell'11,7% rispetto al 2009.

Il capogruppo in Consiglio del Pd, Gianfranco Moretton, ha puntato l'attenzione sul patto di stabilità con lo Stato, sulla riduzione dell'indebitamento, sul rientro dell'Ici dallo Stato ai Comuni, sulla velocità di pagamento alle imprese

da parte di Mediocredito Fvg, sul recupero dei residui e sui fondi dallo Stato non ancora utilizzati, come i 22,5 per le casse di espansione sul Tagliamento. Ma è sulla sanità che il Pd si scatena. In commissione le prime domande partono da Annamaria Menosso, cui Kosic non risponde. «L'assessore - sostiene la democratica - ha ritenuto di poter andarsene dalla Commissione lasciando ai funzionari il compito di fornire risposte che nei fatti non erano meramente tecniche, ma politiche. Si trattava di presenziare al dibattito sul rendiconto generale della Regione, non di essere presenti all'illustrazione delle leggi cui il centro-destra ci ha abituato. E comunque - conclude Menosso - dall'analisi della Corte dei Conti emerge che i risparmi (che comunque sarebbero meramente contabili e non di efficacia) della pseudo riforma della governance del sistema sanitario regionale, che ha voluto cancellare l'Agenzia regionale della sanità e annullare il Centro servizi condivisi, di fatto non ci sono. I dipendenti dell'Agenzia sono stati riassorbiti dalle diverse Aziende sanitarie o dalla Regione e il loro costo emerge in bella evidenza nell'analisi della Corte dei Conti sotto la voce «spese sovraindennizzate».

Duro anche Sergio Lupieri. Che ha incalzato l'assessore sullo stato dell'arte degli studi di fattibilità per la creazione di punti nascita regionali, del si-

stema dell'emergenza 118, dei piccoli ospedali. «Tutte domande - riferisce Lupieri - su cui tutto tace senza risposte da parte dell'assessore. Come senza risposte è la distribuzione diretta dei farmaci attraverso le strutture pubbliche o quella per conto attraverso le farmacie». Il consigliere del Pd ha anche imputato a Kosic di aver annullato Ceformed, privando così i medici della regione dei crediti Ecm necessari per poter svolgere la loro attività professionale. E ancora. «L'edilizia ospedaliera risulta di fatto bloccata definitivamente, per cui la giunta di Renzo Tondo - sostiene il consigliere del Pd - è colpevole di aver affossato un progetto di project financing che ha dato ottimi risultati in Italia nella costruzione di molti ospedali, come ricordato ieri da Unicef nel convegno organizzato da Confindustria». Per Lupieri, quindi, la sintesi è una sola. «Dal rendiconto generale del 2010 emerge come la sanità della Regione sia caratterizzata da spot, politica degli annunci, intenzioni varie, senza che poi alla fine si realizzi nulla di positivo per il benessere dei cittadini», conclude Lupieri.

Il rendiconto, accompagnato dalla dichiarazione di affidabilità (Das) redatta dalla Corte dei Conti, tornerà in Commissione, presieduta da Gaetano Valentini (Pdl), oggi per l'approvazione definitiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SCATTANO IL 1° NOVEMBRE La Asl3: «Nessuna deroga. Per qualche giorno si possono dare i 2 euro...»

Ticket: certificati in ritardo? Pagano i cittadini

L'annuncio ad agosto, ma le lettere per l'autocertificazione sono state inviate solo il 14 ottobre

VACCINAZIONI Ecco dove fare l'antinfluenzale

Certificati in ritardo ma la Asl3 consiglia: «Aspettate ancora»

Le nuove procedure per l'esenzione sui ticket sanitari scattano il 1° novembre, senza deroghe

Monica Bottino

■ Ticket sanitari: i certificati di esenzione sono ancora in alto mare. Nonostante il provvedimento sia stato deciso alla metà di agosto, sono ancora moltissimi i genovesi che pur avendone diritto non hanno ricevuto a casa il certificato Asl: le lettere della Asl3 sono state spedite il 14 ottobre scorso. Così, per evitare le code agli sportelli per l'autocertificazione, la Asl3 ieri ha diramato un nuovo comunicato per chiedere ai genovesi di aspettare le comunicazioni e non cercare il fai da te, congestionando gli uffici. Secondo la stima dell'azienda sanitaria, infatti, «il 90 per cento di chi si è presentato agli sportelli riceverà il certificato di esenzione direttamente a casa propria nei prossimi giorni ed è dunque assolutamente inutile che ad oggi si presenti agli sportelli». E aggiunge che «se il certificato (...)

(...) non verrà recapitato nell'arco di due settimane, allora sarà necessario appurare perché presen-

tandosi fisicamente agli sportelli, oppure telefonando». E se nemmeno allora arriverà dicono alla Asl3 «beh... per la ricetta si potranno pure pagare due euro per una volta...». Si fa presto quindi a fare i conti: se oggi è il 20 di ottobre e la nuova procedura per i certificati entra in vigore il 1° novembre, quindi tra undici giorni, c'è il rischio che i cittadini arrivino al primo del mese senza avere i documenti in regola. Come fare? La Asl spiega che «eventuali ritardi nell'invio dei certificati, che esula dalle competenze di questa Azienda, sono probabilmente dovuti al massiccio numero di spedizioni da effettuare: 126.000, indicate dal Ministero delle Finanze, oltre ad ulteriori 95.000, presenti nell'anagrafe Asl, che saranno recapitati su tutto il territorio di competenza di Asl3». Nessuna proroga, comunque, dal primo novembre si paga. Punto.

Campagna vaccinale. Parte lunedì prossimo la campagna di vaccinazione contro l'influenza stagionale promossa dalla Regione

e terminerà il 25 novembre. I vaccini sono somministrati dai medici di famiglia, presso i propri studi o a domicilio nel caso di pazienti allettati od impossibilitati a deambulare, e dalla Struttura Complessa Igiene Pubblica in ambulatori specificamente dedicati distribuiti nei 6 Distretti Socio Sanitari. Ecco gli indirizzi: Prà, Villa De Mari il lunedì (13.30-16.30); Arenzano piazza Golgi martedì (13.30-16.30); Pegli ex Martinez giovedì (13.30-16.30); Cogoleto in via Isnardi nei giorni 8 e 22 novembre dalle 9 alle 12, a Fiumara in via Operai dal lunedì al venerdì (13.30-16.30); Sestri in via Soliman lunedì e giovedì (13.30-16.30); Bolzaneto via Bonghi (lunedì, mercoledì e giovedì 13.30-16.30); Genova via XII Ottobre martedì (13.30-16.30); Struppa via Struppa martedì (13.30-16.30); Genova Via Archimed, (dal lunedì al giovedì 13.30-16.30), Nervi via Missolungi (lunedì e mercoledì 13.30-16.30) e Recco via S.n Francesco giovedì (13.30-16.30.)

MBott

Introdotta il primo ottobre e già tolto il pagamento della lettura dei referti

La Regione fa retromarcia e abolisce il ticket di tre euro

VENEZIA — Dopo le polemiche e l'annunciato passo indietro sulla decisione, ieri, dopo un vertice con i medici, la Regione lo mette nero su bianco: via il nuovo ticket da 3 euro sulla lettura dei referti. «Va considerata il completamento della prima visita specialistica, quindi è gratis — spiega Coletto —. Un dietrofront? A me interessa solo il bene dei pazienti».

A PAGINA 3 Nicolussi Moro

Sanità Accordo tra Palazzo Balbi e i sindacati dei camici bianchi: «Soddisfatti»

Azzerato il ticket sui referti «I medici li leggano gratis»

Tolti i 3 euro appena introdotti, circolare alle Usl



Un dietrofront? A me interessa solo che i pazienti non pagheranno alcun balzello. Finalmente fatta chiarezza

Luca Coletto (assessore regionale alla Sanità)

VENEZIA — Azzerato. La Regione cancella il ticket di 3 euro sulla lettura dei referti che aveva introdotto lo scorso primo ottobre con il nuovo nomenclatore. Dopo una settimana di passione, proteste di medici, pazienti e partiti di opposizione, ieri l'assessore alla Sanità Luca Coletto ha scritto la parola fine alla vicenda dopo un incontro a Palazzo Balbi con i sindacati dei camici bianchi. Ovvero Anaao (ospedaliери), Anpo (primari), Cgil Medici, Cisl Medici, FVM, Fassid, Fesmed (dottori del pubblico), Cuspe (specialistica convenzionata), Aris (ospedali religiosi parificati), Aiop (cliniche convenzionate), Anisap (ambulatori accreditati) e Confindustria. Le parti hanno concordato un documento tecnico articolato in due punti. Primo: la semplice lettura dei referti va considerata all'interno della

prima visita e quindi lo specialista la effettuerà senza oneri tariffari a carico del Servizio sanitario regionale, che a sua volta non imporrà alcun ticket all'utente; secondo: saranno definite le situazioni cliniche che comporteranno la compilazione della «relazione di epicrisi» (nella quale lo specialista indica al medico curante del paziente esami, terapie ed esiti e fornisce indicazioni sui trattamenti da adottare), e quando potrà essere assimilata alla visita di controllo. E quindi comporterà per il malato il versamento di 13 euro.

«L'obiettivo è di uniformare i comportamenti dei camici bianchi in tutte le aziende sanitarie e nei centri privati accreditati — spiega Coletto —. Il caso del balzello guarda-esami da problema è diventato un'opportunità, quella di fare

chiarezza su una zona d'ombra. Finora infatti in Veneto erano stati adottati comportamenti diversi: alcuni erogatori garantivano la lettura degli esami gratuitamente, altri la assimilavano alla visita di controllo, esigendo i 13 euro. Oggi manderemo una circolare esplicativa a Usl e convenzionati, specificando che tale prestazione va ricompresa nella prima visita e quindi è a costo zero. Un dietrofront della Regione? A me interessa solo il risultato finale e cioè che i pa-



Lettori: n.d.

Corriere del Veneto

20-OTT-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Alessandro Russello

da pag. 1

zienti non pagheranno i 3 euro. Dopo tanti anni abbiamo rimesso mano al nomenclatore — aggiunge l'assessore — qualche intoppo è comprensibile, l'importante è averlo superato». Tecnicamente, spiega il segretario della Sanità Domenico Mantoan, nel tariffario regionale resta la voce «visita a completamento della prima», ma nella colonna «tariffa vigente ai fini del ticket» la somma di 3 euro viene cambiata in 0 euro. La prestazione sarà infatti considerata interna ai percorsi di Day-service (ambulatorio).

«La Regione ha fatto marcia indietro e così siamo riusciti a fare chiarezza — dice Ivana Fogo, di Cgil medici — l'importante è che, tutti insieme, siamo riusciti a levare un'ennesima tassa dalle spalle dei cittadini». «Ci siamo lasciati con l'impegno di attivare tavoli di confronto, composti da medici e tecnici della Regione, utili alla compilazione del documento tecnico che individuerà in maniera omogenea per tutto il Veneto i casi richiedenti la relazione di epicrisi — precisa Salvatore Calabrese, segretario regionale dell'Anaa —. Esprimiamo soddisfazione per l'impegno dimostrato da Coletto e Mantoan nella ricerca di una

soluzione concordata e per l'avvio di un'operazione di chiarezza che porterà alla necessaria uniformità di comportamento in tutte le aziende pubbliche e nel privato convenzionato».

Senza accenti la reazione dell'Anisap. «I nostri ambulatori non hanno mai fatto pagare la lettura dei referti — riferisce il direttore, Giampaolo Fagan — è stata sempre considerata una prestazione a completamento della prima visita. Di conseguenza per noi non cambia nulla. E' vero, il problema è stato inquadrato e questo è positivo, ma noi non ne eravamo toccati».

Chiude il sipario Antonino Pipitone, consigliere regionale dell'Idv e medico, il primo a denunciare il nuovo balzello: «Bene la disponibilità dell'assessore Coletto a fare marcia indietro, purché non giochi allo scaricabarile con i camici bianchi. Gli specialisti sono pagati per leggere gratuitamente i referti, è nei loro compiti da sempre, perciò non sono loro a imporre i ticket, tanto meno se incomprensibili, inutili e vessatori come quello di 3 euro. E' la politica a metterli, quindi è la politica che deve prendersi la responsabilità di scelte infelici e azzardate».

Michela Nicolussi Moro



Annulato

Tolto dalla Regione il ticket di 3 euro sulla lettura dei referti che il nomenclatore aveva introdotto il primo ottobre sotto la voce «visita a completamento della prima»

Il Veneto riorganizza l'assistenza di base per renderla operativa tutti i giorni 24 ore su 24

Medici di base associati, cure migliori

Coletto: «Anche così portiamo la Sanità sul territorio, più vicina alla gente»

«Alleggeriremo la pressione dei codici bianchi impropri sul pronto soccorso e avremo sotto casa tutti i servizi che non riguardano gli ospedali»

VENEXIA - Con una delibera approvata su proposta dell'assessore alla Sanità **Luca Coletto**, la Giunta regionale ha dato il via ad un'articolata riorganizzazione della medicina territoriale che, una volta a regime, potrà garantire al cittadino un'assistenza sul territorio (medici di base, guardie mediche, distretti) organizzata in rete e operativa 24 ore su 24. Il fulcro della nuova organizzazione sono le "medicine di gruppo integrate", forme associative di medici di medicina generale che garantiranno la disponibilità per i cittadini 24 ore su 24 sette giorni su sette, ovviamente operando in rete ed in sinergia con le guardie mediche.

«È un'operazione - sottolinea con soddisfazione Coletto - che risponde appieno ad uno dei cardini fondamentali del nuovo piano socio sanitario regionale: rafforzare la medicina sul territorio, spostare dall'ospedale al territorio tutti i servizi non prettamente ospedalieri, alleggerire la pressione dei codici bianchi impropri sul pronto soccorso, portare insomma la sanità più vicina al cittadino, che possa così trovare vicino a casa tutti quei servizi che non riguardano le acuzie, per le quali ci sono gli ospedali».

«Abbiamo sempre soste-

nuto - aggiunge Coletto - che i medici di medicina generale sono uno snodo fondamentale del nostro sistema sanitario; ebbene, con questa riorganizzazione, anche la loro figura e le loro professionalità verranno fortemente valorizzate».

L'operazione sarà finanziata con 20,7 milioni di euro, dei quali quasi 6,9 milioni già per il 2012, 13,8 milioni per il 2013, per arrivare così ad aver investito l'intero stanziamento già nel 2014, quando l'intera riorganizzazione entrerà completamente a regime. Una specifica commissione tecnica verificherà in corso d'opera la concreta realizzazione di quanto previsto, alla luce della quale scatteranno i finanziamenti previsti. Lo sviluppo, l'operatività e la messa in rete delle medicine di gruppo saranno supportati da Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft), con compiti di coordinamento tra gli studi medici in esse presenti. Le Aft saranno istituite dalle Uilss sulla base di criteri che prevedono una popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti e comunque un numero di medici di norma non inferiore a 15/20, organizzati in team. Si prevede l'attivazione di 3 Aft per ciascuno dei 53 distretti attualmente presenti, per un totale di 159. Coletto ha posto l'accento anche sulla spiccata impronta socio-sanitaria della nuova organizzazione: «le medicine di gruppo integrate infatti - sottolinea l'assessore - saranno supportate anche dalla presenza di figure professionali importanti come gli infermieri e gli assistenti sociali».



► Regione. 9 ◀

Tetti di spesa, più fondi agli oncologici

Ripristino del limite del 10 per cento all'incremento della produzione a carico del Servizio sanitario regionale da parte delle singole strutture ma nei limiti assegnati a ciascuna branca specialistica (radiologia, laboratorio di analisi, medicina nucleare ecc). Stessa deroga, nei limiti del 10 per cento per l'incremento del valore medio delle prestazioni erogate in convenzione con il Servizio sanitario regionale. E ancora il ripristino del protocollo d'intesa tra le associazioni di categoria e le Asl propedeutico per la semplificazione delle procedure per la stipula dei contratti integrativi nel caso via sia la necessità di superare il budget assegnato alla branca di radioterapia o di dialisi. Sono queste le novità che emergono dal tavolo tecnico tra la struttura commissariale per la sanità e le associazioni di categoria delle imprese del settore. Le parti, inoltre, hanno stabilito di approfondire, per l'anno 2012, l'eventuale introduzione di un tetto di spesa unico regionale per branca specialistica e su proposta di FederLab e di Aisa (Associazione italiana specialistica ambulatoriale) stabilito l'eventuale utilizzo di parte dei risparmi dovuti alle quote ricetta per il finanziamento delle prestazioni oncologiche che all'esaurimento del budget finirebbero per alimentare il flusso dei viaggi della speranza con un ulteriore aggravio di spesa a monte del riparto del

Fondo sanitario nazionale per la Campania in sede di compensazione interregionale. In allegato in anteprima il verbale dell'incontro.

LE LINEE GUIDA

Intanto il sub commissario **Mario Morlacco**, in una circolare inviata a tutte le Asl precisa che scadono il 30 ottobre e il 30 novembre i termini temporali entro i quali le singole strutture devono essere informate sui dati di spesa rilevati dai Tavoli tecnici.

I CONTRATTI

I contratti con le strutture private, stipulati in base ai decreti commissariali n. 24 del 5 aprile 2011 e n. 33 del 27 maggio scorso per regolare il tetto di spesa 2011 (rispettivamente, della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza termale), stabiliscono che la Asl debba comunicare a ciascun centro privato, con raccomandata o a mezzo Posta elettronica certificata, la percentuale di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti e la data prevedibile di raggiungimento del 100 per cento di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi), nonché la data consuntiva di raggiungimento del limite.

Et. Mau.