

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 20.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Patto salute: prossimo incontro il 27 dicembre

Nuovo round a stretto giro tra Regioni e ministero della Salute per il rinnovo del Patto per la salute. Sarebbe prevista il 27 dicembre (anche se manca ancora la convocazione ufficiale) la prossima riunione per approfondire i temi condivisi al primo incontro del tavolo avvenuto lo scorso 15 dicembre. Tra i nodi, oltre alla rimodulazione dei ticket e i nuovi Lea, anche il blocco del turn-over, che scatta in automatico per le Regioni in piano di rientro, già giudicato «insostenibile» dai rappresentanti delle autonomie. Intanto oggi, a margine di un convegno della Anaa alle Molinette di Torino, il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ha confermato che il confronto sui ticket avrà «tempi contenuti». «Abbiamo avviato il tavolo di confronto con le Regioni sul Patto per la salute e quindi ci confronteremo già a partire dalla prossima settimana. Essendo un tavolo di confronto con le Regioni - ha precisato Balduzzi - i tempi si decidono insieme, non è uno dei due partecipanti al tavolo che può deciderli». «L'orientamento che ho proposto alla Conferenza delle Regioni alle delegazioni regionali - ha aggiunto il ministro - è di darci tempi piuttosto contenuti. Il termine massimo è il 30 aprile, noi vorremmo possibilmente anticiparlo». Il ministro punta poi a fare dei Lea «uno dei punti essenziali per riuscire a capire come far quadrare un difficile cerchio: in un momento di risorse più limitate, non abbassare il livello di qualità dell'assistenza sanitaria e non deprimere il Servizio sanitario nazionale, uno degli orgogli del Paese». Balduzzi ha anche aggiunto che non si può escludere un blocco del turnover per il personale sanitario. Il ministro ventila tale ipotesi, precisando però che «scelte più specifiche dipenderanno da ciò che succede nelle prossime settimane» e che «non è una decisione che possiamo predefinire». Ma tanto basta per accendere la polemica, con la Cgil-Medici che attacca definendo una scelta di questo tipo «sbagliata» e «irresponsabile», e con il sindacato dei medici ospedalieri, Anaa, secondo cui il sistema «rischierebbe il collasso».

Sicilia. Niente ticket per alluvionati fino al 31 dicembre 2012

Lo ha disposto con apposito decreto l'assessore per la Salute, Massimo Russo. Esenti tutti i cittadini coinvolti nelle alluvioni dello scorso 22 novembre. L'esenzione varrà anche per la quota di ticket dovuta in caso di acquisto di specialità per le quali esiste il generico.

19 DIC - Tutti i cittadini residenti nei Comuni della provincia di Messina coinvolti negli eventi calamitosi dello scorso 22 novembre saranno esentati, con decorrenza immediata e fino al 31 dicembre del 2012 dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, compresa la quota dovuta sui farmaci equivalenti. Lo ha disposto con apposito decreto l'assessore per la Salute, Massimo Russo, in considerazione delle gravi situazioni di disagio. I medici prescrittori dovranno indicare sulla ricetta la condizione di esenzione, previa presentazione della relativa certificazione rilasciata dal Comune di residenza. L'Asp di Messina avrà poi il compito di impartire apposite direttive per l'esecuzione del decreto.

Rapporto Aiop Più della metà dei pazienti non lombardi sceglie i privati

Pazienti dalle altre regioni Formigoni: ci paghi lo Stato

Il governatore: ritardi insostenibili nei rimborsi

127.000

I pazienti di altre regioni che ogni anno scelgono di farsi curare negli ospedali lombardi. Un esodo che rischia di essere bloccato dal taglio delle tariffe

770

milioni, il valore dei rimborsi dovuti alla Lombardia dalle altre Regioni per i ricoveri dei pazienti: pagamenti in cronico ritardo

52

per cento, la quota dei pazienti extra-regione che in Lombardia scelgono di farsi ricoverare in istituti privati accreditati

Il confronto sulla sanità**Roberto Formigoni**
Ci stiamo impegnando a fondo affinché la Conferenza Stato-Regioni integri il tariffario unico nazionale**Gabriele Pelissero**
È giusto che una Regione virtuosa riceva più fondi e li investa in una rete ospedaliera di eccellenza che cura tutti gli italiani

Servono soluzioni, perché da qualche tempo curare i 127 mila malati che arrivano qui dal resto d'Italia è diventato un problema di soldi: gli ospedali della Lombardia li ricoverano, ma il Pirellone deve anticipare i rimborsi per le cure prestate, con il rischio di recuperare i fondi dalle Regioni di provenienza dei pazienti solo parzialmente e dopo anni. È un sistema di pagamento che, con i cordoni della borsa che si sono stretti, non funziona più: «L'auspicio è che nel futuro lo Stato versi direttamente alla Lombardia — dice il governatore Roberto Formigoni — una parte dei fondi adesso dati alle altre Regioni per cittadini in realtà curati da noi».

Il problema si trascina dallo scorso luglio, quando il Pirellone ha deciso di tagliare i rimborsi per le cure prestate ai pazienti provenienti dal resto d'Italia, uniformandoli alle tariffe nazionali spesso più basse. Di qui l'allarme lanciato dai medici: «Così diventa economicamente insostenibile l'esecuzione di cure costo-

se come le protesi ortopediche e quelle valvolari cardiache».

In attesa che lo Stato valuti la possibilità di far confluire i soldi direttamente nelle casse lombarde, per il 2012 s'annunciano comunque correzioni al ridimensionamento delle tariffe. L'ha assicurato ieri lo stesso governatore, durante la presentazione del 9° Rapporto sul sistema sanitario stilato su dati 2010 dall'Associazione ospedalità privata lombarda (Aiop), guidata da Gabriele Pelissero. «Siamo fortemente determinati a risolvere la criticità che si è venuta a creare — sottolinea Formigoni —. Ci stiamo impegnando a fondo affinché la Conferenza Stato-Regioni integri entro il prossimo aprile il tariffario unico nazionale, soprattutto per le categorie attualmente più penalizzate».

Del resto, l'indiscusso primato italiano della Lombardia nell'attrarre pazienti da fuori non può rischiare di sgretolarsi: pena un danno d'immagine per la Regione e un tracollo finanziario per gli



Lettori: n.d.

CORRIERE DELLA SERA
Milano

20-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ferruccio de Bortoli

da pag. 5

ospedali. In termini economici i viaggi della speranza valgono 770 milioni di euro l'anno. I ricoveri extra regionali, in ripresa dopo il calo degli scorsi anni, rappresentano il 9,1% del totale (più 0,1% rispetto al 2009). Il 52% dei pazienti (66.549) sceglie di farsi curare nel privato: la percentuale è in crescita dell'1% rispetto all'anno precedente. «Nessuna Regione e nessun ospedale pubblico o privato vuole arricchirsi con l'attrattività regionale — ribadisce il presidente di Aiop Lombardia, Gabriele Pelissero —. Ma è giusto che una Regione virtuosa riceva più fondi e li investa in una rete ospedaliera di eccellenza che cura tutti gli italiani». Sullo sfondo, emerge il trend degli ultimi 15 anni: il tasso di ospedalizzazione in Lombardia si è ridotto del 30 per cento (127 ricoveri per mille abitanti contro i 177 per mille abitanti del '97).

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

MOLINETTE Il ministro al convegno Assomed **Sanità, i nuovi ticket prima del 30 aprile**

→ Il Comune di Torino guarda ad un progetto ambizioso quando pensa alla Città della Salute, ma non si accontenta di una «sola riorganizzazione edilizia ospedaliera». E a dirlo è stato ieri il sindaco Piero Fassino che ha partecipato al convegno "Piano sanitario regionale tra sostegno e innovazione" organizzato all'ospedale Molinette da Anaa Assomed-Associazione Medici dirigenti.

«Non mi accontento di una riorganizzazione edilizia ospedaliera ma di un grosso progetto - ha puntualizzato il primo cittadino. L'amministrazione comunale vuole perseguire il progetto della Città della Salute, intende aprire un confronto, ma ragioniamo anche su spazi più ampi che siano adeguati all'ambizione». Secondo Fassino infatti ragionare su spazi ampi significa evitare il rischio di saturazione di un'area che non sarebbe in grado di supportare il peso di tale progetto. «Guardiamo anche all'area Fiat Avio e l'area degli ex mercati generali che danno più respiro ad eventuali progetti futuri intorno alla Città della salute».

Due i temi caldi affrontati dal ministro della Sanità Renato Balduzzi, presente al convegno: i nuovi ticket sanitari "su misura" e la spesa sanitaria. «Saranno "tempi piuttosto contenuti" per il varo dei nuovi ticket sanitari "su misura" - ha ammesso -. L'orientamento che ho proposto alla Conferenza delle Regioni è darci dei tempi piuttosto contenuti, il

termine massimo è il 30 aprile, noi vorremmo possibilmente anticiparlo».

Sul secondo punto, l'obiettivo è gestire meglio la sanità nazionale eliminando gli sprechi per riuscire a far ripartire gli investimenti. «Le Regioni devono interagire ai tavoli romani - si è appellato il ministro -. Il problema esistente è come ricominciare a finanziare gli investimenti in sanità. Capisco che parlarne in un momento come l'attuale può sembrare un libro dei sogni, ma dovremmo riuscire a tenere sotto controllo la spesa, facendo il massimo per non avere nicchie di spreco e nicchie di non appropriatezza e riprendendo il discorso sugli investimenti che significano risparmio, anche a medio termine, e qualità».

Sul fronte del piano sanitario regionale, anche in linea con il pensiero di Anaa Assomed, secondo il sindaco mancano alcuni tasselli importanti. Non sarebbero menzionati il tema della disabilità, della salute mentale, delle dipendenze, della povertà e dell'esclusione sociale. «Come pure il tema della salute dei migranti e della medicina penitenziaria - ha aggiunto Gabriele Gallone, segretario regionale Anaa Assomed, che sul progetto della Città della Salute ha anche ammesso «Non vedrà la luce perché non ci sono risorse e il progetto è insoddisfacente. Anche i posti letto sono un problema: ne mancano 500 posti all'appello».

[l.c.]

→
E il sindaco sulla futura Città della Salute dice: «Guardiamo anche all'area degli ex mercati generali e della Fiat Avio»



Lettori: 305.000

Avenire

20-DIC-2011

Diffusione: 107.011

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

da pag. 7

BALDUZZI**«TICKET PIÙ LIEVI
PER LE FAMIGLIE E
PESINO I REDDITI»**

Fa discutere la proposta del ministro della Sanità, Renato Balduzzi, di rimodulare i ticket sanitari in base al reddito e al nucleo familiare. Il Pd teme nuovi balzelli, il Pdl è diviso. Il ministro propone dunque di «vincolare al reddito l'esenzione per patologia o per età». E di prevedere «più fasce di reddito in base al nucleo familiare, per numero di componenti o per presenza di anziani o disabili». Per Ignazio Marino, presidente pd della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario, «è un errore introdurre altri ticket. Prima si devono eliminare le spese inutili: nei 400 mila interventi programmabili l'anno c'è almeno una notte di ricovero non necessaria, che costa 1.000 euro». «Sono assolutamente d'accordo a rivedere le esenzioni – dice il governatore pdl della Campania, Stefano Caldoro – a tutela dei più deboli: paghi chi ha di più, verificando familiari e anziani a carico». Di tutt'altro parere il vicepresidente pdl alla Camera Osvaldo Napoli: «Dalla casa alla sanità, e presto scuola e Università, è un fiorire di iniziative del governo con un'impronta dichiaratamente socialista rispetto alla quale il Pdl deve alzare la vigilanza pronto a stoppare norme per noi indigeribili».



LA PROMESSA DI BALDUZZI**«Ora facciamo un Patto»***Avviato il tavolo - I governatori: sostenibilità a rischio*

Promessa mantenuta del **ministro della Salute** Balduzzi: il tavolo per mettere a punto il nuovo Patto per la salute 2013-2015 è avviato. Anche se lo sprint sperato (per una chiusura di fine anno) probabilmente non ci sarà a causa di un nodo difficile da sciogliere in questo momento: la sostenibilità economica rispetto alla necessità di mantenere prestazioni che garantiscano il livello di qualità

fin qui raggiunto dal Ssn. E molti tra i temi principali su cui i tecnici sono già al lavoro non hanno una soluzione immediata: nuovi ticket, Lea da garantire a tutti gli assistiti, edilizia sanitaria e investimenti, le liste d'attesa, farmaci e costi standard che proprio dal 2013, primo anno del nuovo Patto, faranno il loro ingresso sulla scena sanitaria.

A PAG. 4

Primo incontro Salute-Economia-Regioni per definire al più presto l'intesa 2013-2015

Il nuovo Patto scalda i motori

Il nodo è la sostenibilità finanziaria - Al lavoro sui livelli essenziali

Prima riunione per il nuovo Patto per la salute 2013-2015 la scorsa settimana tra Economia, Salute e Regioni. Che vogliono fare presto e già un altro incontro è assicurato prima della fine dell'anno, anche se le distanze su alcuni punti (finanziamenti in testa) tra Governo e Regioni e su altri (criteri di riparto dei fondi) tra le stesse Regioni rendono improbabile la definizione del testo già entro l'anno.

L'equilibrio tra sostenibilità finanziaria e qualità del sistema universalistico hanno frenato l'entusiasmo iniziale che aveva fatto sperare in una messa a punto veloce, anche prima della fine del 2011. E sul tavolo ci sono altri argomenti che hanno bisogno di un'analisi dettagliata: spesa farmaceutica, rapporto tra assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, Lea, rimodulazione dei criteri di riparto del fondo sanitario, ticket.

Su questi la salute invierà a breve un "indice" alle Regioni che farà da guida ai tecnici per la messa a punto dei documenti.

«Un'agenda di lavoro tecnico e politico impegnativo», come l'ha definita il presidente dei governatori **Vasco Errani** dopo l'incontro con il **ministro della Salute Renato Balduzzi** e il sottosegretario all'Economia **Gianfranco Polillo**, «ferma restando la verifica della coerenza finanziaria» dei capitoli stessi, perché «ribadiamo che il finanziamento per la Sanità previsto dalla manovra del precedente Governo è insufficiente».

«È stata una riunione molto costruttiva e positiva» ha affermato Balduzzi. «Abbiamo fatto una ricognizione dell'indice, ma soprattutto abbiamo condiviso la necessità di tenere strettamente legati la sostenibilità finanziaria con la qualità delle prestazioni e la

necessità di assicurare la tutela della salute nel modo più largo possibile, tenendo conto della condizione economica attuale. Abbiamo inserito nei contenuti del Patto della salute il tema dei nuovi Lea, un'acquisizione importante», ha sottolineato il ministro.

La lista è lunga: nuovi ticket, Lea da garantire agli assistiti che abbandonano così la veste del Dpcm per assumere quella dell'intesa Stato-Regioni in cui il **ministro della Salute** ha promesso di inserire al più presto le nuove 109 malattie rare già previste nei Lea approvati nel 2008 e che sono rimaste in stand by con il provvedimento. E poi investimenti, liste d'attesa che il **ministro Balduzzi** ha esplicitamente chiesto di inserire nel Patto alle Regioni, farmaci, costi standard, sono solo alcuni degli argomenti con cui Regioni e ministero avranno a che fare nelle prossime settimane. Il tutto

tenendo sempre ben presente il rapporto tra fabbisogno e finanziamenti reali, l'equilibrio da assicurare tra sostenibilità economica e qualità-quantità delle prestazioni, come ha sottolineato il ministro.

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

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sul tavolo del confronto Governo-Regioni

Finanziamento. Nel Patto vanno scritte le risorse complessive disponibili per il Ssn (comprese le somme vincolate e finalizzate) per gli anni 2013, 2014 e 2015 dopo che la manovra estiva (legge 111/2011) ha tagliato 2,5 miliardi per il 2013 e circa 5 per il 2014

Fabbisogno. È il finanziamento per l'erogazione del Lea. In questo capitolo rientrano anche i nuovi criteri di riparto che potrebbero essere lasciati invariati per il prossimo anno ma che dal 2013 dovranno fare i conti con il meccanismo dei costi standard

Livelli essenziali di assistenza. I nuovi rispetto a quelli in vigore dal 2001, sono stati approvati nel 2008, ma sono rimasti fermi nei cassetti dell'Economia. Unica anticipazione è stata lo stralcio del Drg a rischio di inappropriatazza passati dai 43 dei primi Lea agli oltre 100 dell'ultima versione. Nella bozza di Lea del 2008 era comunque già previsto un intervento su alcune tipologie di prestazioni (densitometria ossea, chirurgia refrattiva ecc.) che potrebbero subire riduzioni

Lea organizzativi. È un capitolo nuovo. I Lea normali si occupano delle prestazioni assi-

stenziali, quelli organizzativi dovrebbero occuparsi degli standard di gestione del Ssn

Ticket. Obiettivo del ministro è, a gettito invariato, mettere mano su tutte le forme attuali di copayment (e altre sono previste dal 2014 con la manovra estiva), introducendo nei meccanismi equità, omogeneità e trasparenza

Investimenti. Si tratta dell'edilizia sanitaria e dell'ammodernamento tecnologico, rimasti al palo dal punto di vista dei finanziamenti per il mancato rispetto del vecchio Patto che assegnava un miliardo in più di risorse, che di fatto molte Regioni hanno già "impegnato" con accordi di programma sottoscritti, ma fermi per mancanza di fondi

Federalismo e costi standard dal 2013. È il capitolo più delicato e riguarda i criteri di applicazione del Dlgs 68/2011 (finanziamento regionale e costi standard) per stabilire le modalità di scelta delle Regioni benchmark

Rapporto salute/economia. Si tratta di definire in modo inequivocabile se le prestazioni erogabili dal Ssn debbano essere determinate

a monte o a valle della definizione della disponibilità di risorse

Personale. In presenza del blocco del turn over si sono create negli anni carenze di organico che rischiano di vanificare il livello e la qualità dei servizi erogati. Questa voce dovrebbe essere rivista anche alla luce della revisione complessiva che le Reg. hanno chiesto da tempo per i meccanismi legati ai piani di rientro

Liste d'attesa. L'inserimento di previsioni uguali per tutti che superino anche i criteri spesso non applicati - del piano approvato nel 2010 è ritenuto prioritario dallo stesso ministro che ha esplicitamente chiesto alle Regioni di inserire la materia tra quelle "vincolate" dal Patto per la salute

Farmaci e dispositivi. La manovra estiva ha stabilito che il tetto della farmaceutica territoriale è rideterminato al 12,5% del Fsn. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in questo caso potrebbe essere proprio il Patto. Sempre dal 2013 si fissa un tetto di spesa anche per i dispositivi medici e anche in questo caso è necessaria un'intesa Stato-Regioni per individuare il risparmio da realizzare

Il caso

Il 30% delle degenze ormai è negli ospedali privati

Conti della sanità in rosso per i pazienti extra-regione

Formigoni: "Mancano 1,2 miliardi"

Record di affluenza da Piemonte ed Emilia. I ricoveri diminuiti del 18% in 13 anni

LAURA ASNAGHI

«**N**OI curiamo i pazienti che arrivano dalle altre regioni ma deve essere lo Stato a versare direttamente nelle nostre casse i fondi destinati a coprire le spese». Roberto Formigoni, il governatore della Lombardia, scende in campo per ingaggiare una nuova battaglia con il governo sul fronte della sanità. L'obiettivo è ottenere il pagamento dei rimborsi di chi sceglie di venire a farsi curare in Lombardia. «La mobilità è un diritto sacrosanto — sottolinea — ma noi non possiamo essere penalizzati perché le altre regioni non ci pagano». Per le cure riservate ai pazienti non lombardi il conto a fine anno si aggira attorno agli 800 milioni di euro. Una cifra consistente, e visto che da un anno e mezzo il Pirellone non incassa i "drg" relativi ai "pazienti extra-regione", gli arretrati ammontano a 1,2 miliardi di euro.

Formigoni ha affrontato la questione dei rimborsi ieri durante la presentazione del nono rapporto dell'Aiop, l'associazione che rappresenta la sanità privata, organizzazione che in Lombardia è guidata da Gabriele Pelissero, direttore scientifico del Policlinico San Donato. In Lombardia, il business della sanità è per il 63,6 per cento in mano agli ospedali pubblici e per il 36,4 per cento è sotto il controllo dei privati. Sommando ricoveri e day hospital, si arriva a 1 milione 735 mila prestazioni, con un 70 per cento garantito dal pubblico e l'altro 30 per cento dai privati. «Ma se si focalizza l'attenzione solo sui ricoveri, quasi 1,4 milio-

ni, notiamo un dato interessante — spiega Pelissero —: circa il 10 per cento dei casi riguardano pazienti che arrivano da fuori regione. Ed i questi 128 mila casi, il 47,7 per cento si rivolge alle strutture pubbliche mentre il 52,3 per cento preferisce i privati. Mentre nel 2009 la capacità di attrarre pazienti da altre regioni era suddivisa equamente tra pubblico e privato, nel 2010 il privato ha fatto un balzo in avanti a scapito del pubblico.

Nell'identikit dei "pazienti extra regione", in testa figurano quelli che arrivano dal Piemonte (23 mila), seguiti da quelli originari dell'Emilia Romagna (14.634). I siciliani in trasferta in Lombardia sono oltre 13 mila l'anno e i calabresi superano i 9 mila. «La Lombardia fa la sua parte nel garantire a tutti assistenza d'alto livello ma lo Stato deve garantirci il pagamento dei Drg, aggiornati ai nostri costi» ha ribadito Formigoni, ricordando che «se la sanità pubblica italiana rappresenta il 7,2 per cento del Pil, in Lombardia, regione che sconta da sempre un sottodimensionamento del finanziamento pro-capite rispetto alla media nazionale, questo valore scende addirittura al 5,4 per cento del Pil». Sul capitolo dell'appropriatezza in sanità, il governatore ha concluso ricordando «che il tasso di ospedalizzazione in Lombardia è sceso dai 176,7 casi per 1000 abitanti nel 1997 ai 127 casi per 1000 nel 2010. Un decremento di quasi il 30 per cento in 13 anni. In particolare, dal 2007 al 2010 si è registrato un calo del numero totale di ricoveri (quelli ordinari e day hospital) da 193 mila a 158 mila, pari al 18 per cento. Meno ricoveri in ospedale e più assistenza sul territorio. La sanità lombarda è virtuosa ma il ritardo nei pagamenti non è tollerabile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una sala operatoria



TAVOLO DI LAVORO ASSESSORI-SALUTE-ECONOMIA**Pronto lo "snellimento" delle verifiche sui Lea**

Non si possono accantonare adempimenti come il controllo della spesa farmaceutica, il vincolo di crescita del 2%, il contenimento della spesa 2010 per il personale e la riduzione della sua consistenza organica se la Regione ha raggiunto l'equilibrio economico. L'Economia ha detto "no" alla richiesta delle Regioni di evitare percorsi di verifica per una serie di adempimenti previsti per lo sblocco delle risorse accantonate ogni anno sul fondo sanitario.

Le richieste sul percorso di semplificazione è stato messo nero su bianco dalle Regioni e dai ministeri di Economia e Salute. Anche perché molte modifiche proposte, se accettate, hanno bisogno di un cambio nelle norme per entrare in vigore.

Il documento elaborato da Regioni e Governo prevede alcune osservazioni di carattere generale per la semplificazione degli iter di verifica (v. tabella), ma entra poi nel dettaglio dei singoli adempimenti.

E se su alcuni sembrano tutti d'accordo (obblighi informativi, posti letto, appropriatezza, conferimento dati al Sis, distribuzione diretta dei farmaci, Piano nazionale prevenzione, Pia-

no di aggiornamento del personale sanitario, implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, Lea aggiuntivi, edilizia sanitaria, accreditamento, tutela della salute e prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, Sanità penitenziaria, consumi ospedalieri dei medicinali), nel senso che vanno mantenuti così come sono, verifiche comprese, su altri - come a esempio quelli economici - la partita è aperta.

Il no alla richiesta di annullare alcuni adempimenti se la Regione ha i conti a posto, a esempio, è stato motivato dall'Economia per il fatto che gli adempimenti sono previsti da leggi nazionali e rafforzati nelle ultime manovre finanziarie e quindi non possono essere superati.

Anche sui beni e servizi le Regioni hanno chiesto di semplificare le procedure non aumentando le categorie merceologiche oggetto della rilevazione e anzi eventualmente eliminando quelle poco significative (arredi per ufficio e autoveicoli a noleggio a lungo termine). Ma anche su questo fronte l'Economia ha respinto la proposta perché «il flusso informativo delle rilevazioni deriva da due diver-

se piattaforme: Consip e Osservatorio dei contratti pubblici».

Al contrario è stata concordata una modifica normativa per eliminare l'adempimento di verifica del Patto di stabilità a livello sanitario in quanto «estraneo alla materia», così come è stata accolta la proposta di unificare la verifica del monitoraggio delle prescrizioni con i ricettari on line che fanno entrambi capo al progetto Tessera sanitaria.

Ci sono poi alcuni adempimenti "obsoleti". È il caso della previsione della predisposizione da parte delle aziende di piani sui volumi di intramoenia con particolare attenzione alle condizioni di esercizio, ai criteri che regolano l'erogazione e le priorità di accesso alle prestazioni. Le Regioni ne hanno chiesto l'abrogazione, ma la risposta dei ministri è stata chiara: la sentenza della Consulta 371/2008 ha dichiarato illegittimo l'articolo della legge 120/2007 e quindi l'adempimento «non esiste». Anche se finora aziende e Regioni avevano lavorato per rendere conto del suo rispetto.

P. D. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le semplificazioni di carattere generale

Proposta Regioni	Osservazioni Economia e Salute
Modificare la tempistica	
Definire con un congruo anticipo (e comunque prima della conclusione dell'anno da verificare) le modalità di verifica e la documentazione per il tavolo di verifica: l'eventuale modifica normativa (all'intesa 23 marzo 2005) dovrebbe prevedere come data delle indicazioni il 30 marzo dell'anno da verificare ed eventuali adempimenti aggiuntivi successivi e le relative modalità devono essere portate a conoscenza delle Regioni	La proposta non è stata accolta perché: la verifica degli adempimenti è effettuata ex post e prende in considerazione anche atti adottati nel periodo nel quale si svolge; è condivisibile un anticipo dell'emanazione del documento adempimenti; non è condivisibile illustrare parametri e soglie di valutazione non stabiliti da norme ma condivisi nei Tavoli tecnici per evitare eventuali effetti distortivi nel comportamento delle aziende sanitarie; i tempi richiesti non appaiono coerenti con i tempi di approvazione di alcuni atti fondamentali alla verifica (intesa sul riparto, mobilità)
Uniformare gli strumenti di trasmissione	
La trasmissione delle informazioni e della documentazione richiesta può avvenire con maggiore semplicità ed efficienza tramite l'utilizzo di una specifico applicativo web, analogo a quello attivato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea. In particolare sarebbe utile la disponibilità di un questionario predefinito e guidato, che consenta alle Regioni di comunicare informazioni standardizzate e di non ripetere la trasmissione della documentazione già inoltrata al Tavolo di verifica negli anni precedenti	La proposta è stata accolta e il <u>ministero della Salute</u> , nel dare piena disponibilità all'utilizzo di uno specifico applicativo web, ha specificato che le modalità di esecuzione verranno rese note nelle prossime riunioni in quanto è necessario reperire fondi ad hoc



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

20-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 4

Proposta Regioni	Osservazioni Economia e Salute
Raggruppare argomenti omogenei e tabelle	
Migliorare la lettura del Documento adempimenti raggruppando e/o unificando adempimenti sulla base di argomenti omogenei. Sarebbe inoltre utile che il Tavolo integrasse il Documento con tabelle riepilogative dei dati da utilizzare relative, in particolare, a: contributi in conto esercizio, indistinti e vincolati; comunicazioni Aifa circa il valore del pay back e calcolo dei tetti della spesa farmaceutica; saldi di mobilità	La proposta è stata accolta con la specificazione che tali modalità di verifica potranno essere risolte con il nuovo applicativo web, previsto al punto precedente
Eliminare la trasmissione dati già disponibili presso il ministero	
Il Nsis ha già a disposizione i flussi dei dati inviati dalle Regioni per una serie (almeno 7). Andrebbe verificato solo l'invio dei flussi informativi da parte della Regione e quindi i dati non dovrebbero essere ricompresi tra gli adempimenti richiesti	La proposta delle Regioni è stata accolta dai ministeri
Preventiva verifica delle criticità	
La verifica degli adempimenti regionali potrebbe essere facilitata prevedendo che il Tavolo, dopo avere effettuato un primo esame della documentazione, informa le Regioni sui punti di criticità prima degli incontri di verifica (soprattutto per adempimenti che richiedono specifiche competenze tecniche)	Sulla proposta delle Regioni l'Economia ha precisato che viene inoltrata preventiva mail con le criticità. Le Regioni hanno specificato che la richiesta è di effettuare una verifica preventiva attraverso un'istruttoria aperta e condivisa prima delle riunioni del Tavolo. La Salute svolge incontri preventivi prima della riunione del Comitato Lea

Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

IL MATTINO
NAPOLI

Dir. Resp.: Virman Cusenza

20-DIC-2011

da pag. 1

Caldoro: troppi straordinari, con le assunzioni si risparmia

Campania, cinquemila posti concorso a rate per la Sanità

Da gennaio il reclutamento dopo il via libera di Palazzo Chigi al piano presentato a settembre

Cinquemila posti di lavoro per giovani nella sanità campana: li ha chiesti il governatore Caldoro al governo. E ieri il presidente della Regione Campania ha annunciato in rete di essere «fiducioso» di ricevere una risposta positiva per la deroga chiesta a Roma. Il piano della Regione per riorganizzare i servizi in campo sanitario dovrebbe avvenire in più tappe: ottenuto il via libera dall'esecutivo, assunzione di giovani attraverso un concorso da bandire nel 2012. Sono già alcuni mesi, infatti, che si parla di sbloccare il turn over in una regione in cui il personale in uscita non viene sostituito dal 2007, e aziende sanitarie e ospedaliere hanno perso migliaia di unità. E nuove assunzioni permetterebbero di ridurre i costi, dopo i tagli effettuati. E mentre si aspetta il via libera definitivo anche da parte del governo per entrare nella fase operativa, a Palazzo Santa Lucia si lavora per recuperare risorse.

> Ausiello in Cronaca

L'assistenza, l'occupazione

Cinquemila posti nella sanità, scattano i concorsi

Il governatore Caldoro: sblocco del turn-over e assunzioni dal 2012, fiduciosi nell'ok di Monti

Il bilancio

Presentati oltre 130 correttivi: stop a concorsi, comandati e vitalizi

Gerardo Ausiello

«Abbiamo chiesto al governo una deroga, e siamo fiduciosi, per prevedere a breve un concorso per 5mila nuove assunzioni in campo sanitario». Stefano Caldoro lo annuncia parlando in diretta al popolo della rete. Nel consueto appuntamento settimanale sul web, il governatore risponde alle domande della giornalista Barbara Mustilli e svela il piano della Regione per riorganizzare i servizi in campo sanitario. Il primo passo, una volta ottenuto il via libera dall'esecutivo, sarà l'assunzione di giovani attraverso un pri-

mo concorso da bandire nel 2012. Da mesi, infatti, sull'asse Napoli-Roma si discute dello sblocco del turn over. Basti pensare che in Campania il personale in uscita non viene sostituito dal 2007: da allora aziende sanitarie e ospedaliere hanno perso migliaia di unità. Proprio per colmare i vuoti in organico oggi medici e infermieri sono costretti ad effettuare doppi e tripli turni e ciò fa lievitare notevolmente i numeri del comparto. Da qui la necessità di inserire nel sistema nuova linfa che a regime consentirebbe addirittura di ridurre i costi in quanto gli straordinari comportano una spesa maggiore degli stipendi nella misura del 30 per cento.

Proprio sulla base di questo ragionamento Caldoro, affiancato dai sub-commissari Achille Coppola e Mario Morlacco e dal consigliere per la sanità Raffaele Calabrò, ha ottenuto nei mesi scorsi una serie di risultati importanti: lo sblocco del

turn over nella misura del 10 per cento è avvenuto grazie ai risultati positivi riscontrati sul piano di rientro; poi la Finanziaria di settembre ha previsto anche per le Regioni indebitate la possibilità di effettuare nuove assunzioni purché ciò avvenga a costo zero. Ora si attende il via libera definitivo da parte dell'esecutivo Monti per proseguire lungo questo percorso ed entrare nella fase operativa che durerà fino a fine



Lettori: n.d.

**IL MATTINO
NAPOLI**

20-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Virman Cusenza

da pag. 1

legislatura. In parallelo a Palazzo Santa Lucia si lavora per recuperare risorse. In questo senso l'ex ministro socialista si dice favorevole a «rivedere i criteri per l'esenzione dal ticket sanitario. Chi ha di più deve dare di più. Ciò va fatto a tutela dei più deboli, quei cittadini che non possono pagare». Accanto alle difficoltà in alcuni comparti, comunque, Caldoro difende i risultati ottenuti sul fronte dello sviluppo: «Non possiamo che definire una vittoria la riapertura dello stabilimento Fiat di Pomigliano d'Arco. Consiglio una visita allo stabilimento per vedere come gli operai siano contenti di essere tornati a lavorare, in una fabbrica modernissima per effetto di un investimento di 700 milioni. Anche l'officina di Ntv a Nola e il rilancio del teatro San Carlo sono segnali positivi e di questo dobbiamo in parte essere grati alla giunta Bassolino». Il presidente della Regione sottolinea infine che bisognerà «continuare a fare sacrifici ma così si getteranno le basi per la crescita».

I tagli sono il leit motiv anche del bilancio che il Consiglio si appresta a discutere. Sono scaduti ieri i termini per la presentazione degli emendamenti, in tutto circa 130. Quelli maggiormente drastici sono a firma dell'ufficio di presidenza: lo slittamento dei vitalizi dei consiglieri regionali, lo stop alle assunzioni dei comandati nelle società miste, la revoca del concorso pubblico per i cittadini con licenza di scuola media inferiore. Il Pd, con il segretario della commissione Bilancio Raffaele Topo, ha invece chiesto l'accorpamento delle aziende partecipate nei comparti ambiente e trasporti; la gestione pubblica dell'acqua; l'accorpamento dei Policlinici universitari e l'erogazione dei finanziamenti in base ai risultati ottenuti. Dalla maggioranza, infine, le proposte di abolizione delle Comunità montane e di introduzione dell'esodo incentivato su cui però è già arrivato l'altolà della Corte Costituzionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le cifre

Valori in euro	
Indebitamento consolidato dal 2000 al 2005	Disavanzo 2010
4,8 miliardi	492 milioni
Indebitamento attuale dal 2006 al 2010	Disavanzo 2011 (previsione)
5 miliardi	220 milioni
Disavanzo 2009	Fondi dovuti dallo Stato alla Campania
773 milioni	2,9 miliardi
	Fondi congelati presso le Asl
	1,3 miliardi

Lettori: n.d.

LA STAMPA
TORINO

20-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Mario Calabresi

da pag. 63

CONVEGNO ALLE MOLINETTE ALLA PRESENZA DI FASSINO E DELL'ASSESSORE REGIONALE MONFERINO

Il ministro: via gli sprechi per investire sulla Sanità

Balduzzi: il Piemonte raggiungerà gli obiettivi del piano di rientro

**Il sindaco resta
perplesso
sulla separazione tra
ospedali e territorio**

**380
milioni
di euro**

**E' la somma destinata
al Piemonte ex articolo 20
per la realizzazione
della Città della Salute:
una somma che si potrebbe
perdere senza una rapida
approvazione del progetto**

MARCO ACCOSSATO

Sulla futura Città della Salute i medici torinesi non trovano nel ministro della Sanità un alleato né favorevole né contrario alla tanto discussa bozza regionale. Renato Balduzzi si dice soltanto «ottimista sull'esito del piano di rientro dei conti della Sanità varato dal Piemonte», ma non entra nel merito della rivoluzione della rete ospedaliera disegnata dall'Aress e dalla giunta Cota. Grande preoccupazione arriva invece dal sindaco Piero Fassino, che al convegno «Piano Sanitario regionale tra sostenibilità e innovazione» promosso alle Molinette dall'Anaa (l'associazione dei dirigenti medici) ribadisce i propri timori soprattutto sulla separazione tra ospedale e territorio. «La separazione crea disorientamento ed è costosa», insiste anche la professoressa Nerina Dirindin, docente di Economia Pubblica all'Università di Torino. Secondo il sindaco di Torino e l'assessore all'Assistenza Elide Tisi i programmi della Regione sottovalutano inoltre sia il tema delle malattie psichiatriche e delle dipendenze, sia la questione della salute dei migranti. Senza contare il nodo cronico delle dimissioni impossibili dagli ospedali verso strutture

per la riabilitazione e la lungodegenza: «Novemila anziani non autosufficienti sono seguiti a casa», evidenzia l'assessore Tisi.

La prima visita di Renato Balduzzi a Torino è l'occasione per sottolineare che «il ministro non farà mancare alle Regioni l'appoggio alle loro istanze». Ma «ci vuole reciproca capacità di venirci incontro». Da Balduzzi pare arrivare una sensibilità in più: il ministro garantisce più attenzione al tema della disabilità: «Il nostro Servizio Sanitario Nazionale - insiste - è in buona salute nonostante le pur giuste elencazioni delle difficoltà che però non ci devono soffocare». «In un tempo di risorse che sono già state limitate - è il messaggio - non bisogna stare in difesa, ma guardare avanti».

Evitare gli sprechi per andare avanti. E' l'obiettivo prioritario della Sanità ormai a livello nazionale: «C'è un problema generale che è quello di come ricominciare a finanziare gli investimenti in sanità - dichiara il ministro -. Capisco che parlare di finanziare investimenti in un momento come questo può sembrare un libro dei sogni, in realtà dovremmo davvero riuscire a fare due cose insieme: tenere sotto controllo la spesa e fare il massimo degli sforzi per non avere

nicchie di spreco. Nello stesso tempo occorre riprendere il discorso sugli investimenti, perché gli investimenti si traducono in qualità e, a medio termine, anche risparmio».

Sul fronte degli sprechi evitabili, «il Piemonte ha avviato una ristrutturazione in cui ci sono ancora passi da completare». Non c'è dubbio, però, che «ci vuole sui tavoli romani una grande attenzione a capire che il problema non è solo economico e contabile, ma si tratta anche di andare a vedere che cosa le singole Regioni stanno facendo nella ristrutturazione dei loro servizi». Gabriele Gallone, segretario regionale Anaa e organizzatore del convegno cui ha partecipato l'assessore alla Sanità, Paolo Monferino, ma non il presidente della Regione Cota, sottolinea proprio a questo proposito che «nei reparti ospedalieri la situazione si aggrava sempre più, e in molti il personale che vi opera è pari ai contingenti minimi previsti in caso di sciopero», mentre «non si può continuare a consentire che ci siano ospedali che non dispongono di una Tac o hanno un solo anestesista reperibile, o dove si tengono aperte strutture sanitarie che sono un inganno per il cittadino».



Lettori: n.d.

LA STAMPA
TORINO

20-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Mario Calabresi

da pag. 63



Tutto esaurito in Aula magna alle Molinette

Tutto esaurito, ieri pomeriggio nell'Aula magna delle Molinette, per la prima visita del ministro Balduzzi a Torino, durante il convegno dell'Anaa sul Piano sanitario regionale

quotidiano **sanità.it**

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Per gli italiani meglio l'ospedale pubblico. Ma per lo specialista preferiscono il privato

Questo l'esito di un'indagine dell'Osservatorio Sanità istituito da UniSalute. A livello territoriale il nord-est premia il medico di base mentre al centro si preferisce lo specialista privato. Le grandi strutture pubbliche sono più apprezzate al centro-nord mentre al sud si prediligono le cliniche private.

19 DIC - L'Osservatorio Sanità istituito da UniSalute, la compagnia del gruppo Unipol specializzata in assistenza e assicurazione sanitaria, ha affidato all'istituto Nextplora un'indagine che ha messo a confronto sanità pubblica e privata, sia sotto il profilo delle strutture che delle figure professionali. Ecco i dati che emergono dallo studio. Tra le strutture sanitarie sono quelle pubbliche a raccogliere più preferenze (76%) rispetto a quelle private mentre tra le figure mediche è lo specialista privato a vedersi riconosciuta la maggiore competenza (82%). Passando ad analizzare il grado di fiducia accordato dai cittadini i risultati restano analoghi: le strutture pubbliche raccolgono il 64% dei consensi così come gli specialisti privati si attestano all'80%

Gli altri dati: le cliniche private si attestano al 65% di gradimento, apprezzate da quasi due italiani su tre. Percentuali simili per gli specialisti che operano in strutture pubbliche, competenti per il 61% del campione.

E anche i medici che operano nel pubblico si attestano a livelli di competenza riconosciuti comunque elevati: i camici bianchi che operano nei grandi ospedali raggiungono l'81% del gradimento e i medici di famiglia il 71%.

Presenti alcune peculiarità a livello territoriale: è nel nord-est che il medico di base (77%) raccoglie i maggiori consensi. Il centro Italia invece premia lo specialista privato così come i medici dei grandi ospedali (entrambe le figure si attestano all'84%).

Passando, infine, alla valutazione delle strutture sanitarie, le regioni del centro e del nord-est apprezzano particolarmente la competenza dei grandi ospedali (rispettivamente all'80% e 79%) mentre i cittadini del sud sono quelli che attribuiscono il più alto grado di competenza alle strutture alle cliniche private (68%).

TUONDIVIDI.COM
CONDIVIDI I TUOI SITI PREFERITI

No ai ticket sui farmaci e superticket sotto i 30mila euro di reddito

Pensiamo che in Lombardia il **peso della compartecipazione sanitaria sia sbilanciato sulle fasce di reddito basse e medio basse della popolazione lombarda**. Lo sosterrà in Aula martedì e mercoledì, durante la discussione del bilancio regionale, presentando un ordine del giorno che impegna la Regione a prevedere l'esenzione dal pagamento dei ticket sui farmaci e del superticket sull'attività diagnostica ed ambulatoriale per i cittadini lombardi con un reddito familiare 2011 non superiore a 30mila euro e a introdurre criteri di progressività nella compartecipazione alla spesa sanitaria per i redditi che superano tale soglia.

Secondo il Partito Democratico la situazione di attuale crisi impone un'attenzione maggiore alle fasce di reddito più deboli che, senza l'introduzione di strumenti più equi per la compartecipazione alla spesa sanitaria, rischiano di vedere venire meno il diritto all'universalità e all'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari.

Nel bilancio 2012 i fondi destinati al finanziamento del servizio socio sanitario regionale sono **17 miliardi e 450 milioni di euro circa**, di cui 8,6 miliardi per l'assistenza distrettuale, 7,3 miliardi per l'assistenza ospedaliera, 935milioni per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro e 450milioni euro come saldo di mobilità attiva per i cittadini fuori regione. Rispetto al 2011 c'è un incremento di soli 260 mln di euro (+1,5%), di cui 50 mln di euro per il socio-sanitario.

I conti in ordine della Regione Lombardia sono sostenuti dal cospicuo contributo dei cittadini: attraverso i ticket sui farmaci (da 2 a 4 euro per ricetta), i ticket su visite ed esami (in Lombardia fino a 66 euro per prescrizione), l'addizionale regionale Irpef, che la Regione applica dal 2003. Solo la Regione Lombardia:

- fa pagare i ticket sui farmaci a chi guadagna meno di 12mila euro (solo Lombardia e Veneto non hanno esenzioni sotto i 36mila euro).
- fa crescere l'addizionale regionale Irpef all'1,3% (1,63% dal primo gennaio 2012) già a partire da redditi pari a 15.500 euro.
- (con Veneto e Marche) non esenta alcuna fascia di reddito dal superticket di 10 euro su visite ed esami, che in Lombardia è modulato per prestazione e può costare fino a 30 euro in più. La Lombardia ha anche il massimale più alto, pari a 66 euro, che è pagato anche dai redditi minori, se non esenti per patologia o per l'appartenenza ad alcune categorie specifiche.

Comunque la si giri, in Lombardia i redditi sotto i 36mila euro sono chiamati a contribuire più che nelle altre sei Regioni a statuto ordinario con conti sanitari in ordine (Tosca, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Veneto e Basilicata) e più che nelle Regioni a statuto speciale, anch'esse con i conti in ordine.

Occorre anche considerare che le entrate da ticket farmaceutici sono in crescita costante: quest'anno la Regione incasserà 235 milioni di euro, 36 milioni in più rispetto al 2010, 92 milioni in più rispetto al 2007.

La Regione Lombardia, inoltre, è l'unica ad aver rimodulato il ticket per il valore della prestazione e che quindi prestazioni come la visita specialistica e di controllo, l'elettrocardiogramma dinamico (Holter), o la mammografia bilaterale costano di più che in Emilia Romagna e in Veneto (vedi tabella allegata), per citare due casi che hanno adottato filosofie diverse nell'applicazione del superticket.

I conti

Scoppa: «Asl 1, in dodici mesi il pareggio di bilancio»

Il commissario annuncia:
sacrifici per sanare il deficit
mi dimezzo lo stipendio

**Marisa La Penna
Melina Chiapparino**

L'Asl Napoli 1 non sarà più un peso per le finanze regionali. Parola di Maurizio Scoppa, ex comandante dei carabinieri in Campania e, da quattro mesi, commissario straordinario dell'azienda sanitaria. Una Asl che, come lui stesso ammette «vedrà nel 2012 l'anno di una significativa ripresa economica». E non si tratta di «buoni propositi» ma di previsioni «incoraggiate dai risultati soddisfacenti della riorganizzazione aziendale», rendicontati durante la conferenza stampa indetta ieri per illustrare i cambiamenti in atto. Scoppa non fa passi indietro e conferma la «necessaria chiusura del pronto soccorso dell'ospedale San Gennaro, che sarà in grado di venire incontro al fabbisogno della popolazione con il presidio di primo soccorso», mentre annuncia che la prossima dismissione, quella del pronto soccorso dell'Ascalesi, sarà subordinata all'attivazione del Triage presso il Loreto Mare (i lavori sono cominciati ieri con una clausola d'urgenza che ne prevede la conclusione entro febbraio). Per «correggere le diseconomie dell'azienda» che, a settembre, prevedevano un deficit di 220 milioni entro la fine del 2012, si è proceduto ad un «significativo abbattimento del debito con convenzioni e appalti a condizioni più vantaggiose per l'azienda», manovre che consentiranno una revisione del «piano di bilancio» per il 2012, facendo ben sperare in una chiusura dei conti scevra da debite in totale pareggio. Secondo Scoppa si può confermare il «trend di progressiva riduzione del deficit tendenziale dell'Asl», recuperando almeno 30 milioni come accaduto durante lo scorso tri-



Assistenza Il Loreto Mare; sopra, il commissario Scoppa



L'accordo
Un patto
con la Sun
per superare
l'emergenza
barelle. Scatta
l'era informatica
dei servizi

mestre di commissariamento. Nei fatti queste scelte si traducono in tagli e risparmi laddove possibile: esempio eclatante è la sospensione, a tempo indeterminato, dei lavori nella chiesa della Famiglia dei Cinesi nel plesso Elena d'Aosta. Si procederà alla riorganizzazione del dipartimento ospedaliero accorpando Napoli est ed ovest e verranno modificate le piante organiche dei lavoratori con un'adeguata ricollocazione di risorse umane e strutturali. L'emergenza barelle potrà essere «arginata» dal patto tra Asl Napoli 1 e Sun che prevede, dai primi di gennaio, la disponibilità di posto letto al Policlinico. Altre intese sono in atto con l'Assofarma, per estendere alle farmacie l'erogazione di alcuni medicinali di norma distribuiti nelle farmacie ospedaliere, e con il Ceinge. In agenda l'informatizzazione e la creazione di una rete sistematica tra i vari presidi e le certificazioni necessarie ai centri convenzionati per il risanamento dei crediti nei confronti dell'Asl. A dare l'esempio su come sia possibile trasformare l'Asl, lo stesso Scoppa ha annunciato «la rinuncia al 50% del contratto economico per il 2012».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Settecento milioni per i creditori liste d'attesa lunghe cinque anni

La svolta

La Soresa sblocca le risorse
via libera al pagamento
di fornitori e centri privati

La Regione sblocca 700 milioni di euro per pagare i vecchi debiti della sanità: alcuni creditori, infatti, attendono che siano onorate le fatture emesse addirittura cinque anni fa. A coordinare le operazioni è la Soresa, presieduta da Salvatore Varriale, che ha ricevuto finora 2.693 richieste da 692 fornitori per un totale di 963 milioni di euro (ma almeno il 10 per cento delle domande potrebbe essere inammissibile per motivi tecnico-burocratici). Gli uffici della società di Palazzo Santa Lucia hanno lavorato senza sosta per espletare il maggior numero possibile di pratiche da inviare alle aziende sanitarie e ospedaliere: il bilancio, tracciato nelle ultime ore, è di 2.562 posizioni per una cifra complessiva di 871 milioni, ovvero oltre il 90 per cento del-

le istanze presentate da fornitori e centri privati. A fronte dell'enorme mole di fatture da soddisfare, Asl e aziende ospedaliere hanno però finora avviato solo un terzo dei procedimenti dando il via libera all'erogazione di 163 milioni. Il tempo stringe e occorre spingere sull'acceleratore.

Da qui l'appello del presidente della Soresa: «È necessario accelerare al massimo l'iter burocratico di rilascio delle certificazioni - sottolinea Varriale - per fare in modo che fornitori e centri privati possano recuperare risorse importanti senza le quali rischiano di non poter andare avanti con le loro attività». L'operazione è stata possibile grazie a un accordo siglato con un gruppo di istituti di credito, che si sono impegnati ad anticipare le somme dovute; tali risorse verranno poi restituite alle banche dalla Regione attraverso un piano di rientro che prevede interessi agevolati ed appare quindi sostenibile agli esperti di Palazzo Santa Lucia. Una volta ricevuta la certificazione dalle Asl o dalle aziende ospe-



“
La decisione
 Il presidente
 Varriale
 «Procedure
 più snelle
 Già definite
 circa tremila
 pratiche pendenti»

daliere, i creditori possono recarsi presso gli istituti di credito convenzionati e richiedere la somma dovuta. Da quel momento e fino al terzo mese la banca riconosce esclusivamente la quota di interessi; dal quarto mese in poi vengono corrisposti gli interessi e la rata programmata; all'undicesimo mese viene infine consegnata la restante parte del credito, pari al 50 per cento.

Una procedura, questa, disciplinata dal decreto 12 firmato nei mesi scorsi dal governatore-commissario Stefano Caldoro, il cui obiettivo è azzerare l'indebitamento pregresso della sanità fornendo una risposta alle sollecitazioni che vengono dal territorio. Lo stanziamento di 700 milioni va di pari passo con l'erogazione di altri 330 milioni, annunciata nei giorni scorsi, con i quali si dovranno pagare le fatture per l'anno in corso. «Con questo doppio binario - aggiunge Varriale - si sta fornendo una risposta concreta ai creditori che chiedono legittimamente il corrispettivo per le prestazioni garantite e che stanno soffrendo proprio a causa dei ritardi nei pagamenti da parte delle pubbliche amministrazioni. Se, com'è probabile, il meccanismo dovesse funzionare, allora verrà replicato anche nel 2012».

ger.aus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Balduzzi: non abbassare livello qualità assistenza sanitaria

I futuri ticket saranno proporzionati ai redditi delle famiglie. Lo ribadisce il ministro della Salute, Renato Balduzzi, in una intervista al quotidiano "La Stampa".

"Se le ombre della recessione fossero confermate – spiega Balduzzi - dovremo rivedere anche l'impianto del Sistema Sanitario Nazionale che, a condizioni economiche costanti però, può e deve essere preservato", "la posizione per ora concordata al tavolo con le Regioni e' che questo e' un modello equo e sostenibile, a patto che venga rispettato il criterio dell'appropriatezza delle prestazioni, perchè non tutto quello che è disponibile è sempre utile".

Per Balduzzi un nuovo sistema di ticket sulle prestazioni inappropriate "e' al centro del nuovo patto per la salute".

"Ma la rimodulazione dei ticket deve avvenire sulla base di tre criteri: equità, trasparenza e omogeneità, considerazione della composizione del nucleo familiare". In vista anche un nuovo sistema di esenzioni "basato su quei tre criteri. Non e' detto ad esempio - spiega il ministro - che l'esenzione per patologia debba essere svincolata dal reddito. Stessa cosa per le esenzioni in base all'età".

E per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza "l'ultima versione e' composta da circa seimila prestazioni - spiega Balduzzi - . Applicando il criterio dell'appropriatezza e con un lavoro di cesello facciamo uscire quelle ormai obsolete, ma entrano nuove cure per le malattie rare, la tutela della disabilità e l'epidurale, che serve anche a contrastare l'inappropriatezza di molti parti cesarei".

In tal senso Balduzzi ha poi dichiarato: "L'intendimento del Governo, ma anche questo entrerà nel patto per la salute, è quello di fare dei Lea uno dei punti essenziali per riuscire a capire come quadrare un difficile cerchio: in un momento di risorse più limitate, non abbassare il livello di qualità dell'assistenza sanitaria e non deprimere il Servizio sanitario nazionale, uno degli orgogli del Paese".