

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



## Rassegna Stampa del 21.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

# Sanità

21 settembre 2011 - ore 6,33

## Premi e sanzioni: il Dlgs pubblicato in Gazzetta

L'ottavo e ultimo Dlgs che completa il cantiere del federalismo fiscale è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 219 del 20 settembre 2011: è il decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149 «Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articoli 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42».

Dal 5 ottobre, data di entrata in vigore della norma, in caso di grave dissesto finanziario il governatore-commissario sarà rimosso «per responsabilità politica» e per 10 anni non sarà candidabile a tutte le cariche pubbliche elettive. La decadenza automatica scatterà anche, per accertate responsabilità, nei confronti di direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie e dei responsabili degli assessorati competenti. E anche loro potranno essere interdetti da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici per un periodo di tempo di dieci anni.

Stessa sorte per sindaci e presidenti di provincia condannati per dissesto già in primo grado dalla Corte dei conti. Ma anche gli stessi ministri potranno essere sfiduciati dalla Camera di appartenenza se non rispetteranno fabbisogni e costi standard, e forse anche loro potranno essere "giudicati" incompatibili a tutte le cariche pubbliche per dieci anni.

Il "licenziamento" scatterà in tre casi: se il governatore-commissario non redige o non applica il piano di rientro dal debito; se alla verifica annuale il piano non raggiunge gli obiettivi o addirittura peggiora la situazione; se per due anni di seguito vengono applicate le super addizionali Irpef e Irap per insuccesso dell'azione di risanamento. Se si verifica il «dissesto» la decadenza automatica scatterà anche per i direttori generali e, «previa verifica delle rispettive responsabilità del dissesto», anche per i direttori amministrativi e sanitari degli enti del Ssn. Oltre che del «dirigente responsabile dell'assessorato regionale competente, nonché dei componenti del collegio dei revisori di conti». Punizione, questa, a cui sarà aggiunta anche l'«interdizione da qualsiasi carica in enti vigilati o partecipati da enti pubblici per un periodo di tempo di dieci anni». Confermate anche le sanzioni per chi non avrà rispettato il patto di stabilità a partire dal 2010 con uno sconto: il taglio al fondo di riequilibrio sarà sempre misurato sull'entità dello sfioramento degli obiettivi, ma non potrà in nessun caso superare il 5% delle entrate correnti registrate nell'ultimo consuntivo. Via libera, infine, al nuovo tentativo di risolvere il nodo dei pagamenti incagliati alle imprese fornitrici: sarà un tavolo tecnico fra Governo ed enti a dover trovare soluzioni spingendo sulle compensazioni del patto a livello regionale e sulla certificazione dei crediti.

Sul fronte dei premi previsti fondi in più alle Regioni che avranno registrato «un rapporto uguale o inferiore alla media nazionale fra spesa di personale e spesa corrente al netto delle spese per i ripiani dei disavanzi sanitari e del surplus di spesa rispetto agli obiettivi programmati dal patto di stabilità interno e che hanno rispettato il patto di stabilità interno». Forme premiali saranno previste infine dal 2010 anche per le Regioni che istituiranno una centrale regionale per gli acquisti acquistano beni e servizi per volumi annuo non inferiori a quelli che saranno determinati per decreto. Ma anche a chi introdurrà misure idonee a garantire l'equilibrio di bilancio di ospedali e aziende ospedaliere nel rispetto dei Drg.

FederLab Italia



## **Al palo i pagamenti alle imprese: cabina di regia per sbloccare le risorse**

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 20 SETTEMBRE 2011

Una cabina di regia per verificare lo stato dei crediti delle imprese campane nei confronti della Regione è a risposta che la giunta di Palazzo Santa Lucia offre al mondo produttivo per accelerare i pagamenti. All'interno dell'organismo sarà costituito un gruppo di lavoro coordinato dall'assessore al Bilancio, Gaetano Giancane, al quale verrà affidato il compito di verificare le situazioni critiche settore per settore e individuare gli strumenti più efficaci per garantire la liquidità alle aziende creditrici. Il piano dei pagamenti deve tenere conto della disponibilità finanziaria dell'ente Regione Campania e dei limiti imposti dal patto di stabilità interno. Tra le misure da adottare viene esplicitamente ammessa la cessione del credito pro soluto da parte delle imprese per ottenere un recupero rapido delle spettanze.



## **Sanità, Piano di rientro: Caldoro a Roma**

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 20 SETTEMBRE 2011

Il presidente della Regione Stefano Caldoro è stamani a Roma, presso il dicastero dell'Economia, per una serie di incontri tecnici incentrati sulla verifica trimestrale dei conti e della programmazione nell'ambito dei controlli previsti dal Piano di rientro dal deficit sanitario. Caldoro è accompagnato dai funzionari tecnici dell'assessorato alla Sanità e dai dirigenti dell'Arsan (agenzia regionale sanitaria). L'incontro dovrebbe servire a definire, inoltre, la strada che conduce al nuovo accordo di programma per l'utilizzo dei fondi residui della seconda triennalità del piano nazionale per l'edilizia sanitaria bloccato nel 2009 e nel 2010 in attesa dei piani attuativi del nuovo piano ospedaliero. Piani attuativi ormai pronti. Il nuovo accordo di programma dovrebbe recuperare circa 247 milioni di euro a valere sul vecchio programma in base alle opere considerate prioritarie per l'articolato programma di riassetto della rete degli ospedali campani basata su accorpamenti di strutture, rimodulazioni di servizi e riconversioni di presidi delle Asl.

**Sanità** L'assessore Coletto: «Meno degenze, più forti ambulatorio e territorio»

# Usl, 200 milioni da tagliare «Ridotti anche infermieri, farmaci, screening e ricoveri»

Denuncia del Pd. Le Usl: «Sui costi abbiamo già dato»

## 31

Entro il 31 dicembre le 24 aziende sanitarie devono rientrare di circa 200 milioni, come indicato dalla Regione

## 26

Per ora lo scostamento più rilevante tra soglia indicata e stato dell'arte sono i 26 milioni dell'Usl 6 di Vicenza

VENEZIA — Chiuso il bilancio 2010 con un attivo di 12,5 milioni, per la sanità veneta si riaprono i giochi. Entro il 31 dicembre le 24 aziende devono rientrare di circa 200 milioni (sono 175,3 senza l'Istituto oncologico, le Usl di Pieve di Soligo e San Donà, i cui dati sono in elaborazione), per rispettare i tetti di spesa imposti a luglio dalla Regione. «Vincoli insuperabili e strumento per il conseguimento dell'equilibrio di bilancio», li definisce l'assessore alla Sanità Luca Coletto, capaci però di mettere a dura prova i direttori generali, in questi giorni a colloquio con il segretario di settore Domenico Mantoan. Ogni manager presenta il proprio «sforamento» e il dirigente indica le voci da «limare». «Il problema è che ormai hanno raschiato il fondo del barile — denuncia Claudio Sinigaglia (Pd), vicepresidente della commissione Sanità — e quindi, nonostante il governatore Luca Zaia continui a dire il contrario, sono costretti a tagliare anche i livelli essenziali di assistenza. Parlo di ricoveri, inserimenti nelle comunità terapeutiche, screening, visite specialistiche, farmaci, infermieri. I dg devono adeguarsi ai diktat economici e non ai bisogni di salute».

In effetti, sia pur in termini più felpati, i manager ammettono un «maggior rigore nella ricerca dell'appropriatezza». «S'impone un piano di revisione regionale — spiega Claudio Dario, a capo dell'Usl 9 di Treviso — per raggiungere l'equilibrio di bilancio non si può intervenire solo sul sistema. A Treviso stiamo riflettendo sulle prestazioni di Riabilitazione, molto numerose, a cicli e caratterizzate da una variabilità notevole di fruizione da una realtà all'altra. Dipende dall'offerta, che va riequilibrata». «Noi abbiamo eliminato 300 mila ricoveri prolungando a 72 ore l'osservazione in Pronto soccorso — rivela Daniela Carraro, dg dell'Usl 21 di Legnago —. E' stata inoltre riorganizzata la Geriatria, potenziando il rapporto con le case di riposo. Altri 700 mila euro di risparmio arrivano dal passaggio delle radiografie da pellicola a Cd, infine stiamo rinegoziando alcuni contratti, come quello del bar, e rivedendo tutte le voci di spesa». L'altro cruccio è che le aziende si devono attenere alla costosità 2010, tarata su quella 2009.

«Abbiamo già ridotto drasticamente i costi e dobbiamo pure fare i conti con fondi statali limitati ad un aumento dello 0,80%, contro il 3,5% di incremento della spesa — avverte Antonio Alessandri, dg dell'Usl 6 di Vicenza — un ridimensionamento è inevitabile. Mancando quattrini sarebbe assurdo non cambiare nulla: noi, oltre a rimandare gli investimenti per attrezzature e beni strutturali limitandoci alla manutenzione eccezionale, stiamo studiando un'organizzazione più flessibile. Modificheremo i turni del personale, per spostare più in là possibile la ricaduta sui servizi, sperando che intanto cambi qualcosa». E se un po' si può ancora rosicchia-

re su mense, pulizie e verde, va abbassata la spesa farmaceutica (-5 milioni all'Usl 16 di Padova), anche convincendo medici di base e specialisti a prescrivere soprattutto i generici (il cui principio attivo, però, varia fino al 30% rispetto a quello dei medicinali «griffati»). «Scontiamo inoltre l'aumento dell'Iva, che alla mia Usl costa 700 mila euro, e la compartecipazione al nuovo ticket sulla specialistica per gli utenti meno abbienti, che pagano 5 euro invece di 10 — aggiunge Renzo Aiessi, capo dell'Usl 5 di Arzignano — sono altri 500 mila euro di spesa».

Lo scostamento più importante riguarda l'Usl di Vicenza: 26 milioni da tagliare. Seguono le Usl di Padova (21,2 milioni), Verona (13), Venezia e l'Azienda ospedaliera universitaria integrata scali-gera (entrambe 12), le Usl di Rovigo e Treviso (10), l'Azienda ospedaliera di Padova (9,5), le Usl di Belluno (9,2), Este (9), Bussoleto (8,5), Bassano e Arzignano (7), Legnago (6), Cittadella (5) e Chioggia (4). Più serene Asolo (2,5), Mirano (1,9 milioni) e Feltre (1,5), mentre Thiene e Adria sono a regime. «Stiamo riducendo i ricoveri a 140 per mille abitanti — chiude Coletto — e potenziando territorio, Day-Hospital e Week-Surgery. Monitoriamo tutto, cercando di limare dove si può, senza incidere sull'assistenza. Ma c'è crisi per tutti e dobbiamo anche riprendere gli investimenti».

**Michela Nicolussi Moro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Sanità, trenta milioni in meno

*Sinigaglia (Pd) denuncia: meno servizi, liste d'attesa più lunghe*



Luca  
Coletto



Claudio  
Sinigaglia



Fortunato  
Rao

Ventun milioni di euro in meno per la Ulss 16, nove milioni per l'Azienda ospedaliera di Padova. Il taglio della Regione sulla sanità colpisce pesantemente tutto il sistema che ruota su Padova e dintorni: l'obiettivo fissato dalla giunta regionale deve essere ottenuto in quattro mesi, a colpi di milioni di euro ogni trenta giorni. Una quadratura difficile da trovare.

Che significherà, giocoforza, una diminuzione dei servizi erogati e un aumento dei tempi d'attesa, solo per fare qualche esempio.

Il grido d'allarme lo lancia Claudio Sinigaglia, consigliere regionale del Partito Democratico.

«Il governatore Luca Zaia — afferma Sinigaglia — sta rientrando dal buco di bilancio sulla sanità, che è stato certificato a luglio, sulla pelle dei cittadini. Ogni anno si stila un bilancio di previsione che si basa sul bisogno di salute previsto per i cittadini. Da luglio invece ci si baserà solo su un criterio economico: daremo le risposte in base al vincolo che la Regione pone».

Lo sa bene anche il direttore generale della Ulss 16, Fortunato Rao, che si è visto costretto a ratificare la sforbiata arrivata da Palazzo Balbi nei giorni scorsi, attraverso una lettera mandata a tutti i responsabili dei centri ordinatori di spese. Ovvero i funzionari che tirano le fila dei soldi a disposizione, spendendo quanto previsto ad inizio anno.

Ma cosa è successo nel frattempo? «A luglio la giunta regionale si è accorta che c'era un buco della sanità stimabile attorno ai 250/300 milioni di euro su tutto il Veneto — ricorda Sinigaglia — Così è arrivata la delibera numero 1106 del 26 luglio che ha stabilito dei vincoli insuperabili sulle spese, ovviamente al ribasso rispetto a quanto si era segnato con il bilancio di previsione, che a questo punto diventa anche inutile fare. Per capirci: alla sola Azienda ospedaliera significa che arriveranno 9 milioni in meno di euro, da tagliare in soli quattro mesi».

Per la Ulss 16 va ancora peggio: erano previsti 533,989 milioni di euro, ne arriveranno 512,743. Un delta negativo di ben 21 milioni: analizzando le cifre per capitolo di spesa i più danneggiati sono quelle per la medicina di base (da 306 a 296 milioni), gli acquisti di beni (meno 5 milioni e mezzo) e il servizio di farmaceutica (da 77 a 72 milioni).

Taglio leggero, ma non per questo meno significativo, per il costo del personale: sugli stipendi si dovranno recuperare 355 mila euro. Si salvano dalla «Caporetto» sanitaria i rimborsi, assegni e contributi sanitari (aumenta di mezzo milione la cifra a disposizione dell'Ulss) e le manutenzioni (a disposizione 1 milione in più di quanto previsto).

Il consigliere Sinigaglia va giù duro: «Tutto questo non significa altro che aumentare le liste di attesa per le visite: alcuni screening rischiano di slittare anche di un anno. Bisognerà ridurre i ricoveri e gli inserimenti in comunità terapeutiche».

Non solo, c'è anche il fronte dell'occupazione: gli infermieri ad esempio. «Oltre ai tagli dei servizi — conclude Sinigaglia, che non nasconde la preoccupazione — si profila anche quello dell'assistenza infermieristica, del personale quindi: si vuole ridisegnare la sanità veneta, sempre meno pubblica e sempre più privata. Altro che assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza, noto in gergo come Lea, qua si fa sempre peggio: questa è il frutto del lavoro di accetta messo a punto dal governatore Zaia e dell'assessore alla Sanità Coletto».

Enrico Albertini



Lettori: n.d.

**LA STAMPA**  
TORINO

21-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Mario Calabresi

da pag. 59

**SULLA BASE DEL REDDITO INDIVIDUALE E DEL QUOZIENTE FAMILIARE**

# Sanità, parte delle spese a carico delle famiglie

**Cota: è un'ipotesi, stiamo ragionando su un sistema di compartecipazione**

\* «Stiamo ragionando sulla compartecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria, tenendo conto anche del quoziente familiare. Il nostro obiettivo non è quello di avere una posizione ideologica, ma di realizzare un servizio sanitario efficiente». Lo ha detto il governatore Cota in Consiglio regionale.

\* «Abbiamo richiesto una serie di studi - conferma l'assessore alla Sanità Paolo Monferino -. Il tema è quello dei ricoveri degli anziani nelle Rsa. Un'ipotesi, che potrebbe partire già dal 2012, considera il reddito della famiglia di riferimento, con l'eventualità una compartecipazione alla spesa».

\* Il meccanismo potrebbe essere esteso al pagamento dei ticket. Oggi la compartecipazione è basata sul tipo di esami: bassa per quelli comuni, e frequenti, più alta per quelli specialistici. In futuro, riflette Monferino, anche il reddito entrerà in gioco per il calcolo delle quote.

**Alessandro Mondo**  
APAGINA 59

## “Sanità, anche le famiglie contribuiscano alle spese”

**Cota: stiamo ragionando su un progetto di compartecipazione**

### Retrosce

**ALESSANDRO MONDO****IL GOVERNATORE**

«È un'idea che lascio al dibattito: non ci sono pregiudizi ideologici»

**L'ASSESSORE**

«Si può partire dal 2012 tenendo conto del reddito e del numero dei figli»

**L'**annuncio di un'altra possibile svolta sul fronte della Sanità piemontese, fioriera di nuove polemiche, si condensa in una delle ultime frasi pronunciate da Roberto Cota in Consiglio regionale.

Il tema era quello, delicatissimo, delle liste di attesa per

anziani non autosufficienti. «Sono due le postille aggiuntive che lascio al dibattito - ha spiegato il Governatore dopo aver difeso i cardini della riforma sanitaria -. La prima: stiamo ragionando sulla compartecipazione delle famiglie, tenendo conto anche del quoziente familiare. La seconda: il rapporto pubblico-privato. Entrambi si inseriscono nel progetto di riforma. Il nostro obiettivo non è quello di avere una posizione preconcetta ideologica, ma di realizzare un servizio sanitario efficiente».

Parole sommerse dal vociere dell'Aula, che rimandano alla necessità di coniugare l'efficienza del sistema con la disponibilità delle risorse. Parole che, nel caso della compartecipazione familiare, aprono nuovi scenari.

«Abbiamo richiesto una serie di studi - conferma l'assessore alla Sanità Paolo Monferino -. Il tema è essenzialmente quello dei ricoveri degli anziani nelle Rsa: oggi il costo del servizio è pagato per il 60 per cento dalla Regione e per il restante 40 dal Comune di residenza, sulla base del reddito dell'interessato». E in futuro? «Un'ipotesi, che potrebbe partire già dall'anno prossimo, considera anche il reddito della famiglia di riferimento, con





Lettori: n.d.

**LA STAMPA**  
TORINO

21-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Mario Calabresi

da pag. 59

l'eventualità una compartecipazione alla spesa qualora ne abbia le possibilità. Ovviamente tenendo conto del quoziente familiare». Dove per «quoziente familiare» si intende l'insieme dei fattori che determinano il reddito di un nucleo: «Se una famiglia è benestante ma ha cinque figli a carico, evidentemente questo è un elemento che pesa».

Il meccanismo potrebbe essere esteso al pagamento dei ticket. Oggi, per le fasce non esenti, la compartecipazione è basata sul tipo di esami: bassa per quelli comuni, e frequenti, più alta per quelli specialistici. In futuro, riflette Monferino, anche il reddito potrebbe diventare un elemento dirimente. Un futuro che non sembra essere troppo lontano.

FederLab Italia

Lettori: n.d.

Sole 24 Ore Lombardia

21-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 7

SANITÀ

”

Tagli per 27 milioni  
agli ospedali milanesi

Sperandio ▶ pagina 7

# Il Pirellone taglia 27 milioni per ospedali e ambulatori

È il conto su Milano - Per le visite ogni cittadino sborsa 34 euro in più

**17 milioni**

**Ambulatori.** La maggior parte dei tagli riguarderà le visite

MILANO

Silvia Sperandio

■ Ventisette milioni in meno per gli ospedali e gli ambulatori milanesi. Il Pirellone ha fatto i conti ed è questa l'entità complessiva dei tagli che verrà messa nero su bianco nei nuovi contratti tra la Asl Città di Milano e le oltre 150 strutture sanitarie del territorio.

All'appello mancano dieci milioni per l'attività dei ricoveri e diciassette milioni per le visite ambulatoriali. Tra gli ospedali, il Niguarda e il San Raffaele subiranno le maggiori decurtazioni (1,15 milioni il primo, 1,14 il secondo), mentre il budget del Policlinico subirà una contrazione di quasi un milione. Queste cifre (che il Sole 24 Ore Lombardia è in grado di anticipare, si veda la tabella) verranno comunicate oggi pomeriggio alla conferenza degli erogatori della sanità milanese e sono il frutto dei conteggi effettuati da Regione Lombardia per poter rendere applicativa la delibera n.2057 varata lo scorso 28 luglio.

Quel documento prevedeva infatti di ottenere risparmi tagliando l'1% del budget dei ricoveri (che per Milano è pari a

**Pagano i cittadini.** A ospedali e ambulatori non sarà corrisposta la cifra equivalente al ticket introdotto per le visite specialistiche

996 milioni e 407mila) e decurtando invece del 4% la quota stabilita per le visite negli ambulatori (392 milioni e 148mila euro).

Non tutti, però, subiranno la stessa decurtazione. Mentre la stretta dell'1% sui ricoveri è intesa in maniera lineare, quella del 4% dipende dal tipo di pazienti e di prestazioni erogate. «Il conteggio è stato fatto - spiega Enrico Bolzoni, direttore sanitario della Asl Città di Milano - considerando la produzione effettiva dei primi sei mesi 2011 e proiettandola sul successivo semestre. Inoltre, i conti riguardano solo i cittadini non esenti: coloro, insomma, che hanno pagato direttamente le visite». Va da sé, che le strutture che subiscono le maggiori decurtazioni sono quelle che hanno contato il maggior numero di milanesi non esenti e quelle che hanno eseguito le prestazioni più complesse e costose, in primis la radiologia. Se i tagli fossero stati lineari la decurtazione complessiva per le visite ambulatoriali sarebbe stata di 15 milioni e 685mila euro. «Invece - dice Bolzoni - la minor valorizzazione è pari a 17 milioni e 159mila». D'altro canto, è questa la cifra che i milanesi non esenti spen-

deranno in più quest'anno per visite ed esami, per l'effetto del nuovo ticket sulla specialistica introdotto dal governo e rimodulato poi dal Pirellone la scorsa estate. Calcolando che un milanese su tre non ha esenzioni e facendo la media aritmetica, troviamo che ogni cittadino di Milano quest'anno versa in più 34 euro. In altre parole, fino allo scorso giugno questi 17 milioni erano a carico del sistema sanitario regionale, ora li dovranno sborsare i milanesi. Il Pirellone potrà risparmiare. A carico dei cittadini.

[silvia.sperandio@ilssole24ore.com](mailto:silvia.sperandio@ilssole24ore.com)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANTICIPAZIONE



Nell'articolo pubblicato il 31 agosto scorso sul Sole 24 Ore Lombardia si annunciava la revisione dei contratti tra Asl di Milano e 157 strutture sanitarie

Lettori: n.d.

Sole 24 Ore Lombardia

21-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 7

**Budget e decurtazioni**

<b>Budget per le visite ambulatoriali (euro)</b>	<b>392.148.994</b>
<b>Decurtazione sulle visite ambulatoriali</b>	<b>17.159.124</b>
<b>Budget per i ricoveri</b>	<b>996.407.210</b>
<i>di cui Niguarda</i>	<i>115.757.584</i>
<i>San Raffaele</i>	<i>114.777.000</i>
<i>Policlinico</i>	<i>88.724.451</i>
<i>San Paolo</i>	<i>54.592.598</i>
<i>San Carlo</i>	<i>51.070.444</i>
<i>Galeazzi</i>	<i>43.409.101</i>
<i>G. Pini</i>	<i>39.145.909</i>
<i>Monzino</i>	<i>37.368.103</i>
<i>Multimedica</i>	<i>27.852.219</i>
<i>Altre strutture di ricovero e cura</i>	<i>423.709.792</i>
<b>Decurtazione sui ricoveri</b>	<b>10.000.000</b>
<b>Tetto 2010 sulla produzione extra budget</b>	<b>267.110.984</b>

Fonte: Asl di Milano

Lettori: n.d.

**CORRIERE DELLA SERA**  
**Milano**

21-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ferruccio de Bortoli

da pag. 5

**Pelissero****«Sbagliato tagliare cure a chi non è lombardo»**

di SIMONA RAVIZZA

«Sono a rischio le cure ai pazienti che provengono da altre parti d'Italia e la leadership della Lombardia nell'attrarre malati. È la conseguenza della manovra estiva di tagli del Pirellone». Gabriele Pelissero, 61 anni (nella foto), è alla guida dell'Associazione italiana di ospedalità privata (Aiop) della Lombardia.

A PAGINA 5

**Intervista** Il presidente dell'Aiop: «È a rischio la leadership della Lombardia»

# Pelissero: un errore i tagli sulle cure da fuori regione

**«Non è questione di business, ma di attenzione ai malati»****Delibera sotto accusa**

La giunta regionale nello scorso luglio ha deciso con una delibera di applicare le tariffe standard nazionali

«La Regione dovrebbe tutelare meglio la qualità delle cure lombarde che attrae qui 150 mila malati l'anno»

«Non vogliamo alimentare nessuna polemica, ma solo spingere il Pirellone a una maggiore riflessione»

«D'ora in avanti chi opera al cuore un bambino siciliano guadagna meno di chi si occupa di uno lombardo. Sono a rischio le cure ai pazienti che provengono da altre parti d'Italia e la leadership della Lombardia nell'attrarre malati. È la conseguenza della manovra estiva di tagli del Pirellone».

Gabriele Pelissero, 61 anni, è alla guida dell'Associazione italiana di ospedalità privata (Aiop) della Lombardia ed è vicepresidente del gruppo ospedaliero San Donato, tra le più grandi aziende ospedaliere italiane, con 16 strutture e quasi quattromila posti letto. Nel mi-

rino di Pelissero c'è la decisione della Regione di tagliare le tariffe di rimborso sui ricoveri dei 150 mila malati che vengono da fuori Lombardia con un indotto di 760 milioni di euro annui. Sono soldi pagati dalle Regioni di provenienza dei pazienti, ma che l'assessorato alla Sanità lombardo anticipa agli ospedali e fa poi fatica a recuperare soprattutto dal Sud. Di qui la scelta dello scorso luglio di applicare le tariffe standard nazionali: meno milioni di euro da anticipare, meno discussioni da sostenere.

**Davanti alla stretta sui fondi, gli ospedali pubblici arran-**

**cano; quelli privati protestano. L'Aiop è arrabbiata perché la Regione non intende più alimentare il giro d'affari dei pazienti che vengono da fuori regione?**

«Non è una questione di business ma di una



manovra affrettata che rischia di avere ripercussioni pesanti. Il Pirellone ha deciso di applicare il tariffario unico nazionale? Va bene. Il problema è che

il cosiddetto Tuc prevede voci importanti di rimborso più basse rispetto a quello lombardo. Il che vuol dire che gli ospedali della Lombardia non sono stati difesi adeguatamente a livello nazionale quando sono stati stabiliti i rimborsi per le singole prestazioni».

**Che cosa avrebbe dovuto fare il Pirellone?**

«Tutelare meglio la qualità delle cure lombarde che attrae qui 150 mila malati l'anno. Due esempi su tutti. Nel tariffario unico nazionale ospedali pediatrici importanti come il Gaslini di Genova e il Bambino Gesù di Roma si vedono riconoscere tariffe di rimborso più alte del 5-15% per la complessità delle cure offerte. Lo stesso vale per il Salesi di Ancona, il Garofalo di Trieste, il Meyer di Firenze, il Regina Margherita di Torino, il Santobono di Napoli. Per quelli lombardi non c'è nessun riconoscimento extra».

#### Il secondo esempio?

«L'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna ha incassato un aumento del 30% dei rimborsi. Gli ortopedici di Milano nulla. Vuol dire, allora, che qui siamo meno bravi? È necessario ricontrattare le tariffe per fare valere di più le nostre capacità, indiscusse».

**Operare un siciliano non converrà più, comunque.**

«Finora per sostituire una valvola aortica la Lombardia rimborsava 5.523 euro più il valore della protesi inserita pari a 19.760 euro. Il tariffario nazionale non riconosce, invece, neppure un euro per gli impianti. Con che soldi saranno comprati, dunque, quelli da inserire ai pazienti di fuori Lombardia?».

**Critici con la Regione. Una novità, viene da dire, nella Lombardia che dal 1997, con la legge 31, mette sullo stesso piano strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. S'è rotto l'idillio?**

«L'Aiop non vuole alimentare nessuna polemica, ma spingere il Pirellone a riflettere. Sono solo osservazioni costruttive. Il 27 settembre abbiamo un incontro con i vertici dell'assessorato alla Sanità. Siamo fiduciosi».

**Simona Ravizza**

[sravizza@corriere.it](mailto:sravizza@corriere.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: 164.000

**ItaliaOggi**

21-SET-2011

Diffusione: 86.892

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

da pag. 20

**MEDICINA*****Adesso  
lo specialista  
è per tutti***

È nato Medicipertutti ([www.medicipertutti.it](http://www.medicipertutti.it)), un progetto innovativo di sussidiarietà in struttura privata, in grado di erogare prestazioni mediche specialistiche con costi inferiori a quelli del Servizio Sanitario Nazionale.

Un modello pensato per salvaguardare e tutelare il reddito di coloro che più risentono dell'attuale crisi economico-finanziaria, anche in risposta ai recenti aumenti del ticket sanitario, realizzato dallo storico Centro Medico Ambrosiano di Milano ([www.centromedicoambrosiano.it](http://www.centromedicoambrosiano.it)). Il progetto è nato con alcuni imprenditori milanesi e lombardi e in collaborazione con un pool di medici specialisti che hanno condiviso l'iniziativa per un progetto di alto valore sociale.

Medicipertutti è a Milano in via Biondi 1 (zona Sempione).

RIUNIONE STRAORDINARIA DEL CONSIGLIO REGIONALE

# Cota: sanità, il Piemonte punta a recuperare risorse

GIANNI PETRA

TURIN - «Cercherò di fare un intervento prescindendo dalle polemiche e dalle posizioni strumentali. Di fronte ad un problema come quello della salute penso questo sia un dovere di tutti. Il problema delle liste d'attesa non nasce oggi ma esiste da diversi anni ed è un problema che va affrontato in maniera strutturale e organica attraverso una riforma della sanità in Piemonte».

È un approccio serio e rigoroso quello con cui ieri il presidente della Regione Piemonte **Roberto Cota** ha voluto affrontare il Consiglio regionale straordinario sulle liste d'attesa e sui Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria) chiesto dall'opposizione. «Vorrei far presente - ha precisato il governatore leghista - che non c'è stato alcun taglio da parte di questa Giunta delle risorse a disposizione, anzi semmai c'è stato un aumento. Noi abbiamo un sistema sanitario che è costruito su tre pilastri: la sanità di territorio, la sanità ospedaliera e la sanità delle strutture di assistenza. Negli anni c'è stato uno sviluppo abnorme della nostra sanità ospedaliera che ha comportato una grande spesa ed un indebolimento degli altri due pilastri».

Ha poi aggiunto Cota: «Inoltre l'aspettativa di vita è aumentata e c'è sempre più bisogno di strutture post-cura. Oggi negli ospedali non è più richiesta quella lunghezza di degenza che invece si richiedeva anni fa: quindi è cambiato completamente il rapporto tra la sanità di territorio, la sanità all'interno degli ospedali e la sanità delle strutture post-cura. Se vogliamo cercare di risolvere il problema, al di là delle contrapposizioni, e se vogliamo veramente costruire qualcosa, dob-

biamo partire da qui e costruire una sanità più moderna».

«Noi come prima cosa - ha sottolineato il governatore - abbiamo messo sotto controllo i costi della sanità, che negli ultimi anni sono schizzati alle stelle: dal 2004 la spesa è cresciuta del 24,6%, molto più che nelle altre regioni e ha provocato un indebitamento totale che ha reso necessario un piano di rientro.

Col sistema di messa in rete degli ospedali che abbiamo predisposto - ha chiosato il presidente leghista - e che limita quelle che sono le duplicazioni e gli sprechi, potremo liberare delle risorse da impiegare ad esempio per potenziare l'assistenza».

Alla richiesta da parte dell'opposizione di risorse aggiuntive sulla sanità, il presidente Cota ha risposto facendo notare che il mondo è cambiato. «Posso accettare tutto, qualsiasi tipo di proposta dall'opposizione - ha osservato - ma per favore non si dica che occorrono più risorse pubbliche per la sanità, perché dopo anni di sprechi oggi la spesa pubblica è destinata a scendere sia a livello di Stato che di Regione. Non esistono delle risorse aggiuntive, esiste il modo di tagliare gli sprechi, al fine di recuperare risorse e servizi legati ad una maggiore equità. Ma occorre dire la verità ai cittadini e occorre che ognuno si assuma le proprie responsabilità. Ringrazio comunque i consiglieri per questa seduta straordinaria, che mi ha permesso ancora una volta di approfondire una materia come l'assistenza, che è uno dei pilastri delle politiche della Regione. A breve, lascerò la delega all'assistenza ad un altro assessore, ma sono contento di averla tenuta in questi mesi per l'esperienza che mi ha consentito di accumulare».



# Sanità, parte il taglio di 800 posti letto

Punti nascita nel mirino. A fine mese verifica col governo

## L'ULTIMO ADEMPIMENTO

Il consiglio regionale ieri ha approvato la revisione delle piante organiche nei reparti. Pdl: più chiarezza sul riordino

## LA VICENDA DEI PRECARI

Dopo lo sblocco del turn-over, la Regione chiederà una deroga anche sulle stabilizzazioni bocciate dalla Consulta

### DA 3 A 10 OSPEDALI

Previste nuove chiusure. Nelle cliniche private presto 300 letti in meno

● **BARI.** Via libera all'unanimità in consiglio regionale alla legge di adempimento del piano di rientro che prevede una revisione delle piante organiche nelle Asl, università comprese. La nuova stretta imporrà tagli alla spesa del personale e una razionalizzazione di quella complessiva in base ai nuovi standard, già individuati nel Patto della Salute e a cui la Puglia dovrà attenersi. Il tutto, riducendo il numero sproporzionato di unità operative semplici, i reparti ospedalieri «doppioni», e rivedendo il fabbisogno del personale nelle diverse specialità, il tutto alla luce del piano di riordino che ha già previsto una revisione complessiva dei posti letto e dell'organizzazione dei reparti.

L'articolo unico della legge approvata stabilisce che le Asl devono, al fine del contenimento della spesa disposto dalla legge finanziaria del 2009, ridefinire le dotazioni organiche sulla base del riordino della rete ospedaliera, della nuova organizzazione del dipartimento di prevenzione e dei Distretti socio-sanitari.

La prossima verifica col tavolo interministeriale (Salute, Affari regionali e Economia),

fissata al 30 settembre, non si limiterà a registrare i passi avanti fatti dalla Regione sui tagli decisi nell'accordo col governo. Sul tavolo, infatti, si affaccerà anche la prima bozza della fase due del piano, ovvero gli ulteriori tagli previsti entro il 2012 per circa 800 posti letto e che, questa volta, coinvolgono anche le cliniche private accreditate (circa 300 i letti da tagliare).

Il primo «step» delle sforbiciate prevede, come preannunciato dall'assessore **Tommaso Fiore**, la razionalizzazione dei punti nascita, i reparti di ostetricia e maternità nei piccoli ospedali. La revisione, insieme ad altri interventi, provocherà un declassamento per le strutture considerate marginali (con meno di 50 posti letto), con una conseguenziale chiusura di ospedali ancora non quantificata dai tecnici dell'assessorato (si ipotizza un minimo di 3 e un massimo di 10 ospedali, da aggiungere ai 18 già messi in dismissione con la fase uno del piano). Quanto alle cliniche private, si terrà conto del nuovo regime di accreditamento e dei nuovi criteri di ripartizione del budget, non più basato sulle potenzialità offerte dalle strutture ma anche sul fabbisogno dei territori.

Ma sul tavolo interministeriale di fine mese si affaccerà anche l'altra questione «calda» della sanità pugliese, quella relativa al turn-over del personale. Lo sblocco concesso dalla manovra

del governo per le Regioni in piani di rientro, darà una boccata d'ossigeno ai reparti in sofferenza per carenza di personale. Il meccanismo di ricambio tra personale in uscita e personale in entrata, che ora la Regione è adibita a fare sulla base dei criteri già fissati nella legge 12 del 2010, sarà però accompagnato anche dal negoziato in corso sulla vicenda dei 600 precari «bocciati» dalla Corte Costituzionale. L'idea della Regione è di cercare di spuntare una deroga dal tavolo interministeriale - già ottenuta in linea di massima dal ministero della Salute - onde poter garantire i livelli essenziali di assistenza.

Dall'opposizione, intanto, scalpitano per avere contezza in consiglio regionale dell'andamento del piano di riordino avviato nel 2010 e dei livelli di personale nelle Asl: **Rocco Palese** (Pdl) e **Francesco Damone** (Ppdt) hanno chiesto al governo di aprire al più presto un dibattito in Commissione sul tema. E, mentre **Pietro Lospinuso** (Pdl) solleva il caso della sanità jonica (2,87 posti letto ogni mille abitanti a fronte dei 4,37 di Foggia, dei 3,92 di Bari, dei 3,40 di Lecce e dei 3,23 di Brindisi), con «la chiusura di due ospedali su tre» e il «genocidio della sanità privata», **Antonio Buccoliero** (MeP) richiama l'attenzione sulla sanità a Nardò, a suo dire lasciata abbandonata (nonostante la recente vittoria alle amministrative del centrosinistra).

b. mart.







Sanità, la Regione: "Bilanci in equilibrio in tutte le Ausl"

## Sanità, la Regione: "Bilanci in equilibrio in tutte le Ausl"

**Equilibrio finanziario per le aziende sanitarie romagnole. E' quanto emerge dalla relazione svolta dalla Giunta alla commissione Politiche per la salute in Regione. Un equilibrio raggiunto con gli ammortamenti**

di Redazione 20/09/2011

Equilibrio finanziario per le aziende sanitarie romagnole. E' quanto emerge dalla relazione svolta dalla Giunta regionale alla commissione Politiche per la salute e politiche sociali in Regione. Un equilibrio raggiunto **calcolando anche gli ammortamenti**. Per l'azienda sanitaria di Forlì, il deficit è di -5,7 milioni di euro che vengono compensati con 5,7 milioni di ammortamenti. Il tutto, chiaramente, considerando anche il piano di rientro e le risorse erogate dalla Regione per colmare il maxi-buco emerso nell'inverno 2010.

Nella relazione, si evidenzia che "il livello di risorse definito a livello nazionale per il finanziamento della spesa sanitaria regionale è stato integrato in fase di programmazione 2010 da risorse stanziata a carico del **bilancio regionale pari a 205 milioni di euro, dei quali 50 milioni sono stati riversati nel Fondo regionale per la non autosufficienza (Frna)** in aggiunta ai 70 milioni già destinati dal bilancio regionale".

La manovra di assestamento, approvata nel luglio 2010, "ha stanziato **ulteriori 60 milioni per le prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli essenziali di assistenza erogate dalle aziende**. Si tratta di prestazioni riservate, in particolare, alle fasce di popolazione con situazioni di maggior disagio e necessità (minori, disabili, lavoratori colpiti dalla crisi economica".

Per quanto riguarda l'andamento delle principali voci di costo occorre tener conto fra l'altro del nuovo assetto istituzionale derivante dal trasferimento dalla Regione Marche alla Regione Emilia-Romagna dei sette Comuni della Valmarecchia, confluiti in Emilia-Romagna nell'ambito della provincia di Rimini dall'1 gennaio 2010, **per un totale di 18.000 cittadini residenti**. Per quanto riguarda le Aziende Usi di Forlì e di Cesena, che avevano previsto eccedenze di spesa rispetto all'obiettivo assegnato, "hanno prodotto piani di contenimento della spesa sanitaria".

Sempre nella relazione, si legge che "complessivamente la spesa del personale dipendente, pur tendenziale aumento rispetto al 2009, è stata mantenuta in ambiti di piena compatibilità con l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario. La spesa farmaceutica convenzionata ha fatto registrare un decremento conseguito sia attraverso manovre nazionali di sconti per il SSN sui farmaci e la scadenza brevettuale di farmaci di ampio utilizzo, sia attraverso l'incremento dell'erogazione diretta dei farmaci di fascia A da parte delle Aziende. La spesa per beni e servizi mantiene trend di crescita compatibili con i vincoli finanziari".

Inoltre, "le aziende rispettano le scadenze dei pagamenti obbligatori (retribuzioni personale dipendente e convenzionato, contributi, imposte etasse, utenze, assicurazioni e mutui) ed assicurano tempi contenuti (30-90 gg) nei confronti dei fornitori che erogano servizi direttamente al cittadino /farmacie convenzionate, ospedali privati, terme, convenzionati esterni, cooperative sociali, enti gestori di strutture protette) e operano in regime di convenzione nazionale o di accreditamento regionale. I tempi di pagamento riferiti ai soli fornitori di beni e servizi sono apri a 266 giorni a fine 2010, mantenendosi sostanzialmente in linea con i due esercizi precedenti (questi tempi risultano comunque inferiori rispetto ai valori medi registrati a livello nazionale)".

**I numeri, dunque. I risultati d'esercizio 2010 delle aziende sanitarie regionali al netto degli ammortamenti arrivano complessivamente a 39.581.000 euro (risultati d'esercizio: -119.421.000; ammortamenti netti: 159.002.000).**

Di seguito i risultati di ogni singola azienda (la prima voce riguarda il risultato d'esercizio, la seconda gli ammortamenti netti, l'ultima il risultato al netto degli ammortamenti, in migliaia di euro):

**Ausl Piacenza:** -6.228; 9.760; 3.532. **Ausl Parma:** -1.750; 5.964; 4.214. **Ausl Reggio:** -5.148; 9.631; 4.483. **Ausl Modena:** -12.437; 12.552; 115. **Ausl Bologna:** -18.417; 27.779; 9.362. **Ausl Imola:** -4.709; 4.713; 4. **Ausl Ferrara:** -6.159; 6.159; 0. **Ausl Ravenna:** -8.074; 11.115; 3.041. **Ausl Forlì:** -5.701; 5.713; 12. **Ausl Cesena:** -8.240; 8.273; 33. **Ausl Rimini:** -7.517; 9.087; 1.570. **Aosp/Univ. Parma:** -9.686; 12.568; 2.882. **Aosp/Reggio Emilia:** -4.219; 7.553; 3.334. **Aosp/Univ. Modena:** -9.813; 10.100; 287. **Aosp/Univ. Bologna:** -9.316; 13.932; 4.616. **Aosp/Univ. Ferrara:** -2.991; 2.993; 2. **IOR:** 984; 1.110; 2.094.

[www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)

Sanità, Marini: "Rosignoli all'assessorato"

## Sanità, la Marini annuncia: "Rosignoli all'assessorato"

*La presidente della Giunta Regionale umbra, Marini, annuncia che Rosignoli non sarà più il direttore dell'Asl 3 di Foligno e passerà all'assessorato regionale della Sanità*

di Redazione 20/09/2011

Dal prossimo 28 settembre, Maria Gigliola Rosignoli non sarà più il direttore generale dell'Asl 3 e passerà all'assessorato regionale alla Sanità.

Questo è quanto ha deciso, oggi, la Giunta Regionale dell'Umbria, decisione illustrata dalla presidente dell'esecutivo Catuscia Marini: "Un atto di valenza strettamente amministrativa e funzionale".

"Abbiamo ritenuto opportuno assicurare massima serenità gestionale all'Asl 3 e far cessare ogni forma di strumentalità su questa vicenda"; ha sostenuto la Marini per evitare che la scelta sia strumentalizzata in virtù dello scandalo umbro di Sanitopoli.

<http://www.perugiatoday.it/politica/rosignoli-assessorato-sanita-umbria-marini.html>

Il primo giornale economico diffuso nell'Isola

# QUOTIDIANO DI SICILIA

Regionale di Economia Istituzioni Ambiente No profit e Consumo  
dal 1979

## Ars: a rischio la poltrona dell'assessore Massimo Russo

di Raffaella Pessina

“Non è più un tecnico”: lo accusano Marrocco (Fli) e Adamo (Udc). La mozione del Pdl trova ora appoggio anche da Fli e Udc

PALERMO - Rischia la poltrona di assessore alla sanità Massimo Russo. Oggi infatti dovrebbe essere discussa la mozione di censura nei suoi confronti a Palazzo dei Normanni. La mozione era già stata presentata dal Pdl (Giuseppe Limoli), ma la sua discussione era stata rinviata tra le polemiche a settembre.

Oggi l'assessore Russo rischia assai di più perché, se prima dell'estate la censura era stata appoggiata dai soli partiti dell'opposizione, ora il giudizio negativo su Russo si è esteso ad altri partiti, tra cui l'Udc, il Fli e probabilmente anche una parte del Pd. I numeri per la censura in Aula a questo punto ci sono.

“Massimo Russo con la nascita e la presentazione del suo movimento – ha detto il capogruppo di Fli all'Ars, Livio Marrocco – ha oltrepassato la barricata: non è più un tecnico, bensì un politico a tutti gli effetti. Ebbene, gli chiediamo di essere coerenti con questa sua legittima scelta lasciando il ruolo di assessore, che gli era stato assegnato in quanto tecnico fuori dall'agone politico”. “Russo – ha detto Giulia Adamo – deve guardarsi bene dai vecchi vezzi della politica. Sinora i risultati raggiunti dalla riforma sanitaria si possono ben riassumere nell'intervento della Corte dei conti e della Procura di Trapani: da un lato si evidenzia l'aumento delle convenzioni con i privati, dall'altro si sottolinea che non si è ancora spezzato quel filo che lega mafia, politica e sanità”.

Immediata la replica del presidente Lombardo “Le considerazioni di Marrocco (Fli) e Adamo (Udc) sull'assessore Massimo Russo sono sopra le righe – dice il governatore – sappiamo che ci sono altri assessori più influenzati dalla politica. Il punto è che l'azione di risanamento dell'assessore sulla sanità suscita reazioni. Russo ha soltanto fatto degli incontri importanti, ha il merito di accostare uomini e donne alla politica. “Se non ci fossero uomini come Russo – ha aggiunto Lombardo – prenderebbero sempre più piede chi considera la classe politica una casta. Quello di Russo è un esperimento di sensibilizzazione sociale sui temi della politica con lo scopo di riavvicinare la gente”.

Intanto la situazione politica registra una presa di posizione da parte del Pd che al termine della direzione regionale ha deciso di adottare la linea del segretario Giuseppe Lupo, e cioè quella dell'appoggio al governo Lombardo. Di sicuro una fronda a Palazzo dei Normanni non è d'accordo e ce ne accorgeremo nei prossimi giorni in sede di votazione, dell'entità di questa fronda. Che a ben vedere fa il gioco delle opposizioni che sperano di frenare l'attività riformatrice del Governatore, deciso a portare a termine il programma annunciato nel 2008. Critico Erasmo Palazzotto, coordinatore regionale di Sinistra ecologia e libertà. “è chiaro che la scelta del Pd siciliano di dar vita ad un'alleanza organica con Lombardo è un vero e proprio suicidio politico”. “Mentre in tutto il paese avanza il progetto di ricostruzione di un nuovo centrosinistra capace di vincere con la forza idee e non con le alchimie del palazzo, in

Sicilia - aggiunge - come al solito prevale il trasformismo e la rincorsa al potere. Alla Sicilia serve un governo per uscire dalla crisi e non un'alleanza per vincere le elezioni senza cambiare nulla. A partire dalle prossime elezioni amministrative - continua Palazzotto - Sel sarà disponibile con tutte le forze democratiche e progressiste a dare vita a una nuova alleanza di centrosinistra per cambiare il volto della Sicilia”.

FederLab Italia

## Nomine Asl, ancora attesa per i nuovi direttori generali

**Rimandata a domani la seduta di giunta per definire il nuovo organigramma delle aziende sanitarie locali**

ETTORE MAUTONE

Resta caldo il fronte delle nomine ai vertici delle aziende sanitarie della Campania: il presidente della Regione **Stefano Caldoro** ieri a Roma per la riproposizione dell'accordo di programma a valere sui fodi per l'edilizia sanitaria, continua a percorrere la strada dell'attendismo.

Un percorso prudente suggerito dai non risolti mal di pancia che lamentano Pdl e Udc nella definizione dei vertici di alcune Asl. Segnatamente la Asl Napoli 3 sud contesa tra l'ala demitiana dei centristi e quella riconducibile all'assessore regionale al Personale **Pasquale Sommesse**.

D'altro canto il Pdl senza la indicazione di un nome preciso per la conduzione dell'azienda sanitaria di Castellammare, (che scaturirebbe dalla prevalenza

di una delle due linee politiche in seno all'Udc) non è disposto a far scattare il disco verde alla giunta decisiva per sostituire gli attuali commissari con i nuovi direttori generali.

### FASE TRANSITORIA

Tappa che segnerebbe il definitivo superamento della fase transitoria iniziata nel 2008 con l'accorpamento delle azien-

de sanitarie di area vasta. Al centro dei marosi generati dalla contesa politica tiene dritta la barra del timone il governatore **Stefano Caldoro** che, in ogni caso, continua a ribadire, forte del suo ruolo di commissario per la Sanità, di non avere alcuna intenzione di svolgere il semplice ruolo di notaio e di voler esercitare in pieno le proprie prerogative di nomina. Non solo, Caldoro continua a chiedere non un

## D'anna: Subito il rimpasto di giunta

Giunta regionale campana, i vertici del Pdl chiedono di valorizzare il ruolo dei consiglieri nell'esecutivo. Lo chiedono il coordinatore del partito e il suo vice **Nicola Cosentino** e **Mario Landolfi**, anche alla luce dell'ampliamento della giunta deciso con modifica dello statuto. Intanto, arriva un altro pressing sul governatore Caldoro. L'azzeramento della giunta regionale, la nomina di un assessore alla sanità e la rivisitazione del programma di governo devono tener conto del collasso in cui versa il sistema sanitario campano - dice il parlamentare di Popolo e Territorio **Vincenzo D'Anna** - che poi annuncia "la convocazione degli stati generali della sanità che offrirà alle forze politiche una radiografia sullo stato delle cose in piena assonanza con la posizione assunta dalla direzione regionale del Pdl".



solo nome ma una rosa di papabili al ruolo di direttore generale di aziende sanitarie indicati in base a rigorosi criteri di merito professionale e curriculare.

### PROROGA DI POCCHI GIORNI

E ieri a Roma, con i responsabili dei dicasteri di Economia e Salute, il governatore ha chiesto probabilmente anche una ulteriore proroga, sippure di pochi giorni, per procedere alle designazioni reclamate dal tavolo tecnico di monitoraggio del piano di rientro dal deficit, proprio in ragione della situazione politica e dei rapporti ancora tesi tra Pdl e Udc che, proprio sul livello nazionale, fanno registrare i maggiori attriti.

La riunione è comunque aggiornata a oggi quando anche in sede politica è convocato il tavolo interministeriale di verifica degli adempimenti previsti dal piano di rientro dal deficit. In gioco c'è lo sblocco della fetta da 700 milioni di euro della torta da 1,7 miliardi dei fondi di affiancamento sbloccata nello scorso ottobre e attesa all'incasso sin da aprile di quest'anno.

Data:  
mercoledì 21.09.2011

**IL GIORNALE**  
DELL'UMBRIA

Estratto da Pagina:

6

## Ticket, un esempio del perché non va

Con l'entrata in vigore dei nuovi ticket sanitari si registrano sempre più numerose contestazioni da parte degli utenti. Il criterio adottato dalla Regione Umbria basato sul reddito complessivo del nucleo familiare porta ad effetti iniqui nell'applicazione dei ticket. La signora G.M. denuncia: "A causa del reddito di mio marito la mia fascia di reddito scatta alla fascia più alta e io sono costretta a pagare per ogni confezione di farmaci 6 euro e per ogni visita specialistica dai 36 euro che pagavo ne devo pagare 74. Ma io dei soldi di mio marito non vedo neanche un centesimo, ognuno pensa alla gestione del proprio reddito. Non so neppure come mio marito amministri i suoi soldi. Mi sento danneggiata e non posso andare in causa con mio marito perché contribuisca alle mie cure. Il mio reddito è e rimane lo stesso: 1.500 euro al mese con un aggravio di costi per la salute che alla mia età, 70 anni, si fa sentire". A questo si aggiunga che quando si va in farmacia non c'è alcuna tutela della privacy per i cittadini. Davanti a tutti siamo costretti a dire a quale fascia di reddito apparteniamo. La Regione dovrebbe rivedere il sistema, così com'è crea effettive iniquità, che potrebbero portare anche ad innescare meccanismi di elusione. Crediamo che ammessi che si voglia mantenere il sistema della fascia di reddito; il reddito da prendere in considerazione sia quello del singolo utente.

MOVIMENTO DIFESA  
DEL CITTADINO  
*Umbria*



# Sanità, parte il taglio di 800 posti letto

Punti nascita nel mirino. A fine mese verifica col governo

## L'ULTIMO ADEMPIMENTO

Il consiglio regionale ieri ha approvato la revisione delle piante organiche nei reparti. Pdl: più chiarezza sul riordino

## LA VICENDA DEI PRECARI

Dopo lo sblocco del turn-over, la Regione chiederà una deroga anche sulle stabilizzazioni bocciate dalla Consulta

### DA 3 A 10 OSPEDALI

Previste nuove chiusure. Nelle cliniche private presto 300 letti in meno

● **BARI.** Via libera all'unanimità in consiglio regionale alla legge di adempimento del piano di rientro che prevede una revisione delle piante organiche nelle Asl, università comprese. La nuova stretta imporrà tagli alla spesa del personale e una razionalizzazione di quella complessiva in base ai nuovi standard, già individuati nel Patto della Salute e a cui la Puglia dovrà attenersi. Il tutto, riducendo il numero sproporzionato di unità operative semplici, i reparti ospedalieri «doppioni», e rivedendo il fabbisogno del personale nelle diverse specialità, il tutto alla luce del piano di riordino che ha già previsto una revisione complessiva dei posti letto e dell'organizzazione dei reparti.

L'articolo unico della legge approvata stabilisce che le Asl devono, al fine del contenimento della spesa disposto dalla legge finanziaria del 2009, ridefinire le dotazioni organiche sulla base del riordino della rete ospedaliera, della nuova organizzazione del dipartimento di prevenzione e dei Distretti socio-sanitari.

La prossima verifica col tavolo interministeriale (Salute, Affari regionali e Economia),

fissata al 30 settembre, non si limiterà a registrare i passi avanti fatti dalla Regione sui tagli decisi nell'accordo col governo. Sul tavolo, infatti, si affaccerà anche la prima bozza della fase due del piano, ovvero gli ulteriori tagli previsti entro il 2012 per circa 800 posti letto e che, questa volta, coinvolgono anche le cliniche private accreditate (circa 300 i letti da tagliare).

Il primo «step» delle sforbicate prevede, come preannunciato dall'assessore **Tommaso Fiore**, la razionalizzazione dei punti nascita, i reparti di ostetricia e maternità nei piccoli ospedali. La revisione, insieme ad altri interventi, provocherà un declassamento per le strutture considerate marginali (con meno di 50 posti letto), con una conseguenziale chiusura di ospedali ancora non quantificata dai tecnici dell'assessorato (si ipotizza un minimo di 3 e un massimo di 10 ospedali, da aggiungere ai 18 già messi in dismissione con la fase uno del piano). Quanto alle cliniche private, si terrà conto del nuovo regime di accreditamento e dei nuovi criteri di ripartizione del budget, non più basato sulle potenzialità offerte dalle strutture ma anche sul fabbisogno dei territori.

Ma sul tavolo interministeriale di fine mese si affaccerà anche l'altra questione «calda» della sanità pugliese, quella relativa al turn-over del personale. Lo sblocco concesso dalla manovra

del governo per le Regioni in piani di rientro, darà una boccata d'ossigeno ai reparti in sofferenza per carenza di personale. Il meccanismo di ricambio tra personale in uscita e personale in entrata, che ora la Regione è adibita a fare sulla base dei criteri già fissati nella legge 12 del 2010, sarà però accompagnato anche dal negoziato in corso sulla vicenda dei 600 precari «bocciati» dalla Corte Costituzionale. L'idea della Regione è di cercare di spuntare una deroga dal tavolo interministeriale - già ottenuta in linea di massima dal ministero della Salute - onde poter garantire i livelli essenziali di assistenza.

Dall'opposizione, intanto, scalpitano per avere contezza in consiglio regionale dell'andamento del piano di riordino avviato nel 2010 e dei livelli di personale nelle Asl: **Rocco Palese** (Pdl) e **Francesco Damone** (Ppdt) hanno chiesto al governo di aprire al più presto un dibattito in Commissione sul tema. E, mentre **Pietro Lospinuso** (Pdl) solleva il caso della sanità jonica (2,87 posti letto ogni mille abitanti a fronte dei 4,37 di Foggia, dei 3,92 di Bari, dei 3,40 di Lecce e dei 3,23 di Brindisi), con «la chiusura di due ospedali su tre» e il «genocidio della sanità privata», **Antonio Buccoliero** (MeP) richiama l'attenzione sulla sanità a Nardò, a suo dire lasciata abbandonata (nonostante la recente vittoria alle amministrative del centrosinistra).

b. mart.

**LO SLITTAMENTO****Manager Asl, le nomine a fine mese**

**CASERTA (ren.cas.)** - Potrebbe slittare a fine mese la nomina dei nuovi manager di Asl e azienda ospedaliera. Dopo il rinvio della giunta regionale dell'altro ieri, sembra che i tempi per la scelta dei responsabili non saranno brevissimi. Sia per **Paolo Menduni**, commissario dell'Asl unica (che potrebbe essere confermato a via Unità Italiana come dirigente) che per **Antonio Postiglione**, responsabile della "Sant'Anna e San Sebastiano" (che invece non potrà in nessun caso percorrere la stessa strada, dato che non ha mai chiesto di essere inserito nell'albo dei manager

**Il commissario Postiglione**

campani) si profila quindi un'ulteriore attesa. A questo punto resta da capire che fine faranno i finanziamenti del

Governo per la sanità campana, che erano legati alla nomina dei dirigenti; verosimile che saranno congelati in attesa delle decisioni di Palazzo Santa Lucia. A rallentare le nomine è il disaccordo che perdura fra Pdl e Udc sulla spartizione delle poltrone. Intanto, le due aziende continuano a essere gestite solo per l'ordinaria amministrazione, con le conseguenze che sono facilmente intuibili. In particolare, all'Asl ci sono parecchie posizioni di dirigenti da verificare e l'accorpamento deve ancora essere completato, eliminando i doppi incarichi.



**GAZZETTA DI CASERTA**

IL QUOTIDIANO DI TERRA DI LAVORO

**Mercoledì  
21 Settembre 2011****Asl Caserta e Ospedale****Direttori generali, nuova fumata nera***Scoppia il caos per la voragine nei conti in via Unità italiana: i debiti saranno 'pagati' coi finanziamenti*DI  
**GIUSEPPE PERROTTA**

CASERTA. Un'altra fumata nera nella nomina dei direttori generali dell'Asl di Caserta e dell'ospedale civile Sant'Anna e San Sebastiano. Ieri mattina era prevista la riunione della giunta regionale con all'ordine del giorno proprio la nomina dei manager, ma è saltata a causa delle continue liti all'interno del Pdl e rinviata a venerdì. E mentre si attendono risposte sul futuro di **Antonio Postiglione**, commissario dell'ospedale civile, e **Paolo Menduni**, attualmente alla guida dell'Asl, spuntano nuovi documenti in merito alla voragine nei conti dell'Asl di Caserta, con un buco di quasi centocinquanta milioni di euro ratificato nel bilancio 2008. Infatti, il dirigente del settore Finanze degli uffici di via Unità italiana **Franco Balivo** ha 'certificato' ancor di più il quadro finanziario, proponendo al commissario Asl di ripianare i debiti coi fondi regionali che dovrebbero arrivare nei prossimi mesi. Una relazione sui conti dell'Asl di Caserta dal 2002 al 2008 (quando il responsabile edel

**PAOLO MENDUNI E BALIVO**

settore era **Raffaele Crisci**, molto legato a **Michele Tari**, in corsa per la carica di direttore generale) nel corso dei quali si è creato un buco nelle casse aziendali di 149 milioni e 46mila euro, scoperto grazie alle insistenze dei cinque membri del collegio sindacale. La dimostrazione arriva dal verbale numero 48 del 25 marzo 2011 e

firmato da **Alfonso Cecere**, **Gennaro Santoro** e **Gennaro Falco** (erano assenti **Raffaele Picaro** e **Fabiana Cutillo**) col quale il collegio sindacale decide finalmente di approvare il bilancio del 2008 e di inviarlo alla struttura commissariale della Regione Campania, dopo che il commissario ha certificato che i debiti reali dell'Asl sono di 149.046.275 euro a fronte di una esposizione debitoria certificata in precedenza 40.900.829 euro. Oltre 108 milioni di euro di differenza che hanno spinto il collegio a vistare il bilancio 2008 che è stato dunque inviato a Napoli.

E dopo aver relazionato proprio su questi debiti, Balivo 'suggerisce' al commissario Menduni «di provvedere, in carenza di possibili ipotesi di risanamento con le attuali carenti disponibilità economiche, a ricorrere ai maggiori finanziamenti che perverranno da parte della Giunta Regionale della Campania, sia ordinari che straordinari; ai maggiori finanziamenti che perverranno da parte della Giunta Regione Campania provenienti da risorse statali ivi compresi fondi di ripiano».

## Quale sanità. Spandonaro (Ceis): “La sanità per tutti non regge più. Ora ticket, fondi integrativi e assicurazioni”

***“La sanità è troppo costosa per essere sostenuta dalle sole casse dello Stato. Ed ora la crisi impone di guardare alla realtà”. Non usa scorciatoie Federico Spandonaro, coordinatore del Ceis Sanità di Tor Vergata ed uno dei massimi esperti del nostro sistema sanitario, che specifica: “Se i cittadini vogliono la sanità che avevano prima, dovranno partecipare alle spese”. Attraverso ticket più significativi, fondi integrativi e anche assicurazioni private.***

**21 SET** - Nell'editoriale "[Se la sanità per tutti diventa un lusso](#)" ci siamo interrogati sulla possibilità (rischio?) che anche in Italia, sull'onda della crisi e in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, si avvii una discussione su un nuovo assetto del welfare, compresa la sanità. Una possibilità per noi realistica, alla luce di diversi segnali provenienti dalla politica e dall'economia. In proposito abbiamo sentito alcuni osservatori per saperne cosa ne pensano. [Dopo Alberto Mingardi](#) (direttore generale dell'Istituto Bruno Leoni) e l'economista [Claudio De Vincenti](#), è la volta di un altro economista, **Federico Spandonaro**, coordinatore del Ceis Sanità di Tor Vergata.

**Professor Spandonaro, una manovra a luglio, una ad agosto ma la sensazione è che non saranno sufficienti a superare la crisi. Cosa sta succedendo in Italia?**

La situazione dell'Italia è molto critica perché questo Paese non cresce in modo significativo da tantissimi anni. La non crescita e la non riduzione del debito pubblico (questioni peraltro legate fra loro) hanno reso ormai insostenibile la situazione finanziaria. La conseguenza è che oggi non esiste più alcun settore, tanto meno la sanità, che possa pensare di restare fuori dalle problematiche generali di tenuta del Paese e quindi da tagli e manovre.

**Tagliando anche i servizi?**

Penso piuttosto a una modalità di “accesso” diverso. Per molto tempo ci siamo illusi che la sanità, essendo un bene primario, potesse restare sia universale che gratuita, al riparo da ogni provvedimento strutturale. Ora siamo arrivati al momento della verità: la sanità pubblica, così come è oggi, rischia di non essere più sostenibile. Questo forse era vero anche prima, ma oggi stiamo scoprendo che siamo in prospettiva più “poveri” di quanto immaginavamo.

**Ciò significa che bisognerà dire addio al Ssn così come istituito dalla legge 833/1978?**

Di quella legge, in realtà, sono rimasti solo i principi. Le norme di dettaglio sono state infatti profondamente riviste dalle riforme degli anni '90 (il 502 del '92 e il 229 del '99). Credo tuttavia che quei principi siano ancora validi. L'universalità è parte del DNA del Paese. Però non ci si può continuare a illudere che possa essere un'universalità assoluta e non selettiva, che tutto sia gratuito e ricompreso nei Lea.

**Quindi pensare a un modello come quello descritto nel libro Bianco di Sacconi che citava, appunto, un universalismo selettivo?**

Parole tuttavia rimaste scritte nel Libro Bianco perché nessun Governo, compreso quello del ministro Sacconi, hanno mai provato a chiarire “quale selezione” si voleva/poteva fare.

**Sarebbe comunque quello il modello migliore? O è forse l'unico modello possibile allo stato attuale?**

Questo è molto difficile da stabilire, perché oggi ci troviamo di fronte all'emergenza. Occorre però tenere conto che quasi tutta l'Europa ha una sanità su più pilastri. E che l'idea di avere più pilastri ha molto a che fare con il principio di sussidiarietà, di cui peraltro negli ultimi anni si parla con fervore. Del resto un unico pilastro, cioè servizi uguali per tutti, per quanto appealing sul piano della equità, può anche rivelarsi il sistema che meno soddisfa i bisogni della popolazione. L'idea di avere più pilastri è che ce ne sia un primo, pubblico, che garantisce i bisogni di base per i quali si ritiene debba prevalere l'equità orizzontale (il termine essenziale non mi è mai piaciuto); un secondo, integrativo, che contiene degli elementi di personalizzazione (e quindi privilegia l'equità verticale) e un terzo, individuale, dove ciascuno, se vuole, completa la propria assistenza secondo le proprie specificità demografiche, economiche e così via.

Mi rendo conto che in sanità è difficile realizzare (per esempio molto più che per la previdenza dove è già stato fatto) un sistema del genere, perché significa sezionare i bisogni di salute. Però credo che si dovrà fare.

[www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)

**E riformare il sistema di finanziamento della sanità attraverso una tassa dedicata che tutti i cittadini devono versare? Chiaramente in base al reddito come ha auspicato in un recente editoriale il *Corriere della Sera*.**

Oggi la sanità è in buona parte legata alla fiscalità e di conseguenza al reddito. La ragione per non legare il finanziamento della sanità all'Irpef è contigua all'annoso problema dell'evasione. Se si dovesse finanziare la sanità con l'Irpef, pagherebbero alla fine sempre i soliti noti. Anche perché non credo che l'evasione si sconfiggerà in breve tempo e dunque che possa essere questa la soluzione.

Ritengo, piuttosto, che dovremo arrenderci al fatto che non tutto potrà essere gratuito e dovranno essere introdotti ticket più significativi, per i quali diventano però fondamentali le modalità di applicazione. Scegliere una via o l'altra farà la differenza tra equità e iniquità della compartecipazione.

Non si può neppure escludere, inoltre, che possa diventare necessario ridurre l'offerta di prestazioni contenute nei Lea. L'equilibrio dei conti va raggiunto, in ogni modo. Se il Pil crescerà, questo sarà un anno di sofferenza, ma le cose si risolveranno. Ma se il Pil continuerà a non crescere, nel giro di pochi anni non sarà più facile coprire la spesa pubblica con i ticket ... sarà necessario ridefinire tutto l'assetto.

**Le compartecipazioni dovrebbero essere modulate per fasce di reddito?**

Assolutamente sì. Non si può pagare il ticket in base al consumo, perché si colpirebbero paradossalmente i cittadini che hanno più bisogno.

**Crede che i cittadini accetteranno l'idea di doversi pagare la sanità?**

I cittadini già oggi se la pagano fra tasse e spesa out of pocket. Dovranno solo rendersi conto che se questo Paese non cresce o si aumentano (ancora) le tasse o è difficile avere prestazioni pubbliche gratuite. E non è più un problema di sprechi e di efficienza. L'idea dell'efficienza è servita solo a illuderci che si potevano risparmiare tanti soldi avendo le stesse prestazioni allo stesso costo. Ritengo che non sia più così: sicuramente la gestione della sanità annovera ancora aree di inefficienza, ma sostanzialmente allocativa (risorse messe in attività non prioritarie o di scarsa qualità). Il recupero di efficienza tecnica sostanziale ormai c'è stato e sprechi che liberino risorse non già "prenotate" da carenze di erogazione dei Lea ce ne sono sempre meno. Il vero problema è che se il Pil non cresce, la sanità (e in particolare l'innovazione) è sempre più difficile pagarsela. I cittadini dovranno capirlo. Del resto, forse, la verità è che nessuno ha mai sentito il "dovere" di spiegarlielo.

**E allora proviamo a spiegarlo.**

Se il Paese andasse in default, non esisterebbe più un problema di efficienza o di equità, a quel punto non ci sarà più alcuna assistenza per nessuno. Se è vero, come è vero, che l'Italia ha tanto debito pubblico ma anche tanta ricchezza accumulata dalle famiglie, è necessario che questa ricchezza entri in gioco: o ci ricompriamo il nostro debito, o investiamo la ricchezza per produrre crescita o ... paghiamo più tasse e riduciamo il debito (elenco un po' semplicistico ma in sostanza non vedo altre strade logiche). I cittadini, in base alle loro capacità, dovranno per forza fare la loro parte. Il problema oggi è l'equità delle scelte che si faranno: le tasse, ad esempio, con l'evasione che si registra in Italia, mi sembrerebbero una scelta piuttosto iniqua a meno di percorrere strade nuove (e personalmente non mi scandalizzo all'idea della patrimoniale); pure i ticket soffrono di analogo problema (l'evasione crea esenti impropri), e oltre tutto, sebbene personalmente li ho sempre propugnati come strumento di contenimento dell'inappropriatezza, mi rendo conto che sono ormai diventati una vera e propria forma di finanziamento della sanità.

**E se invece si optasse per una vera dismissione della funzione sanitaria da parte dello Stato dando tutto ai privati?**

Non penso sia questa la prospettiva. Non credo che a breve crescerà la "produzione" privata, piuttosto la quota di spesa privata, perché sicuramente ci sarà un aumento di spesa out of pocket. Ciò giustificerebbe un maggiore ricorso al privato attraverso l'assistenza integrativa, ma questo può avvenire con logiche mutualistiche, non necessariamente con polizze individuali. Ed è molto diverso.

**Compartecipazione alla spesa. E' quindi questa la ricetta.**

A breve mi sembra sia un dato di fatto. Sono sempre stato convinto che un sistema sanitario senza ticket, che cioè non rende visibile ai cittadini il valore delle prestazioni che riceve, sia un sistema sbagliato. E ne ho sempre fatto una questione di efficienza da una parte e di responsabilità dei cittadini dall'altra. Oggi, al di là di qualsiasi riflessione, si deve inserire la compartecipazione perché c'è la crisi, perché siamo di fronte a un evidente problema di sostenibilità. Il punto è, come ho già detto, che occorrerà modellare i nuovi ticket con equità e attenzione ai veri disagi sociali e sanitari. Altrimenti il rischio è che le fasce deboli della popolazione ne saranno fortemente danneggiate. La vera prova delle prossime manovre sarà sull'equità che saranno in grado di garantire.

**I ticket potranno portare anche dei risparmi indotti dalla loro funzione di calmiera della domanda?**

Un certo risparmio ci potrebbe essere, perché c'è sicuramente qualcuno che si serve più del necessario del Ssn approfittando della gratuità. Ma stiamo parlando di numeri minimi, perché chi ricorre alla sanità lo fa perché sta male.

Oggi la compartecipazione serve a cofinanziare il sistema, non a comprimere la domanda.

E poi, basta con questa leggenda degli sprechi quale male assoluto della nostra sanità. Leggenda alla quale si lega un altro mito, quello dell'efficienza quale cura di ogni male. Come ho detto sprechi e inefficienze esistono. Ma già oggi in sanità spendiamo meno che nei Paesi a noi confrontabili e quindi anche se eliminassimo del tutto sprechi e inefficienze

non avremmo risolto il problema reale del sistema sanitario, che oggi è lo stesso del Paese nel suo complesso: quello di crescere sistematicamente meno rispetto al resto di Europa e del mondo.

**La manovra di luglio prevede l'introduzione di nuovi ticket. Crede che saranno sufficienti o ne serviranno altri. E sarà possibile coprire la differenza tra spesa e finanziamento?**

È difficile da prevedere. D'altra parte, se fossero sufficienti, le Regioni non si sarebbero opposte così duramente...

FederLab Italia

# quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

## Sicilia. Regione premiata per la programmazione dei Fondi europei

***La Sicilia, grazie a due progetti riguardanti il miglioramento dei servizi diagnostici e la mappatura dei bisogni basata su evidenza dei flussi epidemiologici, è stata scelta per contribuire al progetto "Egregio III". L'assessore alla Salute, Massimo Russo, ha commentato il riconoscimento europeo dicendosi "orgoglioso di questo attestato che conferma gli enormi risultati raggiunti in termini di credibilità e fiducia".***

**20 SET** - Importante riconoscimento europeo per la sanità siciliana che è stata scelta per contribuire al progetto "Euregio III" con due esempi di "buone pratiche" nell'uso dei fondi strutturali europei per investimenti nel campo della sanità. I progetti hanno riguardato il miglioramento dei servizi diagnostici e la mappatura dei bisogni basata su evidenza dei flussi epidemiologici. In particolare, quest'ultimo è stato apprezzato per la corretta definizione delle attività di programmazione della spesa che ha portato all'impegno di oltre 100 milioni di euro per l'acquisto di apparecchiature di "alta tecnologia" e alla programmazione di una spesa di 72 milioni di euro per interventi che serviranno a innalzare i livelli di salubrità e sicurezza.

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

"Un riconoscimento che ci inorgoglisce - ha commentato l'assessore Russo -. È la conferma di come la Sicilia stia continuando a percorrere una strada virtuosa, ottenendo enormi risultati anche in termini di credibilità e fiducia. Abbiamo conquistato l'attenzione di un gruppo di studio indipendente e rigoroso in Europa, per la capacità di programmazione, organizzazione e razionalizzazione della spesa". "Le nostre aziende sanitarie - ha concluso - avranno la possibilità di dare una maggiore offerta sanitaria in tutta la regione perchè la maggior parte degli investimenti va a colmare carenze di dotazioni tecnologiche nel territorio, contribuendo a ridistribuire l'offerta e a ridurre la migrazione sanitaria".

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



## ***SANITA'/TICKET: ZAIA, REGIONI NON SONO SOSTITUTO D'IMPOSTA***

**martedì 20 settembre 2011**

(ASCA) - Venezia, 20 set - "Lo stato non ci può usare come sostituto d'imposta". Lo dichiara il presidente della regione Veneto Luca Zaia, confermando il ricorso alla Corte costituzionale e al Tar del Lazio per quanto riguarda il ticket sanitario. Zaia ha sottolineato che il ricorso è motivato dal fatto che la Regione Veneto, quanto mai virtuosa in campo di spesa sanitaria, non dovrebbe essere chiamata ad applicare alcuna "tassa", ma anche dalla circostanza che "prima il governo ci ha detto che dovevamo pagare 64mln di euro, poi 100 e questo perché ci sono regioni italiane con un numero eccessivo di esenti dal ticket: la nostra regione ha 7,5 mln di ricette rosse, la Sicilia solo 1,5 mln. Su questo fronte il governo ci vedrà agguerriti", ha concluso Zaia. fdm/cam 201500 SET 11



## **[Sardegna] SANITÀ: ASSESSORE DE FRANCISCI A CISL, NESSUN TICKET AGGIUNTIVO**

**lunedì 19 settembre 2011**

SANITÀ: ASSESSORE DE FRANCISCI A CISL, NESSUN TICKET AGGIUNTIVO

“La Cisl stia tranquilla: i sardi non pagheranno alcun ticket sanitario aggiuntivo, tantomeno originato da disservizi. E su quanto previsto dalla manovra finanziaria nazionale, la Giunta Cappelacci ha già sottolineato più volte di essere contraria a far ricadere sui sardi ulteriori e gravosi balzelli”. È il commento dell'assessore regionale della Sanità, Simona De Francisci, replicando a quanto dichiarato dalla segretaria regionale Cisl Oriana Putzolu. “Concordiamo con il sindacato sull'opportunità di una riforma socio-sanitaria, sottolineando però che le riforme, in questo settore, si fanno per le persone e non solo per far quadrare i conti. Avrò piacere in ogni caso di discutere con la Cisl e con le altre forze sociali dei piani che la Giunta sta portando avanti per migliorare i servizi socio-sanitari nelle strutture della nostra Isola”, aggiunge De Francisci