

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



## Rassegna Stampa del 22.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

**quotidiano**sanità.it  
EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

## **Ticket. Indagine Movimento Consumatori: "Aumenti insopportabili per i malati"**

***Il nuovo ticket sulla specialistica è stato introdotto in tutte le regioni, tranne Valle D'Aosta, Pa di Bolzano e Trento e Sardegna. E i consumatori denunciano: "Ci troviamo di fronte a 20 sistemi diversi e nella stragrande maggioranza dei casi non sono tutelate le fasce deboli della popolazione". Ecco l'indagine completa.***

**22 SET** - A tre mesi dall'approvazione della manovra che ha reintrodotto il ticket di 10 euro sulle prestazioni specialistiche e le visite mediche, il Movimento Consumatori ha realizzato un'indagine su come le regioni si siano adeguate alla nuova norma. Il ticket è stato introdotto da tutte le regioni, tranne Valle D'Aosta, Pa di Bolzano e Trento e Sardegna. Quest'ultima, in base alla rilevazione, sta pensando invece ad un aumento "simbolico" di 1 euro per tutti.

Liguria, Lazio, Basilicata, Calabria hanno introdotto il ticket di 10 euro a ricetta, così come previsto dalla legge nazionale e senza modulazioni. Friuli Venezia Giulia, Campania, Molise hanno deciso di introdurlo, ma si parla di eventuali rimodulazioni. Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Marche e Veneto hanno modulato il ticket in base alle fasce reddituali. L'Abruzzo invece ha previsto l'applicazione del ticket per nuclei familiari con redditi superiori a 36,151 euro annui.

Lombardia e Piemonte lo hanno introdotto in base alla tipologia degli esami (contributo proporzionale al valore della prestazione, che però viene pagato da tutti nella stessa misura a prescindere dal reddito). In Sicilia, dove già c'era un balzello aggiuntivo di 2 euro a ricetta, sono stati aggiunti altri 8 euro per arrivare a 10 euro.

"La spesa per i cittadini è decisamente aumentata – osserva Rossella Miracapillo, responsabile dell'Osservatorio Farmaci & Salute del Movimento Consumatori - per esempio, una persona che si reca al pronto soccorso che dichiara di avere un dolore a livello gastrico, se sottoposto a visita cardiologica, elettrocardiogramma, consulto chirurgico e ecografia, senza che si evidenzino nulla di serio, può pagare anche 130,15 euro: 30,00 euro per il cardiologo e l'elettrocardiogramma più 10,00 euro di ticket nazionale, 19,00 euro per la visita chirurgica più 10,00 di ticket nazionale, 36,15 per l'ecografia, 25,00 per il codice bianco".

Secondo la responsabile dell'Osservatorio "ci troviamo di fronte a 20 sistemi diversi e nella stragrande maggioranza dei casi non sono tutelate le fasce deboli della popolazione. E' aumentata la pressione economica in modo insopportabile su coloro che vivono la condizione di 'malati'. Nessun intervento invece - denuncia Miracapillo - è stato adottato per arginare gli sprechi: consulenze esterne che incidono sulle voci di bilancio, acquisto di macchinari non sempre indispensabili, carenze di controllo sulle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate, mancanza di attivazione di procedure per il risk management, che ottimizzerebbe la filiera, con una conseguente riduzione delle spese, e molto altro ancora".

"Il quadro che emerge - conclude la responsabile dell'Osservatorio - fotografa purtroppo una situazione in cui viene sempre meno il concetto sociale di assistenza, che era insito nel Sistema sanitario nazionale. Un sistema, il nostro, fondato sulla reciproca sussidiarietà e che viene così depauperato dei criteri di equità e di efficienza, a favore del sistema privato che in queste situazioni risulta avvantaggiato. I costi elevati per accedere alle prestazioni pubbliche si aggiungono a interminabili liste di attesa. Le persone preferiscono, quindi, rivolgersi alle strutture private per la loro celerità".

**INDAGINE MOVIMENTO CONSUMATORI SU APPLICAZIONE TICKET  
NELLE REGIONI ITALIANE**

Regione	Applicazione ticket (sì - no)	Modalità di applicazione
Abruzzo	sì	per nuclei famigliari con redditi superiori a 36,151 euro annui
Basilicata	sì	
Calabria	sì	
Campania	sì	congelato, in attesa di rimodulazione
Emilia Romagna	sì, in base al reddito	modulato in base a fasce di reddito: 0 euro fino a 36.152 euro; 5 euro tra 36.153 e 70.000 euro; 10 euro tra 70.001 a 100.000 euro; 15 euro oltre i 100.000 euro
Friuli Venezia-Giulia	sì	in attesa di rimodulazione
Lazio	sì	
Liguria	sì	
Lombardia	sì, proporzionale al valore della prestazione	il ticket è proporzionale al valore della prestazione. Per le ricette fino a 5 euro non ci sarà nessun aggravio di spesa, mentre l'aumento del ticket sarà graduale per le altre prestazioni fino a un massimo di 30 euro in più per gli esami più complessi
Marche	sì, in base al reddito	applicato per fasce di reddito familiare lordo. Resteranno esenti i possessori di reddito famigliare fino a 36 mila euro
Molise	sì	congelato, in attesa di rimodulazione
Pa Bolzano	no	
Pa Trento	no	
Piemonte	sì, proporzionale al valore della prestazione	il ticket è proporzionale al valore della prestazione. Per le ricette fino a 5 euro non ci sarà nessuna aggravio di spesa, mentre l'aumento del ticket sarà graduale per le altre prestazioni fino a un massimo di 30 euro in più per gli esami più complessi
Puglia	sì	
Sardegna	no	contributo simbolico di 1 euro
Sicilia	sì	al balzello aggiuntivo di 2 euro a ricetta già esistente, se ne aggiungono altri 8 per arrivare a 10
Toscana	sì in base a delle prestabilite fasce reddituali	modulato in base a fasce di reddito: 0 euro fino a 36.152 euro; 5 euro tra 36.153 e 70.000 euro; 10 euro tra 70.001 a 100.000 euro; 15 euro oltre i 100.000 euro
Umbria	sì, in base a delle prestabilite fasce reddituali	modulato in base a fasce di reddito: 0 euro fino a 36.152 euro; 5 euro tra 36.153 e 70.000 euro; 10 euro tra 70.001 a 100.000 euro; 15 euro oltre i 100.000 euro
Valle d'Aosta	no	
Veneto	sì	ticket di 10 euro ai soggetti appartenenti a nuclei familiari con reddito maggiore o uguale a 29 mila euro e di 5 euro se con reddito inferiore

**Dati al 19 settembre 2011 – Fonte Movimento Consumatori**

Lettori: n.d.

**Voce di Rovigo**

22-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Cristiano Draghi

da pag. 38

Manovra

## Fazio: "La sanità non deve essere toccata ulteriormente"

■ "Io credo che non debba essere ulteriormente toccata la sanità. E' già stata pesantemente toccata, non nella manovra di agosto ma in quella di luglio". Lo ha detto il ministro della salute Ferruccio Fazio, ieri a Roma al Palazzo dell'Informazione a margine della presentazione di "Doctor's life", il primo canale tv dedicato ai medici e alla medicina da lunedì 3 ottobre sulla piattaforma Sky.



Lettori: n.d.

Corriere del Veneto

22-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Alessandro Russello

da pag. 1

Con l'incremento dell'iva aumenta il costo dei servizi. Da Padova a Vicenza, i sindaci: ricadute sui cittadini

# Iva, nuovi buchi per Usl e Comuni

## Trenta milioni in più solo negli ospedali. Coletto: non abbiamo i soldi

VENEZIA — L'aumento dell'Iva persa come un macigno sulle casse della Sanità veneta. La Regione ha calcolato che i costi aumenteranno di circa trenta milioni di euro l'anno. «Soldi che al momento mancano», spiega l'assessore Luca Coletto. Anche i Comuni devono fare i conti con l'incremento di un punto percentuale dell'imposta. Il rischio è che ricada sui cittadini.

A PAGINA 2 Priante

L'aumento dell'iva Difficoltà impreviste per enti locali e partecipate, l'Asm scrive al Comune di Venezia. I casi di Vicenza e Padova

## Effetto Iva, la sanità veneta perde trenta milioni

Nuovo «buco» nel bilancio della Regione. E nei Comuni si rischia il caro parcheggi e rette degli asili

500

**Mila euro a Padova**  
Le ripercussioni dell'innalzamento di un punto percentuale dell'Iva nel Comune di Padova

350

**Mila euro a Venezia**  
L'aggravio dell'aumento dell'Iva per il Comune, comprensivo dei contratti di servizio con le partecipate

113

**Mila euro a Vicenza**  
Quanto spenderà in più Vicenza per l'Iva. Si rischia l'aumento delle tariffe per i cittadini

### In bilico

La Sanità veneta si ritroverà alle prese con un aggravio di 30 milioni di euro a causa dell'aumento dell'Iva. Spese dovute, ad esempio, ad appalti, farmaci e pulizie

VENEZIA — Parcheggi, asili nido, gare d'appalto, perfino i farmaci.

L'aumento di un punto percentuale dell'Iva ha ripercussioni pesantissime anche nel settore pubblico. I Comuni denunciano un'ulteriore salasso per le proprie casse, già colpite duramente dai tagli. E il rischio è che aumentino le tariffe a carico dei cittadini. Ma il contraccolpo più forte viene registrato da cliniche e ospedali: la Regione ha calcolato che l'aumento dell'imposta comporta un aggravio pesantissimo per la Sanità veneta, che si aggira intorno ai trenta milioni di euro l'anno. «Soldi che al momento non ci sono», ammette l'assessore regionale Luca

Coletto. «L'Iva va a incidere sugli appalti, le pulizie, i medicinali, tanto per fare qualche esempio. È una bella tirata, che forse andava evitata. Di certo è un altro sacrificio che ci viene chiesto e che avrà inevitabilmente delle ripercussioni».

L'obiettivo della Regione è di fare il possibile per non tagliare i servizi. «Non si può far altro che intervenire sui costi, razionalizzando le spese, spingendo ulteriormente sull'informatica e sull'implementazione del day

surgery e del day hospital. Occorre agire a 360 gradi».

Ridurre i ricoveri, quindi, e risparmiare su tutti i fronti. Coletto appare preoccupa-

to: l'aggravio provocato dall'aumento dell'Iva va a sommarsi alla cura dimagrante già imposta ai direttori generali nei mesi scorsi. «Trenta milioni sono tanti. E questo ci impone un intervento strutturale che avrà ricadute ovunque».

Se la Sanità veneta rischia di uscirne con le ossa rotte,



Lettori: n.d.

## Corriere del Veneto

22-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Alessandro Russello

da pag. 1

non va molto meglio nei Comuni che, a norma di legge in quanto «utilizzatori finali», non possono scaricare l'Iva. Nei municipi, i tecnici sono già al lavoro per far quadrare i conti e azzardare le prime stime.

A Vicenza, l'aumento di un punto percentuale dell'imposta significa un aggravio, per le casse del capoluogo, di 113mila euro l'anno. L'incremento si farà probabilmente sentire sul versante delle rette scolastiche per asili nido, scuole materne e sui pasti quotidiani per gli studenti. Tutti servizi garantiti dal Comune che però, già in questi giorni, deve scontare il rincaro del punto percentuale dell'imposta applicato dai fornitori.

Per quest'anno gli aumenti sono scongiurati ma il futuro è meno rassicurante.

«Il bilancio sta diventando talmente stretto che non

saremo più in grado di ammortizzare nulla - spiega il sindaco della città, Achille Variati - ci sono già adesso enormi difficoltà nell'erogazione dei livelli essenziali di servizi alle fasce più deboli della popolazione a causa dei tagli ai trasferimenti dello Stato. Ulteriori aumenti, come quello dell'Iva, che peseranno sui servizi, dovranno giocoforza ricadere sui

cittadini, perché il Comune non ha più un soldo per farvi fronte».

Preoccupazione anche a Padova, dove il sindaco Flavio Zanonato anticipa che

l'aumento dell'imposta influirà per circa mezzo milione sui costi del Comune. Mentre a Venezia l'aggravio, comprensivo dei contratti di servizio con le società partecipate, si mangerà dal bilancio 350mila euro. Sul contratto di igiene pubblica - Tia esclusa, i rifiuti sono tutti a carico dell'utenza - si calcolano ad esempio all'incirca 25mila euro in più da pagare.

Tra le aziende pubbliche la più falcidiata a Venezia è quella della mobilità, Asm, che si occupa di par-

cheggi, strisce blu, bike e car sharing e del People mo-

ver, il trenino sopraelevato tra Tronchetto e piazzale Roma. Asm all'anno perde infatti 200mila euro e, visto che non può adeguare le tariffe, la società ha scritto al-

l'amministrazione chiedendo di risolvere il problema.

Il presidente dell'Ance Veneto, Giorgio Dal Negro (Pdl), invita i colleghi a mantenere la calma. «C'è preoccupazione e il problema esiste, ma non dimentichiamo che prima di tutto deve venire il bene del Paese, che ha bisogno di questa manovra finanziaria».

Nessuna battaglia sul fronte dell'Iva, quindi, da parte dell'associazione che rappresenta i sindaci veneti. Sarebbe inutile. «Sull'aumento di un punto percentuale dell'imposta non c'è margine di trattativa - sostiene Dal Negro - dobbiamo invece batterci affinché i tagli agli enti pubblici ricadano sui Ministeri e sulle Regioni, senza andare a pesare sui bilanci dei Comuni veneti, che sono virtuosi».

Dal Negro annuncia di aver chiesto un incontro con i ministri Tremonti e Calderoli, chiedendo l'apertura di un tavolo di trattativa.

«Siamo pronti al confronto, anche duro se occorre. Se verranno accettate le nostre richieste la manovra avrà imboccato la strada giusta: la riduzione degli sprechi. Se invece i tagli ai finanziamenti colpiranno tutti indistintamente, temo che l'aumento dell'Iva sarà l'ultimo dei nostri problemi».

**Andrea Priante**

(hanno collaborato

G. Bertasi e G. Collicelli)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: n.d.

CORRIERE DELLA SERA

Milano

22-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ferruccio de Bortoli

da pag. 4

**Assalto agli sportelli per chiedere chiarimenti****Ticket, quasi 10 mila in fila per l'esenzione**

Ora il medico deve apporre un codice: per l'esenzione dal ticket dal 15 settembre non valgono più le autocertificazioni del reddito sulle richieste di esami del sangue e visite specialistiche. Nessun cambiamento, invece, per le prescrizioni

dei farmaci, né per chi è esente dal ticket per malattie croniche. Per tutti, i diritti restano gli stessi. Eppure continuano le code davanti agli sportelli delle Asl lombarde di pazienti in cerca di chiarimenti. Martedì in fila erano in 8.600.

FederLab Italia



Lettori: n.d.

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

22-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ferruccio de Bortoli

da pag. 4

**Sanità****La Regione  
ai privati:  
«Più attenti  
ai bilanci»**

di SIMONA RAVIZZA

Il taglio alle tariffe di rimborso sui 150 mila pazienti provenienti dal resto d'Italia fa discutere a distanza gli ospedali privati e la Regione. Le dichiarazioni di Gabriele Pelissero su tagli e razionalizzazioni non sono piaciute all'assessore alla Sanità Luciano Bresciani (foto).

A PAGINA 4

**Il caso** Dopo le dichiarazioni del presidente Aiop, Pelissero, l'assessorato replica: basilare tenere il bilancio in pareggio

**Sanità, scontro tra Regione e privati**

Cure per pazienti da fuori Lombardia, il Pirellone minaccia di ritardare i rimborsi

**Luciano Bresciani  
Il tariffario  
standard? Altre  
Regioni seguiranno  
il nostro esempio****Carlo Lucchina  
Anche il privato,  
come il pubblico,  
dovrà fare sforzi in  
nome dell'efficienza**

«La Sanità a corto di risorse adesso richiama anche gli ospedali privati al taglio dei costi impropri senza intaccare la qualità delle cure — attacca l'assessore Luciano Bresciani —. I privati, finanziati dalla Regione, dovranno continuare a rispondere alle stesse regole delle strutture pubbliche. Potranno andare avanti a fare business, ma non iper-business». Il taglio alle tariffe di rimborso sui 150 mila pazienti provenienti dal resto d'Italia fa di-

scutare a distanza gli ospedali privati e la Regione.

Quasi mai in Lombardia capita di vedere contestati apertamente i provvedimenti del Pirellone in materia sanitaria; ancora più raro è che vengano sollevati dubbi dall'Associazione ospitalità privata (Aiop) in una Lombardia dove, con la legge 31 del '97, le strutture pubbliche e quelle private accreditate con il servizio sanitario sono state messe sullo stesso piano. È successo ieri con le dichiarazioni di Gabriele Pelissero, 61 anni, presidente dell'Aiop della Lombardia, nonché vicepresidente del gruppo ospedaliero San Donato: «D'ora in avanti chi opera al cuore un bambino siciliano guadaena me-

no di chi si occupa di uno lombardo — ha spiegato Pelissero —. Sono a rischio le cure ai pazienti che provengono da altre parti d'Italia».

Dichiarazioni che non sono piaciute ai vertici dell'assessorato alla Sanità: «Sono esternazioni che ci amareggiano, soprattutto perché per discutere della

questione è fissato un incontro con l'Aiop il 27 settembre — dice il direttore generale, Carlo Lucchina —. Quando la Regione prende provvedimenti con tariffe di rimborso vantaggiose per i privati, tutti stanno zitti: in realtà, nulla spetta di diritto. L'adozione del tariffario unico nazionale non andrà bene all'Aiop,



ma riflette esigenze collettive. Quelle di tenere il bilancio della Sanità in pareggio. Qui il costo pro capite per le cure di un cittadino è di 1.447 euro annui contro i 1.620 dell'Emilia e della Calabria».

Di ritorno da Roma, l'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani, difende il provvedimento della Lombardia: «Ci seguiranno anche altre Regioni». Con la delibera del 28 luglio, per i pagamenti delle cure prestate ai malati provenienti da fuori regione i rimborsi previsti dal tariffario lombardo non saranno più applicati: scatteranno invece quelli — più bassi soprattutto per gli interventi di protesi all'anca e di cardiocirurgia — stabiliti a livello nazionale. Così il Pirellone dovrà anticipare meno milioni di euro agli ospedali lombardi (in attesa del saldo delle Regioni di provenienza dei pazienti) e soprattutto dovrà affrontare meno contestazioni per ottenere il pagamento delle fatture (760 milioni di euro l'anno): «Altrimenti — paventa Lucchina — potremmo fare come le altre Regioni che rimborsano a 400 giorni di distanza».

«Regione Lombardia ha sempre riconosciuto alle strutture private la dignità che si meritano, tanto che solo l'Aiop ha sollevato dubbi sulla delibera di luglio — ribadisce il supermanager Carlo Lucchina —. Adesso, tutti, privati compresi, dovranno sforzarsi e perfezionare i modelli organizzativi». Ma la Lombardia non rischia di perdere la leadership nell'attrarre malati dal resto d'Italia? «La qualità la fanno i medici — sottolinea Lucchina —. L'importante è che continuino a essere messi nelle condizioni di lavorare bene. Poi non è escluso che, siccome sono in corso trattative a livello nazionale, per il 2012 le tariffe vengano ricontrattate all'insù». È tranquillo, l'assessore Bresciani: «La qualità costa meno perché non vengono svolti interventi inutili».

**Simona Ravizza**  
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'allarme**

Il guasto riparato in serata, per l'Ausl il servizio riprenderà regolarmente oggi

## Sanità, salta il cervellone del Cup prenotazioni in tilt per tutto il giorno

DOPO una giornata di "black out" nelle prenotazioni di visite ed esami e nel pagamento dei ticket, tornerà oggi regolare il servizio del Cup. I tecnici di Cup 2000, infatti, hanno riparato ieri sera il guasto che aveva causato per tutto il giorno il blocco del sistema informatico. L'Ausl al termine di una giornata convulsa ha fatto sapere in una nota che sin da stamattina «il sistema tornerà alla piena operatività e i cittadini potranno recarsi agli sportelli Cup per prenotare regolarmente visite ed esami». Il guasto ieri mattina aveva messo il "cervellone" informatico di Cup 2000 nell'intera città di Bologna e dintorni, fino a Imola. Per tutto il giorno non è stato possibile effettuare nessuna prenotazione di visite ed esami e anche pagare il ticket è stato complicato. In tarda mattinata, agli operatori degli sportelli è arrivata la direttiva di far pagare i clienti utilizzando la modalità manuale, ovvero compilando a mano la fattura in carta copiativa. A Imola invece i pagamenti non sono stati possibili, mentre si sono regolarmente svolte tutte le prestazioni sanitarie già prenotate che erano in programma per la giornata nei diversi ospedali della città. Le procedure per l'autocertificazione dei nuovi ticket sanitari, invece, non sono state toccate dal guasto. Il personale dell'Ausl e di Cup 2000 e gli operatori del call center (800.884888) sono comunque a disposizione per informazioni e assistenza.



Lettori: n.d.

**IL TEMPO ROMA**

22-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Mario Sechi

da pag. 33

I 31 sindaci dell'Aniene e centinaia di manifestanti protestano per la riconversione degli ospedali

# Una Valle unita contro la Asl

**Sanità** Riunione col direttore Brizioli per salvare le strutture**Antonio Sbraga**

■ **TIVOLI** Il conto alla rovescia per l'avvio della riconversione degli ospedali di Montecitorio e Subiaco segna gli ultimi 10 giorni, ma la protesta contro la proposta del nuovo atto aziendale dell'Asl Rm G tocca anche Palombara Sabina e Colferro.

Ieri la sede tiburtina dell'azienda sanitaria è stata presidiata tutto il pomeriggio da un centinaio di manifestanti della Valle dell'Aniene, che hanno seguito con autobus e furgoni i sindaci dei 31 centri della Comunità montana dell'Aniene (la cui giunta ha deliberato in ogni caso la decisione di ricorrere al Consiglio di Stato contro il decreto Polverini) attesi dal direttore generale Nazareno Renzo Brizioli. Al manager i primi cittadini hanno consegnato un documento che chiede il mantenimento dei reparti di Rianimazione e Chirurgia d'urgenza, oltre al servizio cardiologico all'«Angelucci» di Subiaco. «Abbiamo accettato con grande senso di responsabilità una revisione organizzativa del nostro ospedale rinunciando anche ad alcune prerogative importanti per il nostro territorio - hanno scritto i sindaci - ma sulla garanzia reale dell'emergenza-urgenza non desistiamo».

Anche per il «Parodi Delfino» il sindaco di Colferro, Mario Cacciotti, ha inviato al direttore Brizioli un documento che rappresenta la «necessità di non perdere le unità complesse, considerate strutture portanti di ogni ospedale, ed anzi di trasformare in operative complesse alcune che oggi non lo sono». E anche a Palombara puntano l'indice contro la riduzione del «Santissimo Salvatore» a 3 sole unità operative semplici 3 unità semplici di Medicina d'urgenza, di degenza infermieristica e di radiologia, oltre al «Centro dei disturbi e della condotta alimentare». Un riordino che «azzererebbe di fatto i servizi fruibili dai cittadini-utenti di Palombara e dei paesi limitrofi», protesta il Comitato civico. A sostegno del nosocomio sabino due interventi bipartisan: il senatore dell'Idv, Stefano Pedica, ha chiesto un incontro al ministro della Salute, Ferruccio Fazio. E il consigliere provinciale del Pdl, Marco Bertucci, chiede «ogni sforzo per tutelare il nosocomio».



## Sanità. Nuovo emendamento «light» Specializzandi nelle Asl ma pagati dagli atenei

■ Si riaprono le porte all'accesso degli specializzandi negli ospedali del servizio sanitario, ma dovrà essere un accordo Stato-Regioni a decidere esattamente come e la scelta sarà su base volontaria.

Torna così in versione *light* l'emendamento al Ddl omnibus in materia sanitaria all'esame dell'aula della Camera, presentato dal **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, bloccato martedì per ragioni di compatibilità economica (si veda Il Sole 24 Ore di martedì e mercoledì), ma che questa volta ha già incassato il via libera della commissione Bilancio di Montecitorio.

Nella prima versione si permetteva alle strutture del Ssn di assumere a tempo determinato i medici durante gli ultimi due anni di specializzazione, con oneri a carico delle Regioni. Il nuovo testo prevede che l'eventuale inserimento dei medici «su base volontaria» non può «dar luogo a indennità o

corrispettivi diversi da quelli spettanti a legislazione vigente». La loro retribuzione, in sostanza, resterà a carico delle Università come avviene oggi in base al contratto di formazione che vale circa 1.800 euro al mese per ogni specializzando. E nel nuovo testo è stata anche eliminata la possibilità per i medici di partecipare ai turni di guardia.

La Cgil medici - critica sulla prima versione dell'emendamento - giudica il testo «un risultato ragionevole che salvaguarda la formazione rispetto al rischio di sfruttamento», ma chiede «un tavolo per arrivare all'obiettivo di un reale inserimento degli ospedali e dei servizi territoriali nella rete formativa del nostro paese». E «molto soddisfatta dei nuovi contenuti» è anche Federspecializzandi, la confederazione nazionale delle associazioni dei medici in formazione specialistica.

**P.D.Bu.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: 132.000

Diffusione: 85.428

panorama  
**Economy**

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

28-SET-2011

da pag. 35

[ATTUALITÀ]

## Il commissario del rione sanità

**TAGLI POSSIBILI** Un ufficiale dei Carabinieri riesce a fermare l'emorragia finanziaria della Asl di Salerno. Come? Pagando i fornitori ed eliminando gli sprechi.

**LA SQUADRA**  
Maurizio Bortoletti, colonnello dei Carabinieri con i suoi collaboratori della Asl di Salerno.

Tra gennaio 2009 e marzo 2011 la Asl di Salerno, una delle più grandi d'Italia, con oltre 9 mila dipendenti, ha perso la bellezza di 557,5 milioni di euro (250 nel 2009, 243 nel 2010 e 64,5 nel solo primo trimestre del 2011, quasi il doppio del preventivo) che hanno portato il suo debito a 1 miliardo e 700 milioni. Un'enormità, anche per la disastrosa sanità delle nostre regioni meridionali, tanto più grave perché non si vedeva neppure una luce in fondo al tunnel.

Ora invece un'uscita si comincia a vedere. Da quando, 5 mesi fa, il presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro, ha nominato commissario straordinario Maurizio Bortoletti, colonnello dei carabinieri di 45 anni che da tre lavora come consigliere per l'Anticorruzione del ministro per la Pubblica amministrazione Renato Brunetta, i conti hanno cominciato a migliorare. La perdita del secondo trimestre è stata di 14 milioni, per il terzo sarà inferiore a 10. Significa che il 2012 potrebbe cominciare con la prospettiva di un sostanziale pareggio operativo.

Per fare il miracolo, a quanto racconta il diretto interessato, non c'è stato bisogno di scontri epici o sconvolgimenti organizzativi, ma di norme semplici e ragionevoli. Nel caso della Asl di Salerno, il primo mattone del risanamento pare sia stato un accordo con i fornitori, la cui vita era funestata da pesantissimi ritardi nei pagamenti. «Abbiamo stabilito» spiega Bortoletti a *Panorama Economy* «che la Asl avrebbe pagato regolarmente le fatture per nuove forniture e i creditori



### DEBITO ASL

Il governatore della Campania Stefano Caldoro (sotto) ha commissariato la Asl di Salerno sul cui bilancio gravavano 1 miliardo 700 milioni di debiti.



avrebbero fermato la pioggia di ricorsi, decreti ingiuntivi che ci sommergeva ogni mese. Solo nel 2010 «questa voce aveva pesato sul bilancio per ben 75 milioni di euro» prosegue il commissario. Con i soldi che non ha dovuto versare agli avvocati, Bortoletti ha pagato regolarmente i fornitori. Ma non solo. «Ho trovato trattamenti economici che non corrispondevano ai contratti di lavoro e ordini abnormi di materiale di cui nessuno chiedeva la ragione». Come hanno reagito i 9 mila dipendenti che fino a pochi mesi fa non controllava nessuno? «Un terzo delle persone mi ha dato una mano, un terzo si è messo alla finestra e il terzo rimanente ha cercato di difendere i vecchi privilegi». Non per niente sulla stampa cittadina ogni tanto parte qualche bordata contro il commissario da parte di medici e dirigenti. Ma i numeri, almeno finora, sembrano essere tutti dalla sua parte.

### A scuola contro i clan

C'è un'altra iniziativa, nata nel Mezzogiorno per ottimizzare la gestione della spesa pubblica e scongiurare le infiltrazioni della criminalità organizzata. «Appalto sicuro» è partita a maggio grazie a un accordo tra dipartimento di Pubblica sicurezza, la presidenza del Consiglio e il Forze, il centro di formazione per la pubblica amministrazione. Il programma, finanziato dal Piano obiettivo 2007-2012, prevede un corso di formazione per 1.200 dipendenti pubblici. Negli ultimi quattro mesi hanno aderito 195 comuni e 12 province, ma l'obiettivo di Forze è allargare ulteriormente il bacino.

# NanoPress

## Fazio: "Mi auguro che la sanità non venga più toccata dalle manovre economiche"



Il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, ha espresso la sua opinione sul futuro della **sanità** in Italia. Il ministro ha fatto chiaramente intendere che non ci sono più margini per intervenire con tagli sulla sanità, che a suo giudizio andrebbe esclusa da future manovre economiche, "lo credo che non debba essere ulteriormente toccata la sanità. E' già stata pesantemente toccata, non nella Manovra di agosto ma in quella di luglio".

Publicato il 21 Set 2011

# GIORNALE DI SICILIA

FONDATA DA GIROLAMO RABITZONI

Mercoledì 21 Settembre 2011 pagina 3

## **CRACOLICI SCARICA MASSIMO RUSSO: USA IL SUO RUOLO PER FARE UN PARTITO**

«Russo sta facendo un grave errore. Non è consentito a nessuno usare il potere assessoriale per fare un partito. Fra la libertà di partecipazione e la coercizione, in questo caso, la differenza è sottile»: dopo gli attacchi di Udc e Fli, è Antonello Cracolici, capogruppo del Pd, a prendere le distanze dall'assessore alla Sanità. Oggi si vota la mozione di censura all'assessore proposta dal centrodestra. E si aprono nuove crepe nella maggioranza. Anche su questo gioca un pezzo importante del Partito democratico che potrebbe far scattare dalla posizione dell'assessore il rimpasto in giunta. Per Cracolici «la vicenda Russo è la conferma che c'è un problema di rilancio dell'alleanza. La mozione del Pdl diventa un assist a noi». Tuttavia il capogruppo precisa che solo stamani il Pd deciderà come votare, e Lupo e Lumia si mostrano più cauti del capogruppo. Il primo attacco a Russo - che ieri non ha commentato - è arrivato da Livio Marrocco e Giulia Adamo, leader di Udc e Fui che contestano all'assessore la creazione di un movimento politico, Team Sud, che starebbe allargandosi inglobando pezzi di sanità. Nomine ai vertici di Asp e ospedali - hanno detto Marrocco e Adamo - vengono fatte premiando chi aderisce a Team Sud. Tesi raccolta da Cracolici con una battuta: «Russo sta facendo il PdS, Partito della Sanità. Lo citeremo per appropriazione indebita della sigla che fu nostra». Sulla posizione dell'assessore scatta la partita per i nuovi equilibri in giunta e nella maggioranza. Lombardo ieri ha incontrato i capigruppo cercando una soluzione che disinnesci la bomba. Un accordo traballante sarebbe stato raggiunto nella notte. Oggi la maggioranza solleva una obiezione pregiudiziale che impedirebbe il voto. In questo caso Lombardo rivedrebbe nei prossimi giorni la posizione dell'assessore, e la delega, con gli alleati. Ma se si andrà al voto segreto, è opinione diffusa all'Ars, che l'assessore rischia sul serio. Per Lombardo, però, Fli e Udc dovrebbero ringraziare Massimo Russo che ha rotto le vecchie logiche.



## **Scaramuccia: “Sbloccare subito l'erogazione del Fondo Sanitario alle Regioni”**



FIRENZE – Una seduta straordinaria del CIPE per sbloccare l'erogazione alle Regioni delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale. L'ha chiesta oggi l'assessore al diritto alla salute della Toscana Daniela Scaramuccia, partecipando, a Roma, alla seduta della Commissione Salute sulla definizione delle risorse del Fondo Sanitario.

“In sede di Commissione salute – riferisce l'assessore Scaramuccia – si è preso atto della grave situazione di cassa delle aziende sanitarie, a causa della mancata distribuzione delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale”. Infatti, mentre sono stati definiti i criteri del riparto, non sono ancora stati distribuiti i fondi 2010 e 2011. Alle aziende sanitarie toscane spettano complessivamente oltre 350 milioni di euro; alla Regione Toscana, da parte del Ministero, oltre 430 milioni.

“Oggi, anche su sollecitazione della Regione Toscana – informa l'assessore – si è convenuto di chiedere ai presidenti che domani parteciperanno alla Conferenza Stato-Regioni una seduta straordinaria del CIPE, per sbloccare l'erogazione dei fondi e farli finalmente arrivare alle Regioni”.



## Debito sanitario, l'Idv: "Chiodi rimandato a settembre"

"Chiodi puntualmente non manca, ad ogni riunione del Tavolo di monitoraggio per la sanità, di interpretarne le conclusioni nel senso che più gli conviene, nel vano tentativo di addolcire agli abruzzesi la pillola amara dei tagli alla sanità e al sociale. Così è stato anche per l'ultima riunione del Tavolo e così, presumibilmente, sarà ancora". Lo dice **Cesare D'Alessandro**, vice capogruppo regionale dell'IDV.

"In realtà - aggiunge - il 20 luglio scorso, alla presenza di una lunga sfilza di funzionari ministeriali, sono stati passati sotto la lente d'ingrandimento i provvedimenti del Commissario e del sub Commissario della sanità abruzzese. Al di là del linguaggio tecnico e burocratico, è evidente che Chiodi ne esce alquanto malconco: se non bocciato, almeno rimandato a settembre.

I funzionari ministeriali, in sintesi - spiega D'Alessandro - hanno evidenziato che Chiodi, pur richiesto nel mese di aprile 2011, si è ben guardato dall'inoltrare i chiarimenti relativi al Piano della rete residenziale e semiresidenziale, mentre riguardo al contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera non sono state indicate le poste finanziarie per il risparmio.

Chiodi, da parte sua, ha comunicato che sì, intende risparmiare nei prossimi due anni, ma senza indicare gli obiettivi; intanto, il trend della spesa farmaceutica è in aumento. La cosa che meno convince il pool ministeriale - dice sempre l'esponente dell'Idv - sono i contratti sottoscritti dalle case di cura private oltre il termine dei sessanta giorni previsto dallo stesso Chiodi, nel 2010, ed i contratti 2011-2012 (sempre con le case di cura private) ancora in istruttoria, sui quali sembra non siano indicati né il volume, né le tipologie di prestazioni assegnate a ciascun erogatore privato accreditato.

Vengono, inoltre, evidenziati i ritardi nelle procedure di accreditamento, ancora in corso e ben oltre i termini di legge, degli erogatori privati di prestazioni ospedaliere.

Il Tavolo di monitoraggio, infine, ritiene per niente chiaro quanto previsto con riferimento al tetto di spesa 2011, per la specialistica ambulatoriale, per l'assistenza riabilitativa, per l'assistenza termale e per le RSA, là dove viene determinato aggiungendo al tetto 2010 'il fatturato 2010' per le prestazioni fuori contratto. Una lista di osservazioni alquanto tecniche - conclude D'Alessandro - ma che scopre la gestione a fini mediatici dei dati che Chiodi fa pro domo sua".



## Le reazioni dell'Ars

Publicato il 22 - settembre - 2011

**di Silvia Platania-** E' stato scontro feroce, per quanto dialettico, all'Ars sulla mozione di censura a Massimo Russo.

Per **Raffaele Lombardo** "parliamo di censura a un assessore ma si mette in discussione un settore del governo che rappresenta il 50% del bilancio è quindi una mozione di fiducia surrettiziamente presentata. E quindi va ripresentata in questa veste". "Non intendiamo assolutamente sottrarci al dibattito. Si farà martedì, anche alla luce di una memoria scritta dall'assessore Russo sulla quale i deputati avranno occasione di riflettere. Se il governo sarà giudicato dalla sua maggioranza, alla luce del sole, inadeguato, cederà il passo".

Si difende attaccando **Massimo Russo**: quello nei miei confronti è "un atto di accusa con fini meramente politici per tentare di delegittimare l'azione riformatrice del governo regionale impegnato a riparare i gravissimi guasti del passato nel settore della sanità". "Negli anni della sanità siciliana dei report giornalistici nazionali, del dvd 'La mafia è bianca', delle inchieste giudiziarie, dei fastosi anni di Villa Santa Teresa, dei rimborsi gonfiati, delle truffe, degli scandali negli acquisti, delle assunzioni clientelari, dei primariati elettorali, dei munifici extrabudget per tutto il comparto della sanità privata, dei rinvii a giudizio, dei processi e delle sentenze".

Non ci sta naturalmente l'opposizione: "Il timore di svelare all'Opinione Pubblica il fallimento delle politiche sanitarie, il terrore delle sortite di parlamentari della stessa Maggioranza che con il voto segreto avrebbero potuto stigmatizzare la bocciatura dell'Assessore Russo hanno determinato l'utilizzo dell'unica via d'uscita: una fuga da conigli!". Così il vicepresidente vicario del PdL all'Ars, **Salvo Pogliese**.

**Giulia Adamo** invece sottolinea il comportamento del suo gruppo: "L'Udc è oggi rimasto in aula compatto per garantire un diritto all'opposizione ma ha anche annunciato l'astensione dal voto per dimostrare, ancora una volta, la propria lealtà nei confronti di un progetto politico di rinnovamento e di riforma che l'Unione di centro condivide con il governo. Sull'operato dell'assessore Massimo Russo abbiamo più volte e con chiarezza manifestato le nostre critiche e per questa ragione presenteremo un ordine del giorno per riaprire un dibattito serio sulla Sanità". "Pur mantenendo le perplessità espresse nei giorni scorsi, avremmo votato oggi la pregiudiziale posta dal Pd, proprio per rispettare quel progetto politico in cui crediamo e che ha per noi valenza regionale e nazionale. La politica - precisa Adamo - non si può fare con espedienti tecnici e per questa ragione chiediamo un serio incontro al presidente Lombardo che coinvolga i gruppi e i referenti nazionali per comprendere se sussiste ancora quella volontà comune nel portare avanti questo progetto all'interno del Nuovo Polo, o se magari vige quella linea del cambiare tutto per poi non cambiare nulla".

# il Nuovo Molise

edizione web

## Sanità, Molise bocciato dalla Corte dei Conti

21 settembre 2011

**CAMPOBASSO-** La Corte dei Conti boccia ancora una volta la Regione Molise. Il settore è sempre lo stesso, ossia il punto più dolente per il governatore – Commissario: la sanità. La Relazione annuale pubblicata lo scorso 4 agosto, mette in evidenza il confronto interregionale tra le regioni soggette al Piano di rientro del deficit sanitario. Ma mentre Lazio, Abruzzo, Sicilia e Liguria chiudono il 2010 in positivo, il Molise, accompagnato da Campania e Calabria, rimane con il segno meno. A sollevare la questione è il responsabile regionale del dipartimento sanità dell'Idv, Giuseppe Attademo che parla di “bugie del governatore in clima trionfalistico pre-elettorale e di verità della Corte dei Conti”. Ma a quanto ammonta il debito della sanità molisana? Secondo i dati diffusi, si parla di 121,164 milioni per il 2010 contro i 98,304 milioni dell'anno precedente. Insomma, in pieno piano di rientro, il debito della sanità molisana aumenta invece di diminuire. “Pur essendo passata dall' 81,6% del 2008 al 77,8% del 2010, la spesa sanitaria rispetto alla spesa corrente nel Molise supera la media nazionale (76,3% nel 2008 contro il 75,4% nel 2010) come pure il rapporto spesa sanitaria/PIL: 13,76% nel 2010, 7,33% nel 2008 e 9,73% contro 7,22% (2010)”. Ma non è tutto. Attademo mette in evidenza anche altre curiosità: “a fronte di una riduzione globale della spesa di due punti percentuali (media nazionale +0,5%), vi è un incremento notevole della spesa per l'ospedaliera accreditata (+7,4% rispetto alla media nazionale di +1,8%) e della spesa per l'integrativa protesica convenzionata ed accreditata (+25,2% contro lo 0,1 % della media nazionale). La spesa per il personale cresce pochissimo (+0,02% in Molise, +1,22% media nazionale) mentre rimane stabile la spesa per la medicina generale convenzionata (+2,4% vs 2,79% media nazionale) (ma nel vicino Abruzzo è del +1,65%) e per la specialistica convenzionata e accreditata (+5,84% vs 6,08% media nazionale) (ma nel vicino Abruzzo è del +2,93%). Le uniche voci che subiscono riduzioni sono quelle per beni e servizi (-6,81% vs +0,05 media nazionale), farmaceutica convenzionata (-9,5% vs -0,57 media nazionale), riabilitativa accreditata (-8,22% vs -0,37% media nazionale). Che significa tutto questo? Che il sistema sanitario regionale è oggetto di una privatizzazione strisciante con progressivo smantellamento delle strutture pubbliche (che vengono “tagliate” a causa del deficit finanziario) addossando ai cittadini i costi dell'assistenza farmaceutica e della riabilitazione. Una assistenza sanitaria “modello mini-Lombardia” pur non avendone la regione Molise il tessuto produttivo ed economico. Quindi un progetto deliberato del governo di centrodestra di Iorio di ridisegnare l'assistenza sanitaria molisana (approfittando del cosiddetto piano di rientro) in senso privatistico facendosi scudo delle “decisioni ministeriali” di Roma. Da qui la necessità di battere alle prossime elezioni il centrodestra per recuperare il senso di solidarietà e uguaglianza che è alla base del sistema sanitario nazionale e, di conseguenza, regionale”.



21 Settembre 2011

L'ASL Milano 1 comunica

## Esenzione Ticket Sanitario: le nuove disposizioni di Regione Lombardia

**Regione Lombardia** Dal 15 settembre scorso, sono scattate le nuove regole relative al ticket sanitario per reddito su esami medici e visite specialistiche.

I cittadini interessati alla nuova Norma hanno ricevuto al proprio domicilio una lettera personalizzata, con cui si attribuisce loro il codice specifico di esenzione (E01), senza che vi sia necessità di recarsi allo Sportello Scelta e Revoca dell'ASL di competenza.

Vi è una componente di cittadini lombardi che rientrando nelle condizioni di esenzione più ampie previste dalla Regione Lombardia (si veda il box ASL-Infirma) si dovrà rivolgere agli Sportelli Scelta e Revoca dell'ASL per autocertificare la propria condizione e rientrare nei benefici di esenzione.

Tale procedura ha generato, su tutto il territorio lombardo, alcune situazioni di disagio per i cittadini, connesse ad attese, talvolta lunghe, dovute ad un maggiore afflusso di persone agli Sportelli Scelta e Revoca che vi accedono, a volte, anche solo per chiarimenti o informazioni.

Al fine di limitare al massimo queste situazioni critiche e per accogliere adeguatamente i cittadini in questo particolare periodo di maggiore afflusso, la Direzione Generale dell'ASL Milano 1 ha disposto l'immediato potenziamento degli Sportelli Scelta e Revoca dell'ASL ai quali i cittadini possono accedere. In particolare sono stati attrezzati ed aperti nuovi punti di accesso al pubblico, laddove possibile; sono state ampliate le attività e gli orari di apertura consentendo l'accesso in modo flessibile a coloro che ne fanno espressamente richiesta;

sono stati fissati appuntamenti in orari alternativi onde snellire le code e sono state allestite nuove postazioni telematiche a supporto degli stessi operatori e dei cittadini.

Inoltre, quale attenzione aggiuntiva per accogliere, orientare ed accompagnare i cittadini, è stata ulteriormente potenziata la collaborazione con alcuni soggetti del Terzo Settore che si sono resi disponibili a fornire dettagliata informativa durante l'attesa: trattasi di operatori dedicati che collaborano, nelle sale d'attesa dei Distretti Socio sanitari dell'ASL con più intenso afflusso, nella adeguata accoglienza ed orientamento dei cittadini che accedono.

La Direzione Generale dell'ASL Milano 1, scusandosi per i disagi, monitora giornalmente l'evoluzione della situazione al fine di meglio adeguare le azioni previste all'effettivo bisogno dei cittadini.

## TICKET SANITARI: NESSUNA TUTELA PER I PIU' POVERI

GIOVEDI' 22 SETTEMBRE 2011

**L'applicazione dei ticket sulla sanità - 10 euro sulle visite specialistiche** e le analisi e di 25 euro sui codici bianchi al pronto soccorso, secondo quanto deciso dalla manovra di luglio - ricade pesantemente sulle fasce più povere della popolazione. A tre mesi dalla loro introduzione, la spesa per i cittadini è aumentata, e se a questo si aggiungono le liste di attesa interminabili, si spiega facilmente il ricorso alle strutture private. Soprattutto, si rischia di pagare una stangata ogni volta che si teme un malore e si fanno gli accertamenti necessari. "Una persona che si reca al pronto soccorso e dichiara di avere un dolore a livello gastrico, se sottoposto a visita cardiologica, elettrocardiogramma, consulto chirurgico ed ecografia, senza che si evidenzino nulla di serio, può pagare anche 130,15 euro".

**È quanto spiega Rossella Miracapillo, responsabile dell'Osservatorio Farmaci & Salute del Movimento Consumatori**, che snocciola le voci di spesa: quei 130 euro derivano da 30 euro che servono per il cardiologo e l'elettrocardiogramma, cui si aggiungono 10 euro di ticket nazionale; ci sono 19 euro per la visita chirurgica più altri 10 di ticket; servono 36,15 euro per l'ecografia; e il paziente in questione, se classificato come codice bianco, paga ulteriori 25 euro.

**Regione che vai, ticket che trovi.** Ogni realtà regionale declina infatti i ticket in modo diverso. Il Movimento Consumatori ha condotto un'indagine su come le regioni si siano adeguate alla nuova norma: ognuna ha "personalizzato" il sistema e quasi tutte applicano i ticket ad eccezione di Valle D'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento e Sardegna, che hanno detto no al ticket di 10 euro sulla specialistica. La Sardegna sta pensando comunque a un aumento "simbolico" di 1 euro per tutti.

**Liguria, Lazio, Basilicata, Calabria hanno introdotto il ticket di 10 euro** a ricetta, così come previsto dalla legge nazionale e senza modulazioni. Friuli Venezia Giulia, Campania, Molise hanno deciso di introdurlo, ma si parla di eventuali rimodulazioni. Le altre regioni si sono regolate diversamente.

**L'Abruzzo prevede l'applicazione del ticket** per nuclei familiari con redditi superiori a 36.151 euro annui. Un blocco di regioni - Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Marche e Veneto - ha modulato il ticket in base alle fasce reddituali. In particolare, Toscana, Umbria ed Emilia Romagna prevedono esenzione dal ticket per redditi fino a 36.152 euro; fra 36.153 euro e 70 mila euro, il ticket è di 5 euro; fra 70.001 e 100 mila euro, il ticket ammonta a 10 euro; sale a 15 euro oltre i 100 mila euro di reddito. Il Veneto invece prevede ticket di 10 euro per chi appartiene a nuclei familiari con reddito maggiore o uguale a 29 mila euro e ticket di 5 euro per chi ha reddito inferiore.

**Altro sistema è quello di Lombardia e Piemonte**, che hanno introdotto il ticket in base alla tipologia degli esami, con un contributo proporzionale al valore della prestazione, che però viene pagato da tutti nella stessa misura a prescindere dal reddito. In questo caso, per le ricette fino a 5 euro non c'è aggravio di spesa, mentre per le altre prestazioni l'aumento del ticket è graduale fino a un massimo di 30 euro per gli esami più complicati. In Sicilia, infine, dove c'era già un balzello di 2 euro a ricetta, se ne sono aggiunti altri 8 per arrivare a 10 euro.

**"Ci troviamo di fronte a 20 sistemi diversi - spiega Rossella Miracapillo** - e nella stragrande maggioranza dei casi non sono tutelate le fasce deboli della popolazione. E' aumentata la pressione economica in modo insopportabile su coloro che vivono la condizione di 'malati'. E nessun intervento invece è stato adottato per arginare gli sprechi", come consulenze esterne o i carenti controlli sulle prestazioni delle strutture private convenzionate.

**"Il quadro che emerge - continua Miracapillo - fotografa purtroppo una situazione** in cui viene sempre meno il concetto sociale di assistenza, che era insito nel Sistema sanitario nazionale. Un sistema, il nostro, fondato sulla reciproca sussidiarietà e che viene così depauperato dei criteri di equità e di efficienza, a favore del sistema privato che in queste situazioni risulta avvantaggiato. I costi elevati per accedere alle prestazioni pubbliche si aggiungono a interminabili liste di attesa. Le persone preferiscono, quindi, rivolgersi alle strutture private per la loro celerità".

<http://consumatori.myblog.it/archive/2011/09/22/ticket-sanitari-nessuna-tutela-per-i-piu-poveri.html>

**Il caso** Dopo le dichiarazioni del presidente Aiop, Pelissero, l'assessorato replica: basilare tenere il bilancio in pareggio

# Sanità, scontro tra Regione e privati

## Cure per pazienti da fuori Lombardia, il Pirellone minaccia di ritardare i rimborsi

**Luciano Bresciani**  
**Il tariffario standard? Altre Regioni seguiranno il nostro esempio****Carlo Lucchina**  
**Anche il privato, come il pubblico, dovrà fare sforzi in nome dell'efficienza**

«La Sanità a corto di risorse adesso richiama anche gli ospedali privati al taglio dei costi impropri senza intaccare la qualità delle cure — attacca l'assessore Luciano Bresciani —. I privati, finanziati dalla Regione, dovranno continuare a rispondere alle stesse regole delle strutture pubbliche. Potranno andare avanti a fare business, ma non iper-business». Il taglio alle tariffe di rimborso sui 150 mila pazienti provenienti dal resto d'Italia fa discutere a distanza gli ospedali privati e la Regione.

Quasi mai in Lombardia capita di vedere contestati apertamente i provvedimenti del Pirellone in materia sanitaria; ancora più raro è che vengano sollevati dubbi dall'Associazione ospitalità privata (Aiop) in una Lombardia dove, con la legge 31 del '97, le strutture pubbliche e quelle private accreditate con il servizio sanitario sono state messe sullo stesso piano. È successo ieri con le dichiarazioni di Gabriele Pelissero, 61 anni, presidente dell'Aiop della Lombardia, nonché vicepresidente del gruppo ospedaliero San Donato: «D'ora in avanti chi opera al cuore un bambino siciliano guadagna meno di chi si occupa di uno lombardo — ha spiegato Pelissero —. Sono a rischio le cure ai pazienti che provengono da altre parti d'Italia».

Dichiarazioni che non sono piaciute ai vertici dell'assessorato alla Sanità: «Sono esternazioni che ci amareggiano, soprattutto perché per discutere della

questione è fissato un incontro con l'Aiop il 27 settembre — dice il direttore generale, Carlo Lucchina —. Quando la Regione prende provvedimenti con tariffe di rimborso vantaggiose per i privati, tutti stanno zitti: in realtà, nulla spetta di diritto. L'adozione del tariffario unico nazionale non andrà bene all'Aiop, ma riflette esigenze collettive. Quelle di tenere il bilancio della Sanità in pareggio. Qui il costo pro capite per le cure di un cittadino è di 1.447 euro annui contro i 1.620 dell'Emilia e della Calabria».

Di ritorno da Roma, l'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani, difende il provvedimento della Lombardia: «Ci seguiranno anche altre Regioni». Con la delibera del 28 luglio, per i pagamenti delle cure prestate ai malati provenienti da fuori regione i rimborsi previsti dal tariffario lombardo non saranno più applicati: scatteranno invece quelli — più bassi soprattutto per gli interventi di protesi all'anca e di cardiocirurgia — stabiliti a livello nazionale. Così il Pirellone dovrà anticipare meno milioni di euro agli ospedali lombardi (in attesa del saldo delle Regioni di provenienza dei pazienti) e soprattutto dovrà affrontare meno contestazioni per ottenere il pa-

gamento delle fatture (760 milioni di euro l'anno): «Altrimenti — paventa Lucchina — potremmo fare come le altre Regioni che rimborsano a 400 giorni di distanza».

«Regione Lombardia ha sempre riconosciuto alle strutture private la dignità che si meritano, tanto che solo l'Aiop ha sollevato dubbi sulla delibera di luglio — ribadisce il supermanager Carlo Lucchina —. Adesso, tutti, privati compresi, dovranno sforzarsi e perfezionare i modelli organizzativi». Ma la Lombardia non rischia di perdere la leadership nell'attrarre malati dal resto d'Italia? «La qualità la fanno i medici — sottolinea Lucchina —. L'importante è che continuino a essere messi nelle condizioni di lavorare bene. Poi non è escluso che, siccome sono in corso trattative a livello nazionale, per il 2012 le tariffe vengano ricontrattate all'insù». È tranquillo, l'assessore Bresciani: «La qualità costa meno perché non vengono svolti interventi inutili».

**Simona Ravizza**  
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Sanità**

## La Regione ai privati: «Più attenti ai bilanci»



di SIMONA RAVIZZA

Il taglio alle tariffe di rimborso sui 150 mila pazienti provenienti dal resto d'Italia fa discutere a distanza gli ospedali privati e la Regione. Le dichiarazioni di Gabriele Pelissero su tagli e razionalizzazioni non sono piaciute all'assessore alla Sanità Luciano Bresciani (foto).

A PAGINA 4

# il Giornale di Napoli

Giovedì  
22 Settembre 2011

## **PRESIDIO PERMANENTE DELLA SIRM**

### **Proteste contro i tagli dell'Asl 1**

Gli operai della ditta Siram scendono in strada per protestare contro i tagli che la gestione commissariale dell'Asl Napoli 1, guidata da Maurizio Scoppa, sta effettuando per ripristinare le casse. A far accendere gli animi il rischio di mandare a casa circa 50 dipendenti che fino ad oggi hanno svolto il loro lavoro presso tutte le strutture dell'Asl Napoli 1. Ieri una delegazione dei dipendenti della Siram ha protestato sotto la sede Rai di Napoli per chiedere chiarezza sul proprio futuro. Al rientro delle vacanze estive i lavoratori hanno appreso, attraverso una nota ufficiale dell'Asl Napoli 1 Centro, l'intenzione dell'azienda di voler interrompere ogni rapporto lavorativo con la Siram, la quale provvede alla manutenzione negli ospedali ed in particolare alla sterilizzazione e climatizzazione delle sale operatorie. «Stiamo protestando – dice Raffaele Stingone, rappresentante Rsu, – per conservare il nostro posto di lavoro, ma ugualmente assicuriamo le nostre prestazioni all'interno degli ospedali. Senza il nostro ausilio è impossibile tenere un ospedale aperto. Per tale vicenda abbiamo già avuto in Prefettura un incontro con un rappresentante dell'Asl e ne faremo un altro la prossima settimana, auspicando di avere risposte concrete». L'impressione è che per risparmiare si vogliano utilizzare i tecnici interni dell'Asl, ma «tale soluzione sarebbe del tutto insufficiente per un buon servizio»