

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

The logo for FederLab Italia features the word "FederLab" in a large, stylized font. "Feder" is in blue and "Lab" is in red. A pipette is positioned horizontally across the "Lab" part of the logo. Below "FederLab" is a red horizontal bar containing the text "COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI" in white. To the right of the main logo is a smaller blue box with the word "Italia" in white.

Rassegna Stampa del 23.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



Patto Salute e riparto fondo sanitario: al lavoro Governo e Regioni

Inizia oggi pomeriggio la maratona che entro il 30 aprile dovrà portare le **Regioni** e il **Governo** a siglare il nuovo **Patto per la Salute 2012-2015** e la proposta di riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il **Servizio Sanitario Nazionale** per l'anno 2012. Gli argomenti sul tavolo sono molti: il nuovo Patto pone le basi nella sanità per i prossimi anni, fino al 2015, mentre per quanto riguarda i criteri per il riparto del Fondo sanitario, che ammonta a 108,779,684 miliardi di euro, il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, nei giorni scorsi ha fatto qualche piccola apertura alla "deprivazione", sostenendo che "non è bene cambiare radicalmente le regole, però qualche piccola sperimentazione che ci aiuti a capire come l'indice di deprivazione può essere utile per determinare il riparto delle spese, si può fare".

Un tema, quello della deprivazione – ovvero il concetto per cui il riparto dei fondi sanitari deve avvenire anche in base alle condizioni socio-economiche del territorio – che tanto ha diviso, negli ultimi anni, le Regioni: quelle del sud che chiedono che si tenga conto delle condizioni socio-economiche delle popolazioni, notoriamente più critiche al Mezzogiorno, e quelle del nord, che insistono sui criteri tradizionali, ovvero il conteggio della popolazione e il "peso" degli anziani. "Età e popolazione sono criteri importanti, ma che possono non essere gli unici", ha osservato Balduzzi, che ha auspicato una riflessione e immaginato delle sperimentazioni "nel piccolo". Il ministro nei giorni scorsi ha poi detto chiaramente che intende rivedere il sistema dei ticket e delle esenzioni. "Non è detto ad esempio che l'esenzione per patologia debba continuare a essere svincolata dal reddito. Stessa cosa per le esenzioni in base all'età", ha sostenuto Balduzzi, secondo il quale "bisognerà poi prevedere più fasce di reddito calcolate in base alla composizione del nucleo familiare, considerando non solo il numero di componenti ma anche la presenza di anziani o disabili".

Il Patto per la Salute entrerà anche nel merito dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza: "l'ultima versione è composta da circa seimila prestazioni. Applicando il criterio dell'appropriatezza e con un lavoro di cesello facciamo uscire quelle oramai obsolete, ma entrano nuove cure per le malattie rare, la tutela della disabilità e l'epidurale", ha detto il ministro, "che – ha osservato – serve anche a contrastare l'inappropriatezza di molti parti cesarei".

E ancora, per il titolare del dicastero della Sanità, parlando a proposito degli ultimi casi di malasanità, "dobbiamo cogliere l'occasione del Patto per la Salute per rimettere in moto le forze di cui disponiamo, ogni elemento del sistema sanitario italiano deve sentirsi responsabilizzato". La stessa rete dei medici di famiglia, nelle intenzioni di Balduzzi, dovrà funzionare 7 giorni la settimana su 7 e non più 5 su 7 come oggi. Riuscirà tutto questo a conciliarsi con le diverse volontà ed esigenze delle Regioni? Gli incontri tra il ministro e i governatori sono iniziati, già da alcune settimane, ma poi si sono interrotti a causa del maltempo che ha bloccato l'Italia. Oggi la Conferenza delle Regioni, in una seduta straordinaria che inizierà in serata e proseguirà domani, riprenderà il bandolo della matassa ma non sarà questa una seduta definitiva: serve infatti altro tempo per "cucinare la tanta carne al fuoco che speriamo si cuocia bene", ha detto scherzando l'assessore della Regione Umbria alla Sanità, Franco Tomassoni. Tutti hanno però interesse a chiudere la partita entro il 30 aprile e a tenere "uniti" il riparto del Fondo sanitario da oltre 108 miliardi al nuovo Patto per la Salute. Vedremo presto come andrà.

Malattie rare. Balduzzi: "In Patto della Salute 109 nuove patologie. O forse più"

Il ministro è intervenuto alla presentazione del Rapporto sulle malattie rare dell'Iss. Oltre 95 mila casi di malattia rara censiti. Ma i malati sono molti di più. Perché non tutte le Regioni hanno fornito i dati e le malattie censite sono solo quelle già riconosciute dal sistema esenzione.

22 FEB - "Nel nuovo Patto per la Salute è intendimento sia del ministro che delle Regioni portare alla fine il percorso dei nuovi Lea, fermi al 2008, dove una parte molto importante sarà rappresentata dalle 109 malattie rare che sarebbero dovute essere inserite già allora e che oggi è possibile che possano anche subire un ritocco, in aumento. Evidentemente c'è un problema di compatibilità finanziaria che speriamo di poter superare". Ad affermarlo è stato oggi il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, a margine del convegno promosso all'Istituto Superiore di Sanità per presentare i dati aggiornati del Registro nazionale delle malattie rare.

Certo, ha aggiunto il ministro, "non è pensabile fare tanti aumenti ogni volta che viene fuori una nuova malattia", ma "difficilmente questo elenco di patologie può diminuire". Anzi, nel suo intervento all'assemblea riunita all'Iss per il convegno, Balduzzi ha sostenuto la necessità di "andare a vedere le criticità" e "mettere a tema il forte gap tra la stima Oms delle malattie rare e il loro riconoscimento". Più attenzione, secondo Balduzzi, va rivolta anche "alla rete di associazioni, che sono un elemento importante" in una tematica, quella delle patologie rare, "che è quella per la quale, come ministro, ho ricevuto, in percentuale, il maggior numero di richieste di sollecitazione".

Esprimendo soddisfazione per il lavoro del Centro nazionale malattie rare dell'Istituto superiore di Sanità in sinergia con i registri regionali delle malattie rare, il ministro ha quindi dichiarato che "l'articolazione regionale della sanità è un vantaggio competitivo del nostro Paese. Che occorre tenere d'occhio apportando eventuali aggiustamenti. Ma il legislatore seppero guardare lontano capendo che i servizi sanitari, per loro natura, funzionano meglio se sono vicino agli utenti e se la loro gestione è regionale. Questo – ha precisato il ministro – non significa che non ci sia spazio per il livello centrale, che deve mantenere il suo compito di indirizzo e, se necessario, di controllo".

Tra le regioni, infatti, permangono forti differenze regionali. Che hanno caratterizzato anche la raccolta di dati del Registro nazionale delle malattie rare. Nonostante la Rete nazionale malattie rare sia stata istituita con Decreto del ministero della Salute nel 2001, infatti, la maggior parte delle Regioni ha ottemperato a questo compito non prima del 2008. Inoltre, spiega **Domenica Taruscio, direttore del Centro nazionale malattie rare dell'Iss**, alcune Regioni non hanno ancora fornito i dati necessari per il Registro nazionale. "Ci sono difficoltà legate al fatto che queste infrastrutture si devono rafforzare a livello territoriale e regionale, raccogliendo costantemente i dati per poi inviarli al Registro nazionale. Siamo in una fase in progress – ha detto Taruscio – ma tutte le Regioni stanno facendo degli sforzi".

Ecco, intanto, i principali numeri sulle malattie rare attualmente a disposizione del Registro nazionale dell'Iss. Nel triennio 2007-2010, sono state censite 485 diverse malattie rare presenti sul territorio nazionale per un totale di 95.648 schede di segnalazione. Di queste, 92.824 (98,6%) hanno una sola diagnosi di patologia rara mentre 1.361 (1,4%) hanno almeno due schede di segnalazione che riportano codici di identificazione/esenzione relativo a patologie differenti.

Le patologie più frequenti sono le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, che rappresentano il 21,05% del totale. Seguite dalle malattie del sangue e degli organi emopoietici, che rappresentano il 20,60%, dalle malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e dei disturbi immunitari (18,95%), e dalle malformazioni congenite (15,04%).

Le condizioni rare attualmente sorvegliate includono sia singole patologie che gruppi di esse. Nel primo caso le più

segnalate risultano il cheratotono (3.837 casi, pari al 4,1% del totale delle condizioni rare in esame) e la Sclerosi laterale amiotrofica (3.292 casi pari al 3,5%). Per i gruppi di patologie, invece, il numero maggiore di segnalazioni riguarda i difetti ereditari della coagulazione (7.799 casi, pari all'8,4% del totale), le connettiviti indifferenziate (5.631, pari al 6%) e le anemie ereditarie (5.128, pari al 5,5%).

Se i dati sono ancora parziali, tuttavia il **presidente dell'Iss, Enrico Garaci**, ha voluto sottolineare quanto la Rete si sia sviluppata in questi 10 anni trascorsi dalla sua nascita. "L'aggiornamento dei dati presentato oggi – ha affermato Garaci - mostra l'avanzamento della copertura nazionale del nostro Registro" che, con le sue articolazioni regionali, "permette uno scambio di informazione rapido, che prima mancava". Si tratta, ha aggiunto Garaci, di "uno sforzo molto importante vista la difficoltà di censire le malattie rare, dovuta ai ritardi delle diagnosi ma anche alla problematicità di dotarsi di infrastrutture (Registri regionali, interregionali e nazionale) nonché alle scarse conoscenze scientifiche e limitata presenza di reti che nelle altre malattie è molto più facile realizzare. Un risultato – ha proseguito Garaci - di cui l'Istituto è particolarmente soddisfatto e che è stato realizzato dal nostro Centro nazionale anche grazie alla collaborazione del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Associazioni di pazienti che in questo settore supportano in maniera preziosa i compiti istituzionali".

"Il nostro – ha inoltre sottolineato **Taruscio** - è l'unico Paese al mondo che si è dotato di un sistema di sorveglianza delle malattie rare, finemente organizzato e articolato in tre livelli: i presidi, che sono la fonte primaria dei dati raccolti; i registri regionali e/o interregionali, presenti in tutte le Regioni italiane; il Registro nazionale all'Istituto Superiore di Sanità, organo tecnico-scientifico del sistema sanitario nazionale".

Molte criticità permangono, dal riconoscimento di nuove malattie all'accesso ai farmaci, e su questi aspetti, ha osservato **Garaci** in conclusione, "è necessario continuare a portare avanti un'azione coordinata tra ministero, Istituto e Aifa".

Corte dei Conti. De Dominicis: "Su spesa sanitaria Lazio gravissimi illeciti"

Il procuratore regionale ha denunciato gli sprechi e le truffe per 137 mln di euro che hanno portato al sequestro del San Raffaele di Velletri e la situazione "grottesca" dell'Ares 118 con ambulanze non usate per mancanza di barelle utilizzate nei pronto soccorso.

22 FEB - "Gravissimi fatti illeciti sono stati riscontrati durante il 2011 nel settore della spesa sanitaria. Si è accumulata una stratificazione di apparati che hanno stravolto il quadro d'insieme fino all'attuale crisi". Lo ha affermato **Angelo Raffaele De Dominicis**, procuratore regionale della sezione giurisdizionale del Lazio della Corte dei Conti, nel corso della cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario.

Già nella relazione dell'anno scorso venne evidenziato lo spreco di denaro pubblico e le vere e proprie truffe nel settore riabilitativo delle prestazioni sanitarie. Oltre agli illeciti riscontrati nelle convenzioni con le case di cura del gruppo San Raffaele s.p.a., le inchieste istruttorie in corso hanno, inoltre, segnalato "danni ingentissimi al Ssn". Di recente, la Procura regionale per il Lazio ha chiesto alla competente Sezione Giurisdizionale il sequestro conservativo di beni immobili appartenenti al San Raffaele Spa (ex Tosinvest spa), per 134 milioni di euro, a garanzia del corrispondente danno subito dal Servizio Sanitario Regionale, per effetto di un'indagine relativa alla "fittizia o irregolare erogazione di prestazioni di riabilitazione eseguite presso strutture convenzionate".

Il sequestro conservativo è stato confermato dal giudice monocratico designato, "fino alla concorrenza di euro 126.535.502,24 sui soli beni immobili della evocata società".

Nella relazione si è segnalato come "nell'ambito della Regione Lazio si è potuto accertare un'anomala contiguità decisionale con la società convenzionata San Raffaele s.p.a., fino al punto che una dirigente regionale, responsabile delle procedure di autorizzazione e accreditamento, è parsa collaborare con i vertici della società per non avere mai emesso alcun atto sanzionatorio".

Per De Dominicis la vicenda contenziosa, "con i suoi 137 milioni di euro di sprechi e di truffe, ancorché limitata ad una tipologia di prestazioni sanitarie (la riabilitazione), desta particolare sconcerto e preoccupazione soprattutto ove si consideri che oltre il 68% dell'intero debito sanitario nazionale è costituito dal disavanzo accumulato da due regioni: Lazio e Campania".

Gli illeciti rimborsi al gruppo imprenditoriale San Raffaele s.p.a., come si evince dalla relazione, sono continuati nel corso dell'anno 2011 ed il Comando Nas dei Carabinieri ha di recente trasmesso il rapporto investigativo sulla casa di cura di Cassino.

Dalle risultanze istruttorie è emerso che la predetta casa di cura ha percepito pagamenti che hanno sfiorato il budget regionale. Inoltre, per le sostanziali irregolarità delle prestazioni assistenziali, prendendo in esame il periodo 2007 - 2009, il danno erariale è stato di circa 85 milioni di euro. Il che consegue non solo alla violazione sistematica delle convenzioni sanitarie ma soprattutto all'omissione di controllo sulla conformità e sulla regolarità delle prestazioni poste a rimborso.

Infine, passando ad altri settori della sanità laziale De Dominicis ha sottolineato la presenza di "situazioni grottesche", come quella dell'Ares 118 dove si è accertato che le ambulanze non venivano utilizzate per carenza di barelle, mentre le stesse barelle fungevano da lettighe nei reparti di pronto soccorso. In tutto questo "si stipulavano convenzioni con enti privati mediante procedure anomale e con palese danno erariale da disservizio".

www.federlabitalia.com

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Le misure sulla sanità contenute nel Milleproroghe

22 FEB - Il decreto Milleproroghe è da oggi all'esame, per la terza lettura, dell'Aula della Camera. Nelle misure che riguardano la sanità non si registrano modifiche di rilievo nei passaggi parlamentare, da Montecitorio al Senato, ad eccezione di una proroga per la pianta organica Aifa.

Ecco dunque in sintesi quanto previsto dal decreto per il comparto sanità.

Restano fissate al 30 giugno le proroghe su intramoenia allargata e tempi per la realizzazione delle strutture nelle Regioni per la libera professione.

Le Regioni non sottoposte a piani di rientro hanno tempo fino al 31 maggio per procedere al ripiano del disavanzo sanitario maturato al 31 dicembre scorso "anche con la vendita degli immobili".

Il 30 giugno è il termine di proroga per la delega per il riordino degli enti vigilati del ministero della Salute, scaduta a dicembre ovvero Iss, Cri, Lega tumori Izs, Agenas.

Nel Milleproroghe è scritto inoltre che l'Aifa ha 90 giorni di tempo per provvedere alla copertura della pianta organica senza maggiori oneri poiché il completamento delle procedure concorsuali, già autorizzate, è fatto nell'ambito di risorse già previste e la prosecuzione delle attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche svolte a livello nazionale e internazionale dalla Fondazione Istituto mediterraneo di Ematologia.

IL DENARO

Campania. Sanità, accreditamenti: sospeso il decreto

REDAZIONE IL DENARO – MERCOLEDÌ 22 FEBBRAIO 2011

Accreditamenti dei centri sanitari privati della Regione: sospeso il decreto commissariale relativo alle procedure per la presentazione delle istanze da parte dei centri ex convenzionati e delle strutture socio-sanitarie provvisoriamente accreditate. Il decreto commissariale, sospeso da Palazzo Santa Lucia, concerne le linee guida relative alle procedure per la presentazione delle istanze in attuazione delle legge regionale n. 23 del 14 dicembre scorso. La temporanea sospensione è causata dall'impugnativa proposta dal Consiglio dei ministri, come anticipato in anteprima dal Denaro venerdì 17 febbraio. La Regione deve adesso decidere cosa fare. In campo ci sono due ipotesi: presentare una nota ufficiale di chiarimenti in Consiglio regionale per uniformare la legge impugnata ai motivi di censura del governo ovvero azzerare tutto e ripresentare una nuova legge con i tempi che questo comporta.

IL DENARO

Campania, Sanità: Pmi e tetti di spesa. In arrivo 112 milioni di euro

REDAZIONE IL DENARO – MERCOLEDÌ 22 FEBBRAIO 2012

La Regione Campania provvederà nelle prossime ore ad uno stanziamento straordinario alle Asl di circa 112 milioni di eur in base a una variazione di cassa per compensazione tra capitoli di bilancio su sui sono stati allertati gli uffici dell'assessorato al Bilancio. Tale stanziamento sarà destinato, principalmente, alle Aziende sanitarie locali ancora in ritardo rispetto al programma dei pagamenti concordato con le associazioni di categoria in base ai tetti di spesa fissati nel 2011 e ai relativi budget assegnati ai centri erogatori a propria volta misurati sui volumi di prestazioni. La notizia emerge dalla riunione del tavolo tecnico sui tetti di spesa che si è conclusa poco fa al Centro direzionale. Una riunione che fa seguito a quella con i rappresentanti delle Aziende fornitrici di beni e servizi a Palazzo Santa Lucia, presso la struttura Commissariale, tra il sub commissario Mario Morlacco e le associazioni di categoria avente ad oggetto appunto, gli accordi contrattuali del 2012.

LIMITI PER BRANCA

Nel corso della riunione, FederLab-Sbv ha nuovamente sottolineato la necessità di introdurre un tetto di spesa unico regionale per ciascuna branca specialistica all'interno della quale collocare eventuali compensazioni tra Asl che spendono di più e aziende sanitarie dove invece si verificano risparmi da spalmare sull'intero parco regionale delle imprese erogatrici. In alternativa c'è allo studio la rimodulazione delle assegnazioni economiche alle Asl in modo da garantire l'esaurimento contemporaneo delle prestazioni della singola branca specialistica in tutte le aziende sanitarie della Campania ovvero con una programmazione a monte dei fabbisogni finanziari per assicurare le attività dei centri specialistici.

IN PISTA UN COMITATO RISTRETTO

Associazioni di categoria e struttura commissariale hanno concordato di affidare ad un Comitato ristretto, presieduto da Rosa Martino, funzionaria dell'assessorato regionale, l'elaborazione di una proposta condivisa. Alla riunione di stamani non ha preso parte il sub commissario dimissionario Achille Coppola che pone a base della remissione del mandato la mancanza di vedute con il collega Mario Morlacco e la mancanza di una interlocuzione efficace al tavolo interministeriale (Salute ed Economia) sul Piano di rientro dal deficit. In queste ore il presidente della Regione Stefano Caldoro, a Roma per partecipare alla conferenza unificata delle Regioni, sta lavorando per una ricucitura dello strappo tra Morlacco, il governo e Coppola in virtù "dei buoni rapporti finora stabiliti tra i vertici della Regione e la struttura commissariale e il buon lavoro effettuato da Coppola nell'opera di risanamento dei conti".

IL DENARO

Ripiano del debito: dimissioni di Coppola

DI REDAZIONE IL DENARO – MERCOLEDÌ 22 FEBBRAIO 2012

Insanabili divergenze con il suo omologo Mario Morlacco alla base della decisione del sub-commissario regionale per la Sanità. Stop agli accreditamenti: Palazzo Santa Lucia cerca un rimedio

Insanabili divergenze operative con la struttura commissariale: queste le motivazioni reali dietro le ufficiali "ragioni personali" per le dimissioni presentate dal sub-commissario alla Sanità Achille Coppola. Come anticipato ieri dal Denaro Sanità Coppola rimette il mandato nelle mani del presidente della Regione Stefano Caldoro per una sostanziale divergenza di veduta rispetto all'altro sub commissario Mario Morlacco in merito al piano di azzeramento del debito storico delle Asl. Un piano disciplinato dal decreto 12 del febbraio del 2011 tenacemente difeso da Coppola ma rivelatosi per alcuni aspetti di difficile praticabilità. Laddove Morlacco ha spinto per la stipula di accordi transattivi che riconoscono le spettanze dei creditori in base alle azioni ingiuntive andate già in porto Coppola spinge per una attenta verifica della legittimità di tali titoli (partite pagate due volte, fatture emesse per prestazioni over-Com (capacità operativa massima) e oltre i limiti dei tetti di spesa e per una minuziosa ricognizione su tutto il debito storico.

IL DECRETO 12

Non solo, il decreto 12, emanato della Regione per accelerare la partita del ripiano del debito, si è rivelato un boomerang rallentando non poco il processo di risanamento messo in atto da Caldoro. Il piano prevede la certificazione del credito prosoluto e le anticipazioni bancarie (con ratei sulle quote interessi per i primi tre mesi e quote interessi e sorta capitale dal quarto mese in poi per il 50 per cento della anticipazione effettuata e il restante 50 per cento a saldo al termine di un anno della sigla dell'operazione di cessione. Ma il nodo è un altro: il decreto può essere agito come leva solo per sbloccare la liquidità delle imprese solo per i crediti considerati certi, liquidi ed esigibili escludendo tutte le poste in contenzioso. Una mole, quest'ultima, insormontabile e per gran parte già giunta alla riscossione attraverso i procedimenti giudiziari di recupero forzoso del credito. Un nodo da sciogliere attraverso le transazioni che le Asl stanno in queste settimane chiudendo facendo riferimento a precedenti delibere regionali. Un aggiornamento e adeguamento del decreto 12 viene chiesto anche dalle banche impegnate nelle operazioni.

INTRANSIGENZA

Tant'è la linea intransigente di Coppola e quella più elastica di Morlacco sono entrate in rotta di collisione fino alla rottura. A fare da paciere c'è il presidente della Regione Stefano Caldoro impegnato in queste ore a fare da paciere. e di fare recedere Coppola dall'intenzione di lasciare e tornare in toto all'attività di commercialista. Caldoro ha da sbrogliare anche un'altra matassa: quella che rimanda allo stop del governo alla legge regionale sugli accreditamenti. Qui le ipotesi sono due: o presentare una nota di chiarimento alla legge in linea con i profili di incostituzionalità rilevati dal governo oppure cancellare tutto e presentare una nuova legge in Aula. In questo caso, ovviamente, i tempi si allungano. Come è noto il commissario ad acta Stefano Caldoro ha già sospeso, nelle more della approvazione della legge n. 23 dello scorso 14 dicembre dello scorso dicembre

STRUTTURE IN ATTIVITA'

Quel che è certo è che le strutture sanitarie private della Campania in provvisorio accreditamento continuano da anni ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio sanitario regionale. Prestazioni peraltro regolarmente remunerate della Asl. Manca ora solo il titolo definitivo che dia legittimità e certezza di regole alle strutture.

www.federlabitalia.com

Su un punto però bisogna essere chiari: l'accreditamento previsto al posto delle vecchie convenzioni del decreto legislativo 502 del 1992 riguarda sia le strutture pubbliche sia quelle private.

A maggior ragione con un cantiere aperto (quello del Piano ospedaliero) che prevede accorpamenti, chiusure di reparti e riconversioni che devono, gioco forza, rispettare i requisiti previsti dalla legge rispetto al procedimento in fieri degli accreditamenti con il servizio sanitario regionale.

FederLab Italia

Il ministro Balduzzi: «Allentiamo la pressione sugli ospedali». Ok dai sindacati

Studi medici full time per svuotare le corsie

Il piano del governo: ambulatori aperti tutti i giorni dalle 8 alle 20

● Studi medici di base sempre aperti, sette giorni su sette e 12 ore al giorno. È questa la mossa del ministro della salute Renato Balduzzi per far fronte allo sfascio del pronto soccorso, spesso alle prese con patologie e richieste che il medico di famiglia potrebbe risolvere. Dopo lo scandalo della donna legata alla barella al Policlinico Umberto I di Roma, Balduzzi ha rilanciato il piano, sul quale c'è già il con-

senso della Federazione dei medici di famiglia, che era stato messo a punto nel 2006 ma mai attuato. Gli studi sarebbero aperti dalle 8 alle 20, con un team di tre medici che metterebbe in rete le cartelle dei suoi pazienti, inoltre gli studi sarebbero attrezzati per poter effettuare ecografie, elettrocardiogrammi e spirometrie.

Loiacono a pagina 2

RIVOLUZIONE

«Studi medici aperti 7 giorni su 7 per 12 ore»

*Il ministro: così svuoteremo il pronto soccorso
E il dottore sarà disponibile anche di notte*

Lorena Loiacono

ROMA - Il pronto soccorso scoppia, la soluzione è negli ambulatori dei medici di base. La pensa così il ministro della salute, Renato Balduzzi, alle prese con la tempesta che ha investito gli ospedali romani ma non solo. In discussione infatti è l'intero sistema sanitario, evidentemente carente dal

punto di vista dell'assistenza sul territorio. A fare da filtro, allora, pazienti e reparti di emergenza, ci penseranno i medici di famiglia.

«È arrivato il momento per una medicina di base 7 giorni su 7 e per ambulatori aperti dalle 8 alle 20 - ha annunciato ieri il ministro - gli accessi in pronto soccorso quasi 23 milioni l'anno, di questi solo il 15%

sbocca poi in un ricovero mentre l'85% dei pazienti viene dimesso». Il problema, allora, è l'accesso inappropriato. «Il pronto soccorso - continua Balduzzi, devono comunque avere regole operative per smaltire gli iper-afflussi. In questo ho chiesto la collaborazione dei medici di medicina generale e ho trovato da parte loro buona rispondenza».

Balduzzi torna anche sulle polemiche relative al taglio dei posti letto che avrebbe generato il sovraffollamento dei reparti di emergenza, in cui i pazienti restano in attesa per giorni: «Una migliore organizzazione non passa attraverso il ritorno alla corsa dei posti letto: ci sono parti del territorio nazionale,

infatti, dove la riorganizzazione e' stata fatta e non ci sono carenze».

La soluzione allora sarebbe nell'apertura 7 giorni su 7 degli studi dei medici di base: il progetto, per ora sostenuto sia dal ministro che dai medici di famiglia, potrebbe vedere la luce nella discussione

sul Patto della Salute, in cui sono stati già aperti tavoli tecnici anche sulle cure primarie, che potrebbe concludersi già entro il mese marzo. L'idea è quella di garantire un'assistenza ai pazienti gratuita ma continuativa: una rete di medici sarebbe, infatti, in grado di coprire le 24

ore giornaliere, su turni prestabiliti anche per la notte. L'obiettivo è disincentivare gli accessi in pronto soccorso creando un rapporto di fiducia tra il paziente e un gruppo di medici di base, confermando sempre la figura del dottore di riferimento. **(ass)**

Sovraffollamento

Ogni anno in 23 milioni al pronto soccorso Di questi solo il 15% finisce con il ricovero

Renato Balduzzi



I punti della riforma



Assistenza gratuita del medico di famiglia 7 giorni su sette, 24 ore su 24



Studi medici aperti 12 ore al giorno, compresi sabato e domenica, dalle 8 alle 20



Nella notte resta la reperibilità del medico di turno, con visite a domicilio



I medici saranno messi in rete tra loro, fino a un massimo di 20 professionisti con turnazioni comunicate ai pazienti



Fuori orario i pazienti potranno rivolgersi a un medico conosciuto, che ha accesso alle cartelle cliniche del paziente



Negli ambulatori sarà possibile effettuare anche esami diagnostici, con strumentistica di base

08061204114



L'AFFONDO DI MONTINO E RODANO DOPO I RILEVI MOSSI ALLA REGIONE. CHE ANNUNCIA QUERELA

«Sulla sanità la Corte dei Conti ha messo il dito nella piaga»

La Procura regionale della Corte dei Conti per il Lazio certifica 'gravissimi fatti illeciti riscontrati durante il 2011 nel settore della spesa sanitaria'. E' quanto dichiara il capogruppo regionale del Pd Esterino Montino. «E' scritto nero su bianco nella memoria redatta dal dottor Angelo Raffaele De Dominicis. 'Si è accumulata una stratificazione di apparati che hanno stravolto il quadro d'insieme fino all'attuale crisi'. La situazione in cui versa il servizio d'emergenza Ares 118 è definita grottesca, 'si è accertato che le ambulanze



A sinistra
 Esterino Montino,
 a destra
 Giulia Rodano



Salute, da una gestione tesa soltanto a tagliare la spesa e non a rimuovere le cause di spreco e dissipazione delle risorse pubbliche. E oggi la magistratura contabile mette il dito in una piaga che avevamo già denunciato lo scorso anno, e che ora incide fortemente sul sistema». Il consigliere regionale di Italia dei Valori rincara poi la dose accusando la Regione di favorire alcuni gruppi privati. In serata la secca replica della Giunta regionale, che annuncia querela nei confronti della vice presidente della Commissione Sanità: «A tutela dell'onorabilità della Regione Lazio - si

non venivano utilizzate per carenza di barelle; sicché, mentre le barelle fungevano da lettighe nei reparti di pronto soccorso, si stipulavano convenzioni con enti privati mediante procedure anomale e con palese danno erariale da disservizio'. Mi sembrano passaggi chiave, chiarificatori di uno stato di cose che andiamo raccontando da mesi. Una situazione segnalata, oltre un anno fa, anche dalla Cgil, ma non si è fatto nulla. Il problema della sanità del Lazio non è costituito dagli infermieri, né dai medici le cui teste cadono sotto la scure polveriniana. Gli operatori sanitari fanno quello che possono e spesso anche di più. Tutto è generato dalla mala gestione e da un piano sbagliato della Polverini Commissario ad Acta, dall'indiscriminato taglio di posti letto e ospedali, da un piano di riordino ospedaliero con macroaree che comprendono distretti sanitari lontanissimi tra loro dotati di un unico Dea di II livello. Si è scelto

di dare meno sanità ai cittadini ingolfando Pronto Soccorso e sovraffollando reparti e ospedali. In definitiva 'i principali effetti distorsivi della sanità regionale sono causati da difetti organizzativi e da omissioni di controllo'. Quest'ultima frase è una sentenza, ma non è mia, è della Corte dei Conti. Forse la Polverini e il Pdl dovrebbero valutare l'ipotesi di passare la mano. Diversamente, non è escluso che altri siano costretti a farlo». Sulla stessa lunghezza d'onda anche Giulia Rodano. «I rilievi della Corte dei Conti giungono al momento opportuno. In queste giornate difficilissime per il sistema sanitario del Lazio, c'è infatti la tentazione di addossare tutta la responsabilità agli operatori dei Pronti Soccorso. Le responsabilità per un sistema allo stremo sono tante, ma una cosa diventa ogni giorno più chiara: i problemi sono anche organizzativi e strutturali e dipendono anche, per ammissione dello stesso ministro della

legge in una nota - è stato dato mandato all'avvocatura regionale di presentare querela avente ad oggetto le dichiarazioni rilasciate alla stampa in data odierna dalla consigliera Idv Giulia Rodano. In particolare, la consigliera Rodano, travisando completamente i rilievi mossi dalla Corte dei Conti, attribuisce alla medesima in modo fuorviante e surrettizio affermazioni non ravvisabili nella relazione del procuratore regionale della sezione giurisdizionale del Lazio della Corte dei Conti, Angelo Raffaele De Dominicis, che fa riferimento ad avvenimenti precedenti all'avvento della Giunta Polverini, la prima a predisporre un piano di riorganizzazione ed efficientamento del settore della riabilitazione sanitaria. I fatti a cui si riferisce la consigliera Rodano, e che portarono a suo tempo anche all'arresto di funzionari regionali - conclude la nota - non hanno nulla a che vedere con l'attuale amministrazione».

ROMA

23/02/12

IL MINISTRO: COSÌ LIMITEREMO GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO. IL SÌ DEI MEDICI DI FAMIGLIA: MA CI VORRÀ DEL TEMPO

Balduzzi: studi medici aperti anche il sabato e la domenica



ROMA. «È arrivato il momento per una medicina di base 7 giorni su 7 e per ambulatori aperti dalle 8 alle 20». È la via indicata dal ministro della Salute, **Renato Balduzzi** (nella foto), per disincentivare gli accessi inappropriati al Pronto soccorso: «Ho già verificato - ha

detto il ministro - la disponibilità dei medici». L'obiettivo è riorganizzare la medicina territoriale per disincentivare gli accessi inappropriati e dare risposte concrete al sovraffollamento del Pronto Soccorso, sempre più soffocati da quasi 23 milioni di accessi l'anno, dei quali però solo il 15% si tramutano poi in un ricovero. Riferendosi quindi ai codici bianchi al Pronto soccorso, diventati a pagamento, Balduzzi ha sottolineato come ciò sia risultato solo «parzialmente deterrente» ai fini della disincentivazione degli accessi inappropriati: «Non abbiamo ancora dati precisi - ha precisato il ministro - ed esistono delle zone "grigie" tra i codici di accesso. C'è stata comunque una diminuzione complessiva degli accessi, ma - ha concluso - ancora non basta». Dal canto loro i medici di famiglia si dichiarano favorevoli all'apertura degli studi medici anche nei weekend. Anche se, precisano, ci vorrà tempo, perché gli interlocutori sono molti e bisogna ancora valutare bene tutti gli aspetti tecnici ed organizzativi. «Da parte nostra nessun pregiudizio, siamo pronti ad aprire gli studi anche nei weekend», spiega Giacomo Milillo, segretario della Federazione dei Medici di medicina Generale (Fimmg), che prova ad avanzare anche una tempistica: «In alcune realtà già succede - precisa - in fondo non ci inventiamo niente, ma per la diffusione a regime il percorso è lungo, ritengo che ci potrebbe volere circa 1 anno». Ma proprio sull'emergenza nei Pronto soccorso continua la polemica. La sospensione di due medici dopo i fatti del Pronto Soccorso del Policlinico Umberto I di Roma «è emblematica del modo di gestire la sanità. Pagano sempre e solo i medici» afferma il sindacato dei medici dirigenti Anaa-Assomed.



POLVERINI: ABBIAMO RISPARMIATO 150 MILIONI IN 3 ANNI PER RIENTRARE NEI PARAMETRI

Sanità, altri tagli

«Avremo 500 milioni in meno, situazione insostenibile»

«LA Regione Lazio ha un debito di 10 miliardi di euro solo per quanto concerne la sanità. Questo è un debito consolidato che stiamo cercando di ridurre». E' quanto afferma il presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, parlando della situazione della sanità ed annunciando altri tagli.

«Su 25 gare, tutte finite con un ricorso che poi abbiamo vinto, abbiamo risparmiato 150 milioni in 3 anni - continua - Stiamo riparamentando tutti i livelli per raggiungere quelle regioni virtuose a livello di bilancio di spesa. Stiamo rientrando nei parametri imposti dal 'patto per la salute'. Dopodiché è chiaro che ci potrebbero essere anche dei correttivi. Dal prossimo anno si aggiungeranno altri tagli. Solo il Lazio avrà un ulteriore taglio di 500 milioni e 300 per l'anno successivo. Sono situazioni che stanno diventando insostenibili.

Quel patto della salute era molto ambizioso ma qui nel Lazio abbiamo un forte gap da recuperare e purtroppo, ad oggi, non abbiamo alternative».

Intanto il vice presidente della Regione (ed assessore all'Urbanistica) Luciano Ciocchetti difende il lavoro degli operatori sanitari, da alcuni giorni nell'occhio del ciclone.

«In questi giorni in cui si è sentito tutto e il contrario di tutto, solo un aspetto mi sembra chiaro: nessuno ha mai messo in discussione l'impegno, la dedizione e la professionalità della categoria degli operatori sanitari del Lazio, come più volte ha anche ribadito la presidente Renata Polverini - afferma Ciocchetti - Una riflessione più attenta e soprattutto costruttiva andrebbe fatta sul piano di rientro. Fa bene la presidente Polverini nel ricordare che i criteri sono stabiliti da legge nazionale e che tali criteri andrebbero

rivisitati e probabilmente corretti, inoltre anche sul blocco delle assunzioni bisogna trovare una soluzione fattiva ed efficace. Riorganizzarsi facendo economia è qualcosa di difficilissimo, per il quale ci vuole tempo e determinazione».

Per questo Ciocchetti chiede che siano abbandonate le polemiche sterili. «Sbaglia chi continua a fare demagogia pur avendo governato fino a metà 2010, avendo fatto scelte e prendendo decisioni organizzative errate ritardando clamorosamente il piano di rientro; dovrebbe capire che sbaglia nel perseguire questa strada fatta di critiche strumentali - continua Ciocchetti - Per questo consiglio al collega Montino di non farsi prendere la mano con dichiarazioni spot anche sulla relazioni della Corte dei Conti, ma riflettere seriamente anche sulle sue responsabilità».

