

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 23.11.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

Sanità

23 novembre 2011 - ore 6,23

Sanità, la ricetta della Bocconi: «Spesa mirata, più efficienza»

di Roberto Turno (da Il Sole-24 Ore)

Più che l'accetta, serve il cesello. Più che i tagli alla cieca, bisogna spendere bene e "fare efficienza". Perché la riduzione dei servizi potrebbe provocare gravi ricadute sullo stato di salute degli italiani, a tutto danno delle «generazioni future» e dell'equità. Mentre il professor Mario Monti mette proprio le parole chiave "equità e giovani" nella sua agenda di Governo, ecco che in curiosa coincidenza di tempi proprio dalla sua (ex) Università, la Bocconi, arriva una identica interpretazione sullo stato di salute del sistema sanitario nazionale e sulla ricetta per salvare il salvabile dell'universalità delle cure pubbliche. Una coincidenza, appunto. Ma in qualche modo quasi un programma di lavoro per il Governo dei professori.

Il rapporto «Oasi 2011» del Cergas Bocconi di prossima pubblicazione (**anticipato dall'ultimo numero del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità»**), non poteva arrivare in un momento più opportuno. Per un Ssn alle prese con l'applicazione della manovra estiva di tagli da 8 miliardi dal 2013 da concordare con le Regioni con un nuovo «Patto», come ha in mente Monti e come piace al ministro Renato Balduzzi, non è infatti escluso che qualche ipotesi in più anche dal 2012 sui conti di asl e ospedali possa essere richiesta dal Governo.

E non che di interventi non solo di semplice manutenzione abbia bisogno il Servizio sanitario nazionale, riconosce naturalmente l'analisi della Bocconi. Quei 38 miliardi di debiti accumulati nel decennio 2001-2010 la dicono lunga, ancora più se si considera che Lazio (13,38 miliardi), Campania (8,5) e Sicilia (4,3) hanno raccolto insieme il 70% del debito totale. Anche se intanto le razionalizzazioni sono avvenute (posti letto, ricoveri, personale), ma in un quadro di policy regionali non sempre avvedute che hanno scaricato sulle aziende sanitarie la difficile ricerca degli equilibri economico-finanziari. Resta così il nodo del gap Nord-Sud come «primo elemento di forte preoccupazione sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo», spiega la curatrice del rapporto, Elena Cantù.

Ma su un orizzonte temporale più lungo il rischio vero è «la probabile accumulazione di

ampi "debiti impliciti" di cui dovranno farsi carico le future generazioni sotto forma di maggiori spese e/o di minori servizi», aggiunge. Ecco così che la sanità pubblica - per la carenza di risorse, per l'incapacità di spendere bene i fondi esistenti ma anche a causa dello scetticismo diffuso nel Ssn verso il project finance fin qui realizzato con esperienze anche negative - da una parte si trova alle prese con «l'esempio acclarato» del blocco degli investimenti, con tutte le ricadute del caso sullo sviluppo e sul rilancio.

E dall'altra deve affrontare il rischio «per ora soltanto presunto» di mettere in moto una spirale negativa di scelte e di azioni: l'impatto, cioè, che le iniziative di contenimento della spesa potrebbero avere sullo stato di salute dei cittadini tutte le volte che i tagli, anziché eliminare gli sprechi, comportino una riduzione dei servizi. Con un ulteriore pericoloso effetto a cascata: la messa in discussione dell'equità, «principio fondante del Ssn», proprio sull'altare «della necessità di tagliare la spesa».



quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Campania e Lazio superano l'esame sul piano di rientro. Sbloccati 950 milioni

Il sì allo sblocco dei fondi sanitari, congelati in attesa della verifica delle misure per il deficit sanitario, è avvenuto lunedì scorso in Consiglio dei Ministri. Alla Campania semaforo verde per 450 milioni e al Lazio per 400.

23 NOV - Il Consiglio dei Ministri di lunedì scorso si è occupato anche dell'attuazione dei piani di rientro in sanità. A darne notizia è la Conferenza delle Regioni, spiegando che con l'approvazione del provvedimento del ministero dell'Economia, concertato con il ministero della Salute, è stato infatti dato il via libera allo sblocco dei fondi sanitari per due regioni sottoposte a piano di rientro: Campania e Lazio.

Alla Campania sono stati erogati 450milioni di euro e al Lazio 400milioni.

In particolare alla Campania andrebbero 280 milioni subito, per la parziale attuazione del piano di rientro dei conti sanitari, e 170 milioni subordinati a una serie di adempimenti successivi. Anche per il Lazio sono stati sbloccati 350 milioni subito e altri 50 milioni di euro in seguito.

Lombardia. Ecco il piano “lacrime e sangue”. Nuovi ticket, taglio ai posti letto e al personale

A giorni al voto in Giunta [le linee guida](#) regionali per la riorganizzazione della sanità per mettere in sicurezza i conti del 2012. Sono ora sotto la lente della Consulta sanità. Bresciani: “Stiamo attraversando una fase economicamente delicatissima”.

22 NOV - Ticket per l'attività specialistica macroambulatoriale complessa, taglio del 10% dell'unità operative semplici e complesse e contestuale valorizzazione degli incarichi di natura professionale, e riduzione di circa il 10% delle consulenze: sono questi alcuni dei provvedimenti contenuti nella Proposta tecnica delle linee guida per il 2012, discusse ieri dalla Commissione Sanità della regione Lombardia, e che dovranno essere votate nelle prossime settimane. Il documento, i cui punti principali sono stati presentati ieri sotto [forma di slide](#) e poi trasmessi alla Consulta sanità che raccoglie associazioni e organizzazioni locali, parte dalla considerazione che, anche se si riuscirà a chiudere con qualche difficoltà il 2011 con il sistema in equilibrio, nel 2012 serviranno altri interventi per mantenere lo stesso obiettivo, visto lo scenario nazionale.

Risorse. Per quanto riguarda le risorse a disposizione, le previsioni di incremento del Fsn (Fondo sanitario nazionale) fanno stimare il Fsr (Fondo sanitario regionale) pari a circa 17.450 mln di euro, con un incremento rispetto al 2011 di circa 260 mln di euro (+1,5%), di cui 50 mln di euro per il socio-sanitario (pari al 19,2% dell'incremento del Fsr). Tale importo è destinato ai livelli di assistenza, per la precisione il 5,5% all'assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro, il 51% all'assistenza distrettuale e il 43,5% a quella ospedaliera. Per le aziende pubbliche saranno previste voci vincolate sia di costo che di ricavo nei decreti di assegnazione che vincolano anche i contratti di ricovero e specialistica. Ci sarà l'obbligo di gare aggregate e il più possibile centralizzate a livello regionale, attraverso la Centrale regionale acquisti.

Ticket. Altre novità contenute nella proposta di Linee guida riguardano l'obbligo di esporre i costi delle prestazioni sanitarie sui referti (per ricoveri e specialistica) con la eventuale quota a carico del cittadino e l'introduzione di nuovi ticket, per interventi come la cataratta o il tunnel carpale. Viene implementata l'attività macroambulatoriale complessa per la quale si prevede il pagamento del ticket, mentre il day hospital non chirurgico verrà quasi completamente trasformato in macroattività ambulatoriale complessa. Prevista infine l'estensione dell'esenzione del ticket anche per i familiari a carico dei titolari di pensione sociale.

Ricoveri. Il Pirellone continua con la nuova modalità di presa in carico dei malati cronici con il Cronic Related Group (Creg) e la creazione di posti letto per malati non gravi. Nelle linee guida è dunque previsto un parziale trasferimento di risorse dai ricoveri alle attività sub-acute, mentre per i ricoveri ordinari saranno previsti specifici indicatori di valutazione delle performances di ciascun reparto: in relazione al grado di raggiungimento delle performances sarà confermato, ridotto o incrementato il budget rispetto a quello della DGR 2057/2011. Per specialistica e ricoveri è stata stabilita un'unica voce per cui l'incremento rispetto al 2011 sarà dell'1,5%, con due vincoli. Uno di sistema, dove il livello massimo di risorse sarà pari al 2011 incrementato della quota prevista per il 2012, e uno per struttura, dove il livello massimo riconoscibile sarà pari al +4% di quanto riconosciuto nel 2011. Bloccata invece l'attivazione di nuove radioterapie e dialisi, fatti salvi gli investimenti già attivati al 30 giugno 2011.

Taglio personale 10%. Per quanto riguarda il personale, la regione vuole ridurre le Unità Operative Semplici e

Complesse del 10%, in adeguamento agli indirizzi dei lea, dare priorità alle assunzioni a tempo indeterminato e tagliare del 10% lavori atipici e consulenze, garantendo comunque la presa in carico e cura del paziente. Sono invece confermate le risorse previste nel 2011 per la formazione.

Regione, fase delicatissima. L'assessore lombardo alla Sanità, **Luciano Bresciani**, spiega che l'obiettivo delle nuove regole in discussione, che proseguiranno il loro iter con le consultazioni sul territorio, è quello di avere un sistema più diffuso sul territorio e meno ospedale. "Mi rendo conto che stiamo attraversando una fase economicamente delicatissima - commenta - ma non ci sottraiamo alle responsabilità di governare con trasparenza. E lo facciamo aumentando il livello della qualità delle cure erogate e tagliando gli sprechi, senza incidere sui meccanismi di tassazione. Vedi l'estensione delle esenzioni per il ticket anche per i familiari a carico dei titolari di pensione sociale, la riduzione delle consulenze e contratti atipici non di carattere sanitario". Lo stesso esempio del ticket sulla cataratta, in realtà, non ricade sugli esenti per reddito; la Regione lo ha voluto introdurre "per ridurre l'eccessiva in appropriatezza per questo tipo di intervento". Alcune Regioni, come ad esempio l'Emilia Romagna, lo applicano già da due anni. "Il totale complessivo delle risorse disponibili - conclude Bresciani - è passato da 17 miliardi e 187 milioni di euro del 2011 a 17.450 nel 2012, comprensivo del saldo di mobilità tra attiva e passiva. Un investimento che punta ad aumentare la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati. Un esempio su tutti: oltre alla cura dei cronici mediante l'innovativo modello Creg e dei posti letto per l'area sub-acuti, sono previste sperimentazioni di forme associative di medici di medicina generale integrati dallo specialista per fornire prestazioni di primo livello e consulti mirati".

FederLab Italia



GIUSEPPE SCIOSCIA, Forum nazionale parafarmacie:
«Chiediamo che alle parafarmacie sia concessa
la possibilità di vendere anche i farmaci di fascia C»

«La sanità low cost su Internet? Nulla di male, se rispetta le regole»

Il ministro Balduzzi non bocchia le offerte di prestazioni mediche via web

LA PUBBLICITÀ SIA CHIARA

La pubblicità deve essere vera, presentare offerte basate su criteri scientifici e trasparenti. Agli Ordini spetta vigilare

Valerio Baroncini
■ BOLOGNA

L'ORDINE dei medici di Bologna contro le offerte sanitarie low cost: il Ministero dice sì o no alla crociata?

«Quella dell'Ordine emiliano è una scelta molto positiva: così si riconducono i medici a un rapporto con l'utenza più corretto. Non dobbiamo però demonizzare le offerte on line e la pubblicità sanitaria, se ben organizzate e trasparenti». Renato Balduzzi, 56 anni, è da pochi giorni alla guida del dicastero della Salute: alessandrino, cattolico, il costituzionalista è stato nel 2007 anche consigliere giuridico del ministro Bindi ed è uno dei massimi esperti di organizzazione sanitaria e costi delle strutture ospedaliere.

Tra le prime grane sul suo tavolo c'è proprio il frastagliato pianeta della medicina a basso costo. Con il dibattito deflagrato dopo che il QN ha raccontato del 'processo' ai quindici medici bolognesi in vetrina sul sito internet di offerte Groupon.

Ministro, cosa pensa delle pubblicità mediche?

«Il decreto legge Bersani del 2006

disciplina la pubblicità sanitaria e ha abolito le vecchie norme che la regolavano, dando ai singoli Ordini professionali il compito di vigilare sulla correttezza professionale».

La situazione però è confusa.

«Ma le regole ci sono. La pubblicità deve essere vera, presentare offerte basate su criteri scientifici e trasparenti. Non deve essere insomma equivoca. C'è un codice etico a cui attenersi e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha delle apposite linee guida. A queste bisogna sempre guardare».

Quindi proporre offerte anche in sanità è lecito?

«Presentare pacchetti sul web non vuol dire che questi siano insicuri. L'importante, però, è che vengano proposti secondo i criteri stabiliti dagli Ordini professionali di appartenenza».

Un esempio?

«La parola chiave è appropriatezza. Anzi sono due: appropriatezza e trasparenza. Il cittadino deve accedere a prestazioni sanitarie di cui abbia effettivo bisogno. Le offerte di esami completi con la Tac, così siamo più concreti, vanno verificate. C'è effettivo bisogno della Tac? Davvero in quel singolo caso si deve fare l'esame, o invece si tratta di un eccesso?».

Ma chi deve controllare?

«Gli Ordini professionali. Ecco perché l'iniziativa di Bologna è molto positiva».

Resta però il fatto che con la

crisi molti cittadini non possono permettersi di pagare prestazioni sanitarie a costi elevati e, spesso, le liste d'attesa obbligano a rivolgersi ai privati. Su Internet tutti inneggiano a Groupon. Come se ne esce?

«Se ben organizzate, queste offerte on line possono essere positive perché costringono il resto delle strutture a diminuire i costi».

Il 'mercato' può quindi scendere a livelli più bassi?

«Di certo il cittadino può e deve scegliere. Ma c'è una condizione fondamentale in questa discussione».

Quale?

«Le regole vanno rispettate e gli Ordini devono continuare a vigilare. Non bisogna indurre il cittadino in equivoci. Vanno rispettate tutte le norme igienico-sanitarie».

Quindi le pubblicità non sono sempre da condannare.

«Le offerte non devono essere strumentali e indurre a pensare ad altre situazioni. Questo sarebbe davvero grave. In sintesi, non bisogna prevedere trattamenti non necessari e tutto deve restare inquadrato nelle regole previste dal codice deontologico e dall'Ordine professionale di appartenenza».





L'IDENTIKIT

Renato Balduzzi

Ministro della Salute.
E' nato a Voghera il 12 febbraio 1955; è sposato ed ha tre figli

Renato Balduzzi è un giurista esperto di Sanità e presidente dell'Agenas, l'agenzia per i servizi sanitari regionali. Al ministero della Salute ha già lavorato nell'ufficio legislativo del ministro di allora, Rosy Bindi. E' professore ordinario di diritto costituzionale nell'Università del Piemonte Orientale e professore invitato nell'Università di Paris-Val de Marne (Paris XII).

CONCORRENZA POSITIVA

Se ben organizzate queste offerte su Internet possono essere positive: costringono il resto delle strutture a diminuire i costi



FederLab

FederLab Italia

LO SCONTRO L'AZIENDA SEGNALE ALL'ANTITRUST L'ORDINE CHE IERI HA CENSURATO I MEDICI

Groupon: «Non si può boicottare il mercato»

Il caso Bologna

L'Ordine dei medici di Bologna ha 'processato' 15 medici perché hanno proposto offerte sanitarie sul sito Internet Groupon

■ BOLOGNA

NEL GIORNO in cui l'Ordine dei medici di Bologna processa quindici iscritti e li censura per le offerte di prestazioni sanitarie su Groupon, il sito passa al contrattacco: «Abbiamo presentato all'Antitrust una segnalazione contro l'Ordine dei medici che sta boicottando il mercato», fanno sapere dall'azienda quotata a Wall Street. «Il costo basso delle offerte sanitarie che proponiamo non indica il costo effettivo della prestazione; i professionisti per far fronte alla crisi e per inserirsi nel mercato si stanno spostando verso il web utilizzando differenti canali di comunicazione — spiegano —. Si tratta di promozioni che durano 24 ore. Poi il medico torna ad applicare i tariffari tradizionalmente utilizzati».

L'ORDINE professionale emiliano, però, non ci sta. «Per ora la commissione disciplinare ha scelto di non sanzionare gli iscritti, ma solo di censurarli — spiega il presidente Gian Carlo Pizza —. In caso di recidiva l'atteggiamento sarà diverso. Magari qualcuno è stato distratto o si è fatto convincere senza pensare alle norme. L'Ordine deve tutelare i cittadini: ecco perché non possiamo accettare comportamenti di questo genere». Il 'processo' bolognese è stato il primo in Italia di questo tipo, ma è Groupon che segnala come anche altri Ordini stiano «inviando ai singoli medici lettere in cui richiedono l'immediata sospensione della pubblicazione online e minacciano la sospensione dell'attività professionale». Il 'Robin Hood' del web (gli internauti chiamano così la piattaforma multimediale delle offerte a prezzi stracciati) denuncia come da tempo accada che «il nome dell'Ordine sia associato a marchi terzi come nel caso di alcune campagne di prevenzione» e che «l'Ordine può sanzionare un medico non per la mancata approvazione del messaggio pubblicitario, ma solo nel caso in cui il messaggio non rispetti le indicazioni del codice deontologico». Pizza non demorde: «Da una decina di giorni faccio controllare la presenza di annunci legati alle prestazioni mediche su Groupon e le eventuali distorsioni».

Valerio Baroncini



L'esercito dei falsi poveri truffati Comuni e Asl

Tra i 123 denunciati imprenditori e un dentista

L'INDAGINE

I controlli della Finanza da Civitavecchia a Nettuno dichiarati redditi bassi per ottenere agevolazioni

La somma sottratta allo Stato ammonta a 250mila euro

Poveri ma solo per convenienza, nullatenenti semplicemente per risparmiare. Dichiaravano redditi anche dieci volte inferiori pur di non pagare i ticket sanitari, pur di ottenere i buoni per la scuola, le borse di studio e tutte quelle agevolazioni riservate a chi i soldi non ce li ha per davvero. Così il dentista che arrivava a guadagnare ben oltre centomila euro l'anno scriveva sui moduli per l'autocertificazione di poter contare su molto ma molto meno, ai limiti dell'indigenza. La bugia aveva uno scopo: assicurarsi l'iscrizione della figlia all'asilo nido pagando una quota mensile minima. Lo stesso inganno di un imprenditore edile: reddito alto, buon giro d'affari salvo poi dichiarare quasi nulla giusto per poter richiedere i buoni scuola, contributi cioè per pagare i libri al figlio. Un commerciante puntava invece a risparmiare sulle spese sanitarie e così nei documenti presentati alla Asl per ottenere l'esenzione dal ticket faceva sparire qualche zero dalla somma delle sue entrate. Falsi poveri,

dunque: professionisti, imprenditori, titolari di attività anche impiegati che provavano a truffare le aziende sanitarie e gli enti locali.

La Guardia di Finanza ne ha scoperti 123 sul litorale romano, da Civitavecchia fino a Nettuno. Il costo dei loro raggi ri ammonta a 250mila euro: il totale di quanto lo Stato avrebbe incassato se quelle persone non avessero imbrogliato sui redditi ottenendo agevolazioni che non gli spettavano. Gli accertamenti dei militari del II gruppo, coordinati dal colonnello Alessandro Barbera, hanno svelato una situazione ben diversa da quella che i poveri per finta descrivevano nelle autocertificazioni rilasciate al momento della richiesta delle esenzioni. Alcuni controlli sono stati fatti anche in seguito alle segnalazioni arrivate dalle Asl, dalle scuole e dalle università. Un'indagine andata avanti per parecchi mesi che ha permesso di scoprire l'imbroglio di quanti avevano chiesto di poter usufruire di benefici riservati alle fasce deboli.

In base agli sconti e alle agevolazioni ottenuti i 123 sono stati denunciati alla magistratura per false dichiarazioni e segnalati alla Regione Lazio per sanzioni amministrative. Il denaro sottratto attraverso gli aiuti a cui i denunciati non avevano diritto saranno recuperati dagli enti locali e dalle aziende sanitarie.

«Una pratica incivile - com-

menta Giordano Tredjaine, presidente della Commissione Politiche Sociali e Famiglia di Ro-

ma Capitale - che può essere contrastata.

Non si può permettere che la furbizia di alcuni danneggi chi è realmente indigente».

Lo scorso settembre un'indagine simile si era conclusa a Tivoli con 101 denunce: altrettanti poveri fasulli che dichiaravano redditi molto più bassi del reale solo per poter ottenere agevolazioni. Solo nei primi otto mesi del 2011, avevano accertato le Fiamme gialle, le persone denunciate avevano chiesto e ottenuto, attraverso false dichiarazioni, esenzione dal ticket su farmaci, esami di laboratorio e prestazioni riabilitative, pur non avendone diritto. E pochi giorni prima altri 91 poveri per finta erano stati individuati dai finanzieri del Comando Provinciale di Roma nella zona dei Castelli Romani: di questi, in 14 avevano chiesto il patroncio legale gratuito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esercito dei falsi poveri truffati Comuni e Asl

Tra i 123 denunciati imprenditori e un dentista

L'INDAGINE

I controlli della Finanza da Civitavecchia a Nettuno dichiarati redditi bassi per ottenere agevolazioni

La somma sottratta allo Stato ammonta a 250mila euro

Poveri ma solo per convenienza, nullatenenti semplicemente per risparmiare. Dichiaravano redditi anche dieci volte inferiori pur di non pagare i ticket sanitari, pur di ottenere i buoni per la scuola, le borse di studio e tutte quelle agevolazioni riservate a chi i soldi non ce li ha per davvero. Così il dentista che arrivava a guadagnare ben oltre centomila euro l'anno scriveva sui moduli per l'autocertificazione di poter contare su molto ma molto meno, ai limiti dell'indigenza. La bugia aveva uno scopo: assicurarsi l'iscrizione della figlia all'asilo nido pagando una quota mensile minima. Lo stesso inganno di un imprenditore edile: reddito alto, buon giro d'affari salvo poi dichiarare quasi nulla giusto per poter richiedere i buoni scuola, contributi cioè per pagare i libri al figlio. Un commerciante puntava invece a risparmiare sulle spese sanitarie e così nei documenti presentati alla Asl per ottenere l'esenzione dal ticket faceva sparire qualche zero dalla somma delle sue entrate. Falsi poveri,

dunque: professionisti, imprenditori, titolari di attività anche impiegati che provavano a truffare le aziende sanitarie e gli enti locali.

La Guardia di Finanza ne ha scoperti 123 sul litorale romano, da Civitavecchia fino a Nettuno. Il costo dei loro raggiunti ammonta a 250mila euro: il totale di quanto lo Stato avrebbe incassato se quelle persone non avessero imbrogliato sui redditi ottenendo agevolazioni che non gli spettavano. Gli accertamenti dei militari del II gruppo, coordinati dal colonnello Alessandro Barbera, hanno svelato una situazione ben diversa da quella che i poveri per finta descrivevano nelle autocertificazioni rilasciate al momento della richiesta delle esenzioni. Alcuni controlli sono stati fatti anche in seguito alle segnalazioni arrivate dalle Asl, dalle scuole e dalle università. Un'indagine andata avanti per parecchi mesi che ha permesso di scoprire l'imbroglio di quanti avevano chiesto di poter usufruire di benefici riservati alle fasce deboli.

In base agli sconti e alle agevolazioni ottenuti i 123 sono stati denunciati alla magistratura per false dichiarazioni e segnalati alla Regione Lazio per sanzioni amministrative. Il denaro sottratto attraverso gli aiuti a cui i denunciati non avevano diritto saranno recuperati dagli enti locali e dalle aziende sanitarie.

«Una pratica incivile - com-

menta Giordano Tredicine, presidente della Commissione Politiche Sociali e Famiglia di Ro-

ma Capitale - che può essere contrastata.

Non si può permettere che la furbizia di alcuni danneggi chi è realmente indigente».

Lo scorso settembre un'indagine simile si era conclusa a Tivoli con 101 denunce: altrettanti poveri fasulli che dichiaravano redditi molto più bassi del reale solo per poter ottenere agevolazioni. Solo nei primi otto mesi del 2011, avevano accertato le Fiamme gialle, le persone denunciate avevano chiesto e ottenuto, attraverso false dichiarazioni, esenzione dal ticket su farmaci, esami di laboratorio e prestazioni riabilitative, pur non avendone diritto. E pochi giorni prima altri 91 poveri per finta erano stati individuati dai finanzieri del Comando Provinciale di Roma nella zona dei Castelli Romani: di questi, in 14 avevano chiesto il patroncio legale gratuito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DOSSIER. L'Italia da ricostruire

La sanità

Troppi ricoveri, esami e medicine gli sprechi in corsia costano 15 miliardi

Repubblica inizia un viaggio nel Paese e nei settori dove le riforme servono per risanare e tornare a crescere

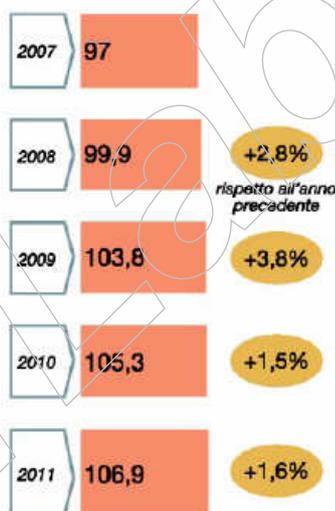
Riparte il confronto tra enti locali e governo sulla razionalizzazione delle risorse per la salute

MICHELE BOCCI

Una montagna di esami e visite inutili, decine di piccoli ospedali che non servono, evasione del ticket, macchinari poco utilizzati. Il sistema sanitario italiano produce sprechi, miliardi che se ne vanno per problemi organizzativi e di gestione. Il nuovo ministro alla Salute **Renato Balduzzi** si trova di fronte un quadro critico, mentre le Regioni si lamentano per un Fondo sanitario che non cresce quanto vorrebbero ed è più basso di quelli di parte degli altri Paesi europei.

Fondo Sanitario Nazionale

Dati in miliardi di euro



La spesa sanitaria ogni anno è di almeno il 5-6% in più del fondo



5 mld

DIAGNOSTICA

Gran parte dei risparmi nella sanità dovrebbe arrivare dalla riduzione degli esami prescritti



3 mld

SUD PENALIZZATO

La migrazione dei pazienti verso il Nord per le cure costa alle Asl meridionali 3 miliardi l'anno



1-1,5 mld

AMMINISTRATIVI

Il taglio del 20% degli amministrativi darebbe risorse per assumere più medici e infermieri



1 mld

EVASIONE E TRUFFE

L'aumento dei controlli sulle esenzioni ad opera della Gdf potrebbe valere un miliardo



Posti letto

1 Basta micro-ospedali valgono 4,5 miliardi

IN ITALIA il 2% dei posti letto, circa 5 mila, si trovano in piccoli ospedali. Circa 60 strutture che costano tanto e producono pochissima assistenza. Sono ritenuti inutili da tutti ma nessuno trova il coraggio di chiuderli o riconvertire l'attività. Si tratta di uno dei tanti sprechi di un sistema ospedaliero dove le strutture non sono in rete, i ricoveri sono troppo lunghi e si fa poco il *day hospital* e la *day surgery*. Si stima che razionalizzando tutto il settore si potrebbero risparmiare 4,5 miliardi di euro.

Personale

2 Emergenza infermieri impiegati in esubero

IL SISTEMA sanitario va incontro a problemi di carenza di medici, perché sono di più quelli che vanno in pensione rispetto a quelli che escono dalle scuole di specializzazione, e anche di infermieri. Il personale amministrativo delle Asl, però, sarebbe in eccesso. Il 20% potrebbe essere tagliato, secondo le stime del sindacato dei medici di famiglia Fimmg. L'operazione porterebbe a un risparmio tra 1 miliardo e 1,5 miliardi di euro.

Analisi

3 Il 90% dei medici fa controlli inutili

SONO milioni gli esami inutili prescritti ogni anno dai medici. Risonanze al posto di lastre, molto meno care, "check-up" senza senso, visite dallo specialista che non servono. L'inappropriatezza è uno dei più grandi problemi per il sistema sanitario. È legato anche alla medicina difensiva, praticata, secondo una recente ricerca dell'università Milano Bicocca, dall'80-90% dei medici che ordinano esami principalmente per ridurre il rischio di contenzioso legale. L'inappropriatezza vale 5 miliardi.

Apparecchiature

4 Macchinari più attivi per ridurre le attese

NELLE strutture pubbliche e convenvenzionate le apparecchiature per gli esami non sono utilizzate come dai privati. Le macchine, stima la Società italiana di radiologia medica, lavorano al 70% del loro potenziale. Non sfruttarle al massimo porta ad un maggiore costo di esercizio, quindi ad una spesa inutile. Si stima che solo per tac, risonanze e ecografie si potrebbero risparmiare 350 mila euro. Farle lavorare al massimo, ovviamente, porterebbe anche a un vantaggio non economico: la riduzione dei tempi d'attesa.

Farmaci

5 Spesa sotto controllo più spazio ai generici

LA SPESA per i farmaci nel nostro paese è l'unica, in sanità, rimasta praticamente costante negli ultimi dieci anni. Ci sono però ancora margini di risparmio, come ad esempio i circa 2 miliardi che non verrebbero spesi dal sistema sanitario se le Asl si organizzassero per acquistare da sole i farmaci generici in grandi quantità, quindi strappando prezzi migliori, e li distribuissero poi alle farmacie. Il costo finale sarebbe molto inferiore da quello attuale per le casse delle Regioni.

Confezioni

6 Con le pillole sfuse risparmiati 700 milioni

ANTIBIOTICI usati 5 giorni e poi messi nell'armadietto del bagno per non essere mai più ripresi. Se si potessero acquistare in farmacia solo il numero di compresse necessarie al trattamento si risparmierebbero almeno 700 milioni di euro. Molti più soldi resterebbero nelle casse delle Regioni (circa 2,5 miliardi) se si potessero fare gare non solo tra medicine con lo stesso principio attivo ma anche tra prodotti diversi dallo stesso risultato terapeutico, ad esempio l'abbassamento della pressione.

Evasione

7

Il falso esente evade il ticket

IL TICKET, sia quello "storico" che quelli introdotti di recente dalle Regioni su richiesta del Governo, sono a rischio evasione. Prendendo in considerazione solo quello in vigore da più anni si stima che ci sia un numero consistente di falsi esenti che accedono a visite ed esami gratuitamente perché autocertificano un reddito familiare inferiore a 36.151 euro e un'età superiore ai 65 anni o inferiore ai 6. Se si facesero controlli serrati si potrebbe recuperare circa 1 miliardo di ticket non pagati.

Fornitori

9

Soldi in ritardo Regioni indebitate

ALLE Regioni non viene subito assegnato tutti il denaro stanziato dal Fondo sanitario. Il ministero del Tesoro trattiene un 3% delle somme da erogare come garanzia del raggiungimento di certi obiettivi. Quei soldi normalmente arrivano un anno dopo, cosa che costringe le Regioni a pagare in ritardo i fornitori, che sapendolo fanno prezzi più alti, e ad anticipare soldi su cui vanno pagati gli interessi. Il valore stimato dello spreco è di 500 milioni di euro. Quest'anno, poi, il ministero è in ritardo di 2 anni.

Denunce

8

Errori in corsia danni milionari

IN ITALIA ogni anno i cittadini denunciano 34 mila danni subiti in ospedale o negli studi medici. Si va dalle cadute in corsia allo smarrimento di protesi, dagli errori dei camici bianchi alle infezioni. Gli esperti di rischio clinico stimano che almeno il 50% dei cosiddetti eventi avversi possano essere prevenuti ed evitati. Così si risparmierebbero almeno 600 milioni di euro di risarcimento danni da parte delle assicurazioni, che ovviamente farebbero abbassare i premi pagati dalle Asl.

Mobilità

10

Viaggi di speranza ma a caro prezzo

SONO tantissimi gli italiani che si spostano per curarsi, soprattutto dal sud al nord, dove ci sono strutture sanitarie migliori. La Regione di provenienza versa il valore della prestazione a quella a cui si è rivolto il paziente. La somma di tutto il denaro sborsato per la "mobilità" è 4 miliardi, di cui 3 sborsati dalle amministrazioni meridionali. Se si riducesero gli spostamenti forse non si recupererebbero tutti i soldi ma ci sarebbe comunque un risparmio, per il sistema pubblico e per le famiglie costrette ad affrontare i viaggi.

Lettori: n.d.

**TORINO
CRONACAQUI**

23-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Beppe Fossati

da pag. 15

IL VERTICE Il governatore detta le priorità ai suoi: la riforma prima del bilancio

Cota accelera sul piano sanitario «Diventerà legge entro Natale»

→ L'agenda della maggioranza da qui fino a Natale vedrà al primo posto l'approvazione in Consiglio regionale del nuovo piano sanitario, al secondo posto sempre il piano sanitario, al terzo ancora il piano sanitario insieme alla legge di bilancio 2012. Il governatore Roberto Cota vuole assolutamente chiudere entro la fine dell'anno la partita della riforma sanitaria e preme sull'acceleratore quantomeno per portare a casa la riorganizzazione delle Asl e delle aziende ospedaliere, prioritaria anche rispetto al varo del prossimo bilancio. Lo ha spiegato ai suoi nel corso del vertice tenuto all'ora di pranzo a Palazzo Lascaris, trovando più o meno la condivisione di tutti. Pdl (dove però Burzi e Vignale chiedono che anche l'approvazione del bilancio non slitti oltre dicembre), ovviamente Lega, con il capogruppo Carossa a ipotizzare anche «sedute notturne» nel caso fosse necessario, fino ai Pensionati di Giovine.

La delibera che istituisce sei grandi poli ospedalieri (i cluster) e undici Asl per il governo della sanità pie-

montese è stata approvata lo scorso dicembre dalla Giunta. Il documento sancisce lo scorporo dei piccoli ospedali dal territorio, il loro inserimento nei cluster e pone le basi per il riordino del sistema di pronto soccorso e Dea. Una prima fase della riforma che dovrebbe sicuramente passare in Consiglio entro il 31 dicembre e aprire la strada per il piano vero e proprio. Nello stesso tempo la Giunta potrà procedere alla nomina dei direttori di ospedali e Asl evitando di dover prolungare i commissariamenti in atto da fine 2010. Sul numero definitivo delle aziende sanitarie, già frutto di un compromesso all'interno del centrodestra, ci dovrebbero essere poche sorprese. L'assessore Paolo Monferino e lo stesso presidente Cota non sarebbero contrari ad concentrare ulteriormente le Asl, facendole scendere a una per provincia o addirittura a sei, in corrispondenza dei poli ospedalieri. Dal Pdl però arrivano segnali differenti, ragione per cui difficilmente si modificherà il testo.

Andrea Gatta

Il presidente Cota ha incontrato i consiglieri di maggioranza



► Regione. 5 ◀

Nel mirino i fitti passivi delle Asl: ogni anno gravano per milioni di €

La sanità campana spende milioni di euro per i fitti passivi che incidono non poco sul bilancio di ciascuna Asl. Una spesa che potrebbe essere ridotta o addirittura eliminata se si utilizzassero gli immobili regionali o quelli dei comuni, praticamente a costo zero. L'ennesima denuncia, nei giorni in cui i riflettori del Consiglio regionale sono accesi sul Bilancio di previsione per il 2012, è **Nicola Caputo**, consigliere regionale e presidente della Commissione Trasparenza, in occasione dell'audizione sull'utilizzo degli ex locali dell'Ospedale Agg di Valle di Maddaloni, cui ha partecipato anche il sindaco **Luigi Coscia**. "A Valle di Maddaloni ci sono strutture come quelle dell'ex ospedale inutilizzate che potrebbero essere messe dal comune a disposizione dell'Asl per ospitare i servizi sul territorio invece di spendere decine di migliaia di euro in fitti passivi - spiega Caputo -. Non è più possibile sprecare le esigue risorse della sanità campana in questo modo.



Nicola Caputo

E' necessario iniziare un nuovo percorso di razionalizzazione". Il sindaco di Valle di Maddaloni indica, tra l'altro, l'esistenza di una struttura comunale utilizzabile per i servizi offerti dall'Asl. "Sarebbe opportuno - dice - verificare la possibilità di trasferire una delle attività che sul territorio è ospitata in una struttura presa in affitto e risparmiare decine di migliaia di euro al mese". Secondo Caputo, a questo punto è necessario effettuare uno screening su tutte le strutture comunali disponibili, ricontrollare i contratti più onerosi, riportandoli ai prezzi di mercato ed eliminare, ove possibile, il peso dei fitti passivi. Un percorso che ottiene il pieno sostegno del presidente del Consiglio **Paolo Romano**: "Già diversi mesi fa avevo rilevato il fenomeno degli onerosi fitti passivi delle Asl campane, registrando la possibilità di ridurre drasticamente la spesa senza per questo incidere su livelli e qualità dell'assistenza sanitaria".

En. Sen.



SANITA': CAMPANIA, AZIENDE PRIVATE CHIEDONO CONFRONTO CON REGIONE

(AGI) – Napoli, 23 nov. – Un confronto permanente con il presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro, per avviare a soluzione in tempi rapidi una crisi “ormai divenuta insostenibile”. E’ la richiesta, attraverso un documento congiunto presentato all’ente di governo territoriale, delle associazioni delle imprese private e le organizzazioni sindacali della sanita’ a Napoli e provincia che si definiscono “a rischio”, dato che prestazioni effettuate in regime di accreditamento non vengono pagate da anni. “La gravissima crisi – si legge nel documento – sta avendo risvolti drammatici, in un settore che conta oltre diecimila occupati senza contare l’indotto. In molte strutture vi sono dipendenti non pagati, quasi ovunque sono a rischio i livelli essenziali di assistenza”. E, dunque, aziende e sindacati “si impegnano a operare un serrato confronto con le istituzioni, finalizzato, in vista del prossimo accreditamento definitivo, a fare in modo che il rispetto delle regole divenga l’unico metro di valutazione, accanto alla necessita’ di garantire la solvibilita’ finanziaria delle imprese”. Il documento e’ stato firmato da Fp Cgil Napoli, Fp Cisl Sanita’ Napoli, Fpl Uil Napoli, Ugl Sanita’, Unione Industriali Napoli Sezione Sanita’, Aiop Campania, Anisap Campania, Centri Antidiabetici, Federfarma Napoli, Federlab Campania, Raggruppamento Confindustria Sanita’ Campania, Snr. (AGI) Lil

lunaset.it

I fondi per la sanità in Campania ci sono, ma sono mal distribuiti

Lo afferma il consigliere regionale Pdl Angelo Polverino

“Le risorse per una sanità efficiente ci sono, il risanamento messo in atto dalla Giunta Caldoro, che ha iniziato a porre rimedio a 15 anni di sprechi del centrosinistra, inizia a dare i suoi frutti, ma ci vuole uno slancio coraggioso in più”. Lo afferma il consigliere regionale Pdl Angelo Polverino che aggiunge: “In Campania i fondi per la sanità sono mal distribuiti, si perdono in mille rivoli senza offrire i risultati che potrebbero produrre in termini di efficienza. Sono ancora troppi i privilegi e le nicchie di improduttività che qualcuno si ostina a difendere per calcolo personale. E inoltre esiste un enorme patrimonio di professionalità derivante dai precari della sanità che non viene valorizzato e impiegato al meglio. Ci sono aree come Caserta, ad esempio, che ricevono una dotazione in termini di risorse assolutamente inadeguata rispetto al numero di abitanti e le esigenze di assistenza. Non si tratta di avere qualche stanziamento in più ma di avviare finalmente un metodo per cui i soldi in sanità si danno a chi dimostra di saperli ben impiegare nell’interesse dei pazienti”. Il consigliere Angelo Polverino ha iniziato un giro di consultazioni tra i vari rappresentanti della sanità campana che affronterà i vari temi e problemi sul tappeto. Oggi l’incontro con la dottoressa Barbara Andreoli, rappresentante del coordinamento precari. “Il sistema sanitario necessita di buon governo – aggiunge Polverino -, vanno adottati con responsabilità e coraggio gli atti aziendali, la riorganizzazione del personale: vanno accelerati i processi di verifica per conoscere le esigenze di salute dei cittadini e il numero di professionisti che servono per questo obiettivo. Solo scelte virtuose permetteranno di garantire la stabilizzazione dei professionisti attualmente in servizio e nuove assunzioni di personale, assolutamente necessario; solo così, si assicurano risposte ai cittadini, ovvero i servizi assistenziali essenziali e i professionisti che li garantiscono”. La dottoressa Barbara Andreoli a nome del coordinamento precari aggiunge: “Il percorso delineato dalle organizzazioni sindacali, straordinariamente compatte sul tema “precari”, fondato su corretta valutazione del fabbisogno e su una programmazione che prevede ricognizioni/dotazioni/atti aziendali/stabilizzazioni e concorsi per nuove assunzioni, è un percorso valido e virtuoso che sicuramente consentirà di garantire stabilità al servizio sanitario regionale e darà la possibilità di superare finalmente i blocchi, imposti dal piano di rientro”.