

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 24.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Dossier. *La giungla dei ticket. Ecco dove e quanto si pagano*

Nuova rilevazione dell'Agenas sui ticket in Pronto Soccorso e sulla specialistica. La situazione resta quella di un anno fa, con l'eccezione di Campania e Calabria che li hanno aumentati. Ma poi c'è anche il ticket sui farmaci (di cui non tratta Agenas) che nel 2010 è costato ai cittadini quasi 1 miliardo di euro. E, infine, pesa l'incognita sul ticket di 10 euro per la specialistica la cui copertura scade il 31 maggio prossimo.

24 MAG - C'è quello sugli accessi al Pronto soccorso che può costare anche 50 euro e quello per le prestazioni specialistiche che può arrivare fino a 46 euro. E in generale in ogni Regione, se si parla di ticket, vige una sorta di "fai da te". Una constatazione resa ancor più evidente se si guarda al ticket sui farmaci, contemplato in "sole" 12 Regioni, anche se in tutte vige comunque il criterio del prezzo di riferimento per i farmaci a brevetto scaduto. Inoltre, sono cambiate le regole per la verifica dell'esenzione e a giugno scade la copertura per il superticket della specialistica da 10 euro. Insomma, parlare di "giungla" per il sistema di compartecipazione alla spesa non è un azzardo e risulta quindi molto utile quest'ultima rilevazione dell'Agenas (resa nota oggi) che fotografa la situazione per i ticket in Pronto Soccorso e per le prestazioni specialistiche. Di seguito un riepilogo della situazione nazionale, attraverso il rapporto Agenas e i dati della Federfarma (per quanto riguarda il ticket sui farmaci).

Il Rapporto Agenas

Ticket Pronto Soccorso. Solo la Basilicata non lo applica, mentre la Campania lo ha raddoppiato rispetto a un anno fa. Regione che vai ticket sul Pronto Soccorso che trovi, tranne in Basilicata dove esso non viene applicato. Il ticket sui codici bianchi non seguiti da ricovero è stato introdotto dalla Finanziaria 2007 e prevede, salvo alcune eccezioni, il pagamento di una quota fissa di 25 euro. Il ticket, in ogni caso, non è uguale in tutte le Regioni. C'è chi applica solo la quota fissa, c'è chi fa pagare anche altre prestazioni (diagnostiche di laboratorio, strumentali o altre terapie) e chi mette il ticket anche sui codici verdi. Ma vediamo più nel dettaglio. Alcune Regioni (Piemonte, Val d'Aosta, Lombardia, PA Trento, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna) hanno previsto solo l'applicazione della quota fissa nazionale, 25 euro per l'appunto, mentre nella Provincia autonoma di Bolzano e in Campania (che nell'ultima rilevazione Agenas del 31 gennaio 2010 faceva pagare 25 euro) la quota fissa è il doppio: 50 euro. Ma i distinguo non finiscono qui, perché in Veneto, Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Calabria, oltre al pagamento della quota fissa, il cittadino compartecipa alla spesa anche per eventuali prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o altre terapie erogate in concomitanza con la visita al Pronto Soccorso. Per questi casi alcune Regioni (PA Bolzano, Liguria, Toscana, Puglia, Calabria) prevedono dei massimali del ticket o come fa il Friuli Venezia Giulia un tariffario per le singole prestazioni erogate in regime di pronto soccorso. Sempre in Friuli Venezia Giulia è previsto anche il pagamento per le prestazioni programmate successive al primo trattamento, mentre nella Provincia di Trento viene fatto pagare un ticket fisso di 35 euro agli stranieri non forniti di apposito modello di assistenza internazionale. Oltre al ticket sui codici bianchi c'è poi chi come Bolzano, Toscana e Sardegna prevedono il pagamento di una quota fissa anche per i codici verdi non seguiti da ricovero. Niente ticket, infine, per i minori di 14 anni ed i cittadini esenti (secondo le norme di ogni singola Regione), tranne che per il Friuli e la PA di Bolzano dove non esiste esenzione per l'accesso al pronto soccorso. ([Vedi norme Regione per Regione sul ticket al Pronto Soccorso](#))

Ticket specialistica. Al centro sud è più alto. In ogni Regione italiana è previsto il ticket sulle prestazioni specialistiche. Esiste una normativa nazionale, applicata nella gran parte delle Regioni, secondo la quale per determinate fasce di popolazione, di patologie e reddito è prevista l'esenzione. In ogni caso, molte Regioni hanno deciso di ampliare la fasce di esenzione. Ma quanto costa il ticket sulla specialistica? L'importo massimo del ticket per ricetta è fissato a livello nazionale in 36,15 euro. In Calabria, però, sale a 45 euro + 1 euro di quota fissa (nell'ultimo rilevamento Agenas del 31 dicembre 2009 non c'era), mentre in Sardegna è di 46 euro. Poi c'è la Campania, che rispetto all'ultima rilevazione Agenas, ha introdotto il pagamento di un'ulteriore quota di 10 euro e in cui sono previste come nel Lazio e nel Molise ulteriori quote in base a specifiche prestazioni. ([Vedi norme Regione per Regione su ticket specialistica](#))

Il Rapporto Federfarma

Nel 2010 gli italiani hanno speso quasi 1 miliardo in ticket per i farmaci. Al ticket sul Pronto Soccorso e sulle prestazioni specialistiche, vanno poi aggiunti i numerosi e diversi ticket sui farmaci, presenti in 12 Regioni e che nel 2010 hanno portato nelle casse delle Asl 987,543 milioni di euro versati direttamente dai cittadini per l'acquisto di farmaci di fascia A. Una cifra pari al 7,6% della spesa farmaceutica a carico del Ssn. Si passa dal ticket fisso sulla ricetta a diverse forme di compartecipazione legate al numero di confezioni acquistate. E questo vale, come abbiamo detto, in 12 Regioni (P.A. Bolzano, Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Molise, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia). Mediamente il costo del ticket è di 1,68 euro su ogni ricetta del Ssn con un onere pro capite (calcolando tutta la popolazione e quindi anche coloro che non consumano farmaci o che sono esentati a vario titolo dal ticket) di 16,8 euro per italiano all'anno. L'incidenza maggiore del ticket si registra in Sicilia, Veneto e Lombardia con un peso di oltre il 10% sul totale della spesa. La più bassa a Trento, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia con un'incidenza inferiore al 4%. Ma in tutta Italia è comunque in vigore un'altra forma di compartecipazione che non prevede alcun tipo di esenzione. Parliamo delle cosiddette "liste di trasparenza Aifa" (recentemente aggiornate a seguito della manovra economica del luglio scorso, con un risparmio atteso di circa 600 milioni di euro) che prevedono un prezzo di riferimento per tutti i farmaci con brevetto scaduto che costituisce la soglia di rimborsabilità massima garantita dal Ssn. Se si acquista un prodotto con prezzo uguale o inferiore a quella soglia non si paga nulla. Ma se si preferisce un altro prodotto più costoso della stessa categoria si deve pagare la differenza ([vedi le norme Regione per Regione](#))

L'incognita sul "nuovo" ticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni specialistiche. Per tutte le Regioni, infine, come disciplinato dalla Finanziaria 2007, resta in vigore un ulteriore ticket di 10 euro sulle prescrizioni specialistiche, per un ammontare complessivo annuo stimato in 834 milioni di euro. In realtà, come è noto, questo ticket non è mai stato applicato a seguito della decisione dei vari governi (prima Prodi e poi Berlusconi) di coprire tale onere con fondi statali. E' andata così anche nel 2011, anche se la copertura arriva solo al 31 maggio. Salvo sorprese dell'ultima ora, quindi, dal prossimo 1° giugno potrebbe scattare questo ticket in tutte le Regioni, salvo che esse decidano autonomamente di non immetterlo assumendosi i relativi oneri del mancato gettito a proprio carico.

Rilevazioni Agenas e Federfarma Babele dei ticket tra le Regioni

Marzio Bartoloni

Per farmaci, esami, visite e anche per il pronto soccorso gli italiani sono sempre più alle prese con una giungla di balzelli. Tra ticket, franchigie e una babele di esenzioni il proclamato universalismo delle cure del Ssn sta diventando sempre più uno slogan d'altri tempi. La realtà, invece, è uno spiccato fai-da-te regionale con regole e costi a carico dei cittadini che variano all'impazzata da un capo all'altro della Penisola. A pagarle più di tutti sono quasi sempre i cittadini del Sud, già tartassati da Irpef e Irap regionali con aliquote più alte per colpa di bilanci sanitari sempre in rosso. E con la beffapoi di avere servizi in media più scadenti che al Nord.

La nuova fotografia del puzzle regionale dei ticket - pubblicata integralmente sull'ultimo numero de *Il Sole 24 Ore Sanità* (n.20) - arriva dall'Agenas (l'Agenzia dei servizi regionali) che ha monitorato come ogni anno le "tariffe" su specialistica e pronto soccorso. Mentre lo stato dell'arte sui farmaci è targato Federfarma, la Federazione delle farmacie.

In questa altalena dei ticket accade, a esempio, che i campani non esenti rischiano di pagare 50 euro in pronto soccorso se si scopre che il loro caso non era poi così urgente (il cosiddetto «codice bianco»). Lo stesso succede a Bolzano dove il conto può diventare ancora più salato arrivando addirittura a 100 euro se è necessario qualche esame in più. Molto più che in Friuli dove il ticket "minimo" per la visita in pronto soccorso è di 7,74 euro. Nel resto d'Italia la tariffa media è invece di 25 euro. In Puglia per una ricetta con due scatolette di farmaci siglata dal proprio medico di famiglia i non esenti versano ben 6,5 euro, quasi co-

me i calabresi che ne spendono 6. Ticket pesanti sono attivi anche nel Lazio (4 euro a confezione per i farmaci oltre i 5 euro) e in Sicilia (4 euro per quelli fino a 25 euro e 4,5 se ancora più cari). A farvi ricorso per tenere a bada la spesa farmaceutica sono in tutto 12 Regioni, quasi tutte soggette ai piani di rientro. Le "franchigie" sulla specialistica (visite ed esami) sono infine di 36 euro in media. Ma in Calabria, Campania e Sardegna superano i 50 euro. I lucani sono i più fortunati: per loro farmaci e pronto soccorso sono gratis.

Ancora più spiccata è poi la variabilità sulle esenzioni: qui

LO SCENARIO

Pronto soccorso: si va dall'esenzione totale della Basilicata ai cento euro di Bolzano
Farmaci più cari al Sud

l'estro regionale in materia fa sì che vi siano categorie contemplate in alcune Regioni e totalmente ignorate in altre; classi di invalidità che valgono più al Nord che al Sud e viceversa; pazienti cronici tutelati da una parte e dall'altra no. In gioco non ci sono poche briciole visto che spendiamo oltre 4,3 miliardi per la compartecipazione alla spesa sanitaria. Una bella cifra tra l'altro sottostimata di almeno un miliardo: tante vale, secondo alcuni calcoli, l'evasione dei finti esenti. Ma anche sulla caccia ai "furbetti del ticket" ne uscito un nuovo puzzle regionale con un complicato rimpallo di responsabilità tra medici e Asl per capire a chi tocca verificare se il cittadino ha davvero diritto all'esenzione in base al reddito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



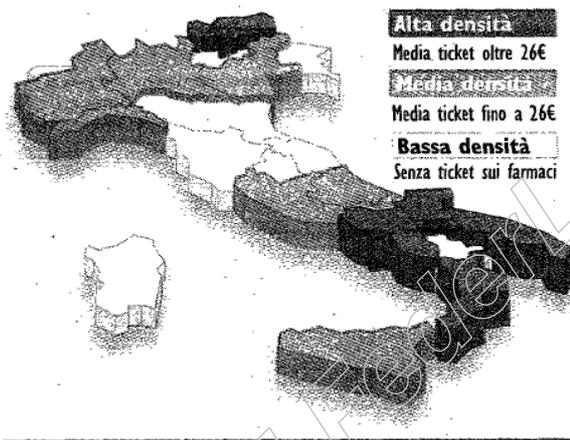
Gli ultimi dati sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa confermano il labirinto regionale delle tariffe

La giungla di ticket ed esenzioni

Ricette, specialistica e pronto soccorso: puzzle di soluzioni - Al Sud si paga di più

Le differenze regolatorie e di compartecipazione alla spesa impazzano tra le Regioni: in 9 niente ticket sui farmaci, in 12 sì e con differenze spesso anche sostanziali; il ticket sul pronto soccorso vale 100 euro a Bolzano, ma solo 7 in Friuli; le franchigie sulla specialistica sono di 36 euro in media, ma in Calabria, Campania e Sardegna superano i 50. E dall'ultimissima fotografia scattata dall'Agenas emerge anche un dedalo di esenzioni: sui farmaci si va dalle 11 categorie esenti del Molise alle 25 di Lombardia e Campania.

La mappa del copayment



A PAG. 2-5

COMPARTECIPAZIONE/ L'ultima fotografia dell'Agenas conferma il fai-da-te regionale

Il puzzle di ticket ed esenzioni

Variano gli importi, al Sud si paga di più - E sugli esenti Babele di norme

A Bolzano in pronto soccorso si rischia di pagare un conto salatissimo: fino a 100 euro di ticket contro i 7 del Friuli. Visite ed esami in Campania, Calabria e Sardegna costano di più: dai 46 ai 50 euro rispetto a una media nel resto d'Italia di 36 euro. Per una prescrizione di medicinali in Puglia si arriva a sborsare fino a 6,5 euro per ricetta (6 in Calabria), mentre in 9 Regioni non si paga nulla. Poi c'è il caso della Basilicata, "porto franco" dei ticket: si paga solo la franchigia di 36 euro sulla specialistica, prevista dalla legge nazionale. Per i lucani farmaci e pronto soccorso sono gratis.

Ai tempi del federalismo sembra sempre più chiaro come il proclamato universalismo delle cure stia diventando uno slogan d'antan. La realtà, invece, sembra fatta da differenze regolatorie e di compartecipazione che impazzano da un capo all'altro della Penisola, con il Sud a pagare quasi sempre il conto più salato. Senza parlare della Babele delle esenzioni dove il fai-da-te

regionale spicca ancora di più. E dove tra l'altro è appena scoppiata l'ultima grana con un complicato rimpallo di responsabilità tra medici e Asl per capire a chi tocca verificare se il cittadino ha davvero diritto all'esenzione dal ticket per reddito (vedi articolo a fianco).

L'ultima aggiornatissima fotografia delle palestre regionali dei ticket arriva dall'Agenas che ha monitorato come ogni anno in un dettagliato report la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria (in questo caso su specialistica e pronto soccorso con dati al 10 aprile). Sui farmaci gli ultimi dati sono, invece, di Federfarma e fotografano la situazione a maggio.

Che non si tratti di poche briciole lo dicono i numeri: nonostante alla fine ben due terzi degli italiani riescono a conquistarsi una qualche esenzione, a conti fatti, spendiamo oltre 4,3 miliardi per i ticket e le franchigie. Gli ultimi dati ufficiali risalgono alla Finanziaria 2007 che introdusse il super-ticket di 10 euro sulla specialistica (da aggiungere alla fran-

chigia) che i cittadini finora non hanno mai pagato visto che il Governo si è sempre affannato a trovare le risorse per coprirlo. Ma dal 1° giugno le cose potrebbero cambiare se non si troveranno i circa 500 milioni di copertura necessari per evitare questo mini-salasso su visite ed esami.

Più nel dettaglio e aggiornando i dati, il ticket sui farmaci costa agli italiani 985 milioni (2010), quelli sulla specialistica e sul pronto soccorso 3,35 miliardi (2009), di cui 3,2 miliardi per le franchigie e 149 milioni per i codici bianchi a cui non segue ricovero.

Ma la vera giungla sono le esenzioni. Rispetto alle regole nazionali (v. pagina 5) ogni Regione ha modulato le categorie esenti o prevedendo tra queste eccezioni e puntualizzazioni.

Così che a esempio per i farmaci si passa dalle circa 11 categorie esenti del Molise alle venticinque di Lombardia e Campania. Non è dato sapere quanti cittadini appartengono a ciascuna categoria, ma la stima generale degli esenti si

aggira sul 60-75% degli assistiti.

Diversissima la modulazione delle categorie esenti. In Lombardia, Liguria e Molise sono esenti anche i «deportati da campi di sterminio», mentre in alcune Regioni non pagano le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata a cui in Campania si aggiungono le vittime delle stragi e del dovere. Sempre in Campania sono esenti anche gli obiettori di coscienza in servizio civile e gli extracomunitari iscritti al Ssn «con permesso di soggiorno per richiesta di asilo politico o umanitario» e i disoccupati.

Meno articolata, ma pur sempre varia la situazione dei ticket

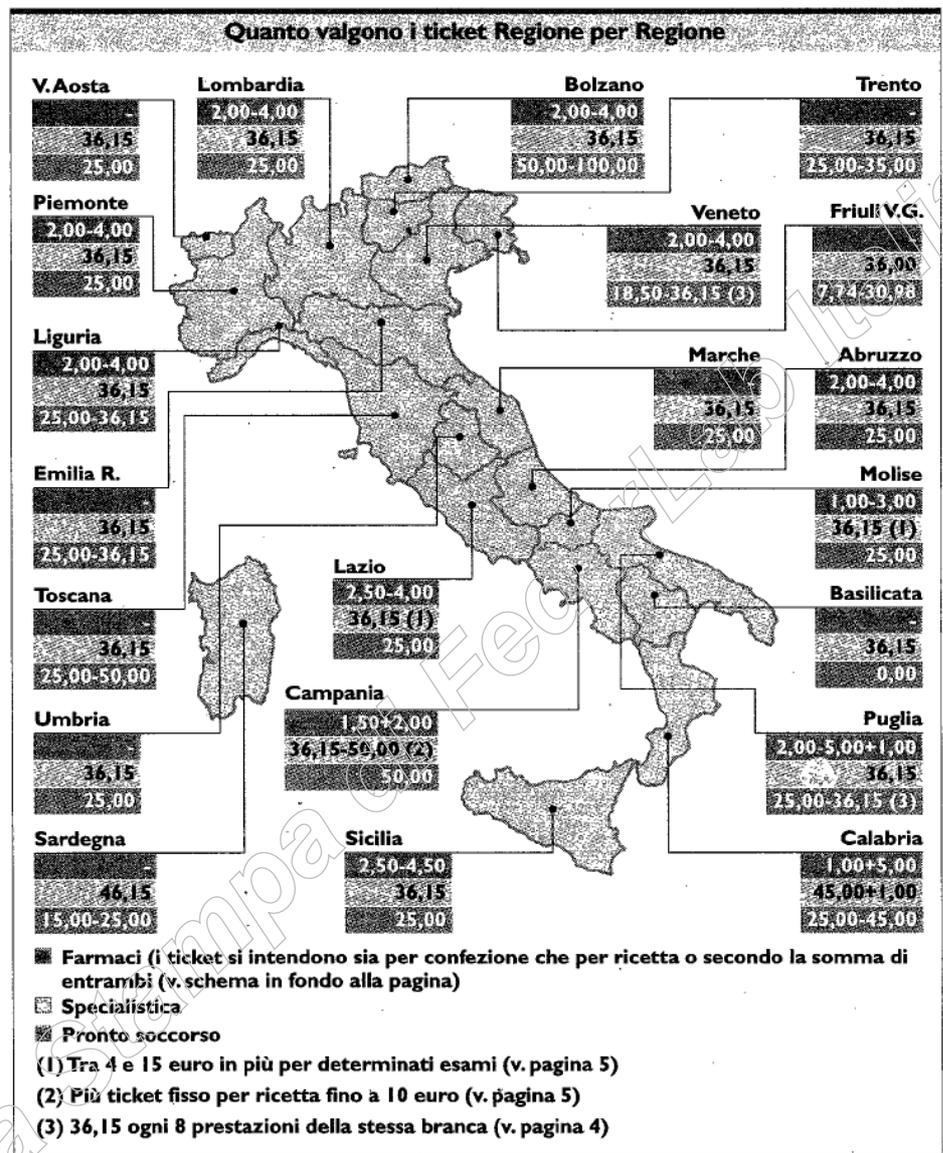


sul pronto soccorso, pagati in linea di massima dai codici bianchi senza ricovero. Ma in Calabria la regola vale anche per i codici verdi, in Toscana c'è anche una categoria intermedia di basse urgenze con "codice azzurro" e a Bolzano sotto ticket sono tutti i «casi non urgenti e/o non giustificati» senza distinzione di colore. Sul versante esenzioni ci si riferisce alla normativa nazionale, ma a esempio il Friuli prevede una vasta gamma di ticket ma senza alcuna categoria esente, mentre la Sicilia di categorie esenti ne specifica diciotto.

Poche infine le varianti per la franchigia sulla specialistica ambulatoriale: le esenzioni sono quelle nazionali con l'aggiunta in alcuni casi (v. tabella a pagina 5) di patologie rare in più rispetto a quelle previste a livello nazionale, procedure di screening a scopo preventivo o situazioni economiche di disagio come la cassa integrazione.

Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

FEDERALISMO LACRIME E SANGUE

Molti amministratori pubblici sono convinti che il federalismo fiscale porterà cose buone. C'è da augurarselo, perché invece viene da pensare che sul provvedimento ci sia un'eccessiva fiducia, non suffragata da analisi serie. Infatti secondo alcuni la fase iniziale del Federalismo sarà «lacrime e sangue». In particolare nelle Regioni dove i debiti della Sanità sono pesanti. Ad un convegno all'Università Tor Vergata di Roma, un gruppo di economisti ha usato parole inequivocabili: «Se si procederà senza sanare le differenze regionali sarà un disastro», «c'è una grande iniquità che può causare un progressivo divario tra Nord e Sud», «la questione federale è stata affrontata nel peggiore momento economico dopo la crisi del '29». Sono voci di esperti e come tali vanno valutate. Sempre che la politica abbia voglia di ascoltarle. Disicuro Lazio, Campania, Sicilia (in profondissimo) potranno contare — mentre risanano — sul fondo di perequazione statale. Ma fino al 2013. Poi dovranno camminare da sole. Se non ce la faranno saranno lacrime e sangue non tanto per la sanità ma per la salute dei cittadini di queste regioni.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SANITÀ PROPOSITO DI LASCIARE

Vendola: Fiore resta
Ma l'assessore
sembra irremovibile

● Nichi Vendola corre ai ripari per il preannunciato addio dell'assessore Fiore: nessun rimpasto. Ma l'assessore non fa dietrofront: tempi e agenda dell'uscita li decido io.

MARTELOTTA A PAGINA 7 >>

SANITÀ IN PUGLIA

LE DIMISSIONI DELL'ASSESSORE

CAMBIO ENTRO METÀ GIUGNO

Si lavora per individuare il successore. Domani vertice di maggioranza sulle nomine dei manager Asl e i nuovi tagli

Nichi corre ai ripari
«Nessun rimpasto»

Fiore deciso a mollare: «Ma tempi e agenda li detto io»

BEPÌ MARTELOTTA

● **BARI.** Non cederà di un millimetro rispetto agli impegni presi, ma neanche alla volontà di abbandonare la barca - ovvero la guida dell'assessorato alla Salute - appena saranno ultimate le nomine dei direttori generali delle Asl - primi di giugno. **Tommaso Fiore**, ormai, ha deciso e nulla potrà fargli cambiare idea. Ad una condizione, chiarisce ai cronisti che hanno anticipato la notizia: «La tempistica, in queste vicende così delicate, è fondamentale e l'agenda la detto io, non me la faccio dettare dall'esterno».

La delicatezza della sua fuoriuscita dalla giunta è sotto gli occhi di tutti: la prima fase del piano di riordino - i tagli dei 18 ospedali e dei 2.200 posti letto - è ancora in corso e solo ultimata quella sarà possibile avviare la seconda, ovvero gli ulteriori tagli che, a quanto pare, risultano ineludibili. Di più, le recenti sentenze della Consulta che hanno costretto la Regione a fare dietrofront su alcune norme (stabilizzazioni e internalizzazioni) stanno scombinando il quadro del personale sanitario, già messo alla prova dal blocco del turn-over sancito dall'accordo col go-

verno sul piano di rientro. Insomma, sistemata la «governance», ovvero la pianificazione del sistema sanitario messa in piedi, c'è da mettere a posto ancora qualche tassello della gestione di quel modello, prima di consegnarlo chiavi in mano al successore. E l'ultimo tassello sono proprio le nomine dei nuovi manager.

La discussione politica sui profili delle Asl - ai quali modellare l'identikit dei sei prescelti che dovranno guidarle - è cominciata e domani troverà compimento nel vertice di maggioranza convocato dal presidente **Nichi Vendola**. Dopodiché bisognerà aspettare i ballottaggi delle amministrative prima che la giunta sia convocata per le nomine. Solo a quel punto, dunque entro la prima metà giugno, l'assessore potrà rimettere il suo incarico nelle mani del governatore. Il quale, sino all'ultimo - com'è prevedibile - tenterà di sventare la decisione: fatta la prima tornata di nomine nelle Asl, ci sono quelle che scadono per vie naturali a novembre. Sarà questo, insomma, l'estremo - ma vano - tentativo di trattenere Fiore al suo posto.

Le vicende di Milano (ovvero l'eventuale vittoria di Pisapia ai ballottaggi)

potrebbero scompaginare il quadro politico nazionale e dare un'accelerata alle urne delle Politiche che sinora il governo Berlusconi ha sventato. A quel punto, la volata di Vendola verso il nuovo governo nazionale potrebbe cambiare radicalmente anche il quadro pugliese e indurre lo stesso Fiore a non mollare il governatore proprio in dirittura d'arrivo. Ma, per ora, nulla lascia presagire che le Politiche cadano prima di un anno e l'assessore lascia intendere di non avere alcuna intenzione di aspettare.

Vendola, incalzato dalle anticipazioni di stampa, corre ai ripari: «Attualmente non c'è alcuna ipotesi di rimpasto e di cambiamento di assessori, si tratta - dice - di fantasie giornalistiche». Ma il governatore, dicono i ben informati, è ormai pienamente consapevole delle intenzioni del suo assessore e, dopo i vari tentativi fatti per fermarlo, si sarebbe



arreso all'idea di un ricambio al punto da aver già cominciato - nel più stretto riserbo - a sfogliare la rosa dei papabili. L'ipotesi di affidare la gestione sanitaria a un tecnico di fiducia dell'assessore, qual è **Ettore Attolini** dell'Ares, resta la più accreditata. Altri profili, pure circolati nelle scorse ore (il preside di Medicina **Antonio Quaranta**, il manager del Policlinico **Vitangelo Dattoli** e quello dell'Asl tarantina **Mimmo Colasanto**), restano in piedi, ma ciò che più preme al governatore è la continuità del lavoro svolto sinora da Fiore.

Soprattutto, lascia intendere Vendola, le sostituzioni si fanno ma non si annunciano, onde evitare scossoni al sistema (già provocati appunto dalle anticipazioni giornalistiche). «Le dimissioni Fiore le aveva annunciate diversi mesi fa. Vi è stato poi - ha spiegato - una reazione di straordinaria e universale espressione di stima nei confronti dell'assessore il quale, rispetto a quella sua legittima aspettativa di tornare al suo lavoro, ha così fatto marcia indietro. Per quanto mi riguarda, lì sono rimasto e da lì non intendo muovermi. Squadra che vince non si cambia».

COMPARTICIPAZIONE/ Dal pronto soccorso alla specialistica: ecco tutte le tariffe

Da Nord a Sud, si paga così

Codici bianchi gratis in Basilicata - Visite e analisi più care in tre Regioni

Le esenzioni "nazionali" per la specialistica ambulatoriale	
<p>Patologie croniche. Individuate dal Dm 329/1999, successivamente modificato dal Dm 296/2001 e dal regolamento delle malattie rare (Dm 279/2001)</p>	<p>periodiche ostetrico-ginecologiche, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie e appropriate</p>
<p>Malattie rare. Esenzioni previste dal Dm 279/2001</p>	<p>Test Hiv ai sensi del Dm 1° febbraio 1991</p>
<p>Diagnosi precoce tumori. Prestazioni diagnostiche nell'ambito delle campagne di screening, mammografia, ogni due anni, a favore delle donne in età compresa tra 45 e 69 anni; Pap-test ogni tre anni, a favore delle donne tra 25 e 65 anni; colonscopia ogni cinque anni, a favore della popolazione di età superiore a 45 anni</p>	<p>Reddito (ai sensi della legge 537/1993 e succ. mod.) L'appartenenza a una delle seguenti categorie dà diritto all'esenzione: cittadini di età inferiore a sei anni e over 65 di nuclei familiari con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro; titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico; disoccupati e loro familiari a carico appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico; titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico</p>
<p>Invalidità. Sono esenti tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per i casi di invalidità più gravi. Altrimenti sono esenti le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e altre prestazioni specialistiche correlate alla patologia invalidante</p>	
<p>Gravidanza. Il Dm 10 settembre 1998 stabilisce che sono escluse dalla partecipazione al costo oltre alle visite mediche</p>	

Avanti che c'è un ticket per tutti. Anche per pronto soccorso e specialistica, oltre che per i farmaci (si veda articolo a pagina 2) la compartecipazione per i cittadini è d'obbligo. Ecco in sintesi la situazione Regione per Regione.

Pronto soccorso. Il ticket per i codici bianchi è previsto ovunque a eccezione della Basilicata. Alcune Regioni - Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trento, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia, Sardegna - prevedono l'applicazione della sola quota fissa di 25 euro indicata a livello nazionale, mentre a Bolzano e in Campania la quota balza a 50 euro. Altre Regioni - Bolzano, Veneto, Friuli, Liguria, Emilia, Toscana, Puglia, Calabria - prevedono, oltre al pagamento della quota fissa, anche la compartecipazione alla spesa per le eventuali prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o terapeutiche erogate insieme alla visita di pronto soccorso. In alcuni casi (Bolzano, Liguria, Toscana, Puglia, Calabria) sono previsti anche dei massimali (differenziati) del ticket o un tariffario per le singole prestazioni erogate, come in Friuli dove è stabilito il pagamento per le prestazioni programmate successive al primo

trattamento. Bolzano, Toscana e Sardegna prevedono il pagamento di una quota fissa, oltre che per i codici bianchi, anche per gli accessi di pronto soccorso "giustificati" (non critici, non urgenti, codici verdi) non seguiti da ricovero.

Specialistica. Tutte le Regioni prevedono la compartecipazione alla spesa e nella maggior parte dei casi viene adottato il sistema di esenzioni previsto a livello nazionale (si veda tabella a fianco) che però in alcuni casi è ampliato. L'importo massimo del ticket per ricetta è fissato a livello nazionale in misura pari a 36,15 euro. Importo modificato solo dalla Calabria (dove vale 45 euro), dalla Sardegna (46 euro) e dalla Campania, in cui è previsto il pagamento di una ulteriore quota fissa pari a 10 euro. Limitatamente a specifiche prestazioni in Lazio, Campania, Molise sono previste ulteriori quote. Nel Veneto, con una norma favorevole ai pazienti, il ticket è calcolato su un tariffario precedentemente vigente, diverso da quello utilizzato ai fini della remunerazione degli erogatori, non gravato dagli aumenti stabiliti tra il 2004 e il 2006.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'indagine**In ordine
sparso sulle
verifiche
degli esenti**

A PAG. 3

IL PUNTO SULL'APPLICAZIONE DEL DM BRUNETTA**Verifiche sul reddito, ognuno fa per sé**

Forse la "quadra" l'hanno trovata in Friuli Venezia Giulia: l'adeguamento al decreto Brunetta (Dm 11/12/2009 - "Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria") segue la logica di impattare il meno possibile sui cittadini e, allo stesso tempo, di gravare al minimo sui medici. Per quest'anno "di passaggio", infatti, la Regione prende atto dell'autocertificazione inserita nel tesserino che fino a oggi attestava l'esenzione; nel frattempo, i tecnici hanno provveduto a convertire i vecchi codici nel nuovo "linguaggio Mef", fatto proprio dal sistema informativo regionale. E a quest'ultimo basterà ai dottori collegarsi, da luglio, per trovare i nuovi codici da inserire nelle ricette; in alternativa, si potrà continuare a far riferimento al tesserino cartaceo aggiornato.

Essere dotate di un sistema informativo efficiente aiuta le Regioni: il Dm - che con la lotta all'evasione dovrebbe fruttare risparmi per oltre un miliardo - prevede infatti l'inserimento dei dati (depurati dai falsi esenti) nel sistema consultabile dal pc del medico e fornito dal sistema tessera sanitaria dell'agenzia delle Entrate, dal quale risulterà la condizione di esenzione del cittadino. In Lombardia, gli esenti sono stati già inseriti ed è al Sis che il Mmg da luglio attingerà nel compilare la ricetta. Se l'esenzione non dovesse risultare, spetta all'Asl fornire l'attestazione al cittadino.

Ma non ovunque fila tutto così liscio: in Campania, a esempio, regna il caos. Che una circolare di chiarimento è riuscita solo in parte a dissipare: il nuovo decreto è teoricamente entrato in vigore ma restano grandi difficoltà legate all'inserimento dei dati dei cittadini. Di fatto si continua a far ricorso all'autocertificazione. Per i medici poco cambia: da anni sono "costretti" a inserire i codici sulle ricette. Il problema, se mai, è a monte e sta nel trovare un metodo valido per scovare i "falsi". Ancora oggi ai dottori capita di inserire dati assurdi, come codici di esenzione di "disoccupati" 70enni.

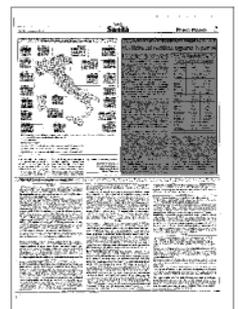
L'Emilia Romagna fa tendenza: seguita da Puglia, Toscana (che sperimenta a Pistoia per andare a regime a ottobre), Veneto (dopo un patto con la Fimm regionale), Marche (doppio

Lo stato dell'arte		
Regioni	Chi attesta	Da quando
Piemonte	Asl	1° giugno
Val d'Aosta	Asl	1° aprile
Lombardia	Sis/Asl	1° luglio
Bolzano	In via di definizione	
Trento	In via di definizione	
Veneto	Asl	1° maggio
Friuli	Asl	1° luglio
Liguria	In via di definizione	
Emilia R.	Asl	1° maggio
Toscana	Asl	ottobre
Umbria	In via di definizione	
Marche	Asl/territ.	1° luglio
Lazio	Mmg	1° luglio
Abruzzo	Pua	1° giugno
Molise	Mmg	maggio
Campania	Auotocert.	1° giugno
Puglia	Asl	2 maggio
Basilicata	Asl	2 maggio
Calabria	In via di definizione	
Sicilia	Mmg	gennaio 2012
Sardegna	In via di definizione	

regime fino a fine giugno), V. d'Aosta, ha sgravato i Mmg, affidando alle Asl l'erogazione dei nuovi codici. Per il 2011 il Piemonte ha deciso di inviare a tutti gli assistiti inseriti nell'elenco ministeriale il certificato di esenzione da esibire al medico prescrittore, valido fino al 31 marzo 2012. L'Abruzzo ha coinvolto i Pua (se il cittadino non è in elenco), mentre Lazio, Molise e Basilicata vedono i medici in prima linea.

Procedure in via di definizione a Trento, Bolzano, in Umbria, in Liguria, in Calabria e in Sardegna. In Sicilia si parte il prossimo anno, a transizione avvenuta dalla stima Isee al calcolo dell'esenzione sul reddito complessivo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



sto esercizio sono quasi scontati per chi la Sanità la conosce bene: le Regioni benchmark sono tutte del Nord. E a conti fatti il Ssn spenderebbe - se si prendessero in considerazione i dati del 2008 - 572 milioni di meno. Con alcune Regioni costrette a seri digiuni; come il Lazio che dovrebbe rinunciare addirittura a 1,290 miliardi o la Campania (-194 milioni). Ma anche al Nord non mancherebbero i sacrifici: come a Bolzano (ben 258 milioni in meno) o in Liguria (-160 milioni) e a Trento (-86 milioni). Per gli altri ci sarebbero fondi in più che a questo punto avrebbero una funzione «premiante».

Ma perché questo metodo può funzionare? Perché - spiega il libro - punta «sul ruolo virtuoso che meccanismi di valutazione e valorizzazione delle best practice possono giocare» nel migliorare la nostra Sanità introducendo «parametri di appropriatezza e qualità e non solo di efficienza e di spesa». Una partita, questa, che può sempre riprirsi visto che lo stesso Digs sui costi standard prevede che le Regioni benchmark dimostrino anche di aver garantito la qualità e l'appropriatezza in base ad alcuni «criteri» che saranno definiti da un futuro Dpcm. Insomma il criterio della qualità delle cure, uscito dalla porta dei costi standard potrebbe sempre rientrare dalla finestra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Costo standard per l'assistenza specialistica**

Regioni best practice	(A) Costo per l'assistenza specialistica (€)	(B) Popolazione pesata	(C = A/B) Costo pro capite per l'assistenza specialistica (€)
Marche	409.207.519	1.595.580	256
Liguria	554.034.869	1.721.902	322
Trento	117.270.901	508.056	231
Lombardia	2.646.802.243	9.714.788	272
Media			270

Costo standard prevenzione e assistenza distrettuale

Regioni best practice	(A) Costo per l'assistenza sanitaria collettiva e per gli altri sottolivelli dell'assistenza distrettuale (€)	(B) Popolazione grezza	(C = A/B) Costo pro capite (€)
Emilia R.	2.549.034.854	4.275.802	596
Veneto	2.609.991.555	4.832.340	540
Toscana	1.954.279.276	3.677.048	531
Umbria	485.449.280	884.450	549
Media			554

Costo standard per l'assistenza ospedaliera

Regioni best practice	(A) Costo per il tot. dell'ass. osped. (€)	(B) Totale compl.vo	(C) Peso medio Drg per resid.	(D) N. ric. effettivi residenti	Costo per ricovero (€)	A/(D x C) Costo per punto Drg (€)
Emilia R.	3.327.337.601	167,00	1,08	803.147	4.142,87	3.829
Friuli V.G.	1.143.151.741	149,00	1,07	206.048	5.547,99	5.183
Veneto	3.695.465.009	156,00	1,02	812.293	4.549,42	4.470
Toscana	2.912.361.874	151,00	1,07	628.852	4.631,24	4.314
Piemonte	3.677.729.061	168,00	1,07	817.147	4.500,69	4.208
Obiettivo (media)		159,31	1,06			4.401

Costo standard per l'assistenza farmaceutica

Regioni	(A) Costi a consuntivo per l'assistenza farmaceutica convenzionata 2008 (€)	(B) Ddd/1.000 ab die	(C) Popolazione pesata 2008	(D = B x C / 1.000 x 365) Ddd totali annui effettivi	(E = A / D) Costo annuo per Ddd (€)
Toscana	676.950.522	898,30	3.933.101	1.289.583.189	0,57
Emilia R.	742.725.772	903,00	4.505.698	1.485.055.532	0,50
Liguria	316.920.343	892,40	1.838.967	598.999.365	0,53
Umbria	147.007.533	946,00	940.997	324.916.854	0,45
Media		909,93			0,50

La simulazione sui costi standard costruita sulle migliori performance nelle cure (euro)

Regioni e Pa	Totale calcolo costi standard	Costi consuntivi Ce 2008	Differenze complessive fra ipotesi a costo standard e costi consuntivi	Differenze sull'assistenza ospedaliera	Differenze sull'assistenza farmaceutica	Differenze sull'assistenza specialistica	Differenze sulla prevenz.ne e sull'assist. distrett. precedentemente non compresa
Piemonte	8.054.142.256	8.074.746.000	-20.603.744	-56.397.924	-51.735.201	180.081.751	267.611.132
V. Aosta	226.388.559	260.339.000	-33.950.441	-35.704.484	1.369.188	3.198.105	3.582.961
Lombardia	17.130.443.468	16.724.676.000	405.767.468	-57.821.533	6.591.748	20.180.364	477.177.618
Bolzano	849.479.819	1.108.009.000	-258.529.181	-126.866.860	19.464.612	61.906.682	-89.220.251
Trento	908.633.081	994.971.000	-86.337.919	-57.421.041	10.972.489	20.094.045	-59.983.412
Veneto	8.630.335.195	8.387.263.000	243.072.195	147.161.172	32.845.003	4.801.437	67.867.457
Friuli V.G.	2.262.804.159	2.311.467.000	-48.662.841	-111.240.224	-3.328.285	39.753.021	26.152.647
Liguria	3.015.621.115	3.176.280.000	-160.658.885	-94.328.730	-10.531.258	88.478.072	32.679.175
Emilia R.	7.940.337.055	7.947.074.000	-6.736.945	306.206.321	7.965.615	141.325.455	-179.583.425
Toscana	6.822.362.975	6.659.860.000	162.502.975	194.548.630	-21.659.145	93.756.928	83.370.418
Umbria	1.610.731.113	1.566.160.000	44.571.113	23.237.312	9.771.360	6.890.496	4.671.946
Marche	2.850.073.801	2.618.186.000	231.887.801	121.397.615	-26.494.999	22.195.093	114.790.092
Lazio	9.792.846.373	11.083.794.000	-1.290.947.627	-2.145.318.089	-50.202.453	185.164.396	719.408.519
Abruzzo	2.374.477.330	2.357.201.000	17.276.330	-191.675.330	-42.871.163	178.888.208	72.934.615
Molise	575.724.672	651.124.000	-75.399.328	-37.737.910	4.638.612	10.380.860	-52.680.891
Campania	9.824.315.690	10.018.510.000	-194.194.310	-493.602.946	-276.459.442	417.409.688	158.458.390
Puglia	7.041.884.092	7.081.313.000	-39.428.908	-297.205.717	-186.064.902	174.457.794	269.383.916
Basilicata	1.047.073.026	1.015.814.000	31.259.026	-15.070.460	-11.121.254	36.140.085	21.310.655
Calabria	3.497.718.401	3.370.119.000	126.024.569	-157.666.016	-225.543.492	233.649.962	275.584.114
Sicilia	8.750.573.430	8.279.633.000	470.940.430	-257.652.726	-498.005.264	660.175.887	566.422.533
Sardegna	2.918.697.378	2.905.485.000	-89.935.585	-147.393.304	-125.133.245	206.320.406	-23.729.442
Italia	106.124.662.989	106.592.024.000	-572.083.806	-3.490.552.243	-1.435.531.476	1.597.791.149	2.756.208.764

NUOVA TEGOLA GIUDIZIARIA

Giunta Lombardo, l'ultimo scandalo sfiora l'assessore ex pm antimafia

Dopo l'inchiesta sul governatore e le cosche è bufera su Russo, titolare alla Sanità tra gare sospette e quegli strani rapporti col politico coinvolto nel caso Sgarbi-Salemi

**Gian Marco Chiocci
Luca Rocca**

■ Sanità e scandali con la giunta «sinistra» di Raffaele Lombardo indagato, insieme al fratello parlamentare dell'Mpa, per concorso esterno in associazione mafiosa. Non passa giorno senza che un'imbarazzante novità rovini l'immagine della gestione della sanità siciliana da parte dell'ex pm antimafia Massimo Russo, promosso assessore.

Prima la gara d'appalto da 350mila euro per l'informatizzazione del Pta (presidio territoriale assistenziale) di Giarre, assegnata alla società del marito della senatrice del Pd Anna Finocchiaro, senza gara d'appalto, alla velocità della luce poi sospesa dopo i rilievi degli ispettori dell'Assessorato che ne hanno sancito l'illegittimità parallelamente all'apertura di un'inchiesta alla procura di Catania.

Ora salta fuori l'ennesima magagna, che segue di poco l'incidente di percorso dell'iscrizione di Russo sul registro degli indagati per abuso d'ufficio a margine della nomina di due dirigenti generali esterni all'amministrazione regionale. E di pochissimo l'affondo del deputato del Pdl, Nicolò Cristaldi, che ha ribadito al *Giornale* quanto raccontato sui rapporti tra l'assessore «antimafia» e Giuseppe Giammarinaro.

L'ex deputato democristiano, indirettamente criticato da Russo a proposito dei sequestri sulle influenze mafiose per le residenze sanitarie di Salemi e Mazara, è al centro delle polemiche sulle presunte pressioni mafiose esercitate sul comune di cui Vittorio Sgarbi è sindaco: «Mi sarebbe piaciuto - dice Cristaldi - se le stesse considerazioni

Russo le avesse espresse nelle elezioni comunali del 2009 a Mazara del Vallo, quando coordinava la campagna elettorale accompagnato proprio a coloro che stanno alla base della sua ultima soddisfazione, cioè Giammarinaro e altri tre personaggi coinvolti in inchieste di mafia e poi assolti.

E la cosa suonò strana già allora, posto che fu proprio il pm Russo, negli anni '90, ad arrestare Giammarinaro e chiederne, senza ottenerla, la condanna per associazione mafiosa». Gli ultimi grattacapi all'assessore, e al suo ufficio, arrivano da un'inchiesta approfondita del periodico S. Inchiesta scaturita dall'allarmata segnalazione dell'«Autorità di vigilanza sui contratti pubblici» a proposito di una gara d'appalto centralizzata bandita dall'Azienda ospedaliera Garibaldi di Catania per stabilire chi rifornirà di prodotti sanitari la Sicilia orientale.

Nella delibera dell'organo collegiale di controllo si parla di mancanza di prezzi a base d'asta, «significativo margine di discrezionalità nella valutazione della qualità», «possibili turbative» tra le imprese, «violazioni» del Codice dei contratti, carenze di «trasparenza», e quant'altro. Non è passata inosservata soprattutto l'anomalia sulla qualità dei prodotti sanitari a livello regionale. Il metodo di valutazione non si sarebbe basato solo sui prezzi, ma anche sulla qualità grazie all'*escamotage* delle «sottocategorie» che però, secondo la Commissione, avrebbero lasciato un «significativo margine di discrezionalità valutativa» consentendo così di aggiudicare numerosi lotti alla ditta che proponeva prezzi triplicati rispetto ai concorrenti. I criteri per valutare la qualità, insomma, han-



no dato spesso soddisfazione alle richieste più esose.

Ben 293 gare per la fornitura di materiale nella Sicilia orientale si sono concluse con l'assegnazione degli appalti alle ditte che chiedevano più soldi. Spesso a vincere, nonostante l'offerta «peggiore» sui prezzi, è stata la multinazionale americana Johnson & Johnson, proprio grazie a questo giudizio sul criterio di qualità. Alla Johnson & Johnson ha lavorato Salvo Riolo, incaricato da Russo - scrive la rivista S - per l'analisi dei prezzi delle gare. «Nessuna connessione fra il mio operato e i successivi risultati di gara (...), per la prima volta - afferma Riolo - è avvenuto un reale risparmio per la Regione».

IN UMBRIA

Terremoto sanitopoli, indagati i vertici Pd

Si allargano le crepe nella roccaforte rossa

Roma Tre indagati nel giro di una decina di giorni, tutti esponenti di punta del Partito democratico, personaggi di primo piano di uno dei sistemi di potere più longevi della Repubblica. Non è solo la potentissima ex governatrice Maria Rita Lorenzetti a essere finita nel registro dei magistrati umbri. Nel giro di pochi giorni, nel cuore verde d'Italia sono state ufficializzate indagini anche sull'ex assessore alla Sanità Maurizio Rosi, altro esponente Pd dalemiano come la presidentessa. Stessi i reati ipotizzati: falso ideologico e abuso d'ufficio. I magistrati vogliono fare chiarezza su delle assunzioni in una Asl. Un atto dovuto, dopo l'iscrizione di un membro della giunta, hanno precisato i difensori della Lorenzetti, che è stata sentita e ha «negato ogni illiceità del proprio operato».

Prima ancora era toccato al presidente del consiglio regionale, Eros Braga, sempre Pd ma di area ex Margherita, indagato per peculato nell'ambito di un'altra inchiesta che riguarda la gestione degli «Eventi valentini» per la promozione di Terni come città dell'amore. Anche lui nega ogni addebito.

Magli scricchiolii in Umbria si sentono da tempo. In tutto una ventina di persone, molti politici, sono finiti sotto la lente dei giudici che stanno indagando su Sanitopoli. E lo stillicidio di notizie (per la verità paludatissime e rare) ha messo in crisi anche la politica locale.

Le ultime elezioni amministrative in Umbria, tenute prima dell'ultima raffica di iscrizioni nel registro degli indagati, hanno avuto un segno diverso rispetto a quello del resto del Paese. Mentre il Pd e la sinistra in generale

chiamavano a raccolta gli elettori contro il governo, nella regione più fedele e ortodossa, il centrodestra ha guadagnato voti. Nella regione dove si tiene il Festival internazionale di giornalismo, nemmeno Di Pietro ha sfondato.

Il Pdl, invece, è andato bene. Ha mantenuto l'amministrazione che aveva già conquistato, Assisi, nonostante ci fossero due candidati di area. Poi ha strappato, dopo 65 anni, altri due comuni alla sinistra. Un piccolo centro come Montecastrilli e cittadine di una certa importanza come Nocera Umbra, dove gli elettori, colpiti dalla crisi della Merloni - spiega Fiammetta Modena, portavoce del centrodestra in Consiglio regionale - «hanno preferito dare fiducia al governo nazionale e al centrodestra locale». Altrove il centrodestra ha perso per poche decine di voti (14 a Trevi e 50 a Bevagna). A crollare, spiega ancora Modena, è un sistema che un tempo si basava sullo scambio assistenzialismo-voti. Ma che oggi è cambiato. «Non c'è niente di ideologico. Il centrosinistra umbro è diviso in bande d'affari che considerano la cosa pubblica come cosa propria». Per il consigliere Pd Massimo Monni, «Il centrodestra è risultato più credibile anche agli occhi di elettori tradizionalmente di sinistra, perché è in questa regione è unito». E anche questa è un'anomalia umbra.

RR

**NEI GUAI Nel mirino dei pm
pure l'ex presidente Lorenzetti
E alle ultime elezioni doccia
fredda per il centrosinistra**



Regione Lazio

«Sanità, è un piano di rilancio»

■■■ «Da oggi la smetterei di chiamarlo piano di rientro, ma lo chiamo piano di rilancio. Noi vogliamo rimettere i conti in pareggio e valorizzare le eccellenze». Lo ha detto il presidente della Regione Lazio Renata Polverini.

«Il piano di rientro non è la Bibbia, è un qualcosa di mutabile nel tempo. Tra due anni probabilmente le nostre esigenze saranno diverse e sul piano di rientro ci saranno cambiamenti continui. Abbiamo fatto un piano sulla carta, convinti che ci sarebbero stati degli aggiustamenti. Ho mandato poi i miei collaboratori sul territorio e già in quell'occasione abbiamo modificato il piano ma senza modificarne l'impatto finanziario. In seguito, riorganiz-

zazione valida o no, sulla base del primo passaggio abbiamo modificato il nostro piano senza cambiare l'impianto economico e continueremo ad andare avanti così. Avevamo la necessità di passare per un momento di difficoltà apparente, ora stiamo passando nella fase concreta di riorganizzazione nella quale avremo diverse opportunità». «Ho fatto una forzatura perché sapevo che se avessi aperto un dibattito prima della presentazione del piano di rientro non saremmo qui con tutte le cose che abbiamo avuto, come il mutuo, la possibilità di usare i fondi Fas. Questo spirito è quello giusto: siamo tutti insieme a curare l'interesse generale dei cittadini», ha concluso.

L'INIZIATIVA. LA KERMESSE MEDICO-SCIENTIFICA È STATA VOLUTA DALL' ASSESSORE REGIONALE AL SETTORE MASSIMO RUSSO

La sanità del III Millennio

Da oggi e sino a giovedì ci sarà
al Teatro Politeama di Palermo
il «Forum del Mediterraneo»



L'assessore regionale alla Sanità Massimo Russo

E il gran giorno del «Forum del Mediterraneo». Da oggi fino a giovedì Palermo diventa la capitale della sanità, ospitando un evento scientifico di straordinario rilievo internazionale che vedrà la presenza in Sicilia di autorevoli rappresentanti della medicina mondiale e delle più importanti società scientifiche oltre a rappresentanti dei Ministeri della Salute dei Paesi dell'area del Mediterraneo.

Il Forum si svolgerà al Teatro Politeama e prevede numerose sessioni che saranno ospitate in quattro sale diverse nell'arco dell'intera giornata. All'esterno è stata allestita una suggestiva

«Piazza della Salute», un'area espositiva aperta al pubblico dove vengono presentate le migliori esperienze sanitarie nel campo della prevenzione, della cura e dell'assistenza e dove sarà possibile assistere a numerose «simulazioni».

Il tema del «Forum del Mediterraneo» è quello dell'innovazione in sanità e di come garantirne il governo assieme a un elevato indice di qualità e sicurezza nell'assistenza sanitaria. Insomma provare a disegnare la sanità del terzo Millennio.

La giornata di oggi è una delle più attese per la presenza, tra gli altri, del professor Charles DeLisi, responsabile del «Progetto genoma umano», che ha legato il suo nome ad uno dei

progetti più importanti della esperienza scientifica umana.

L'assessore regionale per la Salute Massimo Russo aprirà il «Forum» con un bilancio dei primi tre anni, con lo sguardo rivolto a un futuro in cui la Sicilia



viene disegnata come una delle regioni più innovative, capace di spazzare via l'immagine negativa degli ultimi decenni.

●●● **Assessore, come giudica i primi tre anni di lavoro in sanità?**

I rigorosi tavoli ministeriali hanno premiato il nostro lavoro e fino all'ultima verifica trimestrale di aprile il giudizio è sostanzialmente positivo. Voglio fare parlare i fatti: commissariamento evitato, deficit ridotto da quasi un miliardo a circa 100 milioni di euro, varata la legge di riforma, ridisegnata la rete ospedaliera, programmato e in parte attuato lo sviluppo della medicina territoriale, varato il nuovo Piano Sanitario che mancava da dieci anni, istituite le gare centralizzate per l'acquisto di beni e servizi, approvati gli atti aziendali e le piante organiche, varati i bandi per nuove assunzioni, già migliorati tutti gli indici di appropriatezza e qualità. La Sicilia ha già tracciato la strada per un futuro di efficienza, trasparenza e legalità dal quale non sarà più possibile tornare indietro. E in occasione del Forum abbiamo realizzato un «libro bianco» della sanità per raccontare tutto ciò che è stato già fatto.

●●● **Eppure non mancano le polemiche.**

Quelle ci saranno sempre. Spesso sono strumentali, dettate da esigenze della politica politicante che ha paura del cambiamento. Ma i fatti e i numeri sono indiscutibili. È chiaro che la strada è ancora lunga, non abbiamo la bacchetta magica e ci vuole ancora tempo prima che la Sanità siciliana diventi un modello. Ma in tutta Italia la Sicilia ha conquistato dignità e autorevolezza e da siciliano ne sono davvero orgoglioso.

●●● **Oggi comincia il Forum**

del Mediterraneo: come è nata l'idea?

Ho partecipato a una simile manifestazione ad Arezzo e ho detto: perché non farla a Palermo? Credo che sia utile per dare un segnale di cambiamento forte, i siciliani avranno modo di capire e di toccare con mano i progressi che sono stati fatti. Sono consapevole che sia gli utenti che gli operatori sanitari non abbiano ancora percepito appieno i benefici del cambiamento e dobbiamo far sì che questo processo sia il più veloce possibile. Cambiare la sanità con questa metodologia significa in

fondo cambiare la politica e con essa la Sicilia: noi vogliamo una politica che sappia assumersi le responsabilità e che vuole essere giudicata sui fatti.

Tra gli argomenti del Forum c'è quello dei trapianti e della donazione (con la presenza di Francis Delmonico, direttore della società mondiale di trapianti) con un focus sullo sviluppo dei trapianti nell'area del Mediterraneo e sul ruolo che la Sicilia può svolgere come «ponte» del bacino del Mediterraneo anche alla luce del problema del flusso di migranti. Fra i temi del Forum anche la sicurezza del paziente in sala opera-

toria, le competenze infermieristiche, il ruolo delle farmacie, il nuovo sistema di controllo regionale di gestione che è in fase di implementazione, la telemedicina, i servizi di emergenza urgenza, il confronto con le imprese che operano a livello internazionale nel campo della sanità e anche il tema della responsabilità professionale e dell'equo risarcimento.

Giovedì la chiusura con un dibattito sul tema del federalismo in sanità al quale, oltre al presidente della Regione Lombardo, prenderanno parte numerosi presidenti e assessori di altre regioni italiane.

Tagli alla sanità, scure su Santa Margherita

Scomparsi due milioni per gli ambulatori: "Serviti per ripianare il deficit"

AVA ZUNINO

LA CARENZA di risorse che il governo ha assegnato alla Liguria per la sanità comincia a farsi sentire sui servizi: salta la ristrutturazione della piastra ambulatoriale di Santa Margherita. «I due milioni di euro previsti per migliorare la struttura sono serviti a ripianare il disavanzo 2010», dice l'assessore regionale alla sanità, Claudio Montaldo. E' sospeso anche il bando di gara per affidare a privati un piano nella struttura ambulatoriale. La coperta troppo corta lascia scoperti nuovi progetti e potrà anche provocare la richiesta ai cittadini con il reddito più alto di mettere mano al portafoglio e pagare farmacie, per esempio, le visite al pronto soccorso nei casi meno gravi. Il dipartimento e l'assessorato alla sanità stanno cercando di mettere insieme i provvedimenti da far analizzare alla giunta.

La sanità ligure quest'anno parte con 128 milioni di risorse in meno: «la Liguria sta subendo una pesante discriminazione economica da parte del governo. La minoranza finge di non vedere», ha detto Montaldo ieri mattina in consiglio regionale dove Pdl e lista Biasotti, con un'interrogazione di Matteo Rosso e Aldo Siri, hanno chiesto conto della piastra ambulatoriale di Santa Margherita. «Non si tratta di carenze di risorse — dicono — perché il cuore della vicenda è che ci sono 17 milioni di euro per gli uffici amministrativi genovesi di via Degola. Questi non vengono toccati. E' vero che la piastra ambulatoriale non è stata dismessa, ma versa in condizioni preoccupanti. Siamo pronti a scendere in piazza al fianco dei cittadini di fronte all'impoverimento della struttura, fatto che è emerso chiaramente anche durante il nostro sopralluogo a Santa Margherita».

La struttura di via Degola cui fa riferimento il centrodestra è la nuova sede degli uffici amministrativi della Asl 3, che costa appunto 17 milioni di euro, con una opzione contrattuale già firmata, che in caso di recesso costerebbe alla Asl 3 e dunque la Regione e alla sanità ligure il prezzo di una penale. E la struttura in questione però al momento ha ancora bisogno di un atto della amministrazione comunale perché deve cambiare la destinazione d'uso di quell'immobile scelto dalla direzione generale della Asl 3.

E mentre fervono i lavori per far quadrare i conti, nella speranza che le manovre di risparmio riescano a limitare l'adozione di misure come ticket e aumenti delle imposte, oggi la giunta regionale dovrebbe chiudere il cerchio sulla vicenda dell'Istituto Tumori. E' pronto e dovrebbe essere approvato il documento che delinea la "fusione" San Martino-Ist, con innumeri la consistenza del nuovo istituto di ricerca all'interno del San Martino e delle cliniche universitarie. E' il documento che dovrà andare a Roma dove il Ministero della salute dovrà dare il benestare e il riconoscimento di Ircs all'istituto dei tumori così accorpato e "maggiorato" nella consistenza dei posti letto e dei reparti. Il condizionale si impone perché non

Il centrodestra cavalca il malcontento "In piazza insieme ai cittadini"

è detto che l'emergenza su Fincantieri con il piano della chiusura di Sestri Ponente e il ridimensionamento di Riva Trigoso oggi possa finire per cambiare gli appuntamenti dell'agenda degli amministratori regionali.



Dal **ministero della Salute** il via ai lavori per la revisione profonda delle cure primarie

Territorio, prove di riordino

Sindacati in prima linea: le proposte dei generalisti sul tavolo di Fazio

Partirà da una riscrittura dell'articolo 8 del Dlgs 502/92, fonte normativa delle convenzioni, la revisione profonda delle cure primarie. «Fortemente voluto dal **ministro Fazio**», come ha spiegato il capo dipartimento Qualità del ministero **Filippo Palumbo** che ha presieduto al primo incontro, organizzato la scorsa settimana con tutti i sindacati dell'area, il riordino dovrà avvenire a stretto giro di posta. I sindacati sono stati invitati a presentare in questi giorni le loro proposte, di cui i tecnici del ministero terranno conto nella stesura del documento di programmazione.

La parola d'ordine è puntare a realizzare una vera integrazione: tra professionisti e con l'ospedale. Le sigle, del resto, non sono arrivate impreparate all'incontro cui erano stati invitati anche rappresentanti della Sisac e di alcune Regioni. Accesso unico e ruolo unico per la Medicina generale, ristrutturazione del compenso e unità funzionali: ecco i cavalli di battaglia riproposti dal segretario della Fimmg **Giacomo Milillo**. Che li ricorda in sintesi: «Partiamo da una proposta di convenzionamento unico, superando la doppia graduatoria per la continuità assistenziale e per la

medicina generale. Si entra nel convenzionamento con la medicina generale con un incarico a 38 ore e poi quando si cominciano a acquisire le scelte si riducono le ore e viceversa, in una sorta di meccanismo di vasi comunicanti. I vantaggi sono l'eliminazione della concorrenza e soprattutto il lavoro di squadra». Soprattutto questo: con l'obbligo delle aggregazioni funzionali territoriali che la Fimmg chiama "unità funzionali", un gruppo di colleghi deve lavorare in modo coordinato avendo attività oraria e attività fiduciaria. Un lavoro di squadra, non necessariamente concentrato nella stessa sede, in cui alcuni hanno le scelte e altri fanno attività oraria con cui coprire le

Si parte dall'art. 8 del Dlgs 502/92

12h, le 24h, i progetti di assistenza per i malati cronici e tutto ciò che non è strettamente coincidente con il rapporto fiduciario medico-paziente. «Infine - continua Milillo - la ristrutturazione del compenso, con la distinzione tra la componente dell'onorario e di finanziamento dei fattori di produzione dell'assistenza, che oggi è compresa nella quota capitaria. La negoziazione dei fattori di produzione va differenziata a seconda delle realtà locali e tarata sulle realtà aziendali e regionali».

Se questa è la posizione della Fimmg, la proposta del ministro ha trovato in generale piena disponibilità. «Le modifiche della legge - spiega **Nicola Pretti**, coordinatore Fp Cgil Medici - dovrebbero intervenire sui punti critici: gestione delle cronicità e h24, rapporti con l'ospedale e tra operatori, definizione della residenzialità intermedia, criteri di accesso e struttura del compenso. Il percorso da iniziare con le modifiche al "502" andrebbe poi completato con il rinnovo delle convenzioni». Tra le proposte, anche l'abolizione del servizio di guardia medica così com'è e, per il 118, l'obiettivo di risolvere «l'ambiguità normativa» che di fatto dà luogo a una «commistione tra medici con contratto da dipendenti e colleghi in convenzione, senza una distinzione dei titoli necessari per accedere a questa attività».

«Rafforzare il territorio, puntando sui medici che vi operano è prioritario - ha concluso **Maria Paola Volponi** dello Smi - ed è per questo che vanno evitate fughe in avanti e pericolose sperimentazioni, come il nodo del ruolo delle farmacie: una delle condizioni per avviare questo riordino è rivedere Convenzione e compenso e sburocratizzare il lavoro dei medici».

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ IN FVG
La Regione pronta
a dimezzare le Ass

■ BALLICO A PAGINA 20

Riforma sanità, presto la bozza Riduzione delle aziende da 6 a 3

Tondo annuncia il riordino del settore, nessuna chiusura di ospedali ma nemmeno «doppioni»
Galasso: «Possibili accorpamenti per razionalizzare l'offerta». Blasoni: «Tre Ass per tre aree vaste»



Il governatore Renzo Tondo e l'assessore alla Sanità Vladimir Kosic

di Marco Ballico
▶ TRIESTE

Meno posti letto per acuti, costosi e a volte inappropriati. Più sostegno ai distretti e potenziamento delle post-acute, le Rsa. Gli ospedali? Nessuna chiusura di strutture ma funzioni coordinate per evitare i doppioni, garantire razionalizzazione e contenere la spesa. Il centrodestra prepara la riforma sanitaria con paletti già definiti. Pensa al modello Lombardia, a quello del Veneto o a una loro integrazione. E considera la soluzione a tre Aziende territoriali più praticabile di quella a una.

La riforma

Due settimane, secondo Renzo Tondo. Un mese, per i più prudenti. Rovesci elettorali permettendo, la bozza sarà pronta prima dell'estate. «Kosic e io come Fasola»: il presidente della Regione ha annunciato la madre delle riforme senza timore di accostare il suo governo all'assessore leghista cui si deve, parola sempre di Tondo, «l'unica vera riforma del sistema sanitario

Fvg degli ultimi 20 anni. Ci sarà il coraggio di proporre, come allora, la chiusura degli ospedali? Il governatore, nel giorno della verifica di maggioranza, non ha risposto. Ma non lo ha nemmeno escluso. Come pure Vladimir Kosic. In realtà, più che di chiusura, è meglio riferirsi all'accorpamento delle funzioni.

Le opzioni

Due le opzioni in discussione: le tre Aziende ospedaliere e i due Irccs (Burlo e Cro) come riferimento per gli ospedali territoriali (come nel modello lombardo e nella sperimentazione pordenonese), ovvero la riconferma del modello attuale (usato anche dalla Regione Veneto) che vede i presidi ospedalieri fare riferimento alle Aziende territoriali. Non è esclusa una soluzione intermedia: tre Ass con ospedali che si riferiscono alla territoriale e l'eccezione di Pordenone dove si continuerebbe con l'ospedaliere.

I nuovi bisogni

«Dire che faremo una riforma stile Fasola è una semplificazione - osserva l'assessore Kosic - Quello a cui puntiamo è il raffor-

zamento del territorio e del ruolo del distretto in un sistema basato sui nuovi bisogni della popolazione. Certo - insiste Kosic - c'è l'acuzie. Ma soprattutto la cronicità: sempre più persone vivono malate a lungo, hanno bisogno di assistenza, sarà inevitabile un processo che consolidi il territorio».

Più scienza meno emozioni

Basta, avverte l'assessore, con la «ricerca del facile consenso». «Dobbiamo smettere di rilevare quanto bravi siamo stati in passato e dimostrarci politica capace di gettare il cuore oltre l'ostacolo. Si tratterà dunque di costruire una sanità con meno paura della malattia e più informazione su ciò che ci dice la scienza. Dal punto di vista dei medici dovrà valere prima il paziente, poi la carriera». Ma i piccoli ospedali si chiudono o no? Né conferme, né smentite. Kosic, però, fa capire che il coraggio non mancherà: «I cittadini dovranno essere capaci di passare da una visione emotiva e tolemaica a una scientifica e galileia-

na. Per una salute costruita sulla scienza e non sulle emozioni».

Le aziende

Il Pdl, con Daniele Galasso, conferma che la maggioranza è al lavoro. Il capogruppo assicura che «i cittadini non verranno penalizzati» ma parla esplicitamente di «possibili accorpamenti che, ottimizzando i costi, consentiranno di razionalizzare l'offerta». Senza entrare in ulteriori dettagli, Galasso rende noto che sul tavolo ci sono un paio di proposte, «una più efficace, una dall'attuazione più complicata».



IL PICCOLO

22-MAG-2011

Diffusione: 38.093

Lettori: 196.000

Direttore: Paolo Possamai

da pag. 1

Il riferimento è alla questione Aziende, perché in discussione c'è anche la loro riduzione. Le due proposte? Franco Dal Mas mira al taglio da sei a una, Massimo Blasoni, responsabile sanità del Pdl, sostiene una tesi diversa: tre aziende corrispondenti alle tre aree vaste sulla cui base già oggi si distribuiscono finanziamenti e coordinano funzioni. I tempi in ogni caso, concorda anche Blasoni, "sono maturi" per la riforma.

La Rassegna Stampa di FederLab Italia

PUGLIA IN VISTA ALTRI TAGLI PER GLI OSPEDALI. OGGI ENTE IDRICO IN AULA

Sanità, Fiore verso l'addio Vendola punta su Attolini

In pista anche Dattoli, Quaranta e Colasanto
Mercoledì vertice di maggioranza sulle Asl

SERVIZI ALLE PAGINE 8 E 9 >>

PIANO DI RIORDINO: FASE DUE

Chiusa la manovra dei tagli sui 2.200 posti letto, allo studio l'aumento degli ospedali da chiudere e dei reparti da accorpare

I NUOVI DIRETTORI GENERALI

Dopo i ballottaggi la scelta. Per l'assessorato si vuole garantire la continuità ed escludere un pericoloso mini-rimpasto politico di giunta

Fiore verso l'uscita di scena Vendola punta su Attolini

A giugno la nomina. Tra i papabili anche Dattoli, Quaranta e Colasanto

BEPI MARTELOTTA

● **BARI.** Lo aveva preannunciato da tempo, finanche in consiglio regionale, che presto avrebbe fatto le valigie. Ma per **Tommaso Fiore**, l'assessore alla Salute che dal febbraio 2009 ha preso le veci dell'ex **Alberto Tedesco** per rimettere a posto le sbrindellate fila della sanità pugliese dopo la bufera sanitopoli, pare che l'uscita di scena - ora - sia davvero arrivata.

Nei giorni scorsi il tecnico prestato alla politica è tornato a parlarne col governatore delle sue irremovibili volontà: da un lato il logorio delle inchieste della Procura che hanno assorbito gli uffici per due anni, dall'altro lo sfiante negoziato col governo sui tagli draconiani nella sanità. Questa volta, **Nichi Vendola** si sarebbe arreso all'idea di un ricambio. Il tutto, però, in un percorso di accompagnamento delle politiche messe in atto negli ultimi mesi. Dunque, come lo stesso Fiore aveva chiarito, l'uscita avverrà solo al termine della nomina dei nuovi direttori generali delle Asl, fissata entro la fine del mese. Non solo, Fiore e Vendola hanno ragionato anche sul passaggio di consegne, che cade in un momento assai delicato per la governance sanitaria: il piano di rientro ancora sottoposto a verifiche tecniche da parte del governo nazionale e il piano di riordino in corso, ovvero la riorganizzazione del

sistema sanitario conseguente ai tagli di 2.200 posti letto e 18 ospedali. Di più, il riordino - entrato a regime - prevede l'avvio di una seconda fase, dalla quale non è esclusa la chiusura di un'ulteriore decina di piccoli ospedali. Una bella gatta da pelare, insomma, troppo delicata per essere affidata alle decisioni «politiche», ovvero ad una sorta di concertazione tra il presidente e la sua maggioranza per la scelta del successore.

Vendola vuole a tutti i costi evitare «rimpasti» di giunta e l'apertura di un «balletto» politico su quella postazione, forse la più delicata dell'intera giunta, aprirebbe scenari imprevedibili nel centrosinistra pugliese. Inoltre, l'assessore alla Salute è stato in questi tre anni il più «tecnico» degli assessori tecnici scelti da Vendola, irreprensibile di fronte alle pressioni della politica e rigoroso nelle scelte strategiche da adottare, qualità riconosciutegli sia da destra che da sinistra. Di qui l'orientamento che sarebbe stato assunto da Vendola, anticipato dal Tg Norba 24: una scelta tecnica, concordata con Fiore e che garantisce continuità all'azione di risanamento e riorganizzazione della sanità ancora in corso.

L'identikit più vicino a questa linea corrisponde a **Ettore Attolini**, dirigente della Programmazione e assistenza ospedaliera all'Ares Puglia (l'agenzia regionale della sanità dalla quale, nei giorni scorsi, la giunta ha attinto Pomo, a capo



dell'assistenza territoriale, per guidare l'area sanitaria della Regione). Attolini, tra l'altro, è stato protagonista diretto del lungo, faticoso lavoro sul piano di riordino della rete ospedaliera ancora in corso. Sarebbe lui, dunque, il più papabile alla poltrona di assessore (e non sarebbe avvenuto a caso l'incontro dei giorni scorsi nelle stanze del governatore), sebbene Vendola non abbia rinunciato a sfogliare una rosa di nomi, più o meno vicini a quell'identikit concertato con Fiore. Tra loro, il manager del Policlinico **Vitangelo Dattoli**, dalla pluriennale esperienza nella governance sanitaria (sin dall'epoca Fitto) e - pur politicamente assai vicino all'ex assessore Tedesco - rimasto nelle grazie del presidente. Ricandidati alla guida delle Asl come Dattoli - nella lista, cioè, dei 30 selezionati tra i quali presto saranno scelti i sei nuovi manager - vi sono anche **Antonio Quaranta**, preside della Facoltà di Medicina, e **Domenico Colasanto**: il primo luminaire del mondo accademico-sanitario barese, il secondo già «salvatore della patria» all'epoca dei morti di Castellana (fu lui a sostituire Urago nel 2007 al vertice dell'Asl tarantina) e, in tempi più recenti, sempre più lontano dalla politica (i rapporti con il Pd, che lo ha anche criticato, non sarebbero più consolidati come prima).

Tutte le ipotesi potrebbero, ovviamente, essere smentite (e non sarebbe la prima volta), ma di certo Vendola - d'intesa con Fiore - non intende perdere tempo e, passati i ballottaggi per le amministrative e nominati i manager: chiudere subito la partita. Come un chirurgo: in fretta, ma bene.

ARES PUGLIA

Il dirigente dell'Agenzia sanitaria è stato l'autore principale del piano di riordino nato dal taglio di 13 ospedali

Il progetto

Si chiama Fse: avrà in un clic tutta la storia clinica dei pazienti

Analisi e visite on line nasce la “carta” medica

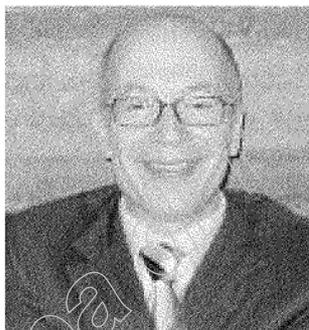
**EMERGENZE**

Il Fse permetterà nelle urgenze di inquadrare subito i pazienti

**MEDICI**

In alcune regioni sono già operativi pediatri e medici di famiglia

ANALISI, radiografie, referti. Ma anche prenotazioni on line dallo specialista. Notizie della propria storia clinica, sempre e ovunque disponibili. Tutto in un clic e nel rispetto della privacy. È nato con questi presupposti il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), carta d'identità virtuale, aggiornabile e consultabile solo dal medico e da se stessi. Del suo utilizzo si è parlato a Sorrento al convegno, organizzato dal Cnr e dal dipartimento per la digitalizzazione e l'innovazione tecnologica del ministero della Pubblica amministrazione, che si è concluso sabato con la partecipazione di Erika Pasceri, Maria Taverniti e dell'ordinario di Documentazione all'Università della Calabria Roberto Guara-



sci. Al momento, riferiscono gli esperti, circa il 90 per cento delle regioni ha già avviato progettualità legate alla realizzazione del Fse, in attesa che anche le altre si adeguino.

Ci sono situazioni, a livello locale, che hanno consentito di

sviluppare precocemente le infrastrutture tecnologiche con vari servizi già a regime come, ad esempio, la prescrizione o il referto in formato digitale. Sul fascicolo sanitario elettronico occorre «fare un passo in avanti — ha commentato Guarasci — ed aprire un tavolo di lavoro con il garante della privacy, per arrivare a protocolli di intesa e norme tecniche con regolamenti condivisi». Lo sviluppo a macchia di leopardo, infatti, è stato uno dei punti su cui hanno insistito i relatori per sottolineare le difficoltà che potrebbero presentarsi qualora le strategie adottate in ambito interregionale e nazionale non fossero le stesse.

(g. d. b.)

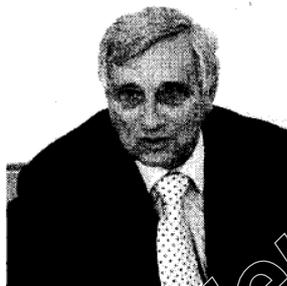
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nocera Inferiore Nomina all'Asl, scagionati l'ex manager e due medici

Prosciolti Giovanni Russo
il neurochirurgo Genovese
e il dirigente Fabbris

Salvatore De Napoli

NOCERA INFERIORE. Il fatto non sussiste. Con questa motivazione, il tribunale di Nocera Inferiore, ieri, ha assolto l'ex manager dell'Asl Salerno 1 Giovanni Russo, l'ex direttore del dipartimento funzionale di emergenza Michele Genovese, noto neurochirurgo all'ospedale nocerino Umberto I, e il medico scafatese Italo Fabbris, accusati di abuso di ufficio per la nomina di Fabbris a responsabile di struttura semplice dipartimentale di terapia del dolore e cure palliative dell'allora Asl Salerno 1. Per i giudici sarebbe mancata sia la prova di un'eventuale intenzionalità nell'aver favorito Fabbris sia dell'aver violato intenzionalmente leggi o regolamenti. L'inchiesta era partita dalla denuncia di un anestesista della stessa Asl. La procura aveva indagato sulla nomina di Fabbris, risalente al 30 giugno del 2008. Secondo il pm non sarebbe stato emesso un preventivo avviso in ambito Asl che consentisse a tutti i medici interessati di partecipare alla selezione del professionista a cui affidare quell'incarico, e quindi non ci sarebbe stato il previsto confronto tra competenze e professionalità diverse: in tale modo, Russo e Genovese avrebbero procurato intenzionalmente un vantaggio patrimoniale a Fabbris, nominandolo direttamente responsabile di quella struttura semplice dipartimentale. Ieri mattina il pm di udienza ha chiesto la condanna dei tre imputati a due anni di reclusione per abuso d'ufficio. La difesa degli imputati, inve-



Ex manager Giovanni Russo guidava l'Asl di Nocera

ce, rappresentata dagli avvocati Michele Alfano e Alfonso Mutarelli per Genovese, Fortunella Bove per Fabbris e Marco Salerno per Russo, ha prospettato una diversa ricostruzione dei fatti. I difensori si sono soffermati sulla non necessità della pubblicazione dell'avviso in ambito Asl per coprire quel posto specifico, e sulla conseguente correttezza della soluzione adottata dal primario Genovese che aveva selezionato Fabbris sulla scorta dei titoli professionali, tra cui un master universitario di secondo grado, proprio nella cura del dolore e cure palliative, e delle sue capacità professionali già espresse in ospedale. L'avvocato Alfano ha aggiunto, inoltre, che non sarebbe sussistita neanche alcuna violazione di legge o di regolamento, in quanto quelli citati dall'accusa non erano attinenti al caso.

Il tribunale ha ricordato che, in altri casi, per la nomina di responsabile di struttura semplice dipartimentale, l'Asl Salerno 1 aveva seguito la stessa procedura di selezione (senza avviso) del medico da incaricare. Non sono stati, poi, provati l'esistenza di rapporti di parentela, amicizia, colleganza politica, cointeressenza economica tra Russo, Genovese e Fabbris.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

► Ex convenzionati ◀

Privati, entro maggio la sigla ai contratti

L'intesa con la Regione è propedeutica al via libera al piano dei pagamenti

ETTORE MAUTONE

Azzeramento del debito delle Asl nei confronti dei fornitori di beni e servizi e piano dei pagamenti arretrati: via libera all'accordo tra associazioni di categoria e struttura commissariale. Si è conclusa poco fa, in Regione, la riunione tra i sub-commissari per l'attuazione del piano di rientro (Achille Coppola e Mario Mor-

L'accordo in pillole

- **Stipula dei contratti:** entro il 31 maggio 2011
- **Pagamenti:** acconto di gennaio del 2011 entro il 20 giugno con successivi acconti, del 70 per cento, mese per mese, fino a dicembre
- **Debito progressivo:** da definire entro giugno attraverso un apposito tavolo tecnico e una modulistica standardizzata che dovrà essere utilizzata da ciascun cnetro accreditato
- **Nuovo decreto:** apposito decreto commissariale che integrerà in lo schema contrattuale contenuto nei decreti n. 23,24 e 25 del 2011

In caso di mancato rispetto del presente accordo per tre mensilità consecutive, è istituito sin d'ora un Tavolo paritetico di confronto

lacco) e i sindacati di categoria dei centri provvisoriamente accreditati (una dozzina di sigle tra cui Aspat, Federlab, Anisap, Aiop, e Confindustria Sanità). Sottoscrizione (entro il 31 mag-

gio), dei contratti da parte delle strutture private accreditate e contestuale pagamento dell'acconto di gennaio 2011 da assicurare, mese per mese, fino alla fine dell'anno e convocazione, entro il

20 giugno, di un apposito tavolo tecnico per la definizione dell'ammontare dei crediti vantati dalle strutture private accreditate dell'Asl Napoli 1 centro per il pagamento o la certificazione dei crediti progressivi al 31 dicembre del 2010. Questi i termini dell'accordo che prende le mosse da quanto già realizzato a Salerno dal commissario della Asl Maurizio Bortoletti.

E' in corso, intanto, una febbrile attività delle associazioni di categoria per raccogliere, entro la fine di maggio, i moduli propedeutici alla stipula dei contratti relativi ai crediti progressivi ed all'eventuale contenzioso maturato alla data del 31 dicembre dello scorso anno.

Sei i punti in cui si articola l'accordo: la Regione impegna i commissari straordinari delle Asl ad assicurare il pagamento mensile di un acconto pari alla misura prevista negli accordi contrattuali. Soltanto in caso di documentata impossibilità al pagamento delle percentuali previste nei contratti, le Asl potranno corrispondere un acconto comunque non inferiore al 70 per cento. L'impegno sarà sottoposto al commissario ad acta, per il recepimento con apposito decreto commissariale, che integrerà lo schema contrattuale decreto n. 23,24 e 25 del 2011.



CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ. 1

- Pubblicata la nuova edizione delle regole sugli impianti di distribuzione dei gas medicali e del vuoto. Recentemente pubblicata, la norma Uni 11100:2011 "Guida all'accettazione e alla gestione degli impianti di distribuzione dei gas medicali e del vuoto e degli impianti di evacuazione dei gas anestetici" che fornisce, relativamente ai due tipi di impianti di cui si occupa ossia gli impianti di distribuzione dei gas medicali e del vuoto (Idgm) e gli impianti di evacuazione dei gas anestetici (Sdega), le modalità operative per l'accettazione (compresi collaudo e messa in servizio) e la gestione di tutte le installazioni di impianti, comprese eventuali modifiche o ampliamenti.

Tale norma si rivolge principalmente alle strutture sanitarie, in quanto parti interessate alla sicurezza e all'efficienza di tali impianti. La Uni 11100 è da utilizzarsi congiuntamente - e quindi da ritenersi complementare - alle norme Uni En Iso 7396-1 "Impianti di distribuzione dei gas medicali - Impianti di distribuzione dei gas medicali compressi e per vuoto" e Uni En Iso 7396-2 "Impianti di distribuzione dei gas medicali. Impianti di evacuazione dei gas anestetici".

CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ. 2

- Iso stabilisce i criteri per la sterilizzazione. Pubblicata la Iso 20857:2010 "Sterilization of health care products - Dry heat - Requirements for the development, validation and routine control of a sterilization process for medical devices", che supporterà i produttori, i laboratori, i legislatori e gli operatori sanitari nel promuovere buone pratiche di sterilizzazione. La norma specifica i requisiti per l'elaborazione, la convalida e il controllo di routine del processo di sterilizzazione a calore secco per i dispositivi medici, e si applica sia ai prodotti sanitari riutilizzabili, ri-sottoposti a procedura di sterilizzazione da parte di operatori sanitari, sia ai prodotti monouso sterilizzati nel corso del processo di fabbricazione e spediti allo stato sterile. Definisce, inoltre, i requisiti e fornisce linee guida relative ai processi di deiprogenazione con calore a secco. La conformità ai requisiti di questa norma internazionale garantirà che queste attività risultino affidabili e riproducibili. La Iso 20857 promuove le buone pratiche destinate a prevenire le infezioni e a proteggere la salute dei pazienti e fornisce ai fabbricanti e ai fornitori di servizi sanitari.

Costi standard, pubblicato il decreto

Pubblicato in Gazzetta ufficiale il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province. La norma disciplina anche la determinazione di costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. Nel decreto sono in particolare disciplinate la soppressione dei trasferimenti statali di parte corrente con carattere di generalità e permanenza, la compartecipazione delle medesime Regioni al gettito dell'Iva, l'addizionale regionale all'Irpef e l'Irap, che le Regioni possono ridurre fino all'azzeramento. Cinque articoli in tutto, sviluppati in tre pagine, che potrebbero cambiare il volto della sanità italiana. E segnare un decisivo passo avanti per l'attuazione del federalismo fiscale. Alla base di tutto c'è l'individuazione di regioni di riferimento (che faranno cioè da benchmark) corrispondenti a quelle che hanno chiuso in attivo il bilancio sanitario di due anni prima. Il finanziamento del Ssn per il 2011 e per il 2012 è già stato fissato con la Finanziaria 2010 e il patto per la salute e poi decurtato con la manovra economica di questa estate. Per il 2013 dunque, con riferimento all'anno di imposta precedente, cambia il calcolo dell'aliquota regionale dell'Irpef ed è determinata con decreto del presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro un anno (il 2012) in modo tale da garantire al complesso delle Regioni le stesse entrate di oggi (aliquota di base e trasferimenti soppressi) e a ciascuna regione spetta una quota di compartecipazione dell'Iva.

► Asl di Salerno ◀

Scarlato, l'emergenza cambia pelle

All'ospedale di Scafati apre il punto di primo soccorso

E' entrato in funzione sabato 21 maggio il punto di primo soccorso presso il presidio ospedaliero "Mauro Scarlato" di Scafati. "Si tratta di una scelta organizzativa dell'azienda sanitaria - spiega Sara Caropreso, direttore sanitario aziendale - che allo stato si integra nel Servizio trasporti infermi degli ospedali di Nocera - Pagani e di Sarno fino al definitivo passaggio all'azienda ospedaliera universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno e di Cava de' Tirreni. Il punto di Primo soccorso realizzato presso l'ospedale di Scafati costituisce un servizio di emergenza moderno e funzionale in linea con le previsioni del decreto 49 del 2010".

Si valorizza il modello misto



Maurizio Bortoletti

con un organico di medici ospedalieri, territoriali e del 118 e rappresenta il primo esempio, attuato in Regione Campania, di riconversione di un presidio di pronto soccorso ospedaliero in un primo soccorso e sarà riprodotto quale modello in altre strutture ospedaliere della Regione che adotteranno questo tipo di riorganizzazione. L'organigramma del nuovo servizio prevede l'impiego di 18 medici,

di cui 6 ospedalieri del dismesso Pronto soccorso per gli interventi in sede, 6 della postazione Saut (servizio assistenza urgenza territoriale) di Scafati per le chiamate esterne e 6 del 118 già adibiti al servizio trasporto infermi secondari per i trasferimenti di utenti che giungono al punto di primo soccorso con la propria autovettura e 18 infermieri professionali dei quali 12 per il punto di primo soccorso e 6 per il servizio trasporti infermi secondario. "Ringrazio medici ed operatori e le Istituzioni locali che hanno condiviso il percorso - avverte il commissario Maurizio Bortoletti - nell'ambito di un cordiale rapporto di collaborazione istauratosi, che tende a collocare il presidio ospedaliero "Scarlatto" di Scafati nell'offerta di media assistenza ad alta tutela per la salute del cittadino con una ricaduta sociale favorevole".

► Confindustria ◀
Sezione sanità, Severino resta al vertice

Gianni Severino (nella foto) confermato alla presidenza della sezione sanità dell'Unione



Industriali di Napoli per il biennio 2011-2013. Vice presidenti sono stati nominati Eugenio Basile e Mariano Mancino.

Completano il direttivo di sezione i consiglieri Francesco Ciccarelli, Celeste Condorelli, Giovanni de Cesare, Anna Ferrigno, Raffaelina Franco, Bartolomeo Giordano, Bruno Piza, Luigi Ugliano, Vincenzo Schiavone (presidente regionale della sezione sanità di Confindustria), Salvo Zungrì. Rappresentante in seno alla giunta dell'Unione industriali è stata nominata Celeste Condorelli.

Sanità, Lucci: Subito i ticket progressivi

Redazione Il Denaro

– martedì 24 maggio 2011

Ticket progressivi o salta il tavolo sulla sanità. E' l'avvertimento di Lina Lucci, segretario generale della Cisl Campania, alla Regione. “Sulla sanità – spiega – occorre procedere rapidamente a una ridefinizione dei ticket secondo criteri progressivi per esentare o comunque ridurre sensibilmente il costo in base a criteri di reddito (chi ha meno paghi meno, chi ha più disponibilità deve pagare di più), di età (con particolare attenzione per gli under 6 e gli over 65 anni) e condizioni di salute”. Per il segretario, “L'impegno assunto dalla Regione Campania ad adottare scelte di questa natura, sulla base delle proposte da tempo presentate dalla Cisl, deve concretizzarsi al più presto. Se entro giugno nulla dovesse accadere il tavolo sulla Sanità salta, con tutte le conseguenze che si possono intuire”.

24 maggio 2011 - ore 10,53

Corte dei conti: nel 2010 deficit sanitario in calo di quasi un miliardo

Il deficit 2010 è in netto calo rispetto agli anni precedenti: 2,326 miliardi lo scorso anno contro i 3,252 miliardi del 2009. E il merito, sottolinea la Corte dei conti nel capitolo sulla Sanità («Patto per la salute») del «Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica» presentato questa mattina, è dell'effetto dei piani di rientro che hanno decisamente ridotto la spesa nelle Regioni finora con i conti in rosso.

Certo, il Sud e il Lazio restano detentori di quasi tutto il deficit, ma i piani sembrano funzionare, mentre al contrario, anche se in misura non rilevante, aumenta il deficit di alcune Regioni del Nord che passano da 146 milioni di "rosso" del 2009 (di cui 106 della Liguria) ai circa 180 milioni 2010 (di cui 89 della Liguria).

Ma in questo caso, come in tutte le Regioni con i conti tradizionalmente a posto, sono già scattati i ripiani della maggiore spesa con risorse proprie, anche se la Corte sottolinea che alla data di chiusura del Rapporto, ancora i tavoli di monitoraggio della spesa (i risultati riportati sono riferiti a marzo 2011) non avevano terminato le verifiche e, quindi, il consuntivo finale non è ancora completo.

Tra i risultati regionali messi in risalto dalla Corte per la spesa sanitaria 2010, tre Regioni del Nord presentano tassi di crescita dei costi superiori al 2%. Tra le regioni con piano di rientro, cinque ottengono una riduzione dei costi rispetto al 2009 di oltre l'1,5 per cento. Solo Sicilia e Sardegna presentano una dinamica ancora crescente. A esse si aggiungono Piemonte e Puglia, che hanno sottoscritto un piano solo nel 2010.

Delle Regioni che hanno presentato una flessione dei costi, quattro hanno registrato una crescita delle entrate che rafforza il miglioramento del risultato complessivo. Solo il Molise alla flessione di oltre il 2% dei costi ha affiancato una riduzione dei ricavi dello 0,7%. Ma è il Lazio che, anche restando la regione con il risultato peggiore (-1.044 milioni), registra miglioramenti superiori alla media, sia dal lato dei costi che dei ricavi.

Piemonte e Puglia registrano variazioni dei costi superiori ai ricavi peggiorando il loro risultato complessivo che, nel caso del Piemonte, rimane tuttavia sempre positivo.

Tra le altre regioni, solo Umbria e Toscana presentano una flessione dei costi, rispettivamente dello 0,6 e al 2,2%. In entrambi i casi, tuttavia, a essa coincide nell'esercizio un quasi equivalente riduzione dei ricavi.

«La spesa sanitaria si rivela, nel consuntivo 2010, inferiore alle previsioni: le uscite complessive hanno raggiunto i 113,5 miliardi, inferiori di oltre 1.500 milioni al dato previsto per l'anno e riconfermato, da ultimo, lo scorso settembre, nel quadro di preconsuntivo contenuto nella Decisione di finanza pubblica. L'incidenza in termini di Pil si conferma, tuttavia, sui livelli del 2009, il 7,3 per cento, mentre è in crescita il peso sul complesso della spesa primaria», è il commento di Luigi Mazzillo, presidente di coordinamento delle Sezioni Riunite in sede di controllo della Corte.

«Nonostante il numero delle regioni interessate da Piani di rientro salga da 8 a 10 - prosegue - il 2010 è l'anno in cui si riducono di quasi un terzo le perdite prodotte dal sistema, come frutto, principalmente, della contrazione dei costi registrata proprio in alcune regioni in piano di rientro. Si tratta di segnali incoraggianti per un sistema di responsabilizzazione delle regioni, fondato su un meccanismo di monitoraggio, attento sia a garantire la copertura dei disavanzi, che a prevedere interventi in grado di contrastare l'emergere di squilibri strutturali. Va peraltro ricordato che il 2010 è anche un anno segnato ancora dalla evidente difficoltà di definire con precisione, almeno in alcune regioni, i confini entro cui misurare il risultato economico delle aziende sanitarie: riaffiorano perdite del passato anche in realtà in cui si erano da poco compiuti complessi processi di riordino e di valutazione delle condizioni patrimoniali, accompagnati da interventi finanziari di rilievo. Episodi che, ove ve ne fosse bisogno, pongono in maggior evidenza la necessità di poter contare al più presto su sistemi contabili omogenei e trasparenti, non solo nei criteri, ma nelle metodiche gestionali».

«Con la definizione dei costi standard in sanità - spiega Mazzillo - e con le altre modifiche introdotte con i decreti di attuazione del federalismo fiscale, si ha la sostanziale riconferma del modello frutto della sperimentazione gestionale sviluppata a partire dal 2000. In particolare, è riconfermato, nella sua configurazione attuale, il ruolo dei diversi tavoli di monitoraggio (Lea ed economico finanziario), così come è riconfermato il rapporto di questi con gli organismi politici e tecnici deputati al coordinamento. E' auspicabile che l'affinamento delle informazioni disponibili e l'arricchimento degli indicatori di qualità dei Lea, utilizzati per la valutazione delle performance dei servizi regionali, possano ora consentire, non solo di garantire un andamento equilibrato, ma anche di indurre modifiche e miglioramenti nella qualità delle prestazioni rese ai cittadini, convergendo su standard di qualità ottimali. Lo lascia sperare il fatto che la garanzia, in termini di risorse riconosciute alla sanità quale settore Lep, è efficacemente controbilanciata da un sistema di monitoraggio molto stringente».

«Se per la sanità la concentrazione delle responsabilità nelle amministrazioni regionali rende gestibile una soluzione così complessa - conclude sul tema Mazzillo - andrà valutato se in altri settori, che, come nel caso dell'assistenza, dipendono oggi da diversi livelli di governo, per un efficace coordinamento non sia innanzitutto necessario, oltre che la definizione di

livelli minimi e costi standard, anche il ridisegno delle competenze e delle responsabilità complessive e delle loro interazioni».

Queste le considerazioni generali della Corte, tratte dal Rapporto, sull'andamento della spesa sanitaria 2010.

«I dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) relativi al IV trimestre 2010 consentono una prima valutazione dell'andamento dei costi, dei ricavi e dei risultati di esercizio per regione. Rispetto al 2009, i costi sono aumentati in media dello 0,5 per cento. Un andamento più contenuto di quello rilevato in termini di contabilità nazionale. Su tale differenza incidono i diversi criteri di contabilizzazione adottati nei due sistemi, giacché i risultati del NSIS rappresentano la base comune di entrambe le elaborazioni³.

I costi di produzione nel 2010 sono stati pari a 112,3 miliardi (111,7 miliardi nel 2009 secondo i dati rivisti) a fronte di ricavi per circa 110 miliardi. Si determina, quindi, una consistente riduzione del disavanzo, che passa dai 3.252 milioni del 2009 ai 2.326 milioni del 2010.

I disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nelle regioni del sud del Paese (è da riferire ad esse il 50 per cento delle perdite, il 54 per cento nel 2009), ma nel complesso i loro risultati conoscono nell'anno un significativo miglioramento. In valore assoluto, le perdite scendono da 1.819 milioni del 2009 (nel 2008 erano pari a 1.854 milioni) a 1.230 milioni nel 2010.

Sono soprattutto le regioni in piano di rientro a migliorare il proprio risultato: esse passano da un disavanzo di poco meno di 3 miliardi nel 2009 (3,2 nel 2008) ad uno di 2 miliardi. Almeno da questo angolo visuale, l'operare del sistema di responsabilizzazione, anche basato sul sistema sanzionatorio⁴, sembra aver contribuito a rallentare la dinamica dei costi sanitari riducendo il formarsi di disavanzi.

Si tratta, tuttavia di un risultato non generalizzato: Molise e Sardegna segnalano solo marginali miglioramenti; in contro tendenza l'andamento della regione Puglia, registra una perdita di 335 milioni (302 nel 2009) e ha sottoscritto a fine anno un piano di rientro.

Seppur ancora su livelli molto contenuti, va segnalata la crescita delle perdite riferibili ad alcune regioni del nord, che passano dai 146 milioni del 2009 (di cui 106 riferibili alla regione Liguria) ai circa 180 milioni del 2010 (di cui 89 della regione Liguria).

L'esame di costi e ricavi per regione arricchisce di ulteriori elementi il risultato evidenziato. Nel complesso, come si è visto, i risultati dei CE indicano una dinamica complessiva dei costi molto contenuta (+0,5 per cento) a cui ha corrisposto una crescita dei ricavi dell'1,4 per cento. Anche in questo caso, si tratta di un andamento diversificato per regione. Tre regioni, tutte del Nord, presentano tassi di crescita dei costi superiori al 2 per cento. Tra le regioni in piano di rientro, cinque ottengono una riduzione dei costi rispetto all'esercizio precedente di oltre l'1,5 per cento. Solo Sicilia e Sardegna presentano una dinamica ancora crescente. Ad esse si aggiungono Piemonte e Puglia, che hanno sottoscritto un piano solo nel 2010. Delle

regioni che hanno presentato una flessione dei costi, sono quattro quelle che conoscono una crescita delle entrate che rafforza il miglioramento del risultato complessivo. Solo il Molise alla flessione di oltre il 2 per cento dei costi complessivi accompagna una riduzione dei ricavi dello 0,7 per cento. E' il Lazio che, pur confermandosi la regione che registra il risultato peggiore (-1.044 milioni) conosce miglioramenti superiori alla media, sia dal lato dei costi che dei ricavi.

Piemonte e Puglia registrano variazioni dei costi superiori ai ricavi peggiorando il loro risultato complessivo che, nel caso del Piemonte, rimane tuttavia sempre positivo. Tra le altre regioni, solo Umbria e Toscana presentano una flessione dei costi, rispettivamente pari allo 0,6 e al 2,2 per cento. In entrambi i casi, tuttavia, ad essa coincide nell'esercizio un quasi equivalente riduzione dei ricavi.

L'esame degli andamenti dei costi, distinti nelle principali componenti e tratti dai CE (per i quali si confermano le differenze riscontrate rispetto alla contabilità nazionale⁵), consente di precisare l'andamento già in precedenza rilevato. Sono le regioni in piano di rientro a presentare flessioni di rilievo, che nelle attività a gestione diretta sono in media del 2,5 per cento. Un andamento da ricondurre prevalentemente alla flessione anche consistente negli acquisti di beni e servizi. Tra i cali maggiori quelli del Lazio (-4,6 per cento), del Molise (-6,8 per cento) e della Campania (-3,9 per cento).

Pressoché stabili gli oneri per il personale (nel complesso delle regioni in piano la spesa è in crescita dello 0,2 per cento). Significativa la flessione registrata in Campania (-1,2 per cento).

Nell'assistenza erogata da enti in convenzione o accreditati un contributo positivo al contenimento della spesa continua ad essere assicurato dalla farmaceutica (-0,6 per cento), con importi più significativi nelle regioni in piano di rientro (Liguria -5,5 per cento, Molise -9,5 per cento, Calabria -5 per cento). Ma, soprattutto, segna una significativa riduzione in molte regioni in piano la spesa per l'assistenza riabilitativa e per quella ospedaliera. In Abruzzo e in Calabria la riduzione dei costi complessivi in concessione, pari rispettivamente a -3,9 e a -4,1 per cento, è alla base della flessione dei costi sostenuti nel complesso delle gestioni. Particolarmente significativi nel Lazio, in Abruzzo e nel Molise i tagli all'assistenza riabilitativa, superiori al 7 per cento. In Abruzzo e in Calabria i costi dell'ospedaliera si sono rispettivamente ridotti del 18 e del 13,5 per cento.

Nelle regioni non in piano di rientro gli andamenti risultano diversi. In media, la crescita dei costi si mantiene su livelli contenuti (+1,7 per cento, contro la flessione in media dello 0,9 per cento delle regioni in piano di rientro). Nelle regioni del Nord, tuttavia, sia negli acquisti di beni e servizi che nell'assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati, le variazioni si rivelano più consistenti superando, in alcuni casi, il 3,5-4 per cento. Particolarmente significativa la crescita dell'assistenza specialistica che, in alcune regioni, è risultata superiore al 7 per cento, e della ospedaliera. La contenuta dinamica delle spese di personale nelle gestioni dirette (oltre alla forte flessione dei costi straordinari) contribuisce a mantenere la variazione complessiva su livelli prossimi al Pil nominale».

LA SANITA': I RISULTATI DI ESERCIZIO 2009-2010

	2008				2009				2010			
	COSTI	RICAVI	Saldi Mobilità Sanitaria interregionale	RISULTATO DI ESERCIZIO	COSTI	RICAVI	Saldi Mobilità Sanitaria interregionale	RISULTATO DI ESERCIZIO	COSTI	RICAVI	Saldi Mobilità Sanitaria interregionale	RISULTATO DI ESERCIZIO
	A	B	C	A+B+C	A	B	C	A+B+C	A	B	C	A+B+C
PIEMONTE	-8.271,2	8.279,7	-3,1	5,5	-8.544,7	8.539,6	1,8	16,7	-8.638,7	8.667,8	1,8	8,8
V. AOSTA	-264,6	266,1	-14,3	-12,7	-268,3	283,5	-16,2	-16,2	-280,6	289,9	-16,3	-6,9
LOMBARDIA	-16.973,8	16.532,2	445,7	4,1	-17.433,9	16.998,2	437,6	1,9	-17.932,6	17.323,6	437,6	10,6
PA BOLZANO	-1.116,0	1.125,7	5,6	15,3	-1.106,2	1.139,2	4,2	37,2	-1.111,2	1.108,9	4,2	2,0
PA TRENTO	-1.013,9	1.018,3	-14,8	-10,2	-1.076,2	1.079,9	-15,8	-12,1	-1.102,1	1.107,1	-15,8	-10,8
VENETO	-8.637,7	8.608,3	97,1	67,6	-8.872,6	8.747,4	98,0	-27,1	-9.033,3	8.862,6	98,0	-72,7
FRIULI	-2.385,2	2.366,4	20,6	21,8	-2.453,9	2.446,1	24,4	16,7	-2.499,3	2.483,5	24,4	8,6
LIGURIA	-3.226,4	3.126,4	-20,1	-110,1	-3.314,6	3.235,3	-26,4	-105,6	-3.318,4	3.256,2	-26,4	-38,6
E. ROMAGNA	-8.153,7	7.842,7	337,5	26,5	-8.474,0	8.141,3	335,2	22,4	-8.383,6	8.254,8	335,2	26,1
TOSCANA	-6.878,0	6.772,4	102,3	-3,4	-7.401,3	7.279,3	115,1	-6,9	-7.241,8	7.141,0	115,1	14,2
UMBRIA	-1.584,1	1.377,3	15,3	8,5	-1.657,8	1.651,2	11,4	4,8	-1.648,0	1.647,0	11,4	10,4
MARCHE	-2.681,3	2.756,3	-38,2	36,8	-2.793,5	2.841,8	-31,7	16,6	-2.850,2	2.909,5	-31,7	27,6
LAZIO	-11.261,3	9.551,9	44,9	-1.664,5	-11.510,3	10.049,0	65,3	-1.396,0	-11.336,9	10.227,7	65,3	-1.043,8
ABRUZZO	-2.394,1	2.300,3	-29,6	-123,5	-2.436,4	2.406,1	-62,2	-94,5	-2.391,6	2.454,7	-62,2	-19,1
MOLISE	-658,3	359,3	28,5	-70,4	-673,7	577,4	32,7	-62,6	-660,2	574,1	32,7	-53,3
CAMPANIA	-10.231,0	9.705,5	-289,3	-814,8	-10.272,2	9.786,8	-303,5	-788,9	-10.099,3	9.907,0	-303,5	-495,8
PUGLIA	-7.199,8	7.001,4	-159,8	-338,2	-7.254,7	7.121,5	-169,3	-302,3	-7.330,0	7.163,9	-169,3	-335,4
BASILICATA	-1.026,7	1.037,2	-39,7	-29,2	-1.040,9	1.055,5	-35,6	-21,0	-1.058,6	1.058,9	-35,6	-35,3
CALABRIA	-3.421,7	3.394,0	-227,7	-65,4	-3.545,1	3.650,1	-223,8	-118,8	-3.444,5	3.686,6	-223,8	18,3
SICILIA	-8.386,4	8.323,7	-198,9	-261,6	-8.512,3	8.518,0	-203,7	-200,0	-8.388,4	8.732,1	-203,7	-62,0
SARDEGNA	-2.943,4	2.874,7	-62,1	-130,8	-3.089,7	2.915,2	-55,3	-229,7	-3.102,8	2.929,4	-55,3	-228,7
TOTALE	-108.688,9	105.220,2	0,0	-3.463,7	-111.734,1	108.482,5	0,0	-3.251,6	-112.291,8	109.966,1	0,0	-2.325,6
SOLO PERDITE				-3.634,8				-3.367,9				-2.432,5
SOLO UTILI				184,1				116,2				127,0
<i>Regioni in piano di rientro</i>												
Risultato complessivo	-42.522,7	40.035,9	-754,3	-3.241	-43.356,2	41.138,0	-779,0	-2.997	-42.942,0	41.747,8	-779,0	-1.973
solo perdite				-3.241				-2.997				-1.991
<i>Regioni non in piano di rientro</i>												
Risultato complessivo	-66.166,2	65.184,4	754,3	-228	-68.377,9	67.344,5	779,0	-254	-69.349,9	68.218,5	779,0	-352
solo perdite				-414				-371				-461

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati Ministero della Salute

Per il 2010: dati previsionali estratti dal NSIS, IV trim aggiornato al 25 marzo 2011.

I COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO PER FUNZIONI DI SPESA - VARIAZIONI 2009 - 2010

	Assistenza erogata da enti a gestione diretta			Assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati								TOTALE COSTI * con Mobilità verso B. Gesu e Simom senza Mobilità interregionale
	Beni e servizi	Personale	Totale da enti a gestione diretta	Medicina Generale	Farmacologia	Specialistica	Riabilitativa	Investigativa e Diagnostica	Altra Assistenza	Ospedalità	Totale da enti convenzionati e accreditati	
PIEMONTE	0,5	1,6	0,8	1,7	-4,5	8,6	7,0	-2,1	7,5	5,4	2,3	1,3
V. AOSTA	7,9	1,8	4,7	-8,1	0,1	13,7	-0,9	-8,1	12,8	173,0	4,2	4,6
LOMBARDIA	3,1	2,1	2,2	2,6	0,5	10,8	-2,9	4,9	7,2	3,1	4,0	3,0
PA BOLZANO	2,7	0,9	-0,4	2,3	1,3	2,1	15,4	4,8	3,5	6,1	3,4	0,5
PA TRENTO	2,9	1,7	1,7	2,3	0,2	38,2	7,3	-0,3	2,4	4,0	3,8	2,4
VENETO	4,0	1,7	1,8	2,8	0,1	6,6	1,3	-0,2	2,9	-0,1	1,9	1,8
FRIULI	1,8	1,7	1,6	1,0	3,0	4,2	2,7	4,9	10,0	-2,7	2,7	1,8
LIGURIA	-1,9	0,9	0,0	4,7	-5,5	-2,1	-0,6	-8,1	6,3	3,9	0,4	0,1
E. ROMAGNA	1,1	2,5	0,8	6,5	0,3	7,8	-12,0	1,3	2,0	1,3	2,5	1,3
TOSCANA	-0,2	1,8	-3,0	1,2	-0,3	-3,3	-6,0	0,6	4,1	-0,7	0,4	-2,1
UMBRIA	-2,5	1,6	-1,3	1,6	0,8	5,2	-3,3	0,9	2,6	0,3	1,3	-0,7
MARCHE	3,7	2,0	2,5	-0,6	-1,2	4,0	1,8	-20,1	10,8	3,9	0,9	2,0
LAZIO	-4,6	0,2	-4,1	0,4	1,5	4,6	-7,6	-2,0	9,7	3,5	2,4	-1,5
ABRUZZO	0,1	0,6	-0,9	1,7	2,2	2,8	-7,4	-2,3	-8,9	-18,0	-3,9	-1,9
MOLISE	-6,8	0,0	-3,7	2,4	-9,5	6,0	-8,4	25,8	-1,1	7,5	0,8	-2,0
CAMPANIA	-3,9	-1,2	-3,7	1,6	-2,6	7,8	-3,4	-4,4	6,1	5,5	1,8	-1,7
PUGLIA	1,6	1,7	1,5	5,1	-0,7	3,6	5,9	3,3	-0,9	-3,7	0,4	1,1
BASILICATA	-0,4	2,2	2,9	-3,2	-6,0	16,7	2,8	5,9	-0,4	3,9	-0,7	1,7
CALABRIA	-1,0	-0,1	-2,1	3,3	-5,0	-4,0	6,2	-3,5	-2,6	-13,5	-4,1	-2,9
SICILIA	-1,1	0,4	-1,3	6,5	1,6	2,4	4,2	3,5	10,9	5,8	4,4	0,9
SARDEGNA	-3,2	2,4	-0,4	2,9	2,5	4,7	3,0	2,1	3,3	-2,4	2,4	0,4
TOTALE	0,1	1,2	-0,4	2,8	-0,6	6,1	-0,4	0,1	5,2	1,9	2,1	0,5

Fonte: elaborazione Corte conti su dati del Ministero della salute

IL MONITORAGGIO 2010

«Anche quest'anno, i lavori dei Tavoli di monitoraggio annuale si sono tenuti nel mese di marzo. Il confronto non può dirsi definitivo: le valutazioni sono state condotte sulla base dei

dati dell'ultimo quadrimestre del 2010. Tali dati dovranno essere rivisti, ed eventualmente aggiornati, una volta che saranno disponibili i risultati di consuntivo.

Parallelamente, anche i dati dell'esercizio 2009 hanno subito tale approfondimento nel corso dell'anno. Ciò ha comportato una revisione al rialzo di circa 900 milioni sia dei costi che dei ricavi dell'esercizio. La revisione ha toccato per importi ridotti tutti i risultati regionali, ma si è concentrata soprattutto in tre regioni (alla Toscana, al Lazio e alla Campania si deve un aumento dei costi di oltre 700 milioni).

Per la Toscana tale aumento, accompagnato da una revisione per un importo simile dei ricavi, non ha prodotto una modifica dei risultati conseguiti in termini di saldo. Per le altre due regioni, la compensazione è stata solo parziale riverberandosi quindi, almeno in parte, sui risultati di esercizio, rivisti in peggioramento. I miglioramenti registrati da alcune regioni riducono l'effetto di tali aggiustamenti sul saldo complessivo.

Nel valutare i risultati del 2010 in rapporto al 2009 va, poi, tenuta presente una modifica nel trattamento di alcune voci di entrata. Rispetto a quanto commentato lo scorso anno, per due regioni, Toscana e Calabria, sono state riscontrate coperture già contenute nei CE, rispettivamente per 184,5 e 122,7 milioni. Ciò non muta il risultato complessivo dopo le coperture CE. E' su tale risultato che, nel nuovo quadro di riferimento del federalismo fiscale, ci si baserà per individuare le regioni virtuose da considerare per il calcolo dei costi standard».

IL MONITORAGGIO 2009 E 2010 - UNO SGUARDO COMPLESSIVO

2010	COSTI (Incluse PRIG e SMO)	TOTALE RICAVI (escluse coperture CE)	Saldi Mobilità Semiarbitrario interregionale Rappresenta mobilità su voci standard		RISULTATO D'ESERCIZIO Prima delle coperture CE	Risorse saline ad CE	RISULTATO D'ESERCIZIO Dopo risorse regionali e coperture CE	Risorse regionali incluse nel CE con anticipazione del "1 anno"	Differenziale coperture dei precedenti (+) Maggiori coperture (precedenti (-))	Risorse valutate "fonti" e "risorse contabili" ancora aggiuntive	Altre componenti negative (riduzione del fondo di bilancio)	RISULTATO D'ESERCIZIO con risorse regionali e coperture CE al secondo ulteriore componimento negativo	Coperture fiscali da parte di rinvio e carenze fiscali	Gettito fiscale determinato dalla copertura della rete di stato	Riduzione risorse entrate fiscali	Altre coperture da bilancio regionale	Fondi rivalutabili 2009	Fondi FAS	Ulteriori coperture	TOTALE COPERTURE	Risultato (0,15%) (milioni)	ALDOLE (0,15%) (milioni)	TOTALE COPERTURE (CON ATTIVAZIONE LEVA FISCALE OLTRE IL MASSIMO)	RISULTATO D'ESERCIZIO	
	a	b	c	d	e = a+b+c+d	f	g = f+e	h	i	j	k	l = h+i+j+k	m	n	o	p	q	r	s	t = m+n+o+p+q+r+s	u	v	w = t+u	x = w+z	
PIEMONTE	-8.658,7	8.265,8	1,8	-0,8	-332,8	400,0	8,0					8,0												8,0	
V. AOSTA	-280,6	289,9	-16,2		-6,9		-6,9					-6,9												-6,9	
LOMBARDIA	-17.932,6	17.523,6	444,6	0,0	17,6		17,6					17,6												17,6	
P.A. BOLZANO	-1.112,2	1.108,9	4,2		2,0		2,0					2,0												2,0	
P.A. TRENTO	-1.102,1	1.107,1	-15,8		-10,8		-10,8					-10,8												-10,8	
VENETO	-9.033,3	8.843,8	98,0		-91,5	18,8	-72,7					-72,7												-72,7	
FRIULI V.G.	-2.499,3	2.485,5	24,2	0,5	9,1		9,1					9,1												9,1	
LIGURIA	-3.318,4	3.230,3	-26,4		-114,5	25,9	-88,6					-88,6	108,6								108,6			108,6	
EMILIA R.	-8.583,6	8.119,0	358,8		-104,9	135,0	30,1					30,1												30,1	
TOSCANA	-7.241,8	7.093,0	115,1	0,7	-33,1	48,0	14,9					14,9												14,9	
UMBRIA	-1.648,0	1.647,0	13,9	0,5	13,3		13,3					13,3												13,3	
MARCHE	-2.820,2	2.864,5	-31,7	2,6	-14,8	45,0	30,2	40,0	53,0			43,1												43,1	
LAZIO	-11.338,0	10.202,7	65,3	0,4	-1.069,7	25,1	-1.044,6		18,7	-42,2		-1.068,1	758,7	90,0		409,3				1.168,0			1.168,0	99,9	
ABRUZZO	-2.391,6	2.434,7	-62,2	12,0	-7,2		-7,2		-0,3	-21,5		-29,0	39,4	98,0						39,4			39,4	10,4	
MOLISE	-460,3	574,1	29,0		-57,2		-57,2		-55,1	-12,0		-124,3	22,9	2,0									22,9	-101,4	
CAMPANIA	-10.099,4	9.907,0	-303,5	0,0	-495,9		-495,9		-322,4			-818,3	239,6	141,0	-53,9					185,7			185,7	-832,5	
PUGLIA	-7.330,0	7.163,9	-169,3		-335,5		-335,5		1,5			-334,0	118,1		-86,4				308,6	240,3			240,3	-83,7	
BASILICATA	-1.038,6	1.058,9	-35,6	0,0	-35,3		-35,3					-35,3				36,3				36,3			36,3	0,0	
CALABRIA	-3.444,5	3.506,1	-233,2		-171,7	180,4	8,8		-919,9			-911,1												-911,1	
SICILIA	-8.588,4	8.741,8	-205,7	-0,3	-52,9		-52,9			-13,7		-66,6	316,4								316,4			316,4	240,9
SARDEGNA	-3.102,8	2.934,4	-55,3	0,0	-233,8		-233,8					-233,8												-233,8	
TOTALE	-112.293,5	109.102,6	0,0	15,4	-3.175,5	878,3	-2.297,2	-48,0	-1.224,6	-89,4		-3.651,2	1.603,6	333,0	-140,3	445,5			208,6	2.117,5			2.117,5	-1.533,7	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute