

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 27.04.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Piani di rientro, promosso solo il Lazio

I conti delle regioni commissariate sotto la lente del tavolo tecnico dei ministeri vigilanti: Campania sulla graticola per lo sbilancio residuo di 90 milioni nel 2010

Piani di rientro sotto la lente alla verifica trimestrale con i ministeri vigilanti. Dalla lettura dei verbali della riunione del 6 aprile va bene il Lazio, che ottiene l'ulteriore 10 per cento dei fondi di affiancamento relativi al 2009 ma la Calabria per la quale si profilano nuove tasse con un aumento delle aliquote regionali di Irpef e Irap, il blocco totale del turnover del personale e lo stop all'erogazione delle risorse relative al Fondo per le aree sottoutilizzate (Fas). La Campania resta a metà del guado con la possibilità di riassorbire le criticità emerse nell'arco dei prossimi due o tre mesi. Preoccupa, in particolare, lo sbilancio residuo, sul pre-consuntivo del 2010, di 90 milioni di euro. Completamento delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie private e i contratti tra le Asl e i privati sono gli al-

Le risorse del patto per la salute

- **1 mld e 21 milioni:** (già incassati) equivalenti al 60 per cento di 1,7 mld liberati a ottobre scorso
 - **340 milioni:** equivalente al 20 per cento della cifra totale (1,7 mld) incassati a dicembre alla verifica positiva del consuntivo
 - **170 milioni:** equivalente al 10 per cento ancora da incassare salvo verifica positiva dei conti del consuntivo 2009
 - **170 milioni:** ulteriore acconto equivalente al 10 per cento della somma liberata ad ottobre ancora da incassare salvo verifica positiva dei conti del preconsuntivo 2010
 - **Totale parziale:** 1,7 miliardi di euro (circa 1,35 mld già incassati)
 - **314 milioni:** del prestito del ministero delle finanze attivato nel 2006-2007 tramite la Cassa depositi e prestiti
 - **750 milioni:** a valere su entrate fiscali per aumenti delle aliquote regionali di Irpef e Irap applicati a partire dal 2006
 - **200 milioni:** a valere su finanziamenti vincolati per la Sanità
 - **322 milioni:** a valere sul fondo aree sottoutilizzate
- Totale ancora da incassare: circa 2 miliardi**

Fonte: Regione Campania

tri nodi da sciogliere entro giugno.

Il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza ha esaminato le coperture e il risultato consuntivo di gestione al 31 dicembre del 2009, il risultato di gestione e verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2010 e l'aggiornamento e verifica degli adempimenti Lea 2008 e 2009.

Per consentire a Palazzo San-

ta Lucia di completare l'adozione e trasmissione della documentazione necessaria a superare le criticità riscontrate tavolo e comitato concordano la convocazione di una ulteriore riunione entro il 30 aprile.

Per il Lazio tavolo e comitato certificano che il risultato di gestione (a tutto il 31 dicembre del 2009) evidenzia, dopo il conferimento delle ulteriori risorse derivanti dai fondi Fas e dall'accesso all'anticipazione di liquidità, un avanzo di 18,722

milioni di euro ed il risultato di gestione al quarto trimestre 2010, comprensivo di rischio, dopo le coperture e l'utilizzo dell'avanzo 2009, un avanzo di 32,106 milioni di euro ricomprendendo gli ammortamenti non sterilizzati. Ad ogni buon conto anche per il Lazio la verifica annuale 2010 necessita di ulteriori integrazioni e chiarimenti. E' possibile, comunque, erogare alla Regione l'ulteriore 10 per cento delle spettanze residue a tutto il 2009 già in parte erogate in seguito alla riunione precedente, pari a 202 milioni di euro.

Più problematica la situazione per la regione Calabria. Tavolo e Comitato valutano che, anche in funzione delle rilevanti attività finora svolte per la determinazione del debito commerciale, sussistono le condizioni per accedere all'anticipazione di liquidità fino ad un massimo di 500 milioni di euro. Essendo presente, come si legge nel comunicato del Ministero della salute, un disavanzo non coperto cumulativamente valutato per il periodo 2006-2010 in 1.046,983 mln di euro "si prefigurano le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente.

***Infermieri e fisioterapisti
si trovano anche in farmacia***

Dal prossimo 4 maggio infermieri e fisioterapisti potranno erogare specifici servizi all'interno delle farmacie. E quanto dispone il Decreto emanato dal ministro della salute Ferruccio Fazio e pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* (n. 90 del 19 aprile 2011). Le prestazioni possono essere erogate a carico del Servizio sanitario nazionale, sotto la vigilanza dei preposti organi regionali, non prima di avere avuto la prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Presso le farmacie saranno, poi, erogabili dagli infermieri: il supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo; l'effettuazione di medicazioni e di cicli inattivi intramuscolo; l'attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulenza, anche personalizzato e le iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie. A domicilio del paziente sono erogabili dagli infermieri, le prestazioni prescritte dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Da parte sua, il fisioterapista potrà erogare all'interno della farmacia la definizione del programma prestazionale volto alla prevenzione, all'individuazione ed al superamento del bisogno riabilitativo; l'attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive e viscerali; la verifica delle rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale. Alle farmacie è fatto obbligo di rispettare tutti i requisiti relativi ai settori professionali, sanitari e tecnico-strutturali, previsti dalla normativa statale, regionale e comunale vigente.

Il Consiglio di stato: a Federlab i numeri dei centri di costo

Sanità, regione senza veli per i laboratori privati

DI DARIO FERRARA

Federlab ha diritto di sapere dalla Regione quanto ci costa la sanità: l'associazione dei laboratori privati deve ottenere i dati su cui è parametrato il prezzo delle prestazioni. Questo il senso della vittoria ottenuta dalla Federlab Italia ai danni dell'amministrazione del Molise grazie alla sentenza 2172/11 emessa dalla quinta sezione del Consiglio di Stato.

La federazione nazionale che riunisce i laboratori privati operanti in regime di accreditamento con il servizio sanitario nazionale ha dunque diritto di accedere ai dati in possesso della Regione riguardanti i centri di costo e i fattori produttivi delle strutture pubbliche che erogano prestazioni nel settore. I giudici di Palazzo Spada ordinano all'ente territoriale di esibire i documenti richiesti: va infatti escluso che vi sia stata commistione tra il rito del silenzio e il rito dell'accesso; decorsi inutilmente trenta giorni dalla richiesta, la domanda di accesso si intende respinta e chi ha chiesto l'ostensione può ben rivolgersi al Tar. Federlab, dunque, ha rispettato l'iter di legge. E ha diritto a ottenere le carte perché la federazione dei laboratori d'analisi è un ente istituzionalmente deputato alla concertazione: non si può disconoscere il suo interesse a ottenere le



informazioni in possesso della Regione perché soltanto così si rende effettivo il confronto dialettico con le istituzioni; la Finanziaria 2005 stabilisce che «qualunque provvedimento in materia di aggiornamento delle tariffe massime deve essere adottato sentite le associazioni di categoria interessate». C'è di più, i dati richiesti servono a comprendere i criteri di definizione dei fattori di costo posti a base della remunerazione dei servizi resi dalle strutture pubbliche: ciò consente a Federlab di valutare, con cognizione di causa e nell'interesse dei propri aderenti, se siano proporzionati i tariffari proposti per le imprese private accreditate con il Ssn. Insomma, è questa

l'unica strada per verificare se

le restrizioni economiche operate nei rapporti con i privati siano bilanciate da analoghe restrizioni nei confronti dei soggetti pubblici.

L'amministrazione molisana, tuttavia, non faticerà più di tanto a ottemperare all'ordine del Consiglio di Stato: si tratta infatti di dati precisi e che non richiedono alcuna attività di elaborazione, visto che il decreto ministeriale 18 giugno 2004 ha predisposto il modello "LA" per acquisire i dati economici di rilevazione dei costi per livelli di assistenza che le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere devono inviare alle Regioni e al ministero della Salute.

IO
ONLINE

Il testo della sentenza su www.italiaoggi.it/documenti

Sanità, Asl e aziende accreditate: commissario concede la proroga

Altri due mesi di tempo. Sessanta giorni di proroga per i contratti della sanità made in Campania sottoscritti tra le Asl e le aziende fornitrici di beni e servizi relativi al 2011. La decisione di concedere una proroga di 60 giorni dei termini per giungere a un accordo tra le parti è stata decisa ieri, dall'ente di via Santa Lucia. Ed è stata preda dal sub-commissario regionale alla Sanità Mario Morcallo (nella foto) dopo la dichiarazione dello stato di crisi da parte delle associazioni che comprendono il gruppo di imprese ex convenzionate ed oggi "accreditate" con il Servizio sanitario nazionale.



Morlacco ha così deciso di concedere altri 60 giorni di tempo per portare a termine le trattative oggetto di contratto. La mancata firma dei patti "commerciali" tra Asl e aziende, unitamente alla lentezza con cui procedevano gli accreditamenti delle strutture insieme a uno sbilancio residuo di 90 milioni di euro sul preconsuntivo del 2010, aveva imposto uno stop del tavolo di verifica interministeriale chiamato a vigilare sugli adempimenti del piano di rientro dal deficit sanitario. Adesso le parti avranno 60 giorni di tempo per rimettersi in linea di galleggiamento.

Metropolis

Mercoledì
27 Aprile 2011

Domani la protesta dei nefropatici in via Santa Lucia. Invocata l'erogazione degli alimenti a proteici **Sanità, scatta il sit-in anti Caldoro**

GIANNI REALE

Napoli. L'appuntamento per la manifestazione di protesta, cui prenderanno parte le associazioni rappresentative dei nefropatici ed emodializzati Anerc Onlus, Cittadinanzattiva, Fir (Fondazione Italiana del Rene), Atom (Associazione Malati e Trapiantati di Organi), Actae (Associazione Cattolica in difesa di Ammalati Trapiantati ed Emodializzati) ed il Forum Nazionale delle Istituzione, è stato fissato per domani alle ore 10 in via Santa Lucia, sede della giunta regionale della Campania. Associati ed ammalati scenderanno in piazza per levare la loro voce di protesta contro l'approvazione del decreto regionale che penalizza gli ammalati di insufficienza renale cronica. Da circa un anno, infatti, il decreto, ha sospeso l'erogazione a carico del servizio sanitario nazionale di quegli alimenti a proteici necessari per l'alimentazione dei nefropatici, nonostante il Tar della Campania si fosse espresso nel merito accogliendo ben due ricorsi con i quali vengono riconosciuti i diritti dell'ammalato. "Un nefropatico, oggi - spiegano Rosaria Napoli (Anerc) e Rosario Improta (Actae) - per allontanare lo spettro della dialisi è costretto a seguire una dieta a proteica spendendo ben 150 euro mensili destinati all'acquisto di pane e sostituti, pasta, farina, biscotti, merendine e latte. Un costo insostenibile soprattutto se si appartiene ad una fascia economicamente debole". Ed è per questi motivi che domani scatterà la protesta. Nel corso della manifestazione, una delegazione chiederà di essere ricevuta dal governatore Stefano Caldoro, dai commissari Mario Morlacco ed Achille Coppola, e dal responsabile della Sanità in Campania Raffaele Calabrò, per portare ai vertici delle istituzioni la problematica che affligge da ormai un anno i pazienti nefropatici, le cui richieste sono rimaste finora inascoltate. Il problema arriverà anche in Parlamento con un'interrogazione che la senatrice Mariapia Garavaglia ha rimesso al Ministro alla Salute per chiedere un pronto intervento affinché vengano rimborsati dalle Regioni i costi che gli ammalati nefropatici devono sostenere".

tuti, pasta, farina, biscotti, merendine e latte. Un costo insostenibile soprattutto se si appartiene ad una fascia economicamente debole". Ed è per questi motivi che domani scatterà la protesta. Nel corso della manifestazione, una delegazione chiederà di essere ricevuta dal governatore Stefano Caldoro, dai commissari Mario Morlacco ed Achille Coppola, e dal responsabile della Sanità in Campania Raffaele Calabrò, per portare

ai vertici delle istituzioni la problematica che affligge da ormai un anno i pazienti nefropatici, le cui richieste sono rimaste finora inascoltate. Il problema arriverà anche in Parlamento con un'interrogazione che la senatrice Mariapia Garavaglia ha rimesso al Ministro alla Salute per chiedere un pronto intervento affinché vengano rimborsati dalle Regioni i costi che gli ammalati nefropatici devono sostenere".



Lavoro

Lsu in Regione: attività prolungata fino al 30 giugno

Buone notizie sul fronte lavoro. La Regione Campania ha infatti comunicato la proroga dell'attività degli Lsu in forza all'ente di via Santa Lucia fino al prossimo 30 giugno. A darne notizia l'assessore regionale al Lavoro ed alle Attività produttive Severino Nappi (Popolari-Udeur) che ha autorizzato l'Inps ad erogare il 100 per cento dell'assegno di utilizzo per le prestazioni dei lavoratori socialmente utili. La proroga è stata decisa in attesa che siano sottoscritte le convenzioni con le regioni Sardegna, Sicilia, Basilicata, Calabria, Puglia e Lazio per l'impiego degli Lsu nei territori regionali di competenza.

Salvatore Ronghi

"Napoli, povertà non solo economica ma anche morale"

"Se è vero che a Napoli c'è una media borghesia in sofferenza, è vero anche che c'è una Napoli totalmente afflitta dalla povertà, che non è solo economica ma anche morale". E' quanto afferma il dirigente nazionale di Forza del Sud, Salvatore Ronghi. "Il problema principale di Napoli è la disoccupazione - sottolinea l'ex vice presidente del Consiglio regionale campano - che investe sia il settore manuale che intellettuale e che sottrae al nostro territorio ogni speranza di futuro". "Sono questi i temi prioritari su cui si gioca il riscatto della nostra città e che non devono essere oggetto di posizioni strumentali o utopistiche" conclude l'ex An.



**L'appello dei malati:
"Costretti a sborsare
150 euro per l'acquisto
di pane, farina e latte"**

L'intervista

Il presidente della Regione: "Ecco perché vinceremo anche a Napoli..."

Caldoro: "La sinistra ha ucciso i suoi leader come a piazzale Loreto"

OTTAVIO RAGONE

«A patto però — premette Caldoro — che tutti gli elementi del sistema funzionino perfettamente. Allo stato, e lo dico solo come dato oggettivo, la magistratura tiene sotto sequestro 3 discariche su 5. Le inchieste devono fare il loro corso, ma così la sofferenza si moltiplica».

Perché è così convinto della sconfitta del centrosinistra a Napoli?

«Il fuoco amico su Bassolino e sulla lervolino ricorda la logica di piazzale Loreto. Entrambi sono stati cinicamente utilizzati come capri espiatori di un fallimento collettivo. Veltroni, con un atto ingeneroso e ingiusto, non volle Bassolino sul palco a piazza Plebiscito. I leader pagano il prezzo più alto, ma la responsabilità ricade su un'intera comunità politica. Una squadra vince o perde tutta insieme. Il centrosinistra ha attaccato più i suoi capi che gli avversari del centrodestra».

Uno dei risultati che lei rivendica è l'incremento del fondo sanitario.

«Nel 2010 la Campania ha ottenuto 9 miliardi e 601 milioni, quest'anno 9 miliardi e 790 milioni. Dunque circa 190 milioni in più, di cui 85 sono aggiuntivi, specifici per la nostra regione. Abbiamo ottenuto inoltre che dal 2012 il riparto dei fondi verrà fatto con nuovi criteri, mentre prima le aree più giovani come la Campania venivano penalizzate. C'è un riequilibrio immediato, senza attendere il federalismo a regime nel 2015. Inoltre il deficit, attraverso risparmi e nuove entrate tra cui i ticket, è sceso da 777 a 100 milioni. L'obiettivo è azzerarlo entro due anni per poter ridurre le aliquote Irap, Irpef e l'accisa sulla benzina. Per la prima volta dopo vent'anni viene invertita una tendenza ed è un grande successo».

Tuttavia aumenta la sua fa-

“

Berlusconi e Tremonti

Berlusconi e Tremonti dicono che il Mezzogiorno è la vera scommessa, non vedo ancora atti concreti

...

La sanità

Abbiamo ottenuto 190 milioni in più, conto di azzerare il deficit entro due anni per ridurre tasse e accisa benzina

ma di Tremonti su scala regionale: solo tagli, mentre l'economia ristagna.

«Ora c'è una sofferenza immediata sul piano dell'organizzazione della sanità, meno ospedali, ricoveri ridotti. Sono misure impopolari, tuttavia obbligate da una legge nazionale. Ma in prospettiva i cittadini otterranno un beneficio e non saranno più costretti a farsi curare al Nord, anche perché la professionalità del nostro personale sanitario, molto spesso, è migliore».

E i trasporti? Non ci sono i soldi per gli stipendi, avete tagliato il metrò del mare.

«Sui trasporti, in effetti, sono preoccupato. Le aziende sono



piene di debiti. Occorre un piano di rientro che permetta di utilizzare i fondi Fas. Lo abbiamo chiesto al governo, senza ottenere risposta. Non sento una sponda da Roma. Il piano per il Sud è solo una cornice. Berlusconi e Tremonti dicono che il Mezzogiorno è la vera scommessa, ma non vedo ancora atti concreti e conseguenti. Quanto al metrò del mare, possiamo garantire risorse solo per chi lo usa per lavorare durante i mesi estivi, non per i turisti».

Ancora tagli, presidente.

«Qualsiasi governo, quando c'è crisi, rischia sul piano del consenso. Noi, rispettati i vincoli del patto di stabilità, dal 31

marzo abbiamo attivato due miliardi e mezzo di fondi europei per i grandi progetti, porti, interporti, metropolitana, disinquinamento del Sarno, Pompei con l'apporto di imprenditori privati, con la regia dell'Unione industriali. Sono le risposte attese per lo sviluppo».

Sufficienti per vincere le elezioni a Napoli?

«La sinergia tra Comune, Regione e Provincia non può dipendere dal colore politico. Detto questo io faccio parte di una squadra e tifo per Lettieri, sta dando risposte concrete su tutti i temi. Sui rifiuti, per esempio, è l'unico che vuole costruire il termovalorizzatore a Napoli Est. Gli altri sono ancorati

alle scelte sbagliate del passato».

Berlusconi aveva promesso una Napoli pulita. Non è così.

«Berlusconi ha rimesso in piedi il ciclo industriale dei rifiuti, la Regione stabilisce il flusso e ha legiferato per il trasporto fuori provincia, il resto tocca a Province e Comuni. Morcone e Pasquino dicono che non voglio-

no l'inceneritore a Napoli Est, peraltro localizzato lì dalla stessa Iervolino. Sarebbe una follia ripensarci. E poi qual è l'alternativa? La differenziata? Essenziale. Ma neanche la Svezia riesce ad aumentare le percentuali in così poco tempo».

La cultura, presidente Caldoro. L'assessore Miraglia siede nel Cda di Madre e Teatro Festival, ma non si vedono nuove personalità all'orizzonte.

«La mia giunta è la migliore d'Italia. Non abbiamo tagliato nessuna testa, alcuni hanno ritenuto di andarsene».

Diciamo che li avete messi in condizioni di andar via.

«Noi diamo un indirizzo politico, al quale bisogna attenersi. La causa al Tar per il Teatro Festival l'ha promossa la Furfaro, nessuno ha mai toccato Cicelyn al Madre. Abbiamo nominato Valerio Caprara e Natalino Irti, personalità riconosciute, con l'unica condizione che bisogna risparmiare. È finita l'era del museo della Regione, del film della Regione. Sono un riformista liberale contro il dirigismo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vertenza A rischio anche la sorte dei disabili ricoverati nei centri di riabilitazione della società

Silba, fumata nera alla Regione

La proprietà non recede ma i sindacati strappano una proroga ai licenziamenti

CAVA DE' TIRRENI. Gli amministratori della Silba confermano la volontà di licenziare i 134 dipendenti del Gruppo (66 in servizio a Villa Silvia a Roccapiemonte e 68 presso la struttura di Villa Alba di Cava de' Tirreni), ma i sindacati riescono a strappare, in virtù della mancata scadenza delle procedure di mobilità fissata per il 30 maggio, l'ultima opportunità di discutere, nel corso di un nuovo incontro previsto per il prossimo 2 maggio, ipotesi alternative ai licenziamenti come i contratti di solidarietà (riduzione orario di lavoro con la conseguente diminuzione dello stipendio, che però consentirebbe di salvare i posti di lavoro). Si è conclusa così, con un'agenda fitta di appuntamenti, la riunione tenutasi ieri mattina in Regione, presso il servizio Politiche del Lavoro, tra gli amministratori del Gruppo Silba e i rappresentanti delle tre sigle sindacali Cgil, Cisl e Uil, convocati a Napoli per discutere dell'avviate procedure di mobilità.

I dirigenti della Silba, rappresentati dagli amministratori delegati Riccardo De Falco e Giovanni Di Giura, hanno confermato la volontà/necessità dei licenziamenti. «Non sono intervenuti elementi utili a modificare la situazione determinatasi - hanno sottolineato - Anzi, il notevole lasso di tempo già trascorso, ha ulteriormente appesantito una situazione aziendale già precaria». Parole pesanti come macigni per il destino dei lavoratori che avrebbero portato come unico effetto l'invio delle lettere di licenziamento. A scongiurare questo rischio sono stati i sindacati e non solo. Le procedure di mobilità, avviate lo scorso 11 aprile, scadono il 30 maggio prossimo e dunque solo in quella data si potranno considerare chiuse, rendendo esecutivi i licenziamenti. Da parte loro i sindacati hanno ottenuto un'ulteriore proroga o meglio un'ultima spiaggia. I rappresentanti sindacali hanno, infatti, chiesto ed ottenuto un incontro con gli amministratori



La proposta All'esame i contratti di solidarietà

29 aprile, 2 e 10 maggio: tre date utili per scongiurare il rischio di licenziamento nei confronti dei 135 lavoratori del Gruppo Silba (Villa Alba a Cava de' Tirreni, Villa Silvia e Centro Montesano a Roccapiemonte) e la dismissione di ben 240 utenti (disabili psichici gravi) dalle strutture residenziali assistite con sede a Roccapiemonte. La procedura di mobilità scadrà il 30 maggio. Se non saranno decise soluzioni alternative (contratti di solidarietà o ammortizzatori sociali) i licenziamenti diventeranno esecutivi.

della Silba per discutere misure alternative per evitare i licenziamenti. Gli stessi attori del tavolo regionale sono stati convocati venerdì prossimo al Comune di Cava de' Tirreni per partecipare all'unità di crisi predisposta proprio per l'emergenza Silba.

«Era necessario, quanto auspicabile, che l'azienda si rendesse disponibile ad un'ulteriore disamina - dicono Pietro Antonacchio e Angelo Di Giacomo della Cisl - per verificare le perseguibilità del contratto di solidarietà e scongiurare i licenziamenti. È evidente che la vertenza in atto resta aperta, così come un tavolo a livello regionale che punti alla disamina del decreto 6 e alla riorganizzazione della macroarea

della riabilitazione per la salvaguardia dei livelli occupazionali ed assistenziali». Più duro il segretario provinciale della Cgil Arturo Sessa: «Per quanto riguarda la convocazione del 29 possiamo dire finalmente perché ai precedenti incontri non siamo stati invitati. In linea generale la Cgil è stanca di tanta demagogia su questa emergenza, non intendiamo prestare il fianco a strumentalizzazioni e in particolare ad ipotesi che sono solo frutto della campagna elettorale. Il commissario straordinario dell'Asl deve assumere un atteggiamento serio e concreto rispetto all'emergenza che coinvolgerà a cascata tutte le Rsa della provincia». Disponibilità anche da parte del segretario provinciale della Uil Antonio Malangone: «Vogliamo accertare le perdite effettive dell'azienda, cosa che non abbiamo ancora potuto fare e naturalmente saremo disponibili a soluzioni alternative per scongiurare i 134 licenziamenti a cui si aggiungono le dismissioni di ben 240 utenti».

► Stato Regioni ◀

Progetti vincolati: La Sanità fa il pieno

Semaforo verde a sei provvedimenti: realizzazione degli obiettivi di rilievo sanitario, accreditamento delle banche di sangue da cordone ombelicale, trapianti nei pazienti Hiv, riparto delle risorse per gli Istituti zooprofilattici

MAURO TONETTI

Linee guida per l'utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011. Si tratta dell'accordo tra il Governo e le Regioni per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011. Sul piatto ci sono 615 mln di euro spalmati su non autosufficienza, cure palliative e terapia del dolore, biobanche di materiale umano, malattie rare e Piano nazionale della prevenzione. In particolare per quanto riguarda la non autosufficienza, dove è compresa anche l'assistenza ai pazienti in stato vegetativo, si intro-



duce per il 2011, un vincolo di 240 milioni di euro, di cui 20 sono indirizzati all'assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti e altri 20 milioni di euro ai pazienti affetti da demenza.

Alle cure palliative e alla terapia del dolore si applica il vincolo di una quota di 100 milioni da ripartirsi tra le Regioni. Per gli interventi in materia di biobanche di materiale umano la quote disponibili ammontano a 15 milioni di euro, mentre per le malattie rare si conferma il vincolo di 20 milioni di euro. Infine, sono disponibili per il piano nazionale della prevenzione 240 milioni di euro.

Alle Regioni, ad accordo raggiunto, verrà erogato dall'Economia a titolo di acconto il 70 per cento delle risorse. Per accedere al restante 30 per cento le Regioni, entro 60 giorni dalla stipula,

dovranno presentare al ministero della Salute progetti ad hoc non dimenticando di aggiungere i risultati raggiunti nell'anno precedente. Progetti che dovranno comunque ricevere la benedizione della Conferenza Stato Regioni su proposta nella Salute. E chi non presenta o non riceve l'approvazione dei progetti perderà il diritto all'erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale: il documento mette nero su bianco gli aspetti organizzativi, tecnici e operativi delle Banche, dalla raccolta al rilascio delle unità cordonali per finalità terapeutiche, ed anche dei punti nascita a queste collegati

per lo svolgimento dell'attività di raccolta. Ferme restando le competenze delle singole Regioni e Province autonome nella disciplina delle autorizzazioni, accreditamento, programmazione e organizzazione delle attività sanitarie. Intesa anche sullo schema di decreto per il riparto delle risorse di cui alla delibera Cipe n. 97 del 18 dicembre 2008 a valere sulla quota riservata per gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali. Con l'intesa si ripartiscono 20 milioni di euro tra i dieci istituti presenti sul territorio nazionale.

Infine c'è l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo al progetto per i Trapianti di organi solidi in pazienti Hiv positivi.

Il provvedimento disciplina il trapianto di rene, rene-pancreas, cuore e polmone e fegato nei soggetti con infezione da Hiv. Vengono definiti i criteri di arruolamento in lista d'attesa, i requisiti dei Centri trapianto autorizzati, le modalità per la selezione dei pazienti e i criteri di inclusione e di esclusione. E ancora sono definiti i parametri in base ai quali procedere per effettuare una valutazione infettivologica pre-trapianto dei candidati, le vaccinazioni e la profilassi da adottare nel post operatorio.

IL DENARO.it

FEDERALISMO

Costi standard, lavori in corso

DI

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 26 APRILE 2011, POSTATO IN: SANITÀ

Nel testo del decreto sul fisco regionale che si appresta a diventare legge c'è l'indicazione a prevedere una Regione del Sud, una del Centro ed una del Nord tra le 3 realtà benchmark con i conti a posto da prendere come riferimento per costruire i costi standard. Con la postilla che una di queste sia di piccola dimensione geografica. Se si partisse quest'anno con i costi standard in Sanità, invece che nel 2013, le scelte cadrebbero su Lombardia, Toscana e Basilicata.

Un piccolo contentino per il Meridione arriva poi dalla norma inserita quasi in extremis sugli interventi strutturali straordinari che dovrà rimuovere le carenze infrastrutturali che riguardano principalmente il Meridione, ma in genere anche le zone montane e le piccole isole, e che hanno effetti sui costi delle prestazioni sanitarie. I ritardi strutturali saranno individuati sulla base di indicatori socio-economici e ambientali non dunque anche la deprivazione chiesta dal Sud ma in complementarietà con gli interventi straordinari per l'edilizia sanitaria già previsti.

I FABBISOGNI

Dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard sarà determinato con i Lea da erogare. Salute ed Economia, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni, fisseranno annualmente i costi ed i fabbisogni standard regionali, applicando a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento. L'anno di partenza sarà il 2013 sulla base dei bilanci delle Asl ed Ospedali del 2011.

Le 3 Regioni di riferimento, tra cui obbligatoriamente quella con i conti migliori (ad oggi la Lombardia), saranno scelte dalla Conferenza Stato – Regioni tra le 5 indicate dal Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia (sentito il ministro per i Rapporti con le Regioni) in quanto migliori 5 Regioni per aver garantito i Lea in condizione di equilibrio economico e senza essere assoggettate a piani di rientro. Regioni Benchmark che dovranno aver dimostrato anche di aver garantito la qualità e l'appropriatezza in base ai criteri che saranno definiti da un Dpcm, previa intesa in Stato – Regioni e sentita la Stem – Struttura Tecnica di Monitoraggio paritetica – basandosi sugli indicatori previsti dal Patto per la Salute 2009.

Ci sono poi due norme a favore delle Regioni virtuose: la quota percentuale assicurata alla migliore Regione di riferimento non dovrà essere inferiore a quella assegnata l'anno precedente. In più eventuali risparmi conquistati dai governi locali rimarranno nella disponibilità delle Regioni stesse. Infine ogni 2 anni, previa intesa Stato – Regioni, potranno essere rideterminati i criteri per disegnare i costi standard. Mentre il Ministero della Salute implementerà un sistema di valutazione della qualità delle cure, monitorando efficienza ed efficacia dei servizi. A vigilare su tutto il sistema ci penserà la Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica all'interno della Conferenza unificata. Fino a qui il testo approvato. Pesano alcune osservazioni per la Sanità, prima inserite tra le norme delle versioni precedenti del decreto, ed ora accolte dal Governo.

FEDERALISMO

Costi standard, le Marche la più virtuosa

DI

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 23 NOVEMBRE 2010, POSTATO IN: SANITÀ

www.federlabitalia.com

Se oggi tutte le Regioni italiane dovessero adeguarsi ai parametri di spesa e qualità dei servizi sanitari offerti dalle 5 Regioni virtuose individuate dal decreto sui costi standard, solo 8 passerebbero l'esame: Lombardia, Veneto, Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Molise, Marche e Liguria. E' la conclusione degli economisti sanitari del Cerm, Fabio Pammolli e Nicola Salerno, in uno studio-simulazione sul federalismo in sanità presentato al convegno nazionale organizzato a Milano da Fiaso (Federazione italiana di Asl e ospedali) e Agespi (Associazione gestori sociosanitari e cure post-intensive).

Lo studio conferma che ad arrancare sono soprattutto le Regioni del Sud, che registrano standard di qualità inferiori a quelli delle Regioni benchmark e costi comunque più elevati".

Particolarmente critici i casi di Campania (con 1.594 milioni di sovrappeso e un deficit di qualità di circa il 42 per cento rispetto agli standard qualitativi delle Regioni più virtuose), Calabria (302 milioni di sovrappeso e il 52 per cento di deficit qualitativo), Puglia (735 milioni e 44 per cento), Sicilia (535 milioni e 42 per cento) e Sardegna (261 milioni e 38 per cento), mentre Basilicata e Abruzzo, pur sostanzialmente in linea a livello di spesa, registrano deficit qualitativi del 38 per cento e del 33 per cento rispettivamente.

Lo studio promuove invece Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria, che non dovrebbero operare correzioni di spesa per mantenere gli attuali standard qualitativi, già oggi sostanzialmente in linea con quelli delle 5 regioni benchmark.

Le migliori performance – precisano Fiaso e Agespi – sono comunque quelle delle Marche (regione da cui proviene il sub commissario per sanità campana Giuseppe Zuccatelli) che, pur avendo livelli di qualità leggermente superiori a quelli delle Regioni più virtuose potrebbero persino spendere qualcosa in più per la sanità pur rimanendo in linea con i costi delle Regioni benchmark. Malino invece la Liguria (303 milioni di spesa in eccesso, a fronte di una qualità inferiore del 17 per cento a quella delle Regioni virtuose) e ancor meno bene il Lazio, che per allinearsi agli standard di spesa e di qualità dovrebbe tirare la cinghia per 429 milioni.

I CONTI IN ROSSO DELLA SANITÀ. 1

di Ettore Mautone

Piano di rientro: Campania rimandata

DI

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 26 APRILE 2011, POSTATO IN: BOX-SANITÀ, SANITÀ

Accreditamenti fermi, tetti di spesa e contratti con i privati al palo, lentezze nell'attuazione del piano pedaliero e soprattutto uno sbilancio residuo di 90 milioni spingono la commissione interministeriale

di verifica a chiedere altri 60 giorni per il via libera ai fondi di affiancamento

Subisce una inattesa battuta d'arresto la marcia del piano di risanamento dei conti della sanità campana. Il tavolo tecnico interministeriale di verifica sui conti di Asl e ospedali nella seduta ufficiale, che si è svolta lo scorso giovedì a Roma, indica una serie di scogli non ancora superati che si traducono in un pollice verso alla erogazione di ulteriori acconti delle risorse a valere sui fondi di affiancamento (circa 2 mld di euro) del patto per la Salute Stato-Regioni 2007-2010 ancora bloccati nelle casse del Tesoro. Mentre la Campania, dunque, incassa la agognata rivisitazione dei criteri di riparto del fondo sanitario nazionale (che portano in dote un iniziale adeguamento della fetta del finanziamento 2011 pari a 170 milioni di euro) si verifica un inatteso stop all'opera di risanamento portata avanti con determinazione dal governatore Stefano Caldoro. La mancata sottoscrizione dei contratti relativi ai tetti di spesa con i privati e uno sbilancio residuo, al netto di tutti gli interventi di copertura, di 90 milioni di euro, i punti segnati in rosso nel

verbale in via di stesura che impediscono alla Campania di ottenere ulteriore liquidità dallo Stato centrale. Contratti con i privati che, come è noto, non sono stati firmati dai titolari dei centri ex convenzionati proprio a causa dei tagli ritenuti eccessivi e non sostenibili dal fronte delle associazioni di categoria. Sebbene il verbale della riunione non sia stato ancora ufficializzato emergono le prime indiscrezioni sui contenuti del confronto che non sono affatto positivi per la nostra Regione. In pratica la Campania viene rimandata alla prossima verifica trimestrale. Non è un caso che il sub-commissario Mario Morlacco nell'ultimo incontro con le associazioni di categoria, nel prendere atto della mancata sottoscrizione dei contratti da parte dei centri accreditati (solo il 15 per cento ha siglato l'accordo) da un lato condivide la necessità, di legare l'attuazione del decreto sul riordino del sistema di pagamento dei centri erogatori (decreto n. 12 del 2011) ai tetti di spesa 2011 (che a loro volta sottendono i contratti con le Asl) e dall'altro concede una proroga di 60 giorni per la sottoscrizione degli stessi accordi. Molto dipenderà dalla Capacità della regione, in questo lasso di tempo, di sbloccare il fronte con i privati procedendo alla stipula di accordi quadro transattivi con i fornitori in grado di abbattere il contenzioso e di ridurre la voce relativa alle passività fuori bilancio per interessi moratori e spese legali. L'obbligo di sottoscrizione dei contratti individuali di struttura con le Asl è dunque rinviato di due mesi anche in relazione all'impegno della Regione Campania al tavolo interministeriale di verifica aggiornato al prossimo giugno. Morlacco rimanda, inoltre, al Tavolo tecnico regionale la soluzione di alcuni nodi posti dall'Aspat. "In particolare – avverte il coordinatore regionale Antonio Gambardella – l'adozione del Turb (Tetto unico regionale di branca) per la specialistica e, nell'ambito riabilitativo e l'emanazione del decreto dei percorsi terapeutici con contestuale caducazione del decreto commissariale 32 per la riabilitazione. Il coraggio, la determinazione e lo spirito di unità ha prevalso sull'arroganza e sulla logica ragionieristica dei tagli alla spesa sanitaria. Il sub commissario Morlacco, a seguito del diniego di quasi tutti gli imprenditori della sanità privata di sottoscrivere i contratti con le Asl, è arrivato alla determinazione di posticipare il termine della sottoscrizione e riaprire il tavolo delle trattative a Napoli. Andiamo avanti per affermare i nostri diritti".

Ricoveri (2009): 500 mila in meno. Tagliati i costi per 1,2 miliardi

DI

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 26 APRILE 2011, POSTATO IN: SANITÀ

Razionalizzazione dell'ospedale nel 2001/09 in Italia: circa 500 mila ricoveri e quasi 2 mln di giornate di degenza in meno. Tradotto in euro significa circa 1,2 mld di risparmio medio rispetto al 2008.

A ridursi di più sono stati i ricoveri in day hospital (meno 8,74 per cento), ma non per in appropriatezza: il calo è risultato dallo spostamento di prestazioni dall'ospedale all'ambulatorio.

I ricoveri per acuti in regime ordinario sono scesi del meno 1,77 per cento, quelli di riabilitazione in day hospital del meno 3,60 per cento e quelli per nido del meno 1,01 per cento. Aumentano i ricoveri ordinari per riabilitazione (più 1,37 per cento) e quelli per lungodegenza (più 1,04 per cento).

Questo è il primo dato evidenziato nel rapporto dal Ministero della Salute sulle Sdp 2009. Nel panorama sull'attività degli ospedali le Sdo evidenziano oltre al trend sempre decrescente dei ricoveri e delle giornate di degenza una riduzione continua negli anni della degenza media, che si è assestata nell'ultimo quinquennio su 6,7 giorni ed aumento della complessità della casistica, prima caratteristica dell'attività ospedaliera, ma soprattutto al Nord.

Per quanto riguarda i ricoveri, analizzando la situazione nelle Regioni si vede che la riduzione media complessiva del – 3,94 per cento dei ricoveri per acuti, ordinari ed in day hospital, va in realtà dal meno 18,51 per cento in Calabria, meno 10,27 per cento in Puglia e – 8,86 per cento in Abruzzo all'unico aumento registrato rispetto il 2008 che è quello dei ricoveri a Trento, cresciuti secondo le Sdp del più 1,69 per cento.

Diverso il quadro per la riabilitazione che aumenta in media tra ricoveri ordinari ed in Day Hospital del più 0,47 per cento, ma anche in realtà si riduce del meno 13,26 per cento in Abruzzo, – 7,36 per cento nel Lazio e meno 4,08 per cento in Calabria, aumenta del 38,09 per cento in Sardegna e del 18,11 per cento in Umbria. Differenze estreme anche per i ricoveri in lungodegenza: si va dal meno 15,27 per cento dell'Umbria al più 47,35 per cento del Molise. Varia anche la situazione del tasso di ospedalizzazione: rispetto a una media di 182 ricoveri circa per 1000 abitanti (di cui 176,7 per ricoveri ordinari).

CONTI IN ROSSO

Manovra antidebiti: sì del Governo

DI

REDAZIONE IL DENARO- MARTEDÌ 26 APRILE 2011, POSTATO IN: [BOX-SANITÀ](#), [SANITÀ](#)-**Semaforo verde del tavolo ministeriale al piano campano di azzeramento dello sbilancio pregresso delle Asl nei confronti dei fornitori**

In sede di confronto Stato-Regione sui conti in rosso della sanità campana Palazzo Santa Lucia ottiene il via libera del Tavolo tecnico di monitoraggio dello stato di attuazione del Piano di ristrutturazione dal debito sanitario (insediato presso il ministero dell'Economia e delle Finanze) al piano dei pagamenti per le Pmi fornitori di beni e servizi predisposto dalla Regione Campania con decreto commissariale n. 12 del 2011.

L'attuazione del Piano dei pagamenti viene catalogata come "adempimento per l'attuazione del Piano di rientro dal debito" si legge nel verbale firmata dai tecnici dei ministeri guidati da Giulio Tremonti e Ferruccio Fazio scongiurando, dunque, la ventilata ipotesi dell'adozione di una legge regionale ad hoc per la gestione liquidatoria per i debiti pregressi contratti dalle Aziende sanitarie locali al 31 dicembre dello scorso anno che giace ancora in Quinta commissione sanità del consiglio regionale della Campania. Nella prossima settimana sarà dato corso alle procedure operative concordate con alcune banche per la collocazione delle certificazioni del credito rilasciate dalle Aziende sanitarie Intanto è iniziata poco fa a Roma la Conferenza Unificata Stato-Regioni chiamata a ratificare l'accordo di venerdì scorso per il riparto del fondo sanitario nazionale.

I PAGAMENTI

Il Piano dei pagamenti dei debiti sanitari, che incassa il semaforo verde del ministero (decreto commissariale n. 12 del 2011), indica nella parte A i criteri e le modalità per il pagamento o per la certificazione del credito relative alle fatture non pagate vantate dai fornitori di beni e servizi fino al 28 febbraio del 2011. Il provvedimento, indica, inoltre, i criteri e le modalità per il pagamento e/o certificazioni dei crediti correnti e futuri fino alla data del 31 dicembre del 2012.

LA SPESA CORRENTE

Per i crediti relativi alla spesa corrente e futura, il rilascio delle certificazioni avverrà automaticamente, qualora le Aziende sanitarie non siano in grado di effettuare i pagamenti per contanti, secondo le modalità previste dal vigente contratto di fornitura delle prestazioni. Per il pagamento dei crediti pregressi il rilascio delle certificazioni sarà preceduto dalla stipula di un accordo quadro transattivo con le associazioni di categoria nell'ambito di quanto indicato dal Decreto commissariale.

OFFERTE FINANZIARIE

Sono già numerose le offerte bancarie prevenute alle associazioni di categoria delle aziende sanitarie che erogano prestazioni in regime di accreditamento con il servizio sanitario regionale per la cessione "pro-soluto" dei certificati di credito rilasciati dalle Aziende sanitarie locali. Lo sblocco della manovra di ripiano del debito avviene in contemporanea a un vertice, che si è svolto in maniera riservata a Palazzo Santa Lucia tra i due sub commissari per la sanità Mario Morlacco e Achille Coppola con manager e commissari di aziende sanitarie campane per la verifica e l'aggiornamento del monte debitorio e delle partite in contenzioso con le aziende oltre che per l'aggiornamento dei dati di bilancio relative alle quote pignorate sulle banche tesoriere. Un'azione sollecitata dai vertici della Soresa nell'ultimo incontro, di venerdì scorso, con le direzioni strategiche delle Asl convocato proprio per definire le tappe attuative della manovra di ripiano.



Quaranta milioni in più rispetto al 2010 alla Calabria nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale

Area d'interesse: Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

Data pubblicazione: 20-04-2011

La Vicepresidente della Regione, Antonella Stasi ha partecipato, questa mattina, alla Conferenza delle Regioni, riunita per discutere sul riparto del Fondo Sanitario Nazionale. Nel corso della riunione si è raggiunta un'intesa sul riparto, il percorso è stato impegnativo ed il risultato raggiunto è frutto di un grande lavoro condotto nelle ultime settimane all'interno della Conferenza delle Regioni.

"Siamo molto soddisfatti dei risultati raggiunti – ha dichiarato la Vicepresidente Antonella Stasi - la Calabria potrà contare per il 2011 su un incremento del fondo, pari a 40 milioni di euro in più rispetto al riparto del 2010, soprattutto considerato che il primo riparto, effettuato dal Ministro della Salute, assegnava alla Calabria 1 milione in meno rispetto al 2010. E' stato deciso, inoltre, di affidare ad un gruppo di lavoro, formato dai tecnici delle Regioni, dell'Agenas e del Ministero della Salute, la predisposizione entro quattro mesi di una proposta organica di nuovi criteri di riparto delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale, che tengano conto anche delle condizioni socio economiche, oltre che ambientali. Si tratta di un grande impegno che le Regioni hanno inteso sottoscrivere a margine della seduta odierna della Conferenza delle Regioni".

"Il deficit della sanità calabrese – ha affermato il Presidente Scopelliti – se da un lato è stato determinato da sprechi e cattiva organizzazione, dall'altro anche da un'iniqua distribuzione del fondo sanitario nazionale. Quest'anno – ha poi aggiunto il Governatore Scopelliti - possiamo contare su due importanti successi, l'incremento delle risorse destinato al fondo sanitario regionale della Calabria e la proposta di revisione dei criteri che considerino anche la condizione socio-economica ed ambientale delle varie realtà regionali.

Se il fondo sanitario nazionale nel 2010 è stato aumentato di 1,79 miliardi di euro ed ha prodotto per la Calabria un incremento del fondo sanitario regionale pari a zero, per il 2011 assumono maggiore rilevanza i 40 milioni di euro in più sul finanziamento aggiuntivo del fondo sanitario nazionale che è pari a 830 milioni di euro. Si tratta quindi di un traguardo importante". m.v.

EMILIA ROMAGNA:

Ticket, dal 1° maggio il diritto all'esenzione va indicato in ricetta

L'esenzione dal ticket per reddito va indicata nella ricetta di prescrizione di visite ed esami. Il certificato è rilasciato dall'Azienda Usl di residenza

26.04.2011



Dal prossimo 1° maggio l'esenzione dal pagamento del ticket per visite ed esami specialistici in base al reddito dev'essere indicata nella ricetta di prescrizione e non può più essere autocertificata al momento della prenotazione: le persone interessate devono avere il certificato di esenzione per reddito rilasciato dall'Azienda Usl di residenza e mostrarlo al medico che prescrive la visita o l'esame.

E' infatti al termine la fase di transizione di tre mesi (dal 1° febbraio al 30 aprile) – stabilita dalla Regione per informare i cittadini e per dare il tempo alle Aziende Usl di adeguare le loro organizzazioni – in cui hanno convissuto la vecchia modalità (autocertificazione del diritto al momento della prenotazione) e la nuova modalità (esenzione indicata nella ricetta di prescrizione di visite o esami sulla base del certificato di esenzione rilasciato dall'Azienda Usl).

Dal 1° maggio la nuova modalità diviene quindi obbligatoria e l'esenzione per reddito dal pagamento del ticket viene riconosciuta solo se questo diritto è indicato nella ricetta di prescrizione.



Come fare e a chi rivolgersi per il rilascio del certificato

Per avere il certificato di esenzione dal pagamento del ticket in base al reddito, la persona interessata deve rivolgersi alla propria Azienda Usl di residenza e compilare un apposito modulo di autocertificazione, nel quale inserire – assumendosene la responsabilità – le informazioni sul possesso dei requisiti necessari per l'esenzione dal ticket. Il modulo è scaricabile anche dal portale web del Servizio sanitario regionale (<http://www.saluter.it/servizi/visite-ed-esami/esenzione-ticket-per-reddito>).

Per sapere dove andare per avere il certificato di esenzione per reddito e ottenere tutti gli approfondimenti di cui si ha bisogno, è possibile telefonare al numero verde gratuito del Servizio sanitario regionale 800 033033 (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30, il sabato dalle 8.30 alle 13.30) o consultare la Guida ai servizi, sempre nel portale web Saluter (www.saluter.it/servizi-ai-cittadini) e nelle homepage di tutti i siti web delle Aziende sanitarie, scrivendo nello spazio "cerca": esenzione ticket per reddito.

Il certificato ha validità annuale (con scadenza al 31 dicembre) e deve essere rinnovato ogni anno. Per le persone con più di 65 anni ha validità illimitata. In ogni caso, anche per le persone con più di 65 anni, se le condizioni di reddito cambiano e non si ha più diritto all'esenzione, occorre comunicarlo tempestivamente alla propria Azienda Usl.

Sono esenti dal pagamento del ticket in base al reddito:

- le persone con più di 65 anni e i bambini con meno di 6, con reddito familiare complessivo inferiore a 36.151,98 euro;
- chi ha la pensione sociale o la pensione al minimo, con più di 60 anni, e i familiari a carico, con reddito familiare complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico;
- i disoccupati con più di 16 anni registrati nei Centri per l'impiego, in passato già occupati, e i familiari a carico, con reddito familiare complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.



RIPARTO SANITÀ, ALLA LIGURIA GLI STESSI SOLDI DEL 2010

Raggiunto l'accordo fra Regioni e Governo. Riconosciuta l'eccezionalità della situazione ligure: evitato un taglio di 170 milioni. Ma il risanamento continua



Oggi finalmente, dopo un'estenuante trattativa, la **Conferenza delle Regioni** ha confermato l'accordo raggiunto la settimana scorsa sul **riparto del Fondo per la Sanità**. Alla Liguria arriveranno **gli stessi soldi dell'anno scorso**: 3 miliardi e 29 milioni.

Il bicchiere è mezzo pieno e mezzo vuoto: siamo ancora in difficoltà perché il fabbisogno nel frattempo è cresciuto, ma **possiamo andare avanti**. Se fosse passata per intero la linea del Governo, che non "pesava" il criterio anagrafico - e sarebbe passata per regolamento se le Regioni non avessero trovato un accordo - **avremmo subito un taglio insostenibile** di altri 170 milioni.

E ci saremmo trovati nella situazione paradossale in cui noi, unica regione capace di uscire dal "piano di rientro" economico sanitario, avremmo dovuto tornarci e ricominciare da capo con i controlli e nuove tasse. Invece la conferma dell'accordo raggiunto tra le Regioni ci consente di ottenere lo stesso finanziamento dell'anno scorso, anche se in pratica si tratta di fondi che ci sono passati dalle regioni che hanno avuto di più e dagli extrafondi del Ministero. La nostra quota di accesso, cioè la percentuale che ci spetta del fondo, è infatti diminuita.

Certo, per il futuro resta sul tavolo la necessità di **trovare un nuovo criterio** di assegnazione dei fondi. La nostra proposta era lineare: la Liguria è la regione con l'età media più alta d'Italia, per la stessa **fragilità fisiologica dei nostri anziani** ci troviamo a dover spendere di più per curarli e assistirli. È un caso eccezionale, un piccolo caso perché siamo una regione piccola e stiamo parlando di cifre minime sul computo generale, ma il **trend nazionale** è quello dell'**invecchiamento** della popolazione e sarebbe saggio che cominciassero a confrontarsi anche regioni più "giovani".

La questione ora sarà esaminata da una **commissione** composta da Agenas (Agenzia nazionale per la salute), il ministero e le Regioni e che cercherà di ridefinire i criteri per risolvere strutturalmente il problema per i prossimi riparti. Non è semplice, tant'è che anche l'anno scorso ci si era detti che i criteri sarebbero stati definiti prima delle trattative, e invece...

Ora **procederemo al riparto dei fondi** per i nostri 10 centri di spesa, **chestanno per diventare 9** grazie alla fusione tra Ist e S.Martino: non allentiamo l'attenzione, **il risanamento deve procedere**.



Sanità

Via libera a riparto nazionale 2011. Al Veneto quasi 300 milioni in più rispetto al 2010. Zaia: hanno vinto la squadra e le regioni del Veneto

Venezia, 20 aprile 2011

"Ha vinto il buon senso, ha vinto la correttezza nell'applicazione dei criteri, ha vinto l'impostazione che il Veneto aveva portato avanti con forza e convinzione sin dal primo giorno, ha vinto il grande lavoro compiuto con tenacia ed anche resistenza dal nostro assessore alla sanità Luca Coletto. Anche questa volta il lavoro di squadra ha pagato e per questo voglio ringraziare lo stesso Coletto e l'assessore al bilancio Roberto Ciambetti".

Con queste parole il presidente della Regione del Veneto Luca Zaia commenta i contenuti del riparto sanitario nazionale per l'anno 2011 da poco definito a Roma, che assegna al Veneto 8 miliardi 612 milioni di euro (contro gli 8 miliardi 344 del 2010, 268 milioni in più), ai quali vanno aggiunti ulteriori 127 milioni legati agli obiettivi di salute contenuti nel piano sanitario nazionale. "In realtà - precisa Zaia - al Veneto sarebbero andati ulteriori 24 milioni, che abbiamo deciso di cedere come nostro contributo al fondo di solidarietà per le Regioni più in difficoltà. Lo abbiamo fatto volentieri, convinti che sia giusto aiutare le Regioni meno virtuose nel cammino per diventarlo".

Zaia pone l'accento sul lavoro portato avanti da tutta la Conferenza dei presidenti: "E' stato un confronto anche duro - dice - che si è concluso positivamente grazie alla razionalità e ragionevolezza di tutti i governatori ed alla grande capacità di mediazione, e direi anche di pazienza, del presidente Vasco Errani".

"Per il Veneto - ricorda Zaia - la partita era cominciata con un'ipotesi che ci avrebbe tolto 200 milioni rispetto al 2010: assolutamente inaccettabile nel metodo e nel merito per una Regione che ha fatto del rigore gestionale e della

salvaguardia dei servizi offerti al cittadino i propri punti fermi”.

“La svolta – sottolinea Zaia – è consistita nell’essere riusciti ad evitare l’inserimento di un criterio iniquo come la deprivazione, che è socioeconomico e quindi non ha nulla a che fare con la spesa sanitaria, che avrebbe pesantemente penalizzato le regioni più virtuose, ed il Veneto tra queste. Non solo, ma con la deprivazione sarebbe stato messo in discussione anche uno dei capisaldi del federalismo in sanità, che è l’applicazione dei costi standard. Anche per questo, averlo evitato è motivo di grande soddisfazione e di speranza perché negli anni a venire la spesa sanitaria e la relativa dotazione alle Regioni vengano definite con una metodologia più appropriata, a cominciare dal fatto che una stessa prestazione non può costare la metà in una Regione ed il doppio in un’altra”.

“Questo – secondo Zaia – è per il Veneto un successo da incorniciare, che ci assegna sacrosante risorse in più per il 2011, ma nessuno potrà permettersi di dormire sugli allori. Ci aspetta ancora un grande e continuo lavoro per migliorare le performances gestionali, per rispondere di più e meglio alle esigenze dei veneti, a cominciare dalle liste d’attesa, per riorganizzare la nostra sanità e renderla più rispondente alle mutate esigenze di salute dei cittadini e alle necessità di ottimizzazione della spesa”.

Nell’ambito della complessa trattativa portata avanti in queste settimane dall’assessore Coletto, sono stati raggiunti anche altri importanti obiettivi. Tra questi l’attivazione di un tavolo tecnico Regioni-Ministero- Agenzia Sanitaria Nazionale per l’individuazione di nuovi criteri rispondenti alle realtà territoriali eventualmente da utilizzare nel 2012 e la disponibilità del Ministero della Salute a riverificare l’utilizzo di una somma di 650 milioni di euro attualmente destinata ad altri enti non regionali.