

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 27.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Stato-Regioni addio, arriva la "Conferenza della Repubblica". Via libera delle Regioni

La Conferenza Unificata di ieri ha registrato l'intesa di Regioni e Comuni sullo schema di legge delega che crea una nuova sede istituzionale per i rapporti tra Governo e autonomie locali che prenderà il posto della Stato-Regioni, Stato-Città e Unificata. Risultato raggiunto "attraverso una serie di emendamenti", ha spiegato Errani, che saranno però definiti solo nei futuri decreti attuativi. Ecco quali saranno i compiti e i meccanismi di funzionamento della nuova Conferenza.

26 MAG - Niente più Conferenza Stato-Regioni, Stato-Città e Unificata, nasce la Conferenza della Repubblica. Sarà questa la sede di "confronto, concertazione e attuazione del principio di leale collaborazione tra lo Stato e le autonomie regionali e locali", come si legge nelle prime righe dello schema di legge delega che ieri ha avuto l'intesa anche da parte di Regioni e Comuni.

Un'intesa non scontata, visto che il 18 febbraio, quando il Consiglio dei ministri aveva licenziato il testo, le Regioni si erano mostrate molto critiche verso questa novità. "Si tratta di un provvedimento che pone diverse criticità e che per molti aspetti prefigura un accentramento, lontano da ogni logica federalista, oltre a delineare un quadro di particolare farraginosità sul piano delle procedure" aveva commentato il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, aggiungendo che l'unico aspetto condivisibile era il nome assegnato al nuovo organismo.

Il lavoro di mediazione svolto da Raffaele Fitto ha però prodotto buoni risultati e così ieri la Conferenza Unificata ha potuto registrare l'intesa sullo schema di legge delega. Le osservazioni di Regioni e Comuni saranno accolte, ma troveranno spazio soprattutto nella successiva fase, ovvero nella stesura dei molti decreti attuativi necessari a realizzare davvero la nuova Conferenza. Tra le richieste anche una presenza nella Conferenza della Repubblica dei presidenti di Anci e Upi e di almeno 7 sindaci, tra cui quello di Roma, e 14 presidenti di Provincia. "La mia posizione non è contraria alle proposte di Regioni, Province e Comuni, ma è una questione di metodo – ha spiegato il ministro Fitto – se è un disegno di legge delega non può definire il dettaglio, che sarà oggetto dei decreti legislativi, che saranno seguiti nel corso di un confronto costante e di un tavolo congiunto con Regioni, Province e Comuni".

Ma il ministro ai Rapporti con le Regioni ha sottolineato soprattutto l'importanza del processo avviato, che adegua gli organismi istituzionali ai cambiamenti introdotti dalla riforma del Titolo V della Costituzione: "È una riforma molto importante, che avviene nell'anno della celebrazione del 150esimo dell'Unità d'Italia" e la nuova Conferenza potrà "accelerare l'iter dei provvedimenti" e garantire ai diversi livelli istituzionali "un confronto costante".

Ecco come sarà la Conferenza della Repubblica

Lo schema di legge delega attualmente in discussione è molto sintetico e rinvia a successivi decreti attuativi che dovranno tutti essere sottoposti al parere della Conferenza Unificata, del Consiglio di Stato e delle Commissioni parlamentari competenti. L'attuale testo, dunque, indica solo principi e criteri che dovranno poi essere concretamente sviluppati.

La nuova Conferenza della Repubblica "sostituisce" le attuali Conferenza Stato Regioni, Conferenza Stato Città e Conferenza Unificata e si articola in due sezioni: "Sezione Stato Regioni" e "Sezione Stato e autonomie locali".

La Conferenza e le due Sezioni sono presiedute dal presidente del Consiglio.

I futuri decreti dovranno disciplinare le modalità di votazione delle sedute e anche, si legge nello schema, "i casi di mancata partecipazione ovvero di astensione alla votazione alle sedute della Conferenza della Repubblica e delle Sezioni, secondo criteri di semplificazione e di celerità, stabilendo la validità della votazione sulla base dei presenti",

definire la cadenza delle riunioni, stabilire “termini perentori” per l’acquisizione dell’assenso delle autonomie regionali e locali sui provvedimenti del Governo.

I dubbi sui nuovi poteri sostitutivi

Nei decreti attuativi dovrà inoltre essere definita la tipologia degli atti adottati dalla Conferenza, e anche le modalità con le quali le Regioni dovranno adottare “atti normativi o amministrativi di recepimento delle intese (...) e degli accordi entro termini perentori”, trascorsi i quali il Governo eserciterà il potere sostitutivo, sulla base dell’articolo 120 della Costituzione. È verosimile che su questo punto, al momento della stesura dei decreti, ci sarà da discutere, anche perché il dettato costituzionale ipotizza il ricorso ai poteri sostitutivi solo “nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l’incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell’unità giuridica o dell’unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”.

I lavori della Conferenza saranno preparati attraverso Commissioni politiche divise per settore ed è prevista anche la creazione di gruppi di lavoro per approfondire specifiche tematiche.

I lavori della Conferenza e delle Sezioni dovranno essere resi noti alle amministrazioni locali e, attraverso una relazione annuale, al Parlamento.

La creazione della Conferenza della Repubblica, con tutte le previste articolazioni in sezioni, commissioni e gruppi di lavoro, dovrebbe anche portare alla soppressione di “comitati, organismi, commissioni e organi omologhi già istituiti all’interno delle amministrazioni” ad eccezione di quelli creati con la legge sul federalismo fiscale.

L'intervista

**Antonini: «Federalismo freno alle tasse
In sanità chi rompe deve pagare
e non toccherà ai virtuosi ripianare i buchi»**

Sabrina Cottone a pagina 47

L'ESPERTO LUCA ANTONINI

«Il federalismo? Un freno alle tasse»

*Il presidente della commissione tecnica parla dei vantaggi della riforma per la spesa sanitaria
«Con il principio del chi rompe paga, non toccherà ai virtuosi ripianare i buchi degli altri»*

Sabrina Cottone

«La sanità è uno degli aspetti più importanti del federalismo. E la sanità italiana è una delle migliori del mondo». Luca Antonini, presidente della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale, si dice convinto: «Il federalismo va a razionalizzare profondamente il settore della sanità».

Crede che il federalismo possa davvero riequilibrare il rapporto tra le Regioni?

«Abbiamo regioni che funzionano molto bene e altre che funzionano molto male. Fare il federalismo in un contesto di questo tipo significa razionalizzare un sistema che è costato molto a tutti gli italiani. Ad esempio, l'ultimo governo Prodi stanziò 12 miliardi di euro per 5 regioni extra deficit sanitario del Sud».

Come sono stati utilizzati quei 12 miliardi?

«Con quei 12 miliardi quell'anno si poteva ridurre di un terzo l'Irap e così agevolare le imprese. Oppure si poteva abbassare l'aliquota Irpef dal 23 al 20 per cento. Invece i fondi sono finiti in questo ripiano che non ha quasi avuto risultato. Queste 5 regioni continuano a essere in deficit e con altissimi tassi di migrazione sanitaria. Il federalismo rafforzerà il

principio del "chi rompe paga"».

Che cosa vuol dire nel concreto che chi rompe paga?

«Se un presidente di Regione non risana il deficit, dovrà aumentare l'addizionale Irpef fino al 3 per cento. A quel punto

dovrà vedersela con i suoi elettori. Nello stesso tempo vengono introdotti i costi standard, in modo da rendere evidente il fabbisogno e lo spreco. A quel punto il quadro diventa molto chiaro: gli sprechi fanno aumentare le tasse e questo costringerà un presidente di Regione a intervenire per razionalizzare la sanità».

Come sarà possibile per gli elettori fare queste verifiche?

«Sarà introdotto l'inventario di fine legislatura. Stefano Caldoro, presidente della Regione Campania, quando ha vinto le elezioni ci ha messo sei mesi per capire il deficit, il buco della gestione precedente e i suoi contenziosi spaventosi. La Campania spende 250 milioni di euro l'anno di avvocati solo per la sanità! Tutto questo è venuto alla luce perché Caldoro ha dovuto chiamare gli ispettori del Tesoro che gli hanno quantificato il deficit precedente».

E con il federalismo fiscale che cosa cambierà nelle veri-

fiche di bilancio?

«Diventa obbligatorio pubblicare 20 giorni prima delle elezioni il bilancio del proprio deficit sanitario, certificato sia dagli organi interni che istituzionali dello Stato. In questo modo l'elettore diventa consapevole di quale è stata la gestione precedente. Oggi non avviene assolutamente così. Noi abbiamo avuto presidenti di Regione come Raffaele Fitto in Puglia mandati via nonostante avesse risanato il deficit, chiudendo 21 piccoli ospedali inutili. L'elettore non è in grado di giudicare perché i risultati non si vedono».

Ele sanzioni per i governatori incapaci?

«Se un governatore non rispetta per due anni in modo im-



motivato il piano di rientro della sanità e aumenta l'addizio-

nale irpef al 3 per cento, cioè fa pagare agli elettori lo spreco, può essere rimosso dal governo e si va a nuove elezioni regionali. Se un partito ricandida quel presidente rimosso nei 10 anni successivi, perde il 30 per cento del finanziamento pub-

blico».

La sanità lombarda è destinata ad avere benefici specifici dal federalismo?

«La sanità lombarda è ottima. La Lombardia da tempo è su queste posizioni: adesso si tratta di prendere spunto da questo modello. È efficiente e spende meno degli standard delle tre regioni benchmark, che saranno individuate sulla base dei risultati 2011. Alle regioni benchmark, tra le quali molto probabilmente ci sarà la Lombardia, vengono garantiti alcuni premi. Saranno previsti meccanismi di premio per le regioni che hanno istituito centrali d'acquisto, cosa che evita di pagare una siringa indifferentemente uno o quattro euro. Viene introdotto il sistema di prezzi di riferimento».

Qual è il principale cambiamento che vedranno i cittadini lombardi?

«I lombardi non pagheranno

più i ripiani statali delle Regioni in deficit».

C'è chi teme che il federalismo fiscale si risolverà in tasse e costi in più per i cittadini.

«È profondamente sbagliato. Il federalismo rende trasparente la spesa, che può essere confrontata. Gli standard sono noti e a quel punto l'amministratore che aumenta le tasse viene ferocemente giudicato. Se lasciamo la situazione così come è, cioè incontrollata, bisognerà aumentare le tasse. Invece il federalismo consente di diminuire le tasse. Aumenteranno solo le tasse di chi spreca, ma gli sprechi saranno diventati trasparenti e gli elettori potranno intervenire».

Governo Prodi

Stanzio

12 miliardi

per aiutare

cinque Regioni

Controlli

Introdurremo

l'inventario

di fine

legislatura

Medici di famiglia in rivolta il 3 giugno niente assistenza *Isindacati: "La Regione ci ha abbandonati"*

CECILIA CIRINEI

CI HANNO provato. Ma non funziona. La certificazione online, ora come ora, diventa solo una perdita di tempo di tempo prezioso. Poi, il più delle volte non va a buon fine. Lasciando il medico desolato a guardare il computer e non il paziente, e fare dopo, come si è sempre fatto, tutto con la carta. I dottori "di famiglia" non ci stanno e minacciano uno sciopero generale per il 3 giugno se non si arriva ad un'intesa con la Regione Lazio nella riunione prevista il prossimo 30 maggio.

Le richieste fondamentali per proseguire il lavoro, frutto del protocollo d'intesa per la medicina generale siglato il 28 dicembre del 2010, sono tutte state disattese: prima fra tutte appunto l'attivazione delle linee Adsl (a costo zero per la Regione) e essenziale per fare le certificazioni online, la validità annuale della ricetta rossa e la possibilità di avere una piattaforma informatica comune a tutti i medici, per rendere così la cartella elettronica dei pazienti una realtà non solo teorica.

I punti dovevano essere applicati entro il 30 aprile ma la Regione Lazio non ha onorato gli impegni presi con i sindacati dei medici di famiglia. Per questo motivo lo Smi-Lazio e l'Intesa sindacale (Cisl-Medici, FpCgil-Medici, Simet, Sumai), se non si arrivasse ad un'intesa con la categoria, proclameranno lo sciopero generale dei medici di famiglia. «Dopo un ulteriore incontro all'assessorato alla sanità della Regione, per tentare di ricucire il rapporto con i medici di medicina generale, medici di famiglia, guardia medica e dei servizi, e in assenza di un'apertura da parte della Regione in merito alle nostre richieste - dice Paolo Marotta, vice segretario regionale Smi-Lazio - abbiamo deciso di proclamare uno sciopero. Speravamo in uno spiraglio da parte dei vertici regionali ma tutto è caduto

nel dimenticatoio. Abbiamo constatato che non è stato fatto alcun cambiamento. Ci preoccupa la salute pubblica che viene inesorabilmente mortificata».

Per Giulia Rodano, consigliere regionale dell'Italia dei Valori e vicepresidente della commissione sanità della Regione: «L'insoddisfazione dei medici di famiglia è condivisibile e motivata. A dicembre la presidente Polverini aveva dichiarato l'approvazione del protocollo d'intesa con la categoria, descrivendolo come il perno della sua rivoluzione nella sanità. Ora veniamo a sapere che l'accordo è stato disatteso e che la Regione non sta mettendo i medici in condizione di lavorare. Ed è una grave responsabilità». Secondo l'Intesa sindacale: «La Regione non rispetta accordi e impegni sottoscritti e non fornisce ai medici gli strumenti per l'informatizzazione, di fatto rendendo impossibile la creazione di una piattaforma digitale comune per la medicina generale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le tappe



DICEMBRE

Siglato il 28 il protocollo d'intesa fra i medici e la Regione.



APRILE

I punti dovevano essere applicati il 30 aprile



MAGGIO

Il prossimo 30 maggio è prevista una riunione alla Regione



MANCA LA CONNESSIONE VELOCE**Certificati on line,
i medici di famiglia in sciopero**

I medici di famiglia del Lazio pronti ad incrociare le braccia. Lo Smi del Lazio e Intesa sindacale hanno infatti indetto, per il 3 giugno, una giornata di sciopero. Salvo che nella riunione prevista per lunedì con i vertici regionali non si arrivasse ad un'intesa. Tra i motivi della protesta: l'attivazione delle linee Adsl per l'invio della certificazione medica online, la validità annuale della ricetta rossa e l'attivazione di una piattaforma informatica comune per i medici di medicina generale. «Tutte promesse», si legge in una nota dei sindacati, «disattese da parte della Regione Lazio che, dopo aver siglato il Protocollo d'intesa per la medicina generale lo scorso 28 dicembre 2010 non ha onorato gli impegni presi con i sindacati medici».

SANITÀ IL CENTRISTA CURTO: A FRANCAVILLA OSPEDALE AL COLLASSO. L'AZZURRO FRIOLO: 118 AL KO

«Maggioranza e Udc, è partita la corsa alla spartizione dei manager Asl»

Il Pdl: e intanto pazienti in coda per le novità dell'esenzione ticket

● «Alla Regione Puglia si consuma l'ennesima spartizione di torte». È l'accusa del vicecapogruppo Pdl, **Massimo Cassano**, all'indomani della riunione con l'assessore **Tommaso Fiore** della maggioranza e dell'Udc. «Il Pd continua a chiedere totale ricambio alla guida delle Asl, mentre l'Udc (a che titolo?) propone di "salvare" chi ha lavorato bene. Intanto si rincorrono già le voci sulle spartizioni. Vigileremo su queste nomine e, qualora non saranno di natura prettamente tecnica o non avverranno secondo quanto prevedono norme e leggi vigenti, non esiteremo a denunciarlo in ogni sede competente».

Dall'Udc, invece, viene un nuovo allarme sull'ospedale di Francavilla Fontana, sottoposto ai tagli del piano di rientro. «Sottoporro subito all'assessore Fiore l'estrema criticità in cui versa l'ospedale Camberlingo», dice **Euprepio Curto** - sia per ciò che riguarda gli organici, sia per ciò che riguarda l'infrastrutturazione. L'ospedale è al collasso, in quanto su di esso converge l'utenza dei reparti soppressi in altri ospedali o quella del

soppresso ospedale di Ceglie Messapico». Il Pdl, invece, accende i fati sulla «vergogna dei pazienti in coda fin dall'alba alla Asl di Lecce per presentare le auto-certificazioni necessarie alle esenzioni del ticket». **Rocco Palese**, **Antonio Barba**, **Andrea Caroppo**, **Erio Congedo**, **Roberto Mari** e **Mario Vadrucci** dicono che «mentre a Bari nelle riunioni di maggioranza Vendola e la sinistra si stanno spartendo le poltrone dei prossimi vertici delle Asl, a Lecce i pazienti sono sottoposti a file vergognose e scaricabarile di responsabilità». **Maurizio Friolo**, infine, accusa Vendola di aver snobbato i precari del servizio 118. «C'è disparità tra le cooperative convenzionate per tale servizio nel Brindisino: alcune hanno l'obbligo di assunzioni, altre no. Inoltre, il personale infermieristico di Cisternino è ridotto a 5 unità costrette a lavorare ininterrottamente per 20 giorni prima di una giornata di riposo». Lavoratori di mense, pulizie e portierato internalizzati nelle Sanitàservice, medici e infermieri del 118 al palo.



Ma alle Poste faranno anche le punture?

Silvino Gonzato

«Tutto sembra essere fatto per complicare la vita alla gente» scrive la Olga. «Quando quattro sapientoni di amministratori si mettono attorno a un tavolo gh'è da tremàr. Bisognerebbe evitare che si incontrassero, bisognerebbe tenerli distanti, ognuno par cantón, magari ligàrli. L'ultima complicación deriva da un accordo tra la Regione e le Poste. Visto che

le Poste funzionano a dovere e brillano per efficienza e puntualità, quando partirà il nuovo servissio, oltre alle lettere ci sarà il rischio che vengano perduti anche i medicinali che i pazienti ordineranno agli sportelli invece che farseli prescrivere dal loro medico. La novità infatti è questa: visto che le còe alle Poste non sono già abbastanza lunghe, visto che per ritirare una raccomandata si perde un'intera mattinata, per complicare ancora di più la si-

tuazione è stato istituito lo "Sportello amico" dove si potranno prenotare visite specialistiche, pagare ticket sanitari, ritirare referti e ordinare i farmaci che poi ti verranno recapitati a domicilio».

«Ho cercato di farmi spiegare il nuovo dis-servissio da un amico del mio Gino che lavora alle Poste il quale ha slargato i brassi. Poi ho cercato di farmelo spiegare dal mio farmacista che oltre a slargare i brassi, ha scolorato la testa e tirato un par de ostie. Non so dove l'abbia sentita, ma il mio Gino mi ha detto che alle Poste faranno anche le punture e che ci sarà uno sportello apposito, più basso degli altri, nel quale si infilerà il sedere. Spero che almeno ci sia un paravento e che a fare le punture sia un dotór o un infermier specializzato,

non un postìn in esubero. Con le Poste che ti recapiteranno a casa le medicine, poi, la präiva-si andrà a farse ciavàr. Potrà capitare che, siccome le nuove generazioni di postini non fanno più le scale, l'utente-paziente sia avvisato a voce alta attraverso il citofono del genere di farmaco che, se scenderà in strada, potrà ritirare. E così tutto il vicinato saprà di cosa soffre il tale o la tale e ci sarà il passaparòla. Il mio Gino mi ha detto che i veciòti del bareto che prendono il viagra, e quasi tutti all'insaputa delle moiér che ne godono i benefici, sono preoccupati. Metti che il postìn sighi al citofono il nome del prodotto o, se dotato di un po' di discreSSION e di spirito, urli "Signor Arturo, è arivà el tonico par el sarsàcolo", vuto che la gente non mormori?». ♦

Legnini: sugli ospedali il Pdl fa solo propaganda

Giovanni
Legnini

PESCARA. «Chiodi e il Pdl non possono presentarsi come innovatori, sulla sanità tutti gli abruzzesi vogliono il risanamento». Il senatore del Pd Giovanni Legnini risponde sui temi caldi della riorganizzazione degli ospedali dopo le sentenze del Tar. (A pagina 15)

SENTENZE DEL TAR SANITA' NEL CAOS

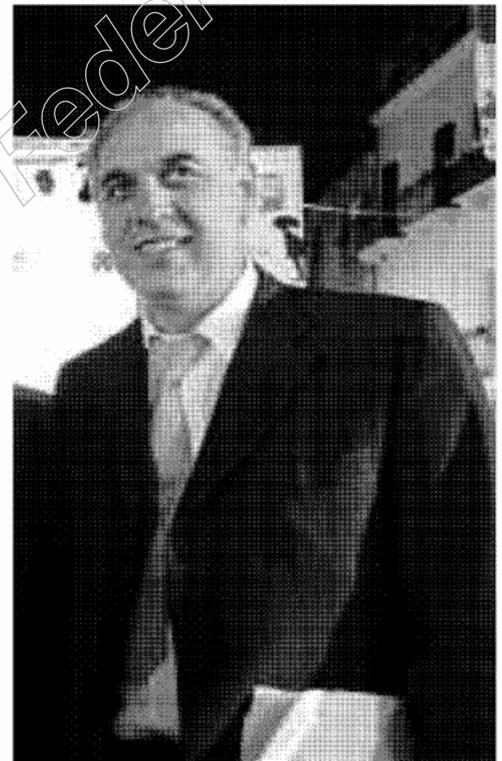
Il senatore del Pd Giovanni Legnini:
«Gli abruzzesi vogliono il risanamento»

«Sui piccoli ospedali il Pdl sta facendo solo propaganda»



Le Asl perdono
62 milioni
nel 2011 a causa
delle cure fatte
fuori regione

Commissario.
**Gianni
Chiodi**
A destra
il senatore
**Giovanni
Legnini**



di Fabio Casmirro

PESCARA. Innovatori e conservatori, favorevoli al cambiamento e coloro che al cambiamento cercano in ogni modo di resistere. Per il senatore del Pd **Giovanni Legnini** siamo a uno schematismo malato, pura propaganda che vuole relegare il confronto politico sulla sanità a un dualismo senza vie d'uscita. Il Piano commissariale 2010 sul rientro del debito, bocciato da 9 sentenze del Tar, alimenta polemiche senza fine ma è come se si continuasse a girare intorno al problema senza mai decide-

re come affrontarlo. «**Chiodi e Venturoni**», afferma il parlamentare, «vogliono far passare due tesi assurde: la prima, è che loro sono innovatori, mentre cittadini, sindaci, partiti di opposizione e il Tar sono conservatori. L'altra tesi è che loro vogliono risanare i conti, però il resto della società abruzzese non vuole farlo. Tesi insostenibili, oltre che false e dannose per il futuro dell'Abruzzo».

Il punto è come cambiare davvero le cose?

«Prima di ignorare le leggi regionali, **Chiodi** e la sub commissaria alla Sanità, **Giovanna Baraldi**, i dirigenti del governo, avrebbero

dovuto porsi alcune domande semplici: il commissario governativo è munito di poteri legislativi? Sono vigenti il Piano di rientro dal deficit sanitario approvato dal centrosinistra nel 2007 e le due leggi attuative? Uno studente del primo anno di Giurisprudenza risponderebbe che il commissario non fa le leggi, non può cambiarle o ignorarle perché il potere legislativo è del Consiglio regionale».

Il Tar solleva vizi di legittimità, non entra nel merito della riforma.

«Da un anno diciamo che non si può negare l'evidenza. Non è possibile chiudere

ospedali senza organizzare servizi sostitutivi, garantire a tutti il diritto alla salute. Non può esserci un prima chiudiamo, poi vediamo. C'è



voluti il Tar per affermare un principio elementare, lo stesso ribadito dalla Corte costituzionale, più di sei mesi fa, e dal Consiglio di Stato nel gennaio scorso».

Nessuna sorpresa per queste decisioni?

«E' a tutti chiaro, tranne che a Chiodi, quel che si poteva o non si poteva fare. Io stesso presentai un'interrogazione, il 25 gennaio 2011, per chiedere al governo di ripristinare le regole e di sostituire il commissario Chiodi per manifesta incapacità».

Quale fu l'esito dell'interpellanza?

«Il ministro Fazio venne nell'aula del Senato il 24 febbraio e sul punto rispose che la sanità, in Abruzzo, è un modello. Da restare senza parole».

A proposito di risanamento. A che punto è il saldo della «mobilità passiva», la spesa che ogni anno le Asl devono sobbarcarsi per pagare i costi dei cittadini abruzzesi che si curano fuori regione?

«Nel 2007, la mobilità passiva era sostanzialmente in pareggio (-3 milioni circa). Nel 2010, siamo arrivati a una perdita di 62 milioni. Non lo dico io. E' scritto nel Rapporto 2011 della Corte dei Conti sulla finanza pubblica».

Come dire che sta andando in fumo il risparmio ottenuto con il taglio di servizi e reparti ospedalieri?

«Esatto. Nei fatti, stiamo contribuendo a risanare la sanità di altre Regioni».

Come si può affrontare in modo responsabile questa situazione?

«Per prima cosa, è inutile che Chiodi ricominci con i viaggi della speranza a Roma, a caccia di decreti legge per sanare atti illegittimi. Si fermi all'Aquila, investa il Consiglio regionale di programmare la riorganizzazione e il risanamento della sanità abruzzese. Noi faremo la nostra parte».

Nel Pdl si ripone molta fiducia nei ricorsi al Consiglio di Stato.

«Se Chiodi non torna a discutere in Consiglio regionale, vorrà dire che ha paura della sua stessa maggioranza. In Abruzzo, non c'è più chi vuole deficit e chi il risanamento. Noi vogliamo guardare avanti, non indietro».

Romano sulla sanità nel Lazio

“Polverini? Ma quale piano di rilancio...”

Il segretario regionale della Fials Confisal, Gianni Romano parla in merito alla questione sanità nel Lazio: “Siamo fiduciosi che il presidente del Lazio si appresti a nominare l'assessore alla sanità e dismetta i panni di commissario ad acta. Questa è la consequenziale conclusione di un percorso che il presidente ha deciso come terminato e di un altro, che ha deciso, sia ora avviato; a sentire il presidente Polverini si è chiuso il piano di rientro e si è aperta la stagione del piano di rilancio che però consisterebbe nel passaggio di delega assessorile. Piuttosto – prosegue – è lecito chiedere cosa ne dicano il dicastero delle Finanze, il tavolo tecnico interministeriale e il dicastero della Salute di questa scelta unilaterale del presidente Polverini. Infatti la conclusione del piano di rientro, per legge, non è solo una scelta lessicale, piuttosto viene sancita dal ripiano del debito entro margini finanziari ben precisi. Tutt'altra invece è la situazione del Lazio dove non

c'è e non c'è stato alcun pareggio dei conti che invece sarebbero in rosso fisso. Se invece – prosegue Romano – il governatore volesse correggerci nel preambolo intrapreso allora vorremmo sapere in cosa consiste il rilancio del comparto assistenziale: a oggi non ci risulta che sia stato stilato quel nuovo piano programmatico che lo supporta”. Romano commenta inoltre la strategia di risparmio proposta da Polverini, che consisterebbe nel far dare alla luce i figli delle partorienti tra le proprie mura domestiche: “Secondo il governatore si risparmierebbe. Ma è solo un abbaglio finanziario. Una stanza da allestire a sala parto necessita di un'accurata disinfezione, oltre che gli appositi macchinari. Inoltre trasferire presso un domicilio privato medico ginecologo, ostetrica, anestesista ed eventualmente un chirurgo, costa denari. Tanti denari. A conti fatti – precisa Romano – sfidiamo in una gara di aritmetica spicciola il presidente del Lazio a dimostrare il contrario sul mancato risparmio e a confutare la nostra semplice osservazione dei fatti”.

Marco Ruggeri

**DOSSIER****LOMBARDIA****CREDITO & ECONOMIA 3** PARTE DALLA LOMBARDIA UN'ESPERIENZA PILOTA PER VELOCIZZARE GLI INCASSI DALLE ASL

Pagamenti short time

Ritardi nei pagamenti delle Asl addio. Parte dalla Lombardia un'esperienza pilota che ha già consentito un notevole accorciamento dei tempi per l'incasso delle fatture. Così le imprese fornitrici del sistema sanitario lombardo tirano un sospiro di sollievo. Questo grazie al fondo socio-sanitario istituito dalla Regione Lombardia nel 2007 con lo scopo di migliorare e ottimizzare la gestione dei pagamenti ai fornitori del sistema sanitario. Gestito da Finlombarda fin dalla sua nascita, oggi il fondo socio sanitario, dati alla mano, è a pieno regime. Sono stati erogati più di 8,2 miliardi di euro a circa 12.700 imprese e gestiti oltre 2,9 milioni di documenti contabili, tra fatture e note di credito. L'iniziativa, ispirata alla logica del cash pooling, prevede la centralizzazione dei flussi finanziari di tutte le aziende sanitarie in Finlombarda, quale unico soggetto pagatore, e la successiva realizzazione dei pagamenti direttamente ai fornitori. In sostanza, al meccanismo complesso e perverso, che prevedeva prima il trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle Asl, poi il rimborso delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie agli erogatori pubblici e privati e quindi i pagamenti da parte delle Asl e delle Aziende ospedaliere ai propri fornitori, si sostituisce un sistema di pagamento diretto dei fornitori di Asl e Ao con un significativo impatto in termini organizzativi e gestionali.

Questo nuovo meccanismo è il risultato di un percorso graduale che ha portato alla progressiva contrazione delle tempistiche di pagamento dai 280 giorni iniziali agli attuali 90 giorni. Il percorso è iniziato nel 2007 con l'erogazione tramite il fondo delle

Grazie al fondo sociosanitario i tempi si sono ridotti a 90 giorni rispetto ai 280 giorni precedenti

risorse finanziarie alle 15 Asl del territorio, è proseguito nel 2008 con i pagamenti diretti ai fornitori e alla fine del 2009 si è concluso con la sperimentazione presso due Aziende pilota e, quindi, è stato esteso a tutte le Asl un sistema informatico che consente di disporre e intercambiare i flussi di dati in modo tempestivo e automatizzato, garantendo trasparenza e rispetto delle scadenze contrattualmente previste per i pagamenti ai fornitori.

Si tratta di un'iniziativa pilota in Italia: secondo i dati Assobiomedica, unico osservatorio sui tempi di pagamento regionali in sanità a livello nazionale, la Lombardia risulta prima tra le regioni non a statuto autonomo, ben distante da punte estremamente negative in Calabria, Molise e Campania con rispettivamente 878, 786 e 769 giorni. La differenza con le altre regioni è quindi marcata, pur trattandosi di risultati settoriali che rilevano esclusivamente i dati delle imprese associate (circa il 20% delle erogazioni effettuate dal fondo) e includono le situazioni in contenzioso.

«A causa dell'insolvenza della pubblica amministrazione sulle spalle delle nostre imprese grava in Italia una massa creditizia di ben 70 miliardi di euro», commenta Marco Nicolai, presidente del Consiglio di Gestione di Finlombarda, «la garanzia di tempi certi di pagamento e la riduzione ulteriore degli stessi a 60 giorni entro la fine di quest'anno, come deliberato dalla nostra Regione, rappresenta un esempio concreto di come affrontare questo problema». Il fondo socio-sanitario è stato premiato nell'ambito dell'edizione 2009 del Forum della pubblica amministrazione.



Marco Nicolai

Anna Maria De Santis



25 maggio 2011 - ore 18,33

Catastrofi, intesa Stato-Regioni: come attivare i «moduli sanitari»

Intesa in Conferenza Unificata sullo schema di direttiva del presidente del Consiglio dei ministri su «Indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione dei moduli sanitari in caso di catastrofe».

Si tratta di un Dpcm che regola il rapporto tra Ssn e protezione civile in caso di catastrofi, ne stabilisce i paletti di coordinamento e definisce i «moduli sanitari». da mettere in campo a seconda della gravità dell'evento.

I moduli sanitari di primo livello devono essere attivi non oltre 1 ora, quelli di 2° livello non oltre 3-4 ore e i moduli di chirurgia entro 6 ore, mentre il limite è fissato non oltre 12 ore per gli ospedali da campo.

Tutti i moduli sanitari devono avere autonomia logistica garantita per un minimo di almeno 72 ore e autonomia operativa anche dal punto di vista degli automezzi.

Per quanto riguarda il coordinamento, questo si articola su tre livelli:

- livello regionale: raccoglie informazioni e valuta le necessità sanitarie complessive sul territorio di competenza; distribuisce le risorse ai territori provinciali interessati dall'evento; si relaziona con il coordinamento nazionale dell'emergenza per concordare le priorità di intervento, le risorse necessarie e le modalità di utilizzo e distribuzione delle stesse;

- livello provinciale: raccoglie informazioni e rappresenta al livello regionale le necessità sul territorio di competenza; decide la dislocazione dei moduli di soccorso sul territorio di competenza; riceve e valuta i rapporti di attività dei moduli tramite il livello comunale / intercomunale;

- livello comunale/intercomunale: assicura l'operatività dei moduli sanitari regionali; raccoglie e trasmette i rapporti di attività; formula le esigenze e le necessità al livello provinciale.

E' opportuno poi, spiega infine il Dpcm, che dove si configuri uno scenario con un elevato numero di feriti, il coordinamento della funzione Sanità sia assunto, nelle prime 72 ore dall'evento, da personale che opera nel sistema di emergenza/urgenza (118, Dea) o da personale delegato con specifica preparazione.

La Rassegna Stampa di FederLab Italia



In un libro degli esperti del «S. Anna» di Pisa una simulazione sul federalismo fiscale

Se la cura migliore fa standard

Le Regioni benchmark non sono solo quelle che hanno i conti in regola

DI MARZIO BARTOLONI

Non bastano i conti a posto per stabilire chi ha buona Sanità e dunque merita di rientrare nell'ambito podio delle tre Regioni benchmark sulle quali costruire i costi standard. Se il federalismo deve davvero rilanciare il Ssn rimettendo in carreggiata un Centrosud schiacciato tra cure a singhiozzo e bilanci sempre in rosso, bisogna fare un passo in più: costruire, cioè, questi nuovi totem della Sanità federale prendendo come esempio non solo chi garantisce i livelli essenziali di assistenza in condizioni di «equilibrio economico», come prevede il decreto sul federalismo fiscale appena pubblicato in «Gazzetta». Ma soprattutto prendendo come riferimento chi davvero quelle cure le offre in modo «appropriato», assicurando cioè al cittadino quello di cui ha veramente bisogno: un'assistenza di qualità. Beninteso senza sfiorare i bilanci.

A spiegare che questa rivoluzione si può davvero fare, dati alla mano, è un libro appena pubblicato da «Il Mulino» di Sabrina Nuti e Milena Vainieri del



Scuola Sant'Anna di Pisa («Federalismo fiscale e riqualificazione del Servizio sanitario nazionale. Un binomio possibile») che va dritto al nocciolo della questione: se il costo standard non si ammacca con paletti e altri criteri, più «politici» che scientifici, a doversi sacrificare è di più il Sud che il Nord dove prevale la buona Sanità. Anche se ci sono eccezioni di rilievo. «Qui però non si tratta di stabilire chi perde o guadagna più risorse rispetto al passato - ci spiega Sabrina Nuti che è direttore del Laboratorio Management e Sanità del S. Anna di Pisa -, ma

Amato: «Il finanziamento del Ssn non è più un gioco a mosca cieca»

«C'è un filo che si è finalmente trovato e che ora si potrà dipanare, innescando un circolo virtuoso nel quale il crescere dei dati informativi sarà la premessa di possibili e misurabili miglioramenti dell'appropriatezza, della qualità e dell'efficienza del servizio. L'ex premier Giuliano Amato, che firma la postfazione del volume, non ha dubbi: il mondo è cambiato rispetto a quando da ministro del Tesoro vedeva arrivare fino a tutto marzo gli «arrivi di pacchi di

fatture che gli assessori regionali alla Sanità trasmettevano direttamente all'Istituto di credito. Allora - ricorda Amato - il finanziamento del fondo sanitario diventa un gioco a mosca cieca con un dilemma al quale avremmo dovuto sfuggire. E cioè se «lasciare al debito le ragioni della qualità» oppure se «ridurre le risorse finanziarie con gli occhi più o meno chiusi su tali ragioni». Ebbene secondo Amato questo libro «ci dice che siamo usciti da quel dilemma e che

possiamo ora modulare il finanziamento su costi standard, costruiti su indicatori che tengono conto non solo dell'efficienza della spesa, ma anche dell'appropriatezza e della qualità del servizio. Ne è convinto anche il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, che nella premessa si dice convinto che il federalismo fiscale è riqualificazione del Ssn in un binomio possibile. Anzi la stessa integrazione può rappresentare la garanzia per la sostenibilità e la sopravvivenza stessa della Sanità.

di capire che attraverso questa valutazione reale delle performance si può indicare a chi è in ritardo dove deve intervenire per migliorarsi e dunque risparmiare».

Le due autrici, che già da tempo lavorano anche con il ministero della Salute per misurare le performance dei nostri ospedali, in questo libro si sono fatte semplicemente alcune domande che il decreto sul federalismo fiscale ha preferito non affrontare di petto. E cioè: cosa succederebbe se il costo standard fosse costruito prendendo a esempio le Regioni che erogano le prestazioni nel

modo migliore? Quale sarebbe il saldo delle risorse se invece che ancorarsi alla quota capitaria, pesata per età, calata dall'alto si decidesse di partire invece dal basso e cioè da alcuni dati sicuri e da una batteria di indicatori a cui collegare il calcolo del costo standard? Ebbene questo breve volume - che si può freggiare di una premessa del ministro della Salute Ferruccio Fazio e della postfazione dell'ex premier Giuliano Amato - risponde con tutte le cautele e i limiti del caso a questi interrogativi passando all'analisi delle performance su cure ospedaliere, farmaceutica, specialistica e assistenza

territoriale. E il risultato è molto interessante: in questo test non si prendono in considerazione le tre Regioni benchmark (una del Nord, una del Centro e una del Sud, compresa una piccola realtà geografica) indicate dal decreto e finite nelle varie simulazioni di questi ultimi mesi. Ma a fare da riferimento sono tutte quelle Regioni (quasi sempre quattro, in un caso cinque) che raggiungono un livello ottimale di performance nei quattro settori considerati (ospedale, farmaci, specialistica e territorio). I numeri che escono fuori da questo

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 prendesse in considerazione i dati del 2008 - 572 milioni di meno. Con alcune Regioni costrette a scori dignitosi: 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 pun-

WELFARE FUTURO

Consigli utili per accelerare la lunga marcia verso il territorio

DI CARLA COLUCCI *

Si rimane meravigliati, girando per le Asl d'Italia, nel vedere quanto e come il linguaggio e la teoria di riferimento per la riforma «on going» della Sanità italiana siano entrati nell'uso a tutti i livelli, dalla alta dirigenza alle diverse fasce di operatori. Questo è sicuramente un risultato positivo del lavoro fatto negli ultimi anni nella direzione della condivisione di obiettivi quali la razionalizzazione della spesa, il riequilibrio tra ospedale e territorio, la continuità assistenziale, l'appropriatezza, l'integrazione delle cure, l'integrazione socio-sanitaria, e altri ancora.

Si potrebbe dire che siamo «a metà dell'opera» avendo iniziato con il piede giusto, e cioè con il chiaro gli obiettivi comuni alla base della situazione di partenza. Una situazione che vede ancora oggi, a 50 anni dalla nota definizione dell'Oms («salute come stato di completo benessere fisico e psichico»), notevoli ritardi applicativi e differenze inaccettabili tra Regioni e territori in Italia. I posti letti sono diminuiti, ma l'offerta per la lunga degenza e le cure domiciliari è ancora fortemente diseguale. Si è ridotto il tasso di ospedalizzazione,

ma l'ospedale rimane al centro del sistema in molte aree.

Tanti italiani cercano sicurezza per la propria salute nell'ospedale, per raggiungibilità, attrezzature, professionalità, orari, si spostano verso territori anche lontani, alla ricerca di questa sicurezza, e usano più farmaci del dovuto per carenze attribuibili ad altri comparti del settore.

Soprattutto i malati cronici, gli anziani fragili, i non-autosufficienti, che costituiscono ormai una grande fascia di popolazione, sono costretti a complessi intrecci e sovrapposizioni di cure per sopravvivere. E ciò grava pesantemente sulle tasche soprattutto del meno abbienti, per non parlare dei costi indiretti e di quelli intangibili (psicologici, umani) che le famiglie sopportano.

Tanto è vero che non vi è da meravigliarsi che la qualità percepita al Sud arretri, anche di 10 punti percentuali, nel periodo più recente, come emerge dalla analisi condotta da Censis per il ministero della Salute. Anche la spesa pubblica e quella complessiva rischiano di diventare ingestibili in un prossimo futuro se non si porrà mano alle riforme necessarie.

Eppure i temi all'ordine del giorno nella modernità italiana sono proprio l'invecchiamento, l'immigrazione, lo stravolgimento delle comunità di base verso le «megacities», che pongono alla Sanità l'obbligo e l'urgenza di cambiare.

Il convegno che si è svolto ad Avellino per iniziativa della Asl su questi temi l'11 di aprile scorso ha permesso di mettere a fuoco le questioni di cui sopra con la partecipazione di ampie rappresentanze degli operatori di settore. E si è tentato anche di capire da dove si può partire per dare maggiore impulso al processo di cambiamento. Un primo tema emerso è quello della Sanità come motore di sviluppo economico e sociale a livello locale.

Gli operatori devono essere aiutati a capire che cambiare in meglio è necessario anche per salvaguardare la competitività del settore, e con essa la sua capacità propulsiva in termini di produzione di benessere e occupazione, in quanto una Sanità inefficiente è anche volano di inefficienza complessiva del territorio, in termini di indotto, in termini di ricchezza delle famiglie ecc.

Un secondo tema riguarda la disposizione psicologica al cambiamento, necessaria in questo settore come in tutti gli altri dell'economia e della società italiana. Solo la contaminazione

con il nuovo (la «exaptation»), permette di uscire dalla crisi con vigore, e ciò significa disponibilità a mettersi in discussione nel proprio operare quotidiano, nel proprio ruolo, nelle proprie prudenze mentali e non.

Un terzo tema è quello del rapporto tra diversi soggetti chiamati in causa: è chiaro che la Sanità da sola non ce la può fare, e che occorre collaborare in maniera stretta e produttiva con tutti gli stakeholder, quelli sociali, istituzionali, economici, professionali.

L'integrazione da ricercare, infatti, non è solo socio-sanitaria, ma - per raggiungere un livello ottimale di offerta di salute - deve riguardare anche tutte quelle altre agenzie e soggettività che possono concorrere alla prevenzione, al benessere e alla riabilitazione, dagli operatori commerciali alla scuola, alle imprese, ai gestori di Sanità convenzionata, integrativa e privata, all'associazionismo.

Un quarto tema è quello del metodo della collaborazione, che deve superare le tante conflittualità che appesantiscono la vita collettiva del Paese, anche a livello locale.

L'Italia nel suo complesso, e i

territori in maggiore difficoltà in particolare, devono operare attraverso i propri rappresentanti una rivoluzione copernicana nella direzione della concertazione, degli accordi, delle alleanze, per la salute o non solo per la salute. Un nuovo stile di fare e discutere, che fa sentire pesantemente la sua mancanza.

Quinto e ultimo tema è quello dei necessari passi di riforma istituzionale a livello centrale, soprattutto per quanto riguarda la rappresentanza delle Regioni a livello parlamentare.

Non è infatti pensabile che il processo di devoluzione, e dunque di maggiore responsabilità dei territori locali rispetto alla propria Sanità, possa procedere in maniera positiva con la attuale configurazione e della concertazione tra Stato e Regioni.

Occorre infatti arrivare a disporre di un luogo deputato a raccogliere le diverse istanze dal basso rispetto alla gestione federalista della cosa pubblica, nel quale le decisioni vengano filtrate da meccanismi e procedure istituzionali formalizzate al punto giusto.

* Vice-direttore Censis
© RIZZOLIBOOKS

Parole d'ordine come integrazione e razionalizzazione sono già acquisite

Cambiare in meglio è necessario per la competitività del settore

24-30 maggio 2011

DOSSIER
Sanità

DIBATTITI 21

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 prevenzione 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	26.761.132
V. Aosta	226.398.559	260.339.000	-33.950.441	-35.704.494	1.369.188	3.198.105	3.582.961
Lombardia	17.130.443.468	16.724.676.000	405.767.468	-57.821.533	6.591.746	20.180.364	477.177.618
Bolzano	849.479.819	1.108.009.000	-258.529.181	-128.866.860	19.464.612	61.906.682	-89.720.251
Trento	908.633.081	994.971.000	-86.337.919	-57.421.041	10.972.489	20.099.045	-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	-3.320.285	39.753.021	26.152.647
Liguria	3.015.621.115	3.176.280.000	-160.658.885	-94.328.730	-10.531.256	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	83.390.418
Umbria	1.610.751.113	1.566.160.000	44.591.113	23.237.312	9.771.360	6.890.496	4.671.946
Marche	2.650.073.801	2.618.186.000	31.887.801	121.397.615	-26.494.999	22.195.093	114.790.092
Lazio	9.792.646.373	11.083.794.000	-1.291.147.627	-2.145.318.069	-50.202.453	185.764.396	719.468.519
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	575.754.692	651.124.000	-75.369.308	-217.729.910	-4.638.612	10.380.860	-52.680.891
Campania	9.824.315.690	10.018.510.000	-194.194.310	-493.602.946	-25.459.442	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	1.018.814.000	28.259.026	-15.070.460	-11.121.254	36.140.085	21.310.655
Calabria	3.497.718.401	3.370.119.000	127.599.401	-157.666.016	-225.541.492	233.649.942	275.588.114
Sicilia	8.750.573.430	8.279.633.000	470.940.430	-257.652.726	-498.005.264	660.175.887	566.437.523
Sardegna	2.918.697.378	2.905.485.000	13.212.378	-147.393.304	-125.133.245	206.320.406	-23.729.442
Italia	106.124.662.989	106.592.024.000	-467.361.011	-3.490.552.243	-1.435.531.476	1.597.791.149	2.756.208.764

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	499.207.519	1.595.580	256
Liguria	554.034.869	1.721.902	322
Trento	117.270.901	508.056	231
Lombardia	2.646.802.243	9.714.988	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	4.125.802	596
Veneto	2.609.991.555	4.832.340	540
Toscana	1.954.079.276	3.677.048	531
Umbria	495.449.200	884.450	549
Media			554

Costo standard per l'assistenza ospedaliera

Regioni best practice	(A) Costo per il tot. dell'ass. osped. (€)	(B) Totale complessivo	(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	2.912.261.874	151,00	1,07	628.852	4.631,24	4,314
Piemonte	3.677.729.061	148,00	1,07	817.147	4.500,69	4,208
Obiettivo (media)		158,31	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 al 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	890,30	3.933.101	1.289.583.189	0,57
Emilia R.	752.725.772	903,00	4.505.698	1.485.055.532	0,50
Liguria	316.900.343	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

to avrebbero una funzione «previdente».

Ma perché questo metodo può funzionare? Perché - spiega

il libro - punta «sul ruolo virtuoso che necessitano 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 parte

la, questa, che può sempre riaprire: 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.

www.federlabitalia.com

«Tagli soddisfacenti ora più turn-over»

Fiore: conti a posto. Udc e Pd si dividono sugli acquisti Asl

BEPI MARTELOTTA

● **BARI.** Il piano di rientro sta dando i suoi frutti, i conti non solo sarebbero in linea con i target concordati col governo nazionale ma andrebbero oltre i risparmi previsti, consentendo la possibilità di rivedere alcune partite, come il blocco del turn-over al 100% del personale sanitario. Ma occorrerà accelerare sulla sanità territoriale per accorciare le liste d'attesa (il rischio che schizzino in alto con le chiusure degli ospedali è alto) così come bisognerà riscrivere il piano regionale della salute, fermo al 2007 e rimasto pressoché inattuato visti i tagli di posti letto e ospedali imposti dalla manovra di rientro.

È la «fotografia» scattata ieri da segretari e capigruppo di maggioranza con l'assessore **Tommaso Fiore**, in vista del vertice del primo giugno con il governatore **Nichi Vendola** dal quale far scattare le nomine dei nuovi manager Asl. Al «briefing» di ieri, in realtà, l'argomento delle nomine - e della pre-annunciata uscita di scena dell'assessore completato il percorso - è stato oculatamente messo da parte. L'imminenza delle scelte, che la giunta si appresta a fare tra i 30 candidati direttori generali selezionati, riguarda solo **Bat, Taranto, Lecce** (già «commissariate» per scadenze di mandato) e **Brindisi**, mentre alle

Asl di **Bari e Foggia** toccherà nel 2012. Ad ottobre, invece, scadono i **Civ** (consigli di indirizzo e vigilanza) degli **Irecc** (Oncologico e De Bellis) mentre occorrerà l'intesa con le Università per i manager di **Policlinico di Bari e Riuniti di Foggia**. Ma ciò che più preme al governo regionale, è rimettere mano ai conti, proponendo da un lato al governo un alleggerimento del blocco del turn-over del personale e, dall'altro, riducendo gli sprechi con la centralizzazione degli acquisti da parte delle Asl.

Sul punto, però, si registra una divisione tra i Democratici: da un lato il presidente commissione Sanità **Dino Marino**, che ha preannunciato una proposta di legge d'intesa con l'Udc per la creazione di un'unica centrale di acquisti (operazione invisai ai fornitori ospedalieri dell'Aforp, che hanno lamentato l'impossibilità per le pmi pugliesi di partecipare a gare destinate solo a multinazionali), dall'altro, il capogruppo **Antonio Decaro**, che invece preannuncia una pdl per la creazione di consorzi di acquisto tra più Asl onde allineare gare e relative spese per acquisti comuni.

I centristi sono tornati a battere sul tasto degli appalti Asl, nella riunione tenuta da **Fiore** con l'Udc al termine del confronto in maggioranza.

E, diversamente dai Democratici - che insistono sulla necessità di un ricambio «anagrafico» dei manager Asl - hanno aperto al governo regionale sulla possibilità di confermare quei direttori generali (molti dei quali ricandidati) che si siano dimostrati all'altezza dei compiti. Il capogruppo **Udc Salvatore Negro** ha poi negato qualsiasi «allargamento nella maggioranza» che possa riguardare i centristi. «L'Udc rimane nel suo ruolo di opposizione responsabile e costruttiva. L'incontro odierno con l'assessore **Fiore** è stato solo l'occasione per verificare l'attuazione delle condizioni poste da noi al momento dell'approvazione del Piano di rientro sanitario». Le priorità, per i centristi, restano le riconversioni dei reparti dismessi in case salute, rsa e hospice (ma la norma regionale è stata impugnata dinanzi alla Consulta) e la creazione di nuovi ospedali tramite il project financing pubblico/privato.

Discontinuità col passato nelle scelte del manager è stata chiesta da **Silvestro Mezzina** (segretario regionale Psi), che ha rimarcato «la sensazione di precarietà in cui appare versare» la maggioranza alle prese con i tagli. «Ora avanti con il Piano della salute» tuona **Angelo Disabato**, capogruppo della Puglia per **Vendola**, «occorre spostare una parte sempre più importante di assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio».

1 GIUGNO

ieri l'assessore **Tommaso Fiore** (nella foto sotto) ha riunito ieri maggioranza e Udc per discutere dei tagli e delle nomine Asl. La prossima settimana, vertice col governatore

I NUOVI MANAGER

I centristi: confermiamo quelli bravi. I democratici: no, ricambio generazionale

IL PIANO SALUTE

Si punterà all'assistenza territoriale per ridurre le liste d'attesa in aumento



"Piano d'intesa": le promesse non mantenute scateneranno uno sciopero dei medici il 3 giugno

Sanità, "La Regione ci ignora"

Marotta: "La salute pubblica viene inesorabilmente mortificata"

di Federico Spirito

Ancora una volta la Regione dimostra con quanta serietà affronti e mantenga, soprattutto, le promesse fatte. Attivazione delle linee Adsl per l'invio della certificazione medica online, validità annuale della ricetta rossa e attivazione di una piattaforma informatica comune per i medici di medicina generale. Erano questi gli accordi presi dopo aver siglato il Protocollo d'intesa per la Medicina Generale lo scorso 28 dicembre 2010 - che prevedeva l'applicazione dei punti in questione entro il 30 Aprile. Bhè, tutte promesse disattese da parte della Regione Lazio che, come spesso accade, non ha onorato gli impegni presi con i Sindacati medici. Forse il termine "serietà" sopra citato non si addice poi così tanto alla situazione. Le conseguenze non tardano a manifestarsi, ecco perché Smi-Lazio ed Intesa Sindacale - Cisl-Medici, FpCgil-Medici, Simet, Sumai - hanno previsto uno sciopero generale il 3 giugno di tutti i medici di famiglia, qualora non si arrivasse ad un accordo nella riunione prevista il prossimo 30 maggio con i vertici regionali. "Dopo un ulteriore incontro presso l'Assessorato alla sanità della Regione Lazio, per tentare di ricucire il rapporto con i medici di medicina generale ed in assenza di un'apertura da parte della Regione in merito alle succitate richieste - afferma Paolo Marotta, vice segretario regionale Smi-Lazio - abbiamo deciso di proclamare, per il prossimo 3 giugno, uno sciopero generale della categoria. Speravamo in uno spiraglio da parte dei vertici regionali sulle questioni ancora in stand-by. Ed invece abbiamo consta-

tato che, ad oggi, non è stato fatto alcun cambiamento o modesto passo avanti". Chiare le parole del vice segretario che lasciano intuire come le loro richieste, precedentemente accolte, siano state poi in un secondo momento completamente ignorate. Ma quello che lo preoccupa di più non è solo la mancata promessa, per quanto grave, ma soprattutto la salute pubblica, che con un atteggiamento simile "viene inesorabilmente mortificata", basti solo pensare, ci tiene a precisare Marotta, che non è stato nemmeno richiesto l'immediato pagamento delle spettanze - arretrate dal 2009 - ma solo, come previsto dal Protocollo d'intesa, una facilitazione nei confronti della popolazione. Cittadini che come al solito, anche questa volta, saranno costretti a farne le spese sulla propria pelle. Uno sciopero dei medici, infatti, oltre a smuovere le attenzioni della Regione, andrà a toccare anche tutti quei pazienti che troveranno la porta chiusa dello studio, sicuramente poco piacevole, oltre che disarmante per tutti quei bisognosi di assistenza. "E' caduto tutto nel dimenticatoio. Auspichiamo che, entro il 3 giugno, la Regione Lazio dia un segnale positivo, perché i medici del Servizio sanitario nazionale sono sempre e comunque dalla parte del cittadino. E, proprio per questo, non accettiamo nella maniera più assoluta che non vengano rispettati i patti!". Insieme a lui anche Intesa Sindacale ha rilasciato delle dichiarazioni dove viene assicurata la partecipazione della stessa allo sciopero del 3 giugno, se dopo la riunione del 30 maggio la Regione non abbia dato il giusto contributo che ormai da tempo deve alla causa.



FEED RSS



SANITA' VENETA: CORTE CONTI VALUTA POSITIVAMENTE GESTIONE DELLA REGIONE

Il Rapporto pubblicato dalla Corte dei Conti sul disavanzo sanitario nelle Regioni, che è passato da 3,368 miliardi di euro del 2009 agli attuali 2,425, è positivo segnale di una politica governativa efficace. “Il Veneto, nell’ambito di un sistema Paese in netto miglioramento – secondo il capogruppo di un partito della maggioranza – a fine 2010 aveva un leggero disavanzo sanitario coperto con fondi propri nell’anno in corso e colmato oggi tanto da portare il saldo positivo a oltre 12 milioni. I dati di cui si dispone (Fonte Ministeri dell’Economia e delle Finanze) evidenziano che la nostra Regione è da anni migliore della media nazionale, non solo come qualità del servizio ma anche come dati di spesa. In un Sistema Paese in crisi anche per effetto dei buchi di Regioni come Campania (-125 milioni pro capite, dato 2009), Lazio (-244), Molise (-225), Calabria (-111), Sardegna (-116), Puglia (-72), il Veneto mostra negli anni un trend costante, che nel 2010 presenta un dato più che positivo nonostante i tagli e i sacrifici. Per il consigliere regionale “il disavanzo sanitario nazionale, oggi assestato sui 2,425 milioni di euro a quanto certifica la Corte dei Conti nel suo Rapporto del 24 maggio, “è un fenomeno prevalentemente localizzato a Sud. “Questo ci induce a pensare con assoluta certezza - conclude la nota - che l’introduzione dei costi standard in Sanità, resa obbligatoria dal federalismo fiscale, consentirà maggior omologazione a tre regioni benchmark di riferimento cui le altre dovranno omologarsi. Rispetto all’attuale spesa, le risorse a disposizione della nostra Regione dovrebbero essere superiori di 91 milioni di euro, mentre nelle Regioni del Sud l’applicazione dei costi standard produrrebbe una riduzione significativa dei finanziamenti e quindi dei costi a carico dello Stato. Rispetto ad un costo standard pro capite stimabile a 1.677 euro assunto su tre regioni benchmark di Nord, Centro e Sud, si produrrebbe un risparmio nazionale di 3 miliardi e mezzo di euro, tra i quali 1,630 miliardi in Lazio, 638 milioni in Campania, 446 milioni in Puglia, 290 milioni in Liguria, 638 milioni in Campania. In questo modo, solo con l’applicazione dei costi standard si ripianerebbe il buco nazionale della Sanità”.

Il commissario dell'Asl dopo la scelta dell'accorpamento al «Moscati». Proteste a Sant'Angelo dei Lombardi

«Piano ospedali, tutto da rifare»

Florio: il decreto su Bisaccia una novità inattesa, su organizzazione e costi deciderà Caldoro

Ospedali, tutto da rifare per definire i tagli. Il decreto - di prossima emanazione - per l'annessione del presidio di Bisaccia all'azienda ospedaliera di Avellino impone uno stravolgimento al piano attuativo dell'Asl, soprattutto per ciò che riguarda l'Alta Irpinia. La conferma arriva dal commissario Sergio Florio: «Non mi aspettavo un provvedimento simile, soprattutto una settimana dopo l'approvazione del piano attuativo». Florio non nasconde la necessità di apportare dopo aver appreso i dettagli del decreto e le funzioni assegnate al «Di Guglielmo» una serie di cambiamenti all'impianto, sui quali deciderà Caldoro. Anticipa pure al «Mattino» alcune possibili variazioni. Intanto non si placano le proteste da Sant'Angelo dei Lombardi per la vicenda dell'ospedale «Criscuoli».

Le questioni della salute

«Tutto da rifare», Florio riscrive il piano ospedali

Il commissario dell'Asl ammette: non mi aspettavo il decreto su Bisaccia, verificherò i dati

Michele De Leo

Tutto da rifare. Il decreto - di prossima emanazione - per l'annessione del presidio di Bisaccia all'azienda ospedaliera di Avellino impone uno stravolgimento al piano attuativo dell'Asl, soprattutto per ciò che riguarda l'Alta Irpinia. La conferma arriva dal commissario Sergio Florio: «Non mi aspettavo un provvedimento simile, soprattutto una settimana dopo l'approvazione del piano attuativo». Florio non nasconde la necessità di apportare - dopo aver appreso i dettagli del decreto e le funzioni assegnate al «Di Guglielmo» - una serie di cambiamenti all'impianto. Anticipa pure alcune possibili variazioni: «Sarà necessario rivedere la collocazione del Sir, la residenza sanitaria intermedia per malati psichici, attualmente allocata a Morra De Sanctis, ma anche la sistemazione del reparto di psichiatria del "Di Guglielmo" e la gestione dell'emergenza». Il commissario dell'Asl conferma che «qualora l'azienda ospedaliera dovesse prevedere un Pronto soccorso a Bisaccia, il Psaut del "Criscuoli" potrebbe essere meno elevato. Per quanto concerne il Sir, invece, l'eventuale conferma nella struttura attuale è vincolata a un'autorizzazione dei Vigili del fuoco».

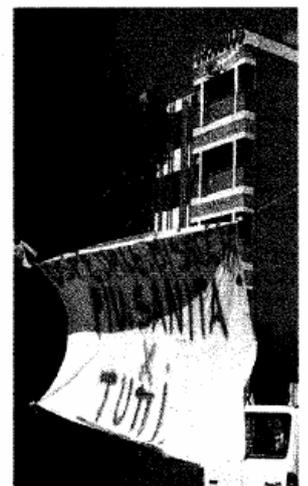
Prima di entrare nel dettaglio, però, Florio aspetta l'emanazione del decreto regionale per «verificare com'è stata concertata la vicenda e quali sono le funzioni previste per il presidio di Bisaccia». Su organizzazione e costi dei servizi preferisce non entrare nel merito: «Il commissario Caldoro ha capacità incredibili e può immaginare l'organizzazione come meglio ritiene opportuno». Anche trasferendo all'azienda ospedaliera «Moscatti» le risorse indifferenziate - finora assegnate alla Asl - per il mantenimento e la gestione del «Di Guglielmo». Da Palazzo Santa Lucia arriva la conferma che il decreto è ormai definito e, a brevissimo, dovrebbe essere siglato dal presidente Stefano Caldoro. L'interesse della Regione è

quello di evitare il pronunciamento del Tar di Napoli cui il comune di Bisaccia ha presentato ricorso avverso il piano ospedaliero. Il governatore avrebbe confidato ai suoi più stretti collaboratori: «Firmo il decreto solo contestualmente alla sottoscrizione del ritiro del ricorso al Tar».

Il pronunciamento spaventa così tanto Palazzo Santa Lucia perché esiste il precedente della sentenza dei giudici amministrativi dell'Aquila che, accogliendo il ricorso contro la chiusura dell'ospedale di Guardiagrele - Comune montano come Bisaccia - non solo confermano la necessità di «una razionalizzazione delle strutture per evitare ulteriori penalizzazioni ai cittadini», ma ribadiscono pure che «esiste un problema di attribuzione relativo ai poteri del commissario ad acta ed ai suoi limiti di azione derivanti dalla presenza di leggi regionali in vigore». Secondo i giudici, dunque, «il Commissario per la sanità, essendo un organo amministrativo, non è legittimato a incidere su atti aventi natura legislativa primaria ed è tenuto per converso al rispetto delle disposizioni di rango primario nell'emanazione degli atti amministrativi di competenza».

La programmazione redatta da Giuseppe Zuccatelli sarebbe, dunque, da invalidare perché andrebbe oltre la legge 16 del 2008. Con un passo indietro da parte del Comune di Bisaccia - essendo scaduti i termini per ulteriori ricorsi - il piano potrebbe essere attuato. Il sindaco Salvatore Frullone non si sbilancia: «La Regione ha riconosciuto che il piano non era equo nei confronti dell'Alta Irpinia. Il decreto rappresenta un primo passo importante: siamo soddisfatti per un provvedimento che pone rimedio alle iatture della programmazione regionale e di quella della Asl. La via politico-istituzionale, che abbiamo sempre perseguito, comincia a dare i suoi frutti: il confronto e il ragionamento alla fine pagano. Speriamo solo che il decreto ci possa soddisfare anche nel merito».

Il retroscena Caldoro ai suoi collaboratori: firmo solo se ritirano il ricorso al Tar



Lo scenario Sergio Florio; a fianco, l'ospedale di Bisaccia; sopra, l'ingresso della Città ospedaliera

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Primo soccorso, laboratori e bronco-pneumologia. Il Pd: "Aliberti firma la condanna dell'ospedale"

"Scarlato", passa il piano Bortoletti

ROSARIA FEDERICO

Scafati. Consolidata la proposta di Bortoletti, con primo soccorso, laboratori e una struttura complessa di bronco-pneumologia, il sindaco esulta, ma il comitato attacca.

E' questo l'accordo ratificato, ieri mattina, dal sindaco di Scafati il commissario dell'Asl Salerno Maurizio Bortoletti, il direttore Sara Caropreso e il professore Mario Polverino.

Un successo, secondo il primo cittadino, Pasquale Aliberti che ha anche preparato un manifesto per pubblicizzare questa sorta di successo paventato già all'inizio di maggio e consolidato ieri. Una proposta che lo stesso sindaco si era impegnato a non accettare il 'contentino' e a chiedere che il Pronto soccorso rimanesse a Scafati. Le 'famose' concessioni di Bortoletti, in realtà, erano già nelle intenzioni di Zucattelli che nel decreto 49 aveva ridefinito il piano ospedaliero regionale. Il sindaco di Scafati ha sottolineato la grande vittoria ottenuta addossando gran parte delle colpe al centrosinistra. Ma ha anche stigmatizzato l'atteggiamento del comitato pro-Scarlato che - ieri mattina - di ritorno

da Napoli lo ha duramente contestato. "Un gruppo di esponenti di sinistra - ha detto Aliberti - che prova a strumentalizzare la vicenda dell'ospedale". Poi parla di personaggi noti e pericolosi. Fatto sta che il primo cittadino che fino a 15 giorni fa si era unito alla lotta del comitato 'sposando' con grande animosità anche la tesi di non voler 'mollare' il pronto soccorso a costo di 'incatenarsi' e fare le barricate a Scafati, oggi si accontenta di un piano che il Commissario Maurizio Bortoletti



Le accuse dei comitati: "Il sindaco ha accettato il contentino"

Vitiello (Pd): "Chi ha svenduto l'ospedale mistifica la verità"

Lettera con minacce di morte al sindaco

Scafati. Il Piano per la riconversione dell'ospedale, ieri mattina, non era stato ancora firmato. In quelle stesse ore, prima dell'incontro a Napoli, il sindaco Pasquale Aliberti avrebbe ricevuto una lettera di minacce di morte. Tensione alle stelle. Il primo cittadino avrebbe denunciato il fatto ai carabinieri, che avrebbero anche identificato una serie di persone.

gli ha proposto nel primo incontro e dal quale non è stata spostata una virgola. Ieri ad avvalorare la questione dell'istituzione di un reparto di eccellenza bronco-pneumologia è arrivato anche colui che dovrebbe far nascere questo reparto Mario Polverino.

Sui tempi di attuazione, il direttore Sara Caropreso ha sostenuto che dalla prossima settimana si lavorerà al cronoprogramma, ma l'Asl ancora non ha reso noto il budget a disposizione per il nuovo reparto. E mentre il sindaco incontrava Bortoletti fuori alla Regione sono arrivati i componenti del comitato circa 200 persone che protestavano. Protesta che è poi continuata al ritorno a Scafati dove il sindaco è stato duramente contestato ed ha chiesto l'intervento dei carabinieri che hanno identificato alcune persone. Chiara e netta la posizione di Giuseppe Vitiello, tra i promotori del comitato e consigliere comunale di minoranza: "Il sindaco invece di sottoscrivere la proposta del consiglio comunale che chiedeva il mantenimento del Pronto Soccorso ha ratificato la proposta di Bortoletti. La verità è una sola - ha detto Vitiello - a Scafati non ci saranno più il pronto soccorso né la prima emergenza, quello che scompare e che loro hanno accettato che scomparisse. Loro stessi hanno sostenuto che il decreto Zucattelli non andava bene e loro stessi hanno messo il timbro sulla condanna dell'ospedale di Scafati. Ora stanno facendo un tentativo di mistificazione, questa operazione non può passare". Poi Vitiello ha continuato: "L'errore politico che hanno compiuto è quello che otto giorni fa hanno deciso di sostenere l'ipotesi Bortoletti. Il nostro giudizio è negativo su tutto quello che sta accadendo".

Mugnano Niente fondi, a rischio 220 posti di lavoro. I dipendenti scendono in piazza

Villa dei Fiori verso la chiusura

La Regione ha sospeso i pagamenti, esaurite le riserve per gli stipendi

Monica D'Ambrosio

MUGNANO. Centosessanta dipendenti, più sessanta unità tra imprenditori e consulenti, rischiano di perdere il lavoro. Il comparto sanità della Regione Campania ha sospeso i pagamenti alla clinica Villa dei Fiori, punto di riferimento per il comprensorio giuglianese sin dal 1954. La ragione? Sembra che la «Hc Italia», la società che gestisce la clinica, dal 2001 ad oggi non sia riuscita ad ampliare le volumetrie di alcuni ambienti del presidio come venne disposto in quell'anno da una legge: un ritardo causato dagli intoppi burocratici e dai continui rinvii da parte delle amministrazioni comunali che si sono via via succedute.

Dal giugno di un anno fa la Regione ha sospeso i pagamenti alla clinica che fino ad oggi è riuscita, esponendosi con le banche, a garantire gli stipendi e le forniture: ma da questo mese in avanti 220 posti di lavoro sono a rischio. Ieri mattina una delegazione di dipendenti ha organizzato una manifestazione di protesta davanti alla sede dell'Asl di Monteruscello, chiedendo la convocazione immediata di un tavolo tecnico atto a garantire una soluzione al dramma che rischia di abbattersi su centinaia di famiglie. «Fino ad oggi i nostri datori di lavoro sono riusciti a garantirci garantito lo stipendio - spiegano i dipendenti di Villa dei Fiori - ma adesso l'azienda non può più pagare e noi non siamo nelle condizioni di offrire assistenza alle migliaia di utenti che si rivolgono ogni giorno al nostro presidio».

Sono diecimila i ricoveri che Villa dei Fiori registra ogni anno. La clinica è stata anche dichiarata presidio di pubblica necessità e riceve pazienti in pronto soccorso. Un riferimento che ora gli utenti del comprensorio rischiano di perdere ad aggravio del già oneroso carico di utenze che registra il San Giuliano, unico ospedale a servizio di 300mila utenti. Contro questo rischio

Il problema
 Mai eseguiti per intoppi burocratici i lavori disposti da una legge del 2001



ieri, i dipendenti, hanno inscenato una protesta. «Il presidio non è conforme alle normative vigenti e necessarie per l'accreditamento» - fanno sapere dallo staff del direttore sanitario Carlo Bruno, che ieri mattina ha incontrato il personale in protesta. Poi proseguono: «Non è possibile procedere con la firma dei contratti fin quando la clinica non avrà risolto la questione assieme all'amministrazione comunale competente».

Il sindaco di Mugnano Giovanni Porcelli fa sapere di avere incontrato già due volte i dirigenti del presidio e che aveva loro sottolineato la necessità di eseguire interventi urgenti per evitare che l'Asl sospendesse i pagamenti. «Ora siamo disposti a convocare una conferenza dei servizi per valutare l'ipotesi di apportare una variante al piano regolatore - dice Porcelli - ma i tempi previsti dalla legge non sono compatibili con le necessità dei 220 dipendenti che rischiano il posto di lavoro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità Piemonte, tangenti: 7 arresti e indagata l'assessore Ferrero



Torino - **Sette ordinanze di custodia cautelare e un avviso di garanzia notificato dalla Procura di Torino all'assessore regionale alla sanità del Piemonte, Caterina Ferrero.** E' quanto eseguito questa mattina dalla Guardia di Finanza del capoluogo piemontese nell'ambito di un'inchiesta per corruzione e turbativa d'asta. I militari hanno effettuato una perquisizione e acquisito documenti negli uffici dell'assessorato alla Sanità della Regione.

Cinque delle sette ordinanze sono per la custodia in carcere e riguardano Piero Garbarino, Marco Mozzati, Vito Plastino, Pierluigi Camerlengo e il sindaco di Cavagnolo Franco Sampo'. Sono scattati gli arresti domiciliari invece per Luciano Platter e Marco Cossolo, presidente e segretario di Federfarma Piemonte. Cossolo è inoltre sindaco di Carignano.



Federalismo e manovra: Errani, Governo rispetti accordi presi

(regioni.it) "Abbiamo fatto un accordo con il Governo e chiediamo che venga pienamente onorato. Ci sono scritte cose precise sul rapporto tra la manovra di luglio e il federalismo fiscale, si dice che vanno rivisti i tagli e che, diversamente, il federalismo fiscale non e' sostenibile": così il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, ha risposto ai giornalisti che gli hanno chiesto un commento sul fatto che il ministero del Tesoro starebbe studiando una ipotesi di correzione dei conti pubblici per giugno.

"Bisogna dare seguito a quell'accordo tra Regioni e Governo, altrimenti bisognerà riconsiderare la situazione. Se il Governo cambia strada lo deve spiegare, prima che a noi, agli italiani", ha proseguito Errani, il quale ha ricordato che "la sanità è il comparto della pubblica amministrazione che ha dimostrato il migliore governo della spesa".



Sanità: spesa ben governata

Studio dell'Universita' di Tor Vergata

(regioni.it) La spesa sanitaria in Italia negli ultimi dieci anni è ben governata. Infatti è cresciuta meno che in Spagna, Francia, Germania, Stati Uniti, uniformandosi quasi al trend del Giappone, che risulta nella classifica all'ultimo posto. Lo sostiene uno studio **dell'Universita' di Tor Vergata** presentato a Palermo dal professor Federico Spandonaro, nel corso del Forum Mediterraneo in Sanita' 2011.

La stessa Corte dei Conti, nel suo **Rapporto 2011**, rivela che la spesa sanitaria, nel consuntivo 2010, è inferiore alle attese.

Quindi in Italia è stata tenuta sotto controllo la spesa sanitaria, bisogna anche dire che ciò è stato possibile per finanziamenti pubblici sempre più ridotti rispetto all'effettiva spesa e alla crescita media internazionale.

Questo ha creato un disavanzo che si è però concentrato solo in alcune regioni, prima tra tutte il Lazio che da solo concorre per oltre il 51% al deficit nazionale. Il disavanzo nella sanità incide sul Pil per circa il 2%, mentre il settore sanitario rappresenta circa il 10% del Pil (il 7% di spesa pubblica e il 3% privata).

"In fondo, rispetto ad altre aree del settore pubblico, quello della sanità è il settore che registra gap meno gravi -ha detto Spandonaro- il grosso problema dell'Italia è che non sono previsti investimenti, né un incremento della spesa pubblica per qualificare il settore. Non avendo puntato sull'innovazione, l'Italia cerca ancora di competere sui mercati puntando alla riduzione dei prezzi e questo è errato, soprattutto in una logica federalista: l'investimento pubblico può oggi dare una grossa mano alle Regioni che affrontano i piani di rientro, in un'ottica di federalismo -ha concluso- non ci potrà essere un federalismo virtuoso se non ci saranno investimenti su qualità e innovazione".

(red/26.05.11)

Veneto. Accordo Regione-Poste per servizi sanitari. Farmacisti in stato di agitazione

“Siamo sbalorditi e agiremo di conseguenza” È questo il primo commento del presidente di Federfarma Veneto, Marco Bacchini, all'accordo siglato tra la Regione e Poste Italiane Spa che comprende, tra l'altro la prenotazione delle visite specialistiche e la consegna di farmaci attraverso il servizio di Posta. Si oppone all'accordo anche il Tribunale per i diritti del malato: “Così si affidano i servizi sanitari a chi non ha alcuna competenza in materia”.

27 MAG - Prenotazione di visite specialistiche, pagamento ed incasso dei ticket sanitari, la consegna di referti sanitari in modalità multicanale, servizi di gestione del rischio clinico e di logistica del farmaco, con la possibilità di inviare a domicilio medicinali per l'assunzione dei quali non sia necessaria una consulenza medica diretta. Sono questi alcuni dei servizi che saranno forniti dalle 1.118 sedi e dai 428 “sportelli amici” delle Poste italiane dislocate in Veneto.

Lo prevede un accordo firmato il 24 maggio tra presidente della Regione, Luca Zaia, e l'amministratore delegato di Poste Italiane Spa, Massimo Sarmi, per realizzare nuove soluzioni progettuali con particolare riferimento ad alcuni servizi al cittadino riguardanti l'area sanitaria. Questi saranno inizialmente forniti, in via sperimentale, nelle Ullss 4 Alto Vicentino e 8 di Asolo (Treviso), ma l'intenzione è di allargare il progetto a tutta la Regione.

“L'idea – ha affermato Zaia – nasce dalla volontà reciproca di mettere il network di Poste Italiane al servizio dei nostri cittadini, ai quali offriremo una nuova opportunità per gestire con più comodità di scelta tutta una serie di loro rapporti con la macchina sanitaria regionale. Nessuna sovrapposizione con quanto già fanno le nostre Ullss – ha aggiunto il presidente – ma un nuovo servizio integrativo che potrà essere molto utile a varie categorie di persone. Penso, ad esempio, a chi risiede nei tanti nostri piccoli comuni e può trovare le risposte all'ufficio postale ed ai molti cittadini, soprattutto anziani, che non hanno dimestichezza con i sistemi informatici e, magari, hanno difficoltà a recarsi agli sportelli delle loro Ullss”.

Di diverso avviso l'associazione dei titolari di farmacia. “Non riesco a capire quale sia il vantaggio per la cittadinanza visto, tra l'altro, l'orario ridotto degli uffici postali rispetto alle farmacie e la gestione della corrispondenza che proprio tra la fine del 2010 e l'inizio del 2011 ha raggiunto valori incredibili con ritardi di oltre due mesi nella consegna”, ha affermato il presidente di Federfarma Veneto, Marco Bacchini, sottolineando che “le farmacie, riconosciute a livello nazionale idonee a svolgere il servizio di Cup per venire incontro a tutte le fasce di popolazione, con particolare attenzione a quelle più deboli, come gli anziani, non sono state nemmeno interpellate dalla Regione Veneto per sapere come avrebbero organizzato il delicato compito in oggetto. La nostra categoria non ha avuto alcuna risposta da Palazzo Balbi quando, nel gennaio scorso, esprimemmo le nostre perplessità in merito a concetti evidentemente irrilevanti per i nostri politici quali assenza di professionalità specifica, privacy, rapporto fiduciario con l'utente della farmacia, discrezione”. Secondo il presidente di Federfarma Veneto l'accordo con Poste Italiane non sarà vantaggioso neanche per la spesa pubblica, “perché so per certo che il Governatore Zaia non possa valutare quella di Poste Italiane l'offerta più favorevole visto che non ha nemmeno voluto sapere quale sarebbe stata quella delle farmacie”.

Federfarma Veneto annuncia quindi che “se non verremo subito ricevuti dal Governatore della Regione Veneto Luca Zaia, bloccheremo tutti i servizi Cup già attivi da anni in alcune zone della regione e in particolare nelle province di Vicenza, Venezia, Verona, Treviso e Rovigo (oggi completamente gratuito in alcune zone). Non vorremmo farlo – aggiunge Bacchini - perché non è giusto che sia il cittadino più debole a fare le spese di una politica poco lungimirante, ma stanti così le cose il futuro del servizio Cup in farmacia ha poche possibilità di continuare ed ampliarsi, come in realtà vuole la legge nazionale 69/2009 sulla Farmacia dei servizi (i decreti attuativi sono appena stati pubblicati), a tutte le 1.222 aderenti a Federfarma Veneto”.

Ma l'accordo non piace neanche al Tribunale per i diritti del malato. “Non tiene conto delle esigenze del cittadino più debole e dei servizi che dovrebbero essere sempre più a portata di mano”, ha affermato Flavio Magarini, segretario regionale del Tdm, che aggiunge: “Oltre alle valutazioni già espresse dai farmacisti non capisco come si possa affidare un servizio sanitario a chi non ha alcuna competenza in materia”.



GOVERNO

Sistri, si parte a settembre con le grandi aziende

REDAZIONE IL DENARO
– VENERDÌ 27 MAGGIO 2011

Per le grandi aziende (quelle che hanno più di 500 dipendenti), il Sistri, il sistema di tracciabilità dei rifiuti speciali e pericolosi, entrerà in vigore dal primo settembre. Un'intesa per rimodulare l'entrata in funzione del Sistri, il sistema di tracciabilità dei rifiuti speciali e pericolosi, è stata raggiunta nella tarda serata di ieri tra il ministero dell'Ambiente e le principali organizzazioni imprenditoriali Confindustria e Rete Imprese. Lo riferisce il ministro per l'Ambiente Stefania Prestigiacomo. L'accordo recepisce le esigenze evidenziate nelle ultime settimane dagli operatori del settore ribadendo il valore del Sistri quale importante strumento di legalità e trasparenza nel delicato campo dei rifiuti.

“Abbiamo cercato e trovato una soluzione condivisa”, dice Prestigiacomo, “nel comune intento di mettere in campo un sistema capace di coniugare trasparenza, semplificazione amministrativa, tutela della legalità”. Un sistema, “che è stato pensato per agevolare il lavoro delle imprese non certo per complicarlo. Credo che la rimodulazione in chiave di progressività dell'entrata in vigore del Sistri sarà utile a collaudare al meglio il sistema e aiuterà le aziende a prendere confidenza con le nuove procedure elettroniche”.

Secondo l'intesa, dunque, il Sistri entrerà in vigore dal primo settembre “per produttori di rifiuti che abbiano più di 500 dipendenti, per gli impianti di smaltimento, incenerimento, etc. (circa 5mila) e per i trasportatori che sono autorizzati per trasporti annui superiori alle 3.000 tonnellate (circa 10mila); il primo ottobre sarà la volta dei “produttori di rifiuti che abbiano da 250 a 500 dipendenti e Comuni, enti ed imprese che gestiscono i rifiuti urbani della Regione Campania. Quindi il primo novembre toccherà ai “produttori di rifiuti che abbiano da 50 a 249 dipendenti. Il primo dicembre sarà il turno di produttori di rifiuti che abbiano da 10 a 49 dipendenti e dei trasportatori che sono autorizzati per trasporti annui fino a 3mila tonnellate (circa 10mila).

Infine il primo gennaio 2012 “per produttori di rifiuti pericolosi che abbiano fino a 10 dipendenti”. Sono, inoltre, previste “procedure di salvaguardia” in caso di rallentamenti del sistema e “una attenuazione delle sanzioni nella prima fase” dell'operatività del sistema.

Le tappe

- *Primo settembre*: per produttori di rifiuti che abbiano più di 500 dipendenti, per gli impianti di smaltimento, incenerimento (circa 5mila) e per i trasportatori che sono autorizzati per trasporti annui superiori alle 3.000 tonnellate (circa 10mila)
- *Primo ottobre*: per produttori di rifiuti che abbiano da 250 a 500 dipendenti e Comuni, enti ed imprese che gestiscono i rifiuti urbani della Regione Campania
- *Primo novembre*: per i produttori di rifiuti che abbiano da 50 a 249 dipendenti
- *Primo dicembre*: per i produttori di rifiuti che abbiano da 10 a 49 dipendenti e i trasportatori che sono autorizzati per trasporti annui fino a 3mila tonnellate (circa 10mila)
- *Primo gennaio 2012*: per produttori di rifiuti pericolosi che abbiano fino a 10 dipendenti

Sono previste “procedure di salvaguardia” in caso di rallentamenti del sistema e una attenuazione delle sanzioni nella prima fase dell'operatività del sistema