

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 27.06.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Psn 2011-2013. All'esame anche della Camera

Anche la Commissione Affari sociali ha cominciato l'esame dello schema del Psn 2011-2013 approvato in via preliminare dal Governo nel gennaio scorso. Lucio Barani (Pdl), ha espresso la sua proposta di parere favorevole al termine della sua relazione. La Commissione dovrà esprimere un parere, in sede consultiva, entro il 7 luglio.

Il Piano sanitario nazionale 2011-2013 è attualmente allo studio di entrambe i rami del Parlamento secondo quanto previsto dal decreto legislativo 502/1992. E i tempi si fanno stretti, perchè secondo quanto riferito dal presidente della commissione Affari sociali, Giuseppe Palumbo (Pdl), il parere di competenza al governo deve essere espresso entro il 7 luglio.

Ieri il relatore, Lucio Barani (Pdl), al termine della sua relazione illustrativa del Piano ha espresso parere favorevole. Relazione che comunque resta "aperta" in attesa di eventuali integrazioni che dovessero emergere nel corso della discussione in commissione.

Il Piano, approvato in via preliminare dal Consiglio dei ministri nella seduta del 21 gennaio, è stato trasmesso alle Camere senza però contenere la documentazione relativa l'intesa con la Conferenza unificata. Pratica irrituale ma che considerata l'urgenza, sottolineata anche

Ma, in considerazione dell'urgenza, segnalata anche da Elio Vito, ministro dei rapporti con il Parlamento, il Presidente della Camera ha comunque deciso di assegnare lo schema di decreto alla Commissione per l'espressione del parere, invitando però il Governo a far pervenire alla Camera il documento nel più breve tempo possibile.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION



Manovra o manovrina? Il testo pronto a giorni. Cosa si prevede per la sanità

Da Bruxelles Berlusconi assicura che a luglio non ci sarà nessuna maxi manovra da 40 miliardi. Solo una "manovrina" correttiva. A questo punto è impossibile stabilire quanto di ciò che hanno anticipato fino a stamattina i quotidiani possa effettivamente rientrare in questo provvedimento. Per la sanità si è parlato di costi standard, farmaci e stipendi del personale. Molte voci e poche certezze. Ma è sicuro che non ci sarà più la copertura del ticket di 10 euro sulla specialistica.

24 GIU - Manovra. Ci risiamo. Da quando la vecchia finanziaria è andata in pensione dobbiamo abituarci a questa parola. Meno impegnativa ma certamente appropriata a sintetizzare quelle che ormai sappiamo essere vere e proprie "manovre campali" sullo scenario della finanza pubblica, del lavoro, dell'economia, dei consumi e del welfare. Fino a stamattina si era parlato del 28-30 giugno quali date possibili per la prima messa a punto del provvedimento di Tremonti al quale sarà affidato il compito di tenere in barra i conti pubblici ma anche di indicare alcune vie incentivanti per la ripresa economica.

Un doppio obiettivo da sempre difficile da coniugare e che, in realtà, almeno da qualche anno a questa parte, ha sempre visto prevalere il primo sul secondo. Tant'è che "finanziaria", ieri e "manovra", oggi, tengono banco molto più per i tagli che per gli incentivi.

Ma, a fine mattinata, da Bruxelles, il presidente Berlusconi ha affermato che per ora ci sarà solo una "manovrina" di aggiustamento e che la maxi manovra pluriennale sarà rimandata a data da definire (probabilmente in autunno). A questo punto non si può veramente ipotizzare cosa succederà alla sanità. Ma in ogni caso vale la pena di ragionare su quanto emerso sino ad ora dalle indiscrezioni giornalistiche che sembrano convenire su tre filoni principali di intervento: costi standard, farmaci e nuovi tagli agli stipendi pubblici.

Cerchiamo di capirci qualcosa in più. Per i costi standard sanitari l'attuale decreto delegato nell'ambito della riforma federalista prevede che essi scattino a partire dal 2013. Un loro anticipo al 2012 dovrebbe quindi essere previsto per legge e ridiscusso con le Regioni. In ogni caso i risparmi conseguenti all'introduzione dei costi standard sono materia tuttora controversa. Si passa da stime di 4/5 miliardi fino ai 12 miliardi di euro ipotizzati recentemente dal Cerm. Tutti calcoli, va detto, che sembrano però non tener conto del testo del citato decreto che - avendo rimodulato i criteri con i quali scegliere le regioni benchmark (una al nord, una al centro e una al sud, di una di queste di piccole dimensioni) e non essendo stato, come ovvio, ancora individuato nome e cognome delle tre "reginette" - lascia molti punti interrogativi sulla loro effettiva portata in termini di risparmio.

Non ci stancheremo mai di ricordare, del resto, che, contrariamente alla vulgata, i costi standard sanitari descritti nel decreto non sono quelli che si raccontano in giro: stesso costo per ogni servizio e prestazione. Essi non sono altro che una risistemazione dei criteri della spesa storica, partendo per l'appunto dalla spesa standard storica delle tre regioni benchmark quale base per il riparto delle risorse il cui ammontare è stabilito a "monte" e non a valle del riparto. Stabilisce infatti il decreto che l'individuazione del fondo sanitario dovrà avvenire, a partire dal 2013, con una "nuova rideterminazione tramite intesa Stato Regioni, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria coerentemente con il fabbisogno derivante

www.federlabitalia.com

dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriata". Non c'è quindi una diretta relazione tra costi standard e fondo, anche se, appare ovvio, soprattutto negli anni a venire, che i due elementi tenderanno a incontrarsi una volta che i parametri standard di riparto avranno acquisito una loro storicità contabile.

Tornando alla manovra, quindi, non è ben chiaro in che misura e con quali modalità, fin dal 2012 ma anche negli anni immediatamente successivi, l'eventuale anticipo dei costi standard possa portare a immediati risparmi da iscrivere in bilancio.

Veniamo al secondo punto, i farmaci. Su questo terreno abbiamo letto nei giorni scorsi diversi articoli che facevano riferimento ai risultati della cosiddetta "Commissione Giarda" facente parte del tavolo di esame della finanza pubblica predisposto dal Governo proprio in vista della manovra estiva, dove si sottolineava l'individuazione di vaste aree di difformità di spesa nel settore dei beni e servizi sanitari e tra questi in particolare dei farmaci. Il riferimento appare quindi legato alla farmacia ospedaliera e ai diversi pesi che assumono le forniture con gara di appalto nelle diverse realtà locali. Anche in questo caso è difficile trasferire queste conclusioni in provvedimenti di razionalizzazione economica a meno di non immaginare gare centralizzate o comunque ancorate a bandi con massimali stabiliti a livello centrale. Si è poi parlato nuovamente di generici e di prezzi farmaceutici in generale. Ma anche in questo caso, considerati i tagli ripetuti negli ultimi anni e l'ulteriore stretta Aifa conseguente alla manovra dell'anno scorso sui listini di rimborsabilità degli equivalenti, non si capisce quanto si possa ancora raschiare il barile.

E arriviamo all'ultimo punto. Gli stipendi pubblici e quindi anche quelli degli oltre 650 mila addetti del Ssn. L'anno scorso sono stati congelati i contratti per tre anni. Bloccato di fatto il turn over. Congelate carriere ed altro ancora.

Un'ulteriore stretta è sempre possibile ma è certo che darebbe luogo a proteste furibonde di tutto il Pubblico Impiego già pesantemente tartassato sul piano economico e fiscale.

Resta poi sempre aperta, anche se per ora i giornali non ne parlano, la via dei ticket che in realtà è già ampiamente attiva in tutte le Regioni sulla specialistica e il pronto soccorso e in metà delle Regioni anche sui farmaci. Ma non è affatto escluso che qualcosa in materia possa essere introdotto a livello centrale quale misura di ulteriore compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.

In proposito una cosa sembra certa per il 2012, ed è scritta a chiare lettere nel Def: non ci sarà nessuna copertura per il ticket di 10 euro sulla specialistica, del resto già "scoperto" dal 1 giugno scorso come ricordato ieri dal presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani. In tutto 834 milioni di euro su base annua che verranno a mancare nelle casse regionali e a cui queste ultime dovranno in qualche modo far fronte o istituendo il ticket di 10 euro o con altre misure di pari portata.

Insomma, alla luce di quanto sappiamo oggi a pochi giorni dalla prevista presentazione della manovra o manovrina che sia, è onestamente impossibile ipotizzare quanto e come la sanità sarà chiamata a contribuire. Vedremo, alla fine, cosa uscirà dal cappello magico del superministro Tremonti e a chi e a cosa toccherà pagar pegno per far fronte a questa nuova stagione di obbligata austerità.

Cesare Fassari

www.federlabitalia.com

Rapporto
LIGURIA

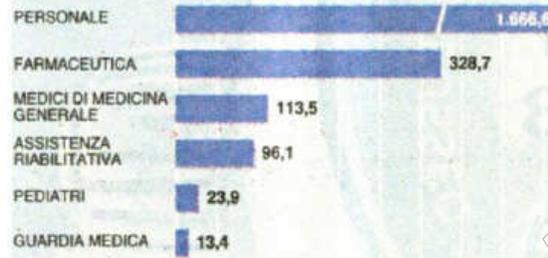
Sanità, è l'ora della collaborazione pubblico-privato

La Regione che nel settore impiega l'80% del suo bilancio deve fare i conti con la forte diminuzione delle risorse in arrivo dallo Stato. Così ha avviato una manovra che prevede il taglio di manager e strutture e l'apertura alle convenzioni: ora un intero ospedale, il San Carlo di Voltri, è gestito dagli Evangelici

Una gran parte di residenze per anziani e malati psichiatrici sarà esternalizzata

Liguria, le spese della sanità

In milioni di euro, dati 2010



Bloccato il turn-over del personale che, 6 anni fa, contava su 600 unità in più

AVA ZUNINO

Genova
La sanità pubblica in Liguria è un'azienda che fattura tre miliardi e 444 milioni di euro all'anno con quasi 26 mila dipendenti, numero su cui è già calata la scure del blocco del turn over: sei anni fa erano 600 in più. Da due anni a questa parte la Regione Liguria, che sulla sanità impegna l'80 per cento del suo bilancio, sta facendo i conti con la diminuzione delle risorse. «E' un calo in valori assoluti: con un'inflazione al 2,5 per cento sarebbe già difficile mantenere l'equilibrio se avessimo le stesse risorse degli anni precedenti», dice l'assessore regionale alla salute Claudio Montaldo, che ha appena messo mano a una manovra con l'obiettivo di restringere di un centinaio di milioni di euro la spesa sanitaria. Nel 2010 dallo Stato erano arrivati 20 milioni in meno dell'anno precedente; quest'anno sono 200 milioni in meno.

«Calcolando l'aggiornamento della quota di fondo sanitario nazionale in base all'inflazione e calcolando la quota pesata sulla popolazione anziana, in Liguria per il 2011 ci aspettavamo 128 milioni più di quelli che abbiamo ottenuto. Invece sono arrivati i tagli», dice Montaldo. La Regione sta lavorando ad una manovra che riorganizzerà le strutture complesse tagliando un centinaio di dirigenti, ma

molto probabilmente entro la fine dell'anno arriveranno anche le tasse. La riduzione delle risorse a disposizione è il principale motore del cambiamento della sanità ligure che finora è stata a sostanziale monopolio pubblico, basata su tanti piccoli ospedali a pochi chilometri di distanza l'uno dall'altro.

Dopo vent'anni di chiusure immaginate e mai realizzate per il timore delle proteste popolari, sono spariti sei ospedali su un totale di 26: realtà di quartiere (per Genova ad esempio il Celesia di Rivarolo), di cittadine dell'hinterland metropolitano come Busalla, della Riviera come Levanto (nello spezzino), come Recco, la Colletta ad Arenzano o l'ospedale Evangelico nel centro di Genova. «Sono stati chiusi come presidi ospedalieri e si sono trasformati in centri di riabilitazione o di servizi ambulatoriali», dice Montaldo. La Regione ha anche eliminato tre aziende ospedaliere: il Villa Scassi di Sampierdarena e il Santa Corona a Pietra Ligure sono rientrate nelle rispettive Asl. E l'ultima manovra è in corso. Si tratta della "fusione" tra l'istituto scientifico dei tumori e l'azienda ospedaliera-universitaria San Martino. «Questa — dice Montaldo — è la prima grande operazione di rilancio clinico, di ricerca e didattica».

Con le chiusure e la necessità di restringere i costi dell'organizzazione, è arrivata l'apertura ai privati. Lo scenario è passato dalla quasi totale assenza di convenzionamenti («l'unica

clinica convenzionata — osserva Francesco Berti Riboli, imprenditore della sanità privata ligure e vice presidente di Confindustria — ha una sessantina di posti letto contro i 90 della più piccola delle strutture accreditate in Lombardia), fino alla concessione di un intero ospedale. E' il San Carlo di Voltri, quartiere dell'estremo ponente della città di Genova, che da quasi un mese non è più gestito dalla Asl 3 ma dalla Comunità Evangelica Internazionale. «Un privato anomalo — dice Montaldo — perché è comunque un soggetto che fa parte del sistema pubblico: aveva un ospedale nel centro di Genova, uno spazio che mantiene come piastra di servizi».

Storicamente la sanità ligure affida ai privati solo la riabilitazione: nel 2010 i 96 milioni e 97 mila euro spesi dalla Regione per la riabilitazione sono andati quasi interamente ai privati (solo 17 mila euro a strutture pubbliche). «Affidare la riabilitazione ai privati è una scelta che è diventata una necessità perché non siamo in grado di farlo direttamente. Non abbiamo il personale e non siamo in grado di assumerlo», dice l'assessore alla salute. Nel 2011 è prevista una riduzione di altri 8 milioni della spesa per il personale che nel 2010 era stata di 1 miliardo e 166 milioni. Il cammino verso i privati continua e il prossimo passo è esternalizzare una grossa fetta di residenze per anziani e per malati psichiatrici.

Davanti al panorama che cambia, le 75 aziende della sanità privata ligure iscritte a Confindustria, che nel 2010 hanno fatturato 24 milioni e



mezzo, si muovono con un atteggiamento contrastante. «Diciamo che il 2011 è iniziato in salita — spiega Alessio Albani, coordinatore della sanità in Confindustria Liguria — i budget sono stati ridotti di percentuali tra il 10 ed il 15 per cento per le prestazioni ordinarie come la fisioterapia, la radiologia tradizionale e laboratoristica, e la previsione è di una riduzione del 5 per cento annuo anche sulla residenzialità extraospedaliera». Ma sono in arrivo gli affidamenti diretti e qualche esperimento come la gestione dei 18 posti letto del reparto di ortopedia nell'ospedale di Albenga, stanno già decollando. «Diciamo che esistono nuovi scenari potenzialmente interessanti — dice Albani — rappresentati dalla necessità che il sistema sanitario ligure ha di creare strutture intermedie per la gestione del malato dimesso dai presidi ospedalieri». Davanti alle nuove linee guida ministeriali che impongono dimissioni ospedaliere sempre più precoci, una regione che ha il 26,8 per cento della popolazione sopra ai 65 anni, deve trovare il modo di non mandare a casa persone che hanno ancora bisogno di assistenza.

Le formule individuate in collaborazione pubblico-privato sono quelle dei centri salute (esperienza già in corso nella Asl 2 savonese con medici a disposizione 12 ore al giorno, ambulatori per malati cronici, assistenza domiciliare), e degli ospedali di comunità, dove i pazienti sono gestiti dai medici di famiglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scure sugli stipendi alti, a rischio primari e medici Asl

Le misure

L'estensione del taglio del 5% anche sui dirigenti sanitari
Sindacati già sul piede di guerra

I medici pubblici rischiano di essere la categoria maggiormente colpita dalla prossima manovra economica. L'estensione del taglio del 5% anche agli stipendi del pubblico impiego inferiori ai 90mila euro - una delle probabili misure contenuta nella prossima manovra - vedrebbe infatti maggiormente colpiti proprio i dirigenti medici del Sistema sanitario nazionale.

La denuncia, analizzando i dati e le proiezioni fatte sul settore, arriva dal segretario della Fp-Cgil Medici Massimo Cozza, che avverte: «Si tratta di una scelta iniqua e inaccettabile, che se si dovesse davvero concretizzare porterà ad una forte protesta da parte dell'intera categoria».

L'estensione del taglio del 5% anche agli stipendi del pubblico impiego inferiori ai 90mila euro, spiega Cozza, «vedrebbe maggiormente colpiti i dirigenti medici del Ssn». I medici rappresentano infatti la categoria più numerosa della dirigenza del pubblico impiego con circa 118mila unità e con una retribuzione media, secondo il conto annuale 2009 della Ragioneria generale dello Stato, di oltre 72mila euro.

Seguono a ruota i 20mila dirigenti sanitari, tecnici, professionali ed amministrativi del Ssn con circa 63mila euro, 10mila dirigenti della scuola con 60mila e 500 euro, 9mila dirigenti delle Regioni e delle autonomie locali con 92mila euro. E poi i dirigenti di tutti gli altri settori (ministeri, agenzie fiscali, enti pubblici non economici, enti di ricerca, Università).

Il vigente taglio del 5% degli stipendi al di sopra dei 90mila euro e

del 10% oltre i 150mila, sottolinea il sindacalista, «oggi colpisce infatti circa il 10% della categoria medica, costituito in gran parte dai medici primari. L'estensione del taglio al di sopra dei 50mila euro vedrebbe interessati anche gli altri 100.000 dirigenti medici, con una decurtazione media di 1.100 euro l'anno».

Non solo. Tra gli altri nodi da considerare alla luce di questa prossima manovra annunciata dal ministro dell'Economia Giulio Tremonti, c'è anche l'ipotesi dell'asticella a 75mila euro vedrebbe comunque interessata oltre la metà della categoria. Secondo Cozza, tale manovra rappresenterebbe una «ulteriore penalizzazione dei medici del Servizio sanitario nazionale i quali, come per tutto il pubblico impiego, hanno già gli stipendi congelati fino al 31 dicembre 2013; il blocco del contratto fino al 31 dicembre 2012, la rateizzazione della liquidazione in tre anni, la decurtazione economica in caso di malattia». Questo, aggiunge Cozza, «in un quadro sempre più drammatico di tagli alla sanità - 1,5 mld nel 2011 e 6 mld ventilati per il prossimo triennio - e di irresponsabile blocco del turn over con medici costretti a riposi sempre minori, a più straordinari e a ferie limitate, e con 8mila medici in una situazione di precarietà». Si tratta di una «tassa iniqua - denuncia Cozza - che ancora una volta si abbatte su chi con il proprio lavoro garantisce un servizio pubblico ai cittadini e, nel caso dei medici, la salute come bene comune. Non si colpisce invece chi ha eguali o maggiori retribuzioni nel privato».

«Questa è sicuramente una scelta sbagliata e inaccettabile che se si dovesse concretizzare - annuncia il leader sindacale - porterà ad una forte protesta della categoria, che vedrà il 5 luglio a Roma riunite tutte le principali sigle sindacali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Non solo i costi standard dal 2013 nel pacchetto sulla spesa sanitaria

In arrivo la stretta anche su farmaci e acquisti

LE ALTRE MISURE

In cantiere interventi su beni e servizi, «specialistica», personale e ospedali. E sui ticket si punta a un aumento della franchigia

Roberto Turno

ROMA

■ La scommessa futuribile dei costi standard per Asl e ospedali, ma non solo. A caccia di risparmi sicuri e di impatto immediato senza puntare tutto su quel che sarà del federalismo fiscale, i tecnici del Governo hanno sul tavolo per la sanità una manovra "bifronte". E allora ecco che si fa largo anche una manovra «tradizionale», dove i costi standard sono un quasi un ponte gettato sul domani, ma tutto da costruire. Per far cassa intanto con tagli a farmaci, beni e servizi, personale, specialistica. E magari con la lotta all'evasione dai ticket stimata quasi 1 miliardo l'anno.

Opzioni non esattamente alternative, quelle allo studio, ma in qualche modo parallele. Che però riflettono umori e punti di vista opposti nel Governo sul significato dei costi standard: come strada di risparmio immediato (dal 2013) o come via per razionalizzare e standardizzare nel tempo qualità e costi dei servizi tra le Regioni. Sia quel che sia, i sacrifici che saranno richiesti all'assistenza sanitaria sono complessivamente di 5-6 miliardi, fino a un'ipotesi massima di 6-8 miliardi. Non meno, in ogni caso, del 15% dell'intera manovra. Risparmi che nelle intenzioni dovranno garantire un abbassamento del tendenziale e avere un effetto correttivo di lunga durata. Riducendo il fabbisogno da riconoscere alle Regioni. Ma insieme, è la prospettiva, abbassando il grado di copertura dei livelli essenziali di assistenza (Lea). Insomma, meno garanzie su servizi e prestazioni e aumen-

to della sanità pagata di tasca propria (anche con fondi integrativi e assicurazioni, per chi li ha) dagli italiani.

La prospettiva dell'abbassamento del fabbisogno con l'applicazione dei costi standard, avrebbe effetto graduale a partire dal 2013. Ma di certo non sarà una passeggiata, considerato quanto meno che già tutte le Regioni hanno i fucili spianati, anche quelle oggi con i conti (quasi) a posto. I costi standard vanno interamente costruiti e contrattati. Tutto in 18 mesi, di qui al 2013. Anche se i tagli e le razionalizzazioni, soprattutto al Sud, procederebbero comunque.

Intanto non mancheranno le misure «tradizionali» di potatura della spesa. Magari unite, sul versante delle liberalizzazioni, alla perdita dell'esclusiva delle farmacie sulla vendita dei medicinali di classe «C» (a pagamento) con obbligo di ricetta. Per i farmaci si punta così per la spesa territoriale (in farmacia) alle aste delle Asl, a una spinta ancora maggiore all'acquisto di generici, alla nuova frontiera dei bioequivalenti. Ma sotto osservazione è anche la farmaceutica ospedaliera (2,2-2,4 di rosso stimato per il 2011), dove si pensa a nuovi tetti e a forme d'acquisto più vantaggiose per le Regioni. Altro capitolo è la specialistica (cresciuta del 6,1% nel 2010), dove si potrebbe fare ordine anche nella franchigia e assestare un colpo all'evasione dal ticket. Poi l'acquisto di beni e servizi, con prezzi di riferimento e centrali d'acquisto. E il personale: il blocco di un nuovo contratto in sanità varrebbe 2 miliardi, oltre ai tagli degli stipendi e al blocco del turnover. I medici già sono in pre-agitazione, dopo i tagli di un anno fa e gli effetti pesanti sui servizi agli assistiti. Ma da venerdì, dopo la manovra, l'intero Ssn potrebbe diventare una polveriera.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità Da radiologia alla procreazione assistita, le Regioni di provenienza dovranno rimborsare le nostre Usl. Aumenta il prezzo della prima visita

Ai veneti 400 esami in più col ticket «I forestieri? Pagano tariffa intera»

VENEZIA — I veneti possono contare su 400 prestazioni da pagare solo col ticket in aggiunta a quelle passate dal Servizio sanitario nazionale. Lo ha stabilito la giunta Zaia, che per tali accertamenti su «forestieri» chiederà alla Regione di provenienza il pagamento della tariffa intera. Per i veneti aumenta il ticket della prima visita.

A PAGINA 5 Nicolussi Moro

Sanità Le Regioni di provenienza dovranno rimborsare le nostre Usl. Tra le prestazioni «riservate» quelle di procreazione assistita, radiologia, chirurgia



Ai veneti 400 esami in più col ticket «Per i forestieri? Tariffa intera»

E il prezzo della prima visita sale da 18,95 a 20,50 euro

Assessor Luca Coletto (Sanità)

Doppio vantaggio

Il tariffario con i costi sarà spedito a tutte le altre Regioni. Nuovo introito di settore

VENEZIA — La prima ricaduta «clinica» del colpo di reni che ha catapultato il bilancio della sanità veneta da un rosso a rischio commissariamento a un attivo di 12,5 milioni di euro è la definizione, da parte della giunta Zaia, di un pacchetto di 400 prestazioni «riservate ai residenti veneti». Si tratta di accertamenti inerenti tutte le specialità che si aggiungono a quelli garantiti dai livelli essenziali di assistenza (Lea) nazionali, che la Regione copre di tasca propria e che vengono dunque definiti «extra Lea». Per accedervi,

ai veneti basta corrispondere il ticket, mentre per i pazienti provenienti dal resto d'Italia la Regione di appartenenza pagherà la tariffa intera.

Lo ha stabilito l'esecutivo di Palazzo Balbi martedì, con l'approvazione della delibera sull'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nei prossimi giorni inviato alle altre Regioni proprio per renderle edotte sull'elenco di visite ed esami diagnostici che dovranno pagare per intero a Venezia qualora pazienti loro vi accedessero. Se aderiranno — anche perchè parliamo di cure non esistenti in altre realtà se non nel privato e quindi a carico del cittadino — non potranno poi esimersi dall'onorare i conti.

Questa opportunità, concessa alle varie giunte d'Italia dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, permette al Veneto da una parte di garantire ai propri pazienti 400 prestazioni in più solo con la corresponsione del ticket invece che col versamento della tariffa intera, dall'altra di creare un nuovo introito per la sanità. La spesa necessaria a sostenere gli extra Lea è infatti coperta dal risparmio ottenuto trasformando anche in ambulatoriali 75 prestazioni finora erogabili solo in regime di ricovero. Qualche esempio? Le ecodoscopie, necessarie a individuare una massa tumorale nello stomaco, nel colon e nel pancreas, passano da un costo (per la Regione) di 5 mila/7 mila euro a 200/300 euro; la videocap-

sula («vede» lo stomaco) in stato di degenza si paga 3400 euro, in ambulatorio 850; l'iniezione intravitteale contro la maculopatia senile scende da 3850 euro più 1100 a fiala a 235 euro più 1100 a fiala. Tutti interventi inseriti negli extra Lea, insieme ai procedimenti di procreazione-



Lettori: n.d.

Corriere del Veneto Edizione di Treviso e Belluno

26-GIU-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Alessandro Russello

da pag. 1

ne medicalmente assistita (estesa alle donne fino a 50 anni), a molte prestazioni di Radiologia (come la Tac virtuale), branca che vede il Veneto al primo posto in Italia, a nuovi esami di laboratorio, alla prevenzione contro il papilloma virus, alla chirurgia (per esempio vascolare), alla «sedazione cosciente» (leggera, non praticata nel resto d'Italia) in Ostetricia.

Tra gli accertamenti «da erogare solo ai residenti veneti» figurano inoltre la Radiologia per bambini, le prime visite reumatologica, ginecologica e ostetrica, cure per le malattie rare. Per definire l'elenco degli extra Lea e portare il nomenclatore veneto ad essere il più aggiornato e moderno del Paese, i tecnici della Sanità si sono ispirati alle integrazioni apportate a quello nazionale e ai suggerimenti di una commissione di medici di varie specialità.

In generale, tutte le prestazioni per l'erogatore (l'Usl al privato convenzionato, per esempio) hanno mantenuto le stesse tariffe del 2006, a parte qualche ritocco per le «new entry».

Quanto alle tasche del malato, il ticket resta di 36,15 euro, fatta eccezione per la prima visita: aumenta da 18,95 euro a 20,50. (In compenso, sulla ricetta resta un massimo di 8 prescrizioni, che però in determinati casi possono anche appartenere a branche diverse). Tale prestazione viene codificata meglio dalla Regione, che per «evitare confusione» tiene a distinguere la dalla «visita specialistica di controllo», non di rado fatta passare per prima (costa di più all'erogatore e al paziente).

Tutte le novità citate «hanno applicazione dal primo ottobre 2011 — spiega l'assessore Luca Coletto nella delibera — al fine di consentire alle strutture erogatrici l'adeguamento dei sistemi informatici. Tuttavia, in considerazione dell'esigenza della riduzione del numero di ricoveri, cui consegue anche un risparmio della spesa sanitaria, si possono erogare le prestazioni ricondotte con il presente provvedimento anche al regime ambulatoriale già dal primo luglio 2011, con applicazione delle relative tariffe».

Michela Nicolussi Moro

Lettori: n.d.

Corriere del Veneto Edizione di Treviso e Belluno

26-GIU-2011

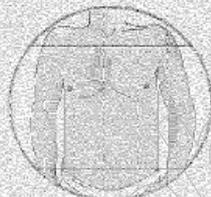
Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Alessandro Russello

da pag. 1

Per i residenti**Procreazione assistita**

Tra gli accertamenti «da erogare ai soli residenti veneti» ci sono i trattamenti di procreazione assistita, da quest'anno estese alle donne fino a 50 anni. In lista anche la prima visita ostetrica e ginecologica e la «sedazione cosciente» in Ostetricia. Si tratta di una tecnica utilizzata solo in Veneto per garantire un'anestesia leggera alla paziente.

**Radiologia**

Negli «extra Leax», cioè le prestazioni non comprese nei Livelli essenziali di assistenza nazionale, ci sono i più moderni esami radiologici (come la Tac virtuale), la Radiologia per bambini eseguita in giornata, le ecodioscopie necessarie a individuare la massa tumorale nello stomaco, nel colon, nel pancreas. E la «videocapsula» («vede» lo stomaco).

**Chirurgia**

Molte fattispecie chirurgiche sono inserite nel pacchetto per i veneti. Per esempio interventi di chirurgia vascolare o per d'alizzati, che in regime di ricovero costano 7 mila euro, in ambulatorio 1500. In lista anche l'iniezione intravitreale, necessaria a curare la maculopatia senile: in ospedale si paga 3850 euro più 1100 a fiala, in ambulatorio 235 più 1100.

L'austerità

Pronta la manovra, congelati gli stipendi pubblici

Stretta anche su giochi e lotterie, in pensione più tardi e sei miliardi in meno alla Sanità

Umberto Mancini

ROMA. Attacco a Spreccopoli, con i benefici della casta nel mirino (tagli per 2-3 miliardi a regime). Tutti in pensione più tardi di tre mesi dal 2013-2014. E per le donne del settore privato spostamento al 2015 dell'uscita dal lavoro a quota 65 anni. Sforbiciata secca alla sanità e congelamento dei contratti del settore pubblico. Dulcis in fundo, riduzione a tre delle aliquote Irpef e scure sulle agevolazioni fiscali. È pronta la manovra economica da 43-45 miliardi che vedrà la luce giovedì prossimo. Saranno necessari nell'immediato, cioè nel 2011, circa 3-4 miliardi per fare la manutenzione dei conti, rifinanziare cioè le missioni militari. Oltre 5 miliardi verranno trovati per il 2012 e circa 35 nel 2013-2014.

Previdenza. L'aumento dell'età pensionabile è dato per scontato. Verrà quindi deciso l'anticipo dal 2015 al 2013 dell'adeguamento dell'età di pensione alle aspettative di vita. Accelerazione anche per l'innalzamento dell'età di pensionamento per le donne nel privato: da 60 a 65 anni. Una misura che vale 2 miliardi. La nuova soglia dei 65 potrebbe scattare già nel 2015, bruciando le tappe. In ballo per il settore previdenziale ci sono, complessivamente, circa 5-6 miliardi.

Statali. Circa 2 miliardi dovrebbero essere recuperati con il congelamento dei contratti pubblici per un altro anno, fino al 2014. Questo varrebbe solo per alcuni voci dello stipendio, così come accade ora. Allo studio il taglio, considerato dalla Cida incostruzionale, delle retribuzioni pubbliche sopra i 75 mila euro. Tagli mirati per i ministeri con riduzioni delle spese per acquisti di beni e servizi. Incentivi invece per accelerare i tempi della

giustizia: un premio produttività del 10% per smaltire l'arretrato ai giudici tributari.

Sanità. Ci sarà un intervento sostanzioso sul fronte della spesa sanitaria (si parla di 6 miliardi). Introducendo i costi standard già adottati dalle Regioni virtuose. Introduzione dei costi standard anche per il settore della giustizia e in altri comparti pubblici.

Enti locali. Sforbiciata ai trasferimenti agli enti locali, la cui entità non è ancora stata definita, ma che dovrebbe essere considerevole. Le proteste dei governatori delle Regioni fanno intendere che le misure potrebbero essere particolarmente significative, circa 3 miliardi.



I conti
Operazione tra i 43 e 45 miliardi da ultimare entro il 2014. Giovedì il sì del Cdm

Fisco. Bonus fiscale per i figli modulabile in base al numero e destinato soprattutto alle famiglie a basso reddito. Si guarda al modello di alcuni Paesi europei dove lo sconto fiscale per il mantenimento dei figli arriva anche a 4-5.000 euro per ogni figlio a carico. Confermata l'accelerazione sulla tassazione delle rendite, che arriverebbe dall'attuale 12,5% al 20% (esclusi i titoli di Stato). Iva più cara ma solo per i beni di lusso. Netta riduzione delle agevolazioni fiscali di favore e semplificazione delle norme dovrebbero completare il quadro. Lo sfooltimento

delle attuali detrazioni potrebbe consentire risparmi fino a 16 miliardi. In arrivo nuove norme anti-evasione nel settore dei giochi. Nel mirino soprattutto il settore delle scommesse e i giochi non regolari con gli apparecchi di intrattenimento. Le misure allo studio potrebbero dare un gettito da 5-600 milioni per quest'anno a circa un miliardo di euro a regime. In alcune province del Sud il tasso di irregolarità delle slot machine arriverebbe fino al 40%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La proposta di Tremonti

Compensi pubblici

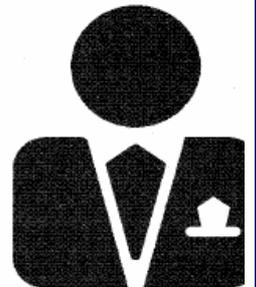
in linea con la media europea



Election Day
a partire dal 2012



Tagli alle dotazioni di Camera, Senato, presidenza del Consiglio, oltre che ai partiti politici. L'entità della riduzione non è ancora stata definita



Benefit e vitalizi azzerati alla scadenza dell'incarico



Auto blu

non potranno superare 1.600 di cilindrata



Voli di stato solo per il Presidente della Repubblica, i Presidenti di Camera e Senato e il premier

ANSA-CENTIMETRI

Il Sole **24 ORE**

Sanità



Manovra: In arrivo la stretta su farmaci e acquisti

di Roberto Turno (da Il Sole-24 Ore)

La scommessa futuribile dei costi standard per Asl e ospedali, ma non solo. A caccia di risparmi sicuri e di impatto immediato senza puntare tutto su quel che sarà del federalismo fiscale, i tecnici del Governo hanno sul tavolo per la sanità una manovra "bifronte". E allora ecco che si fa largo anche una manovra «tradizionale», dove i costi standard sono un quasi un ponte gettato sul domani, ma tutto da costruire. Per far cassa intanto con tagli a farmaci, beni e servizi, personale, specialistica. E magari con la lotta all'evasione dai ticket stimata quasi 1 miliardo l'anno.

Opzioni non esattamente alternative, quelle allo studio, ma in qualche modo parallele. Che però riflettono umori e punti di vista opposti nel Governo sul significato dei costi standard: come strada di risparmio immediato (dal 2013) o come via per razionalizzare e standardizzare nel tempo qualità e costi dei servizi tra le Regioni. Sia quel che sia, i sacrifici che saranno richiesti all'assistenza sanitaria sono complessivamente di 5-6 miliardi, fino a un'ipotesi massima di 6-8 miliardi. Non meno, in ogni caso, del 15% dell'intera manovra. Risparmi che nelle intenzioni dovranno garantire un abbassamento del tendenziale e avere un effetto correttivo di lunga durata. Riducendo il fabbisogno da riconoscere alle Regioni. Ma insieme, è la prospettiva, abbassando il grado di copertura dei livelli essenziali di assistenza (Lea). Insomma, meno garanzie su servizi e prestazioni e aumento della sanità pagata di tasca propria (anche con fondi integrativi e assicurazioni, per chi li ha) dagli italiani.

La prospettiva dell'abbassamento del fabbisogno con l'applicazione dei costi standard, avrebbe effetto graduale a partire dal 2013. Ma di certo non sarà una passeggiata,

considerato quanto meno che già tutte le Regioni hanno i fucili spianati, anche quelle oggi con i conti (quasi) a posto. I costi standard vanno interamente costruiti e contrattati. Tutto in 18 mesi, di qui al 2013. Anche se i tagli e le razionalizzazioni, soprattutto al Sud, procederebbero comunque.

Intanto non mancheranno le misure «tradizionali» di potatura della spesa. Magari unite, sul versante delle liberalizzazioni, alla perdita dell'esclusiva delle farmacie sulla vendita dei medicinali di classe «C» (a pagamento) con obbligo di ricetta. Per i farmaci si punta così per la spesa territoriale (in farmacia) alle aste delle Asl, a una spinta ancora maggiore all'acquisto di generici, alla nuova frontiera dei bioequivalenti. Ma sotto osservazione è anche la farmaceutica ospedaliera (2,2-2,4 di rosso stimato per il 2011), dove si pensa a nuovi tetti e a forme d'acquisto più vantaggiose per le Regioni. Altro capitolo è la specialistica (cresciuta del 6,1% nel 2010), dove si potrebbe fare ordine anche nella franchigia e assestare un colpo all'evasione dal ticket. Poi l'acquisto di beni e servizi, con prezzi di riferimento e centrali d'acquisto. E il personale: il blocco di un nuovo contratto in sanità varrebbe 2 miliardi, oltre ai tagli degli stipendi e al blocco del turn over. I medici già sono in pre-agitazione, dopo i tagli di un anno fa e gli effetti pesanti sui servizi agli assistiti. Ma da venerdì, dopo la manovra, l'intero Ssn potrebbe diventare una polveriera.

www.federlabitalia.com

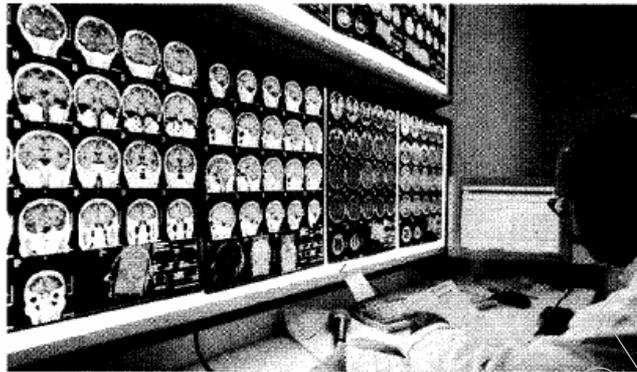
► Regione.9 ◀

Risorse agli sgoccioli, da settembre Tac a rischio

ETTORE MAUTONE

Tetti di spesa e prestazioni sanitarie dei centri accreditati: ai tagli programmati dalla Regione per il settore ex convenzionato, dettati dal Piano di rientro dal deficit, consegue il precoce esaurimento del budget fissato e inserito nel decreto commissariale dello scorso aprile.

In particolare per alcune discipline (segnatamente la Radiologia) già a partire dal prossimo settembre, nella Asl Napoli 1, le prestazioni come la Tac, le ecografie, la Risonanze magnetica) raggiungeranno il limite della copertura finanziaria. La situazione è anche peggiore a Caserta dove le branche a visita, la diabetologia e la stessa radiologia vedono il budget in esaurimento già da luglio. Tradotto in pratica disagi per i pazienti, liste di attesa che si allungano anche nel privato e prestazioni erogate solo a pagamento.



A meno di improbabili integrazioni di budget (possibili solo per le prestazioni salvavita) si profila insomma l'ennesimo autunno caldo della Sanità campana.

IL TAVOLO TECNICO

I dati emergono dal tavolo tecnico regionale di monitoraggio sull'andamento della spesa in convenzione delle Asl. Il tavolo si è riunito nei giorni scorsi a Palazzo Santa Lucia tracciando le percentuali di attività

fin qui svolte dalle aziende sanitarie e le proiezioni delle date probabili di esaurimento delle risorse relativamente alle prestazioni erogate in convenzione.

Nella riunione si è inoltre stabilito che la comunicazione del dato parziale del consumo di prestazioni, correlato alle risorse disponibili, aggiornato al 31 giugno prossimo, saranno comunicate esclusivamente a mezzo di posta elettronica certificata. Per la Asl di Caserta i dati

della cardiologia (vedi tabella in basso) sono calcolati al netto dell'incremento tariffario stabilito dalle sentenze del Tar.

Intanto è fissato per mercoledì 28 giugno il tavolo regionale con le associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale e della riabilitazione. La missiva è firmata dal sub commissario **Mario Morlacco**. Oggetto della convocazione il piano dei pagamenti relativi al fatturato del 2011 e il rispetto dell'accordo tra struttura commissariale e centri privati accreditati stipulato il 16 maggio scorso. Dopo il pagamento dell'acconto del mese di gennaio entro il 20 giugno scorso in giunta regionale sono stati deliberati gli stanziamenti necessari per il rispetto dell'accordo.

Il 16 giugno è stato inoltre effettuato un monitoraggio, presso le Asl, sul rispetto dell'accordo che lascia ben sperare per una progressiva normalizzazione del flusso dei pagamenti.

Il budget fissato per le varie aree

- **Riabilitazione:** il budget della macroarea è suddiviso tra fisioterapia (riabilitazione motoria post-traumatica) che assorbe circa 65 mln annui e riabilitazione che gode di una dote di 270 milioni. In percentuale l'Fkt posa sul piatto l'8%, la riabilitazione dell'handicap ambulatoriale il 3%, la domiciliare il 4%, il convitto e il semiconvitto il 2% il convitto e semiconvitto
- **Specialistica ambulatoriale:** taglio netto di circa 5,6 milioni (su un budget di 403 milioni) equivalente all'1,4 per cento
- **Casi di cura:** la sforbiciata ammonta al 3 per cento su un budget di circa 650 milioni di euro (1,8 milioni).

Riabilitazione: la dote per i ricoveri in residenze protette resta intatta

Umbria, durata in carica dei D.G. delle aziende sanitarie, si torna all'origine?

In Commissione passato un emendamento che di fatto ripristinerebbe la normativa del 1998

di: 27/06/2011

Attualmente la normativa della Regione Umbria stabilisce che " **Le funzioni di direttore generale di aziende sanitarie non possono essere esercitate per un periodo superiore ai dieci anni.** La Giunta regionale può **derogare il termine di dieci anni, limitatamente al conferimento di un ulteriore incarico**, purché attribuito prima della scadenza del decennio dall'entrata in vigore della presente legge (art.12 comma 1 LEGGE REGIONALE 20 gennaio 1998 , n. 3 modificato dall' Articolo 11 Comma 3 legge Regione Umbria 23 febbraio 2005, n. 16).

All'origine la norma prevedeva solamente che "Le funzioni di direttore generale non possono essere esercitate per un periodo superiore ai dieci anni."

La modifica a tempo venne introdotta per salvare qualche potente Direttore Generale che non aveva nessuna intenzione di tornare ad un ruolo subalterno nella sanità, magari alla dipendenza di qualcuno che lui stesso aveva nominato.

Con la modifica del 2005 di fatto il periodo massimo possibile di esercizio delle funzioni è diventato 15 anni, però per poter sfruttare tutto il tempo occorre che per questo arco di tempo vi sia un solo incarico quinquennale, mentre nei primi dieci anni vi possono essere anche 4 incarichi diversi (ogni incarico ha infatti come limite minimo i tre anni).

La soluzione tuttavia ha solo rinviato il problema, ci sono ora vari direttori generali che "sudano freddo" perché non hanno ancora l'età della pensione ma gli scadono i tempi massimi di permanenza.

Visto che, in tutto il mondo, per assurgere a certi ruoli ci vuole la stima e l'amicizia dei potenti, quest'ultimi non potevano terarsi indietro **ed è scoppiata la bagarre.**

Il capogruppo regionale del PdL, Raffaele Nevi ha parlato di "una maggioranza ormai arrivata al capolinea, attraversata da vere e proprie bande contrapposte che si fronteggiano su tutto, paralizzando l'azione riformatrice che sarebbe necessario mettere in campo":

Per l'esponente della minoranza "il dato politico che emerge con chiarezza è però ben più grave: **la presidente Catuscia Marini non riesce a fare sintesi e a tenere unita la sua pattuglia.** Ciò è emerso in modo evidente – racconta Nevi - quando il consigliere Damiano Stufara (Prc -Fed.sin.), interpretando la **volontà della presidente, voleva evitare che si mettessero in discussione gli emendamenti sul tetto ai direttori generali** posti dal PdL, dalla Lega, dall'Udc e dallo stesso Luca Barberini (Pd).

Ebbene la richiesta di Stufara è stata sonoramente bocciata in Commissione e **il tetto (massimo 10 anni di permanenza in carica) è stato introdotto".**

Ma l'interpretazione di Nevi al portavoce della Marini sembra **una allucinazione** “Evidentemente - al consigliere Nevi, pur presente ai lavori, sarà sfuggita la **precisa volontà della Presidente di rimarcare la distanza sua, e della Giunta regionale, dai contenuti e dalle motivazioni politiche dell'emendamento** a cui fa riferimento il consigliere Nevi”.

Dall'Idv, dicono riferendosi ai Direttore generali di Usl ed Aziende ospedaliere “Nessuno **di loro - potrà restare in carica più di dieci anni, mentre oggi, in teoria, una nomina poteva prolungarsi a vita.**”

La **lega Nord** rincara “Grazie all'emendamento della Lega – spiega Cirignoni - **si stabilisce un tetto massimo per la durata in carica di questi dirigenti** e si scongiura quello che sarebbe stato un vero e proprio ‘golpe’ politico della casta nel cui disegno di legge **era previsto un articolo che avrebbe consentito ai referenti politici di ‘giostrare’ un dirigente per tutta l'Umbria. A tempo indeterminato.**

La Commissione, comunque, **avrebbe approvato un testo che pone “il limite di 10 anni e due mandati** (a partire dalla data di approvazione della legge) **per i direttori generali”**, ma **occorrerà vedere come finirà in aula**, perché anche le virgole possono fare la differenza.

Sull'argomento è intervenuto anche il **capogruppo regionale Udc Sandra Monacelli.**

Secondo Monacelli “ **La politica**, per esercitare appieno il suo ruolo e gestire le sorti della sanità umbra, **deve riconoscere e premiare i principi di qualità e merito senza rimanere ostaggio di una ristretta casta di direttori politicizzati.** Garantita questa responsabilità nella gestione della sanità, **resta da stabilire il margine di arbitrio della classe politica nella selezione di manager e primari”.**

“**Il tetto dei dieci anni** per la durata delle funzioni dei direttori sanitari (generali n.d.r) – spiega Monacelli - **potrebbe evidentemente risultare stringente per un soggetto meritevole.** Viceversa **l'assenza di vincoli, non solo temporali**, ma soprattutto in ordine alla verifica degli obiettivi assegnati e conseguiti, **lascerebbe la volontà politica sotto scacco del potere, a questo punto totale, dell'apparato burocratico, reso esageratamente forte magari proprio dalle logiche di lottizzazione partitica”.**

Per Sandra Monacelli “occorre quindi che sia **preservata la possibilità di mantenere un dirigente, se meritevole, ma anche di poterlo sostituire con altri, in caso di valutazione negativa.** Sarebbe dunque auspicabile – conclude - che la geografia sanitaria dell'Umbria potesse essere disegnata secondo un concetto di vera meritocrazia, supportata da criteri di valutazione oggettivi, tesi a vigilare sui conseguenti standard qualitativi.

IL SECOLO XIX.it

Asl liguri, ecco i nuovi supermanager

27 giugno 2011

Genova - Due giorni alle nomine dei direttori generali della sanità tra poltrone che tremano, consultazioni riservate, vertici convocati e poi rinviati. E manager in grande attesa per le decisioni del presidente **Burlando**. Alla **Asl 3** la corsa è ancora aperta e, al momento, tra i favoriti ci sono due torinesi. Giulio **Fornero**, ex direttore della **Asl 2 di Torino**, è molto apprezzato dall'ex sindaco di Torino Sergio **Chiamparino** e, su piazza, è appoggiato dall'assessore Montaldo e ha tanti estimatori all'interno del Pd. Fornero non si sbilancia ma ha confessato ad alcuni amici di essere in attesa di una telefonata dalla Regione. Nel tardo pomeriggio di oggi Montaldo ha convocato una riunione con un assessore per partito della maggioranza a cui, probabilmente, comunicherà i nomi dei nuovi manager.

Sembrano **in ribasso le quotazioni di Gian Paolo Zanetta**, avvocato, per dieci anni alla guida dell'ospedale Mauriziano e poi alla Asl di Alessandria. Manager di area Margherita (è stato l'ultimo segretario della Dc di Torino) è gradito anche all'assessore al Bilancio Sergio Rossetti. Il terzo nome che circola in questi giorni è quello di Aldo Ancora, ex direttore dell'assessorato alla Sanità della **Toscana**. In corsa c'è anche Fosco Foglietta, da una settimana presidente del Cup 2000 di Bologna, mentre sembra tramontata la candidatura del direttore generali dell'Evangelico Alessio Parodi.