

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

The logo for FederLab Italia features the word "FederLab" in a large, bold, sans-serif font. "Feder" is in blue and "Lab" is in red. Below "FederLab" is a red horizontal bar containing the text "COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI" in white, uppercase letters. To the right of the bar is a blue square with the word "Italia" in white, lowercase letters. A pipette is positioned over the "Lab" part of the logo.

Rassegna Stampa del 28.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Milleproroghe, il testo in Gazzetta: è la legge 14/2012

Decreto Milleproroghe: la legge di conversione 24 febbraio 2012 «Proroga di termini previsti da disposizioni legislative» è pubblicata sul Supplemento ordinario n. 36 della «Gazzetta Ufficiale» n. 48 del 27 febbraio 2012 .

E con la nuova legge sparisce definitivamente dal 30 giugno 2012 la libera professione intramoenia "allargata".

L'intramoenia allargata è oggi possibile, infatti, solo in assenza degli spazi istituzionali realizzati nelle Asl e negli ospedali che ora - altra previsione del decreto - dovranno essere ultimati dalle Regioni sempre entro il 30 giugno 2012. Una previsione difficile da realizzare in tempi stretti: solo la metà delle Regioni, secondo l'ultima relazione di gennaio dell'osservatorio ministeriale sulla libera professione, ha utilizzato il 100% delle risorse messe a disposizione dalla legge (oltre 800 milioni stanziati dal Dlgs 254/2000), ma gli interventi "collaudati" e quindi in funzione sono in realtà al 100% solo in Umbria.

Scialuppa di salvataggio nel Milleproroghe anche per alcune situazioni a rischio nei bilanci sanitari. Il testo prevede che fino al 31 maggio 2012, le regioni che non siano sottoposte a piani di rientro dai deficit possono procedere al ripiano del disavanzo sanitario al 31 dicembre scorso «anche con la vendita degli immobili». La novità sembra che sarà colta al volo solo dalla Liguria, ma potenzialmente potrà valere per tutte le regioni che finora hanno i conti sanitari in regola.

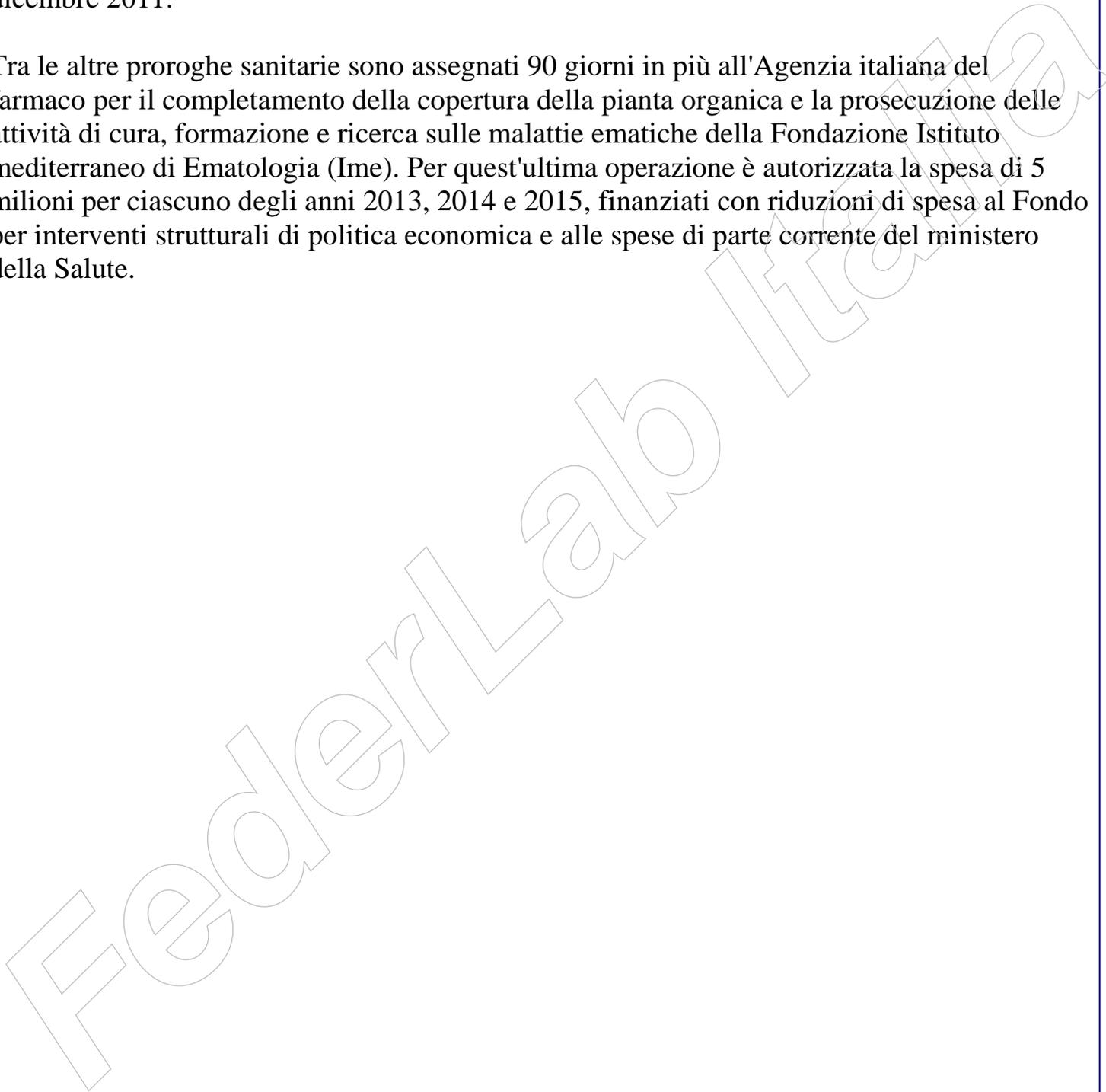
Ulteriore previsione è la conferma del cosiddetto "payback" fino al 31 dicembre 2012, la possibilità cioè per le aziende farmaceutiche di sospendere la riduzione del 5% dei prezzi dei medicinali, versando alle Regioni l'importo equivalente al risparmio che sarebbe derivato, appunto, dalla riduzione del prezzo.

Nel decreto c'è poi la proroga dell'incarico di commissario straordinario della Croce rossa italiana fino alla data di ricostituzione degli organi statutari, dopo che sarà concluso il riassetto organizzativo dell'ente e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2012. E a fargli

compagnia c'è la proroga al 30 giugno della delega per il riordino degli enti vigilati del ministero della Salute: Istituto superiore di sanità, Croce rossa, Lega tumori, Istituti zooprofilattici sperimentali e Agenzia nazionale sanitaria. I Dlgs erano stati presentati dal governo Berlusconi, ma proprio quello di riordino della Croce rossa era stato bocciato da Regioni e commissioni parlamentari e la delega era scaduta, con un nulla di fatto, a fine

dicembre 2011.

Tra le altre proroghe sanitarie sono assegnati 90 giorni in più all'Agenzia italiana del farmaco per il completamento della copertura della pianta organica e la prosecuzione delle attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche della Fondazione Istituto mediterraneo di Ematologia (Ime). Per quest'ultima operazione è autorizzata la spesa di 5 milioni per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, finanziati con riduzioni di spesa al Fondo per interventi strutturali di politica economica e alle spese di parte corrente del ministero della Salute.



quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Riparto sanità 2012. Regioni esaminano la proposta

Conferenza delle Regioni in seduta straordinaria il 29 febbraio e il 1 marzo per la disamina della proposta di riparto delle disponibilità finanziarie 2012 del Ssn. Ma si parlerà anche di mobilità sanitaria e di indennizzi ai danneggiati da vaccini e trasfusioni.

27 FEB - Il Presidente Vasco Errani ha convocato la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in seduta straordinaria per mercoledì 29 febbraio 2012 ore 13.00 (al fine di consentire lo svolgimento della Commissione Salute) e per giovedì 1 marzo 2012 ore 10.00.

Questo l'Ordine del giorno:

1) Proposta di riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2012.

2) Commissione salute – Regione Veneto

a) Informativa in merito alle problematiche legate alla sentenza della Corte Costituzionale n. 293/2011 con riferimento alla legge n. 210/92 - Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - Punto esaminato dalla Commissione nella riunione del 22 febbraio 2012;

b) Mobilità sanitaria interregionale:

Approvazione della tabella C per il riparto delle risorse per il SSN - anno 2012;

Approvazione della tabella per il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 - Punto esaminato dalla Commissione nella riunione del 22 febbraio 2012.

Pagamenti Pa. Il Veneto blocca il trasferimento delle risorse alla tesoreria unica

Diffida della Regione Veneto al proprio tesoriere, Unicredit Banca, a trasferire le risorse della Regione alla [tesoreria unica nazionale](#), rispetto a quanto prevede il decreto liberalizzazioni. Zaia: “Abbiamo presentato oggi un ricorso al Tar affinché sia intimato al nostro tesoriere di non consegnare i soldi allo Stato”.

27 FEB - Nell'ultimo decreto sulle liberalizzazioni il Governo ha introdotto una norma, contenuta all'articolo 35 del Dl, che stabilisce che, nel giro di pochi mesi, le entrate di Regioni, Province e Comuni dovranno confluire tutte nella tesoreria unica dello Stato. Nello specifico la norma stabilisce che, entro il 29 febbraio il 50% delle risorse in giacenza nelle casse di Regioni, Province e Comuni dovrà essere spostato alla tesoreria unica dello Stato. Il restante 50% dovrà arrivare entro il 16 aprile 2012, fino a spostare completamente le entrate delle Autonomie territoriali almeno fino al 2014. Obiettivo del Governo quello di [ridurre i tempi di pagamento delle Pa, che per la sanità sono ancora più lunghi della media](#). Ma agli enti locali la norma non va proprio giù. [Alle dure reazioni giunte dal presidente delle Regioni Errani e da quello delle Province Castiglione](#), oggi arriva infatti anche la prima presa di posizione reale da parte della Regione Veneto che non ha nessuna intenzione di far trasferire il denaro nella tesoreria unica.

“Noi non vogliamo - ha spiegato il **governatore Luca Zaia** - che il Governo porti via tramite la Tesoreria i soldi della Regione, delle Province e dei Comuni”. “Voglio che i soldi dei veneti che sono depositati presso Unicredit restino in Veneto”. Zaia ha confermato “l'assoluta serenità del rapporto con il tesoriere”, ma in questa fase - ha sottolineato Zaia - “dobbiamo far valere il contratto e ricordare a Unicredit che l'accordo l'ha fatto con noi, e ciò che è stato firmato va rispettato”.

“Un vero e proprio abuso - afferma il presidente Zaia - una intollerabile spoliazione di beni che appartengono al governo della Regione e quindi alla comunità veneta, la negazione di ogni principio federalista già accolto dalla Costituzione. Abbiamo già avviato tutte le procedure per contrastare sul piano giuridico questa norma centralista e incostituzionale che non solo colpisce pesantemente l'operatività amministrativa degli Enti, ma rappresenta anche uno schiaffo alle autonomie locali e al processo federalista avviato in questi anni”.

Roberto Ciambetti, assessore regionale al bilancio del Veneto, interviene nella polemica sulla tesoreria unica:

“Può lo Stato entrare nelle casse che chiamiamo Regioni, Province e Comuni e imporre senza nemmeno chiedere o dare spiegazioni di cedere la cassa? Si tratta - dice Ciambetti - di soldi dei cittadini che i nostri enti non possono spendere perché una norma cervellotica, quella del Patto di stabilità, impedisce le spese e va da sé che le Regioni o gli enti virtuosi, quelli che hanno fatto 'musina', oggi dovrebbero consegnare il salvadanaio”.

“La tesoreria unica - spiega l'assessore regionale - non è solo un atto d'imperio, una forzatura inaccettabile, ma una violazione: chi stabilisce la supremazia dello Stato rispetto agli enti locali? Dove sta scritto che lo Stato può legalmente impossessarsi dei beni altrui?”.

Il codice penale del 1930, più noto come codice Rocco, in vigore per questa norma, all'articolo 52 dice bene che “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio o altrui contro il pericolo attuale di un'offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa”: se la Regione del Veneto mette al sicuro i soldi dei cittadini non fa che difendere il patrimonio da un'offesa ingiusta e da un pericolo reale”.

“Quello che stiamo facendo - spiega sempre l'assessore Ciambetti - è un atto di legittima difesa, la nostra presa di posizione ha l'unico obiettivo di difendere i veneti danneggiati da questa visione centralista dello Stato, lontana anni luce da quel federalismo che tanto servirebbe a questo Paese”.

quotidiano sanità.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Lazio. Assobiomedica: “No a riduzione del debito regionale con tagli indiscrimitati”

L'Associazione delle imprese produttrici di dispositivi medici rivendica 688 milioni di euro di credito con la Regione. “Polverini trovi soluzioni appropriate per sanare il debito puntando a una gestione trasparente della Sanità regionale”.

27 FEB - “Se la Governatrice Polverini pensa di ridurre il disavanzo sanitario da 840 a 650 milioni di euro con gare centralizzate finalizzate al risparmio a discapito della qualità dei servizi, non farà che contribuire al peggioramento della Sanità pubblica”. Questo il commento di Assobiomedica, l'Associazione di Confindustria che rappresenta le imprese produttrici di dispositivi medici, alle dichiarazioni di Renata Polverini pubblicate oggi sul Corriere della Sera.

“Il debito della Regione Lazio – ha dichiarato il vicepresidente di Assobiomedica, Rodrigo Bianchi - solo verso i fornitori di dispositivi medici ammonta a più di 688 milioni di euro e ci auguriamo che non si voglia estinguere questo scoperto con metodi, come gare centralizzate al ribasso, che penalizzano le strutture sanitarie e le prestazioni per i cittadini. Se l'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata paga i nostri fornitori con 658 giorni di ritardo così come l'Asl di Viterbo che tocca i 600 giorni, le soluzioni dovrebbero essere cercate nel miglioramento della gestione delle singole Asl anche attraverso modalità di acquisto che guardano alla trasparenza e all'appropriatezza anziché alla politica cieca dei tagli. La Regione – ha concluso Bianchi - dovrebbe avviare verifiche mirate nella gestione amministrativa delle strutture sanitarie non perdendo di vista l'obiettivo più importante, ovvero mettere a disposizione dei cittadini strutture efficienti e di qualità”.

Sono il San Filippo Neri, l'Asl di Roma E e l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea gli enti che pagano con maggiore ritardo nel Lazio, rispettivamente dopo 767, 763 e 727 giorni secondo quanto emerge dai dati elaborati dal Centro Studi di Assobiomedica e aggiornati a dicembre 2011.

Ecco tutti i dati sui giorni di attesa delle imprese per ricevere i pagamenti.

REGIONE	ENTE	LUOGO	DSO DICEMBRE
LAZIO	Asl Roma F	Civitavecchia Rm	N.D.
LAZIO	Università La Sapienza	Roma	N.D.
LAZIO	I.N.M.I Lazzaro Spallanzani	Roma	N.D.
LAZIO	Az. Osp. S. Filippo Neri	Roma	767
LAZIO	Asl Roma E	Roma	763

LAZIO	Az. Osp. Sant'Andrea	Roma	727
LAZIO	Asl Roma G	Tivoli Rm	724
LAZIO	Asl Frosinone	Frosinone	661
LAZIO	Az. Osp. S. Giovanni - Addolorata	Roma	658
LAZIO	Asl Roma B	Roma	630
LAZIO	Asl Roma H	Albano Laziale Rm	616
LAZIO	Asl Roma D	Roma	605
LAZIO	Asl Viterbo	Viterbo	600
LAZIO	Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata	Roma	589
LAZIO	Asl Roma C	Roma	562
LAZIO	Asl Rieti	Rieti	549
LAZIO	Asl Latina	Latina	480
LAZIO	Az. Policlinico Umberto I Rm	Roma	476
LAZIO	Az. Osp. S. Camillo - Forlanini	Roma	407
LAZIO	Asl Roma A	Roma	400
LAZIO	Istituti Fisioterapici Ospitalieri	Roma	279

Il Sole **24 ORE****Sanità****Confindustria: la filiera della salute vale l'11% del Pil**

di Roberto Turno (da Il Sole-24 Ore)

Con un valore aggiunto diretto e indiretto di 152,6 miliardi e 1,5 milioni di occupati tra pubblico e privato, la filiera della salute vale da sola l'11,2% dell'intero pil nazionale. Al netto dell'indotto è ormai la quarta forza dell'economia italiana dopo commercio, trasporti e comunicazioni e servizi alle imprese. Ma prima di costruzioni, banche, energia. E per questo l'industria di settore, che vale un terzo dell'intera filiera, chiede un riconoscimento adeguato al suo ruolo determinante per la salute e per il contributo alla ricchezza nazionale. Dalla farmaceutica al biomedicale ai servizi, con le eccellenze nella ricerca, nell'export, nella capacità industriale. Rivendicando un ruolo di piena integrazione col Ssn. Che però va riorganizzato profondamente e che deve battere senza più indugi la strada della lotta a sprechi, inefficienze, lottizzazioni e puntare a «ticket intelligenti», fondi integrativi, bilanci certificati.

È quasi un manifesto dell'"orgoglio industriale" quello che emerge dal rapporto «Struttura e performance della filiera della salute 2007-2020» del Comitato tecnico sanità di Confindustria, curato dal professor Nicola Quirino della Luiss. Un rapporto che arriva proprio mentre Governo e Regioni sono alle prese con quel «Patto per la salute» che deciderà la rotta futura alla quale le imprese chiedono di poter contribuire. «Confermiamo il sostegno al Ssn come asset irrinunciabile - spiega il presidente del comitato, Guido Riva - ma continuare a sostenere caparbiamente che il governo del Ssn corrisponda a governare l'intera sanità del Paese, è una grave miopia».

I numeri del rapporto - anticipato dal settimanale «Il Sole 24 Ore Sanità» - indicano chiaramente punti di forza e di debolezza dell'economia della filiera della salute. Col Nord che detiene la leadership sia per il valore aggiunto diretto (47,5 miliardi su 90,1 totali, pari al 52,7%) che per l'occupazione (826mila addetti, il 53% del totale nazionale). Mentre nel 2010 il valore aggiunto per occupato è stato in media per l'intera filiera di quasi 60mila euro (3mila in più del totale dell'economia), che salgono a 76mila nell'industria con la punta di 104mila della farmaceutica, contro i 58mila euro nei servizi al Ssn. Segno di un'industria che tira, anche se nel periodo ha perso l'1,1% di addetti. E che intanto, su una produzione diretta

www.federlabitalia.com

e indiretta di 278,5 miliardi di euro (56,6 miliardi nell'industria), ha realizzato il 9,7% dell'intera produzione dell'economia nazionale. Con l'eccellenza della ricerca che pesa per il 9,5% sul reddito prodotto e che vede l'industria farmaceutica seconda (dopo i trasporti) nella classifica nazionale con un'incidenza delle spese per R&S dell'11,7%, mentre l'industria dei dispositivi medici è quarta col 5,5 per cento.

Numeri da primato, segno della vivacità dell'economia del settore sanitario, tipicamente anticiclico, nel freddo della grande crisi. Una vitalità e una presenza industriale che però in Italia sono sempre più a rischio. Col dramma dei ritardati pagamenti per oltre 20 miliardi di euro che in media superano l'anno. Con la politica dei «tetti» di spesa che raffredda impieghi e occupazione. Col continuo cambio di regole che impedisce la programmazione e scoraggia gli investitori. Mentre i tagli alla spesa sanitaria e il ridimensionamento dell'assistenza imporranno a breve politiche dagli effetti imprevedibili, ma sicuramente negativi, per l'intera economia di settore, che proprio in virtù dei suoi numeri da primato rigetta la tesi secondo cui le spese per l'assistenza sono «improduttive e a fecondità semplice».

Ticket Quando si ha diritto all'esenzione

Chi è affetto da una malattia rara non paga né per la diagnosi né per le cure

Sono esenti dal pagamento del ticket tutte le prestazioni specialistiche (diagnostiche e terapeutiche) appropriate ed efficaci per il trattamento ed il successivo monitoraggio delle malattie rare accertate e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. In considerazione dell'onerosità e della complessità dell'iter diagnostico per le malattie rare, l'esenzione è estesa anche ad indagini volte al-

l'accertamento delle malattie rare ed alle indagini genetiche sui familiari dell'assistito eventualmente necessarie per la diagnosi di malattia rara di origine genetica. Tale disposizione si basa sulla considerazione che la maggior parte delle malattie rare è di origine genetica e che il relativo accertamento richiede indagini, a volte sofisticate e di elevato costo, da estendere anche ai familiari della persona affetta.

In tutti questi casi, l'esenzione deve essere richiesta alla Asl di residenza presentando una certificazione idonea, rilasciata da una delle strutture riconosciute dalla Regione come presidio di riferimento per quella malattia.

Nel caso in cui nella Regione di residenza non vi siano presidi di riferimento specifici, l'assistito può rivolgersi ad una struttura riconosciuta dalle altre Regioni.

Anche le prestazioni finalizzate alla diagnosi della malattia devono essere eseguite (e prescritte) in uno dei presidi di riferimento della rete e, in tal caso, il medico del Servizio sanitario nazionale che formula il sospetto di malattia rara deve indirizzare l'assistito alla struttura della rete specificamente competente per quella particolare malattia. L'esenzione può essere richiesta per più malattie, ove accertate.



Sono oltre seimila le malattie rare



REGIONE PAGAMENTI DEI FORNITORI

Lusenti: «Sbloccati 600 milioni per la sanità»

■ Ammontano a circa 600 milioni di euro le risorse che il Governo Monti ha sbloccato nel mese di dicembre a favore della Regione Emilia-Romagna dopo una prima tranche di 125 milioni di euro trasferiti a novembre.

Lo ha riferito l'assessore regionale alle politiche per la salute Carlo Lusenti nel corso dell'audizione in Commissione congiunta sanità e bilancio sui tempi di pagamento da parte delle Aziende sanitarie. «Si tratta di erogazioni straordinarie, a fronte di crediti che la Regione

vantava nei confronti del Servizio sanitario nazionale - ha spiegato Lusenti - dalle quali ci attendiamo a partire dal mese di marzo una riduzione media dei tempi di pagamento dei fornitori di almeno 90 giorni». «La Regione Emilia-Romagna - ha aggiunto l'assessore - rivolge grandissima attenzione alle imprese che producono e vendono beni e servizi al Servizio sanitario regionale, specie a quelle piccole e medie che sono espressione del tessuto produttivo emiliano-romagnolo». ♦



Veneto a Roma per strappare 8,6 miliardi

Due giorni a Roma (domani e giovedì) per convincere il ministro della Salute ad allargare i cordoni della borsa: l'obiettivo del Veneto è quello di portare a casa gli 8 miliardi e 600 milioni che consentirebbero alla regione di portare il bilancio in pareggio anche nel 2012, evitando di dover fare tagli ulteriori e sacrifici.

Non sarà un'impresa facile quella dell'assessore Luca Coletto visto che il ministero sta ipotizzando di inserire dei criteri di riparto che alla fine potrebbero anche penalizzare le regioni più virtuose. Ma nell'incontro si parlerà anche di mobilità dei pazienti tra le regioni.

IERI LA CONFERENZA STAMPA DEL PD REGIONALE Sanità il Pd attacca «Regione incapace» Caldoro: ottimi dati

Il Pd attacca la Regione per i tagli al settore sanitario e parla di un «centrodestra incapace e in confusione». Lo fa in una conferenza stampa che giunge al termine di un tour nei maggiori ospedali napoletani.

Sotto accusa c'è il piano di rientro che ha modificato strutturalmente il sistema sanitario regionale. I componenti del gruppo democratico sottolineano come il risparmio di 250 milioni nel 2011 non sia dovuto alla tanto decantata razionalizzazione dei costi quanto all'aumento delle accise di Irpef e Irap, al blocco di turn over e dei contratti e al decremento della spesa farmaceutica.

La spesa per beni e servizi invece resta invariata come anche i costi per le strutture ospedaliere. Tanto che la Campania è in coda alle classifiche nazionali per qualità e appropriatezza del servizio, con un abbassamento dei livelli assistenziali e con una crescita della mobilità dei pazienti verso le altre regioni che ha registrato il record di spesa di 417

milioni.

Secondo il report del Pd regionale, i problemi cominciano dalla chiusura del pronto soccorso degli ospedali San Gennaro, Ascalesi e Cto e con il progressivo depauperamento degli ospedali del centro storico che hanno prodotto il collasso dell'ospedale Cardarelli. Nel mirino anche le costose convenzioni delle Asl con le Università. «Al Monaldi c'è un palese conflitto di interessi del senatore Calabro» attacca il presidente del gruppo consilia-

re Pd, Giuseppe Russo. La proposta del Pd è di puntare sulla medicina preventiva, più capillare e coniugata con livelli specialistici avanzati, di creare maggiore integrazione sociosanitaria e di riorganizzare le cure territoriali investendo davvero il 5% del fondo sanitario regionale che le spettano. Inoltre c'è bisogno di nuovi investimenti per la medicina di base e per le strutture intermedie alle quali il Pd propone di destinare l'1% delle risorse all'anno per 5 anni.

«Abbiamo una sanità di colonnelli e generali - ironizza Russo - La sola cosa importante è avere barba fatta e divisa in ordine. Questa situazione è il ri-

sultato di guasti antichi e dell'incapacità e della confusione del centro destra».

«Abbiamo avanzato una proposta di legge - dice il consigliere regionale e componente dell'Ufficio di presidenza, Antonio Valiante - per far scegliere a delle commissioni di docenti universitari e su criteri predeterminati i direttori generali delle aziende».

Ma a fronte delle critiche il governatore Caldoro ribadisce la bontà dell'operazione fatta in Sanità che porteranno utilizzabili per migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni.

Il governatore sottolinea le disfunzioni del sistema di riparto, prendendo ad esempio la riduzione della spesa sanitaria pubblica al 2010 dello 0,6% in Campania e l'aumento del 9,4% nelle regioni considerate virtuose.

Quanto ai problemi legati al sistema dell'emergenza Caldoro spiega che i maggiori problemi sono dovuti allo stato di vetustà di alcune strutture per le quali c'è bisogno di interventi e al blocco del turn over del personale. Si sta lavorando con l'Agenas, assicura, «per la sua riorganizzazione».



ROMA

28/02/12

«GUASTI ANTICHI E INCAPACITÀ DEL CENTRODESTRA»

Ma il Pd non ci sta e accusa: «Sistema sanitario al collasso»

NAPOLI. Un centrodestra incapace e in confusione. È questo il duro affondo del Pd campano contro la gestione della sanità da parte della Regione. Secondo il Pd, il piano di rientro ha modificato strutturalmente il sistema sanitario regionale. Il risparmio di 250 milioni nel 2011 non sarebbe tanto il frutto di una politica di razionalizzazione dei costi bensì dell'aumento di Irpef e Irap, del blocco di turn over e contratti e del decremento della spesa farmaceutica. E soprattutto la Campania resta in coda alle classifiche nazionali per qualità e appropriatezza del servizio, con una crescita della mobilità dei pazienti verso le altre regioni con una spesa di 417 milioni. Nel dettaglio, secondo il Pd regionale, i problemi cominciano per esempio dalla chiusura del pronto soccorso degli ospedali San Gennaro, Ascalesi e Cto e con il progressivo depauperamento degli ospedali del centro storico. Il risultato: Cardarelli letteralmente al collasso. In più, secondo un report presentato dal Pd, le Asl spendono svariati milioni di euro in convenzioni con le Università. In particolare l'Asl Napoli 2 che spende 6 milioni di euro con le strutture accreditate e un milione e trecentomila euro per prestazioni di emodinamica in convenzione con Università e Monaldi. «Al Monaldi c'è un palese conflitto di interessi del senatore Calabrò» attacca il capogruppo regionale Giuseppe Russo (nella foto). La proposta del Pd è di puntare sulla medicina preventiva, più capillare e coniugata con livelli specialistici avanzati, di creare maggiore integrazione socio-sanitaria e di riorganizzare le cure territoriali investendo davvero il 5% del fondo sanitario regionale che le spettano. «Abbiamo una sanità di colonnelli e generali» ironizza Russo. La sola cosa importante è



«avere barba fatta e divisa in ordine. Questa situazione è il risultato di guasti antichi e dell'incapacità e della confusione del centrodestra». «Abbiamo avanzato una proposta di legge - dice il componente dell'Ufficio di presidenza, Antonio Vallante - per far scegliere a delle commissioni di docenti universitari e su criteri predeterminati i direttori generali delle aziende». «La riapertura del pronto soccorso del San Gennaro - dice il consigliere regionale

Angeia Cortese - sarebbe opportuna e necessaria». «Un'inversione di tendenza per riportare al centro il paziente e i suoi bisogni» è l'auspicio condiviso dai consiglieri Anna Petrone, Raffaele Topo e del responsabile Sanità del Pd, Corrado Cuccurullo. E il segretario campano Enzo Amendola chiosa: «Da due anni tentano di fare i ragionieri sui conti della sanità, ma non si sono mai preoccupati della salute dei cittadini».



Di Pietro chiede di rimuovere Iorio dal ruolo di commissario per la Sanità



Michele Iorio

Non ha deluso le aspettative, il leader dell'Idv, Antonio Di Pietro, ieri mattina a Campobasso, nella sala del parlamentino per la conferenza stampa tanto attesa. L'ex Pm è intervenuto pesantemente per dare l'ultimatum al Governo

Monti ed al ministro alla Salute Balduzzi: entro otto giorni l'incarico di commissario per la sanità ricoperto dal governatore Michele Iorio deve essere revocato. Di Pietro è tornato a chiedere ancora una volta la rimozione di Iorio, già oggetto di una istanza nei primi giorni dell'entrata in carica dell'esecutivo tecnico. "Sono passati 100 giorni dall'entrata in carica di questo Governo e Iorio è sempre al proprio posto. Non si può affidare il ruolo di commissario a chi nell'azione di governo non ha vigilato ed è stato il responsabile dell'attuale situazione di disavanzo". Alla luce della recente condanna del governatore, sembra più che mai opportuno, secondo Di Pietro, che il ruolo di commissario venga affidato a qualcun altro.



LA SANITA' SENZA CONTROLLO

Gli prenotano la visita senza aver fatto l'ecografia

di ANDREA BONANNI

Tredici mesi di attesa per un'ecografia alla tiroide. Ecco quanto dovrà attendere, per sottoporsi all'esame diagnostico presso l'ospedale de Lellis, un cinquantenne affetto da una forte infiammazione alla ghiandola alla base del collo. L'uomo, dopo aver atteso sette mesi - la ricetta gli è stata timbrata il 10 luglio 2011 - si appresta ad attendere ulteriori sei per arrivare al giorno fissato dal Cup dell'Asl per l'appuntamento: il 28 agosto prossimo. In un primo momento, il reatino ha creduto di aver capito male. Ha pensato che ci fosse la possibilità di effettuare l'esame ad agosto, cioè a poco meno di un mese di distanza dalla prenotazione ma, quando

gli è stato ribadito l'anno, 2012 e non 2011, è rimasto senza parole. Nessun fraintendimento, esattamente tredici mesi. C'è da dire che vedendo l'espressione sconcertata sul volto del cinquantenne, peraltro invalido al 70 per cento e per questo particolarmente sofferente, il personale dell'ufficio prenotazioni ha cercato di rincuorarlo, spiegandogli che avrebbe potuto fare una telefonata per provare a rientrare tra i fortunati che vengono contattati per svolgere l'esame, all'indomani di una disdetta.

L'utente, pur annotandosi il numero di telefono, ha creduto poco in questa possibilità. Anzi, gli è parso di dover partecipare ad una sorta di lotteria. Nella consapevolezza di aver urgente bisogno

dell'ecografia tiroidea, sarà costretto a prenotare l'esame in una struttura privata, visto che il suo medico di base è stato chiaro e gli ha prescritto l'esame proprio per verificare al più presto le sue condizioni di salute. In questo senso, l'uomo, sempre su consiglio del proprio medico, lo scorso ottobre si è recato nuovamente al Cup, questa volta per prenotare una visita endocrinologica. Visita che gli è stata fissata per il 4 aprile prossimo. Quattro mesi prima dell'esame. Inutile dire che, per garantire al paziente una diagnosi corretta della malattia, logica vuole che la visita specialistica venga espletata dopo l'ecografia e non viceversa. Ma forse alla Asl di Rieti è chiedere troppo.



Regione Il governatore Caldoro contesta i dati sul deficit del settore: stiamo risanando, conti a posto

Sanità, è fuga dalla Campania

Il Pd: nuovo boom della spesa per i «viaggi della speranza»

In aumento i viaggi della speranza fuori dalla Campania. «Nel 2011 — denuncia il capogruppo regionale del Pd Peppe Russo — il saldo per la cosiddetta mobilità passiva è aumentato, raggiungendo quota 417 milioni di euro». I democristiani forniscono una lettura diversa delle cifre

presentate dal governatore Stefano Caldoro. «Il deficit è sceso a quota -250 solo perché ci sono state maggiori entrate contributive, aumento di Irpef e Irap e dei ticket». Ma il consigliere Raffaele Topo ricorda che la battaglia del Pd sulla sanità è stata condotta anche attraverso contributi propositivi. «Ora è importante che

Caldoro dia attuazione alle norme approvate insieme con la maggioranza». Dal canto suo il governatore difende la correttezza del proprio operato. E ribadisce: «I conti sono a posto».

ALLE PAGINE 2 E 3 **Agrippa, Cuomo**

Sanità, fondi a rischio. Caldoro: no, conti ok

Ma il procuratore della Corte dei Conti: nessuna inversione di marcia sulla spesa

NAPOLI — La Campania nella black list del governo nazionale per il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro dal debito sanitario? Da palazzo Santa Lucia replicano quasi indignati. Qualcuno addirittura ipotizza manovre occulte alla vigilia della ripresa della trattativa, in Conferenza delle Regioni, sul riparto delle disponibilità finanziarie 2012 per il Servizio sanitario nazionale: il solito pressing delle Regioni del Nord per difendere i trasferimenti dei fondi per la sanità secondo criteri di premialità che finiscono per riconoscere margini elevati soprattutto alle aree più ricche del paese.

Tuttavia, la situazione campana sarebbe seriamente a rischio. E secondo quanto anticipato ieri dal *Corriere della Sera* i fondi trattenuti dal Governo (il 10% del budget complessivo) non verrebbero sbloccati dopo l'esito negativo della verifica contabile sull'ultima trimestralità 2011. Tra i rilievi più gravi che sarebbero mossi al piano di gestione campano gli inadempimenti sulla rete territoriale e sulla pianificazione delle residenze per gli anziani. Il governatore Stefano Caldoro respinge le critiche: «Considerando come base l'anno 2006 le regioni in piano di rientro hanno avuto una riduzione della spesa sanitaria pubblica al 2010 dello 0,6% mentre quelle "virtuose" un aumento del 9,4%, come indicato dal Censis su dati Istat-Ministero della Salute). Le criticità sono reali,

esistono e provengono dalla programmazione e dalla gestione del decennio antecedente all'avvio dei piani di rientro. Rispetto alle criticità esistenti il lavoro messo in campo dalle Regioni è, invece, assolutamente positivo. I piani di rientro, come era ovvio aspettarsi, hanno prodotto effetti laddove le iniziative erano immediatamente attuabili. Così è ad esempio col blocco delle assunzioni, derivante da norme statali, o l'introduzione e/o rivisitazione della compartecipazione alla spesa. Più difficile e lungo è il percorso della riorganizzazione del sistema, ed è questo un dato noto. Un ospedale o una casa di cura diventano una Rsa con un processo lungo. Entrando nel dettaglio della Campania si conferma il risultato economico del 2011 pari a 251 milioni di disavanzo a fronte dei 500 del 2010 e di circa 800 del 2009. Sono urgenti interventi, anche normativi, che abbiamo sollecitato al Governo. E necessario — chiede Caldoro — lo sblocco del turn over e riconoscere un potere di programmazione maggiore in capo alle Regioni. Ve ne sono alcune, come la Campania, dove il blocco del turn-over, rigorosamente osservato, ha determinato la riduzione, negli ultimi anni, di 5000 unità di personale. Per quanto riguarda il sistema di emergenza, si sta lavorando già da un anno, con la collaborazione dell'Agenas, per la sua riorganizzazione, ma il problema è connesso alla vetustà di alcune strutture che necessitano di interventi ed al-

la carenza di personale a causa del blocco del turn-over. Siamo pronti alla sfida consapevoli che il lavoro messo in campo va nella direzione giusta. In questo devono parlare i numeri ed i provvedimenti messi in campo. I luoghi comuni sul Mezzogiorno servono a poco e spesso conducono all'errore, così come la pubblicazione di vecchi dati».

Eppure, anche nella recente relazione del procuratore della Corte dei Conti non mancano valutazioni critiche su come si sta procedendo al rientro dal debito sanitario in Campania. «Le misure di razionalizzazione e di rientro dal debito sanitario — scrive il procuratore Tommaso Cottone — avviate con la legge regionale 28/2003 (dall'inequivocabile, ma non profetico, titolo: "disposizioni urgenti per il risanamento della finanza regionale") non hanno prodotto l'auspicata inversione di marcia gestionale nella direzione del rigore e della appropriatezza della spesa».

Da palazzo Santa Lucia rimandano direttamente ai dati aggiornati per smentire ogni allarme: «La spesa per il personale è passata dai 3 miliardi e 346 milioni del 2009 per 52mila 942 unità di personale, a 3 miliardi e 244 milioni per 51mila 298 unità di personale nel 2010, fino a 3 miliardi e 68 milioni per 49mila 449 unità di personale nel 2011, con una riduzione del personale di 3493 unità ed una riduzione di spesa di poco meno del 10%. La spesa per beni e servizi, poi, è scesa dai 2 miliardi e 257 milioni

del 2009 ai 2 miliardi e 186 milioni del 2010, a 2 miliardi e 167 milioni nel 2011, con una riduzione complessiva di più del 4%, con punte di eccellenza a livello nazionale nel settore della farmaceutica territoriale, dove la riduzione ha toccato il 14% scendendo dal miliardo e 129 milioni del 2009 ai 976 milioni del 2011».

Il senatore e consigliere per la sanità di Caldoro, Raffaele Calabrò, allarga le braccia: «Abbiamo modificato l'organizzazione, solo per parlare del Napoletano, dell'ospedale di Torre del Greco; abbiamo

accorpato Ascalesi e San Gennaro; l'Annunziata con il Santobono; Cto-Monaldi-Cotugno sono stati trasformati in Azienda dei Colli. Il disagio per l'utenza? Occorre indirizzare i cittadini verso i servizi territoriali, senza ingolfare il pronto soccorso del Cardarelli. Siamo, poi, alla vigilia di una nuova trattativa conflittuale tra Nord e Sud per il riparto dei fondi della sanità. Nell'ultima riunione tra gli assessori della sanità sul Patto per la salute ho chiesto che per l'articolo 20, quello che riguarda i fondi dell'edilizia sanitaria, fossero previsti stanziamenti prioritari per il completa-

mento delle strutture, dato che in Campania e al Sud abbiamo soprattutto questo problema. Ma le regioni del Nord puntano a finalizzare quei soldi esclusivamente per la messa a norma degli ospedali. Insomma, se non si dà la possibilità al Mezzogiorno di recuperare il gap strutturale con il Nord, non sarà possibile nessun riequilibrio. E questo è un problema politico, di scelta di criteri, prima di essere un problema finanziario».

Angelo Agrippa

251

milioni è il disavanzo sanitario della Campania relativo al 2011 rispetto ai 500 del 2010

800

milioni è stato il disavanzo economico in sanità in Campania nell'anno 2009

3.244

in milioni di euro

la spesa per il personale che prima degli interventi di risanamento economico era arrivata a 3 miliardi e 346 milioni di euro nel 2009, per 52.942 unità di personale. Attualmente il personale è pari a 49.449 unità nel 2011: la riduzione è di 3.493 persone e in termini di spesa 10%

2.167

in milioni di euro

la spesa per beni e servizi nel 2011. Nel 2009 ammontava a 2 miliardi 257 milioni, nel 2010 a 2 miliardi 186 milioni. La riduzione complessiva in termini percentuali è più del 4% con punte nella farmaceutica territoriale dove la riduzione ha toccato il 14% scendendo dal miliardo e 129 milioni del 2009 ai 976 milioni del 2011



Stefano Caldoro

I DANNI AL SISTEMA SANITARIO

Autocertificazioni false

Così troppi furbetti non pagano i ticket

ALTRO fronte caldo dell'evasione fiscale: quello dei ticket sanitari. Il comandante provinciale della Guardia di finanza Giancarlo Pezzuto fa sapere che «nella civilissima Bologna» c'è lo stesso *trend* di autocertificazioni false che nel resto del Paese: «Un quarto dei controlli denotano irregolarità nelle autocertificazioni dei redditi che, ad esempio, sono legate ai ticket sanitari. Il più delle volte, a queste irregolarità fanno seguito denunce e procedimenti penali», spiega. La Regione, infatti, non ha ancora stipulato accordi per controllare le autocertificazioni dei cittadini: molto facile, quindi, che la rete delle ricette e dei nuovi pagamenti possa avere delle falle. Nei giorni caldi dell'introduzione del ticket sanitario, l'assessore Carlo Lusenti aveva illustrato il piano *ad hoc*. I numeri: subito un recupero di almeno 31 milioni di euro (ma gli introiti potrebbero salire a 70-80); la Regione, inoltre, aveva approvato una variazione del bilancio preventivo 2011 da 72,2milioni di euro e una variazione al bilancio pluriennale 2011-2013 da 28,2 milioni di euro e, tra le voci più rilevanti, c'è il comparto sanità, al quale sono stati destinati 60 milioni di euro.

DA QUESTE cifre si desume tra l'altro un nuovo caos: le aziende sanitarie, che proprio in questi giorni stanno chiudendo i bilanci, hanno previsto voci rilevanti di introiti provenienti proprio dai ticket. Non è chiaro, quindi, se effettivamente questi soldi verranno incassati: come si può essere certi di recuperare quanto preventivato se nessuno controlla che effettivamente i cittadini dicano la verità? Diceva l'assessore Lusenti: «Se i controlli toccheranno a Equitalia? È una possibilità, ma non è l'unica società in campo. A settembre firmeremo l'accordo con il soggetto che dovrà farli». Ecco. Da settembre, in realtà, non s'è mosso molto. E adesso ci si ritrova con l'allarme della Finanza.



CONTROLLI

La Regione non ha ancora stipulato accordi per verificare le autocertificazioni dei cittadini contribuenti. Tra i partner papabili c'è anche Equitalia



Dai ricoveri agli esami ambulatoriali ogni malato saprà quanto costa

Da giovedì ogni cittadino al momento delle dimissioni o al ritiro dei referti verrà informato sul valore delle cure

L'assessore Bresciani la definisce una "operazione trasparenza" senza nessuna colpevolizzazione

ANDREA MONTANARI

DA GIOVEDÌ primo marzo, sarà la Regione a dire ai pazienti, anche quelli che pagano i ticket, quanto sono costati alla sanità lombarda. Tra ricoveri, esami e prestazioni specialistiche che le casse del Pirellone hanno dovuto rimborsare agli ospedali e alle cliniche convenzionate. Una sorta di conto all'incontrario già pagato che ogni cittadino da ora in poi riceverà al momento delle dimissioni da un ricovero o insieme ai risultati degli esami, in caso di semplice prestazione ambulatoriale. «È un'operazione di trasparenza e informazione assolutamente positiva — spiega l'assessore regionale alla Sanità Luciano Bresciani —. Averne consapevolezza dei costi pubblici e sapere ciò che lo Stato, cioè tutti noi, spendiamo per curarci. L'importante è evitare strumentalizzazioni. Chi ha usufruito di servizi sanitari di cui aveva necessità non viene colpevolizzato. Ma tutti i cittadini, dai malati ai medici, devono responsabilizzarsi».

LE REGOLE

Venerdì scorso tutti i direttori generali delle Asl e degli ospedali lombardi hanno ricevuto una lettera del direttore generale della Sanità Carlo Lucchina con le istruzioni. In caso di ricovero, il paziente, al momento delle dimissioni riceverà una lettera con di seguito «il valore esposto, espresso in euro, che rappresenta il rimborso corrisposto mediamente agli ospedali lombardi per il costo sostenuto per tipologie di attività e di prestazioni simili a quelle che ha usufruito durante il suo ricovero». Nel caso, in-

vece, di semplici esami, il paziente riceverà una comunicazione scritta più articolata. Con il valore del rimborso per i costi sostenuti suddiviso, però, tra la quota coperta dall'eventuale ticket sanitario. Quella relativa alla eventuale ulteriore spesa per la quota fissa della ricetta. E quella eventualmente riconosciuta dal Servizio sanitario regionale alla struttura ambulatoriale a saldo.

LA MEDIA

La cifra relativa al rimborso, in realtà, sarà calcolata su una media, non sul costo della prestazione di quel paziente. In base a una media di valore calcolata in base alle prestazioni erogate nel corso del 2011. Questo perché, in genere, al momento delle dimissioni dall'ospedale, non è ancora possibile fare un conto finale dei costi della cura di un paziente.

LE PRESTAZIONI

Con la consegna del referto degli esami fatti, ad esempio, un paziente scoprirà che per la liberazione del tunnel carpale la Regione rimborsa all'ambulatorio 898,42 euro. Per la correzione di retrazione della palpebra, 1166,60 euro (come per la ricostruzione). Ogni asportazione del sacco delle vie lacrimali costa ben 369,47 euro. Un solo trattamento di Cross linking corneale per rafforzare la cornea ha un rimborso di 1850 euro. Quello per la legatura e lo stripping delle vene varicose è di 1461 euro. Per la circoncisione è di 1065 euro. Mentre per la biopsia dell'utero con dilatazione del canale cervicale è di 945 euro. Solo un'artroscopia carpopale vale 1750 euro, mentre un'asportazione artroscop-

ica di cartilagine del ginocchio oltre 2000 euro. Tutti esami molto diffusi e molto spesso prescritti dai medici di famiglia o dagli specialisti.

LA FILOSOFIA

Per la Regione i costi del sistema sono rimborsi corrisposti alla strutture e quindi sono questi i valori da comunicare ai cittadini. «È infatti inopportuno — scrive il di-

rettore generale Lucchina — che ogni struttura cerchi di stimare i propri costi di produzione con l'esito di avere una grande eterogeneità di informazioni, poco verificabili, fornite dai cittadini con il risultato di generale di grande confusione».

LO SCOPO

L'obiettivo della comunicazione è quello di sensibilizzare i cittadini, ma soprattutto di responsabilizzare i medici che prescrivono troppi esami.

La cifra indicata sarà calcolata su una media, non sul prezzo esatto della prestazione ricevuta

Lo scopo è quello di sensibilizzare i cittadini, ma soprattutto di responsabilizzare i medici, evitando un "eccesso" di ricette

Bilancio in corsia

I venti interventi più praticati in Lombardia

Degenza media	Costo medio in euro
Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica ●●●●●●●● 7,3	■ 8.577
Taglio cesareo tradizionale ●●●●●● 5,6	■ 2.300
Colecistectomia laparoscopica ●●●●● 4,2	■ 3.200
Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuti del cuore ●●●●● 4,8	■ 6.327
Sostituzione totale dell'anca ●●●●●●●● 8,2	■ 1.008
Sostituzione totale del ginocchio ●●●●●●●● 7,2	■ 9.879
Quadrantectomia della mammella ●●●● 3,3	■ 3.707
Resezione transuretrale di lesione vescicale o neoplasia ●●●●● 4,4	■ 2.046
Riparazione legamenti crociati ●●●● 2,9	■ 2.288
Mastectomia semplice monolaterale ●●●●● 4,8	■ 4.327
Prostatectomia transuretrale ●●●●● 4,9	■ 2.322
Taglio cesareo cervicale basso ●●●●●● 4,9	■ 2.219
Asportazione di borsite con correzione dei tessuti molli e osteotomia del primo metatarso ●●●● 2,7	■ 2.144
Sostituzione parziale dell'anca ●●●●●●●●●●●●●● 14,4	■ 1.015
Asportazione di cartilagine semilunare del ginocchio ●●●● 3	■ 1.979
Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico ●●●●● 4,2	■ 3.943
Asportazione di disco intervertebrale ●●●●● 4,1	■ 3.367
Riduzione cruenta di fratture di tibia e fibula, con fissazione interna ●●●●●●●● 7,4	■ 3.770
Riduzione cruenta di frattura del femore con fissazione interna ●●●●●●●●●●●●●● 13,1	■ 5.042
Appendicectomia ●●●●● 4,7	■ 2.672

Fonte: assessorato alla Sanità, Regione Lombardia

ORFOLAB/ELIS



L'innovazione La Regione: indicare i costi è scelta di trasparenza

Paradosso sui ticket

«Molti sono più cari di visite ed esami»

Il Pd: meglio modularli in base ai redditi

È il paradosso della trasparenza: ora il cittadino ben accorto potrà scoprire che a volte paga un ticket più alto di quello che realmente costa al sistema sanitario. Per la prima volta in Italia, da giovedì chi si cura in Lombardia conoscerà per ogni esame, visita medica e ricovero quanto il Pirellone spende per lui. Il risultato? Al paziente bravo con i conti potrà saltare all'occhio che per 11 milioni e 206 mila prestazioni specialistiche (sulle 15 milioni erogate a pazienti non esenti) il ticket è più alto del valore riconosciuto alla prestazione stessa da Stato e Regione. Qualche esempio: la prima visita specialistica per il Pirellone vale 22,50 euro, il malato la paga 28,50; il rimborso previsto per una radiografia al ginocchio è di 23,80, il paziente spende 29,80; stesso discorso vale per l'ecografia all'addome (32,70 contro 41,70) e per la mammografia (44,87 contro 48,30).

Le voci previste nella lettera destinata ai malati sono tre: la quota di ticket eventualmente pagata, la quota fissa per ricetta stabilita dalla Finanziaria 2011 (il cosiddetto superticket) e la quota eventualmente riconosciuta dalla Regione a saldo di quanto corrisposto come ticket. L'obiettivo del provvedimento lo spiega l'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani: «È un'operazione di trasparenza e informazione. Avere consapevolezza dei costi pubblici è sapere ciò che lo Stato, ossia tutti noi, spendiamo per curarci. Tutti i cittadini, dai malati ai medi-

ci, devono responsabilizzarsi». In caso di malattie importanti, interventi chirurgici e ricoveri, ovviamente il cittadino sostiene spese decisamente inferiori a quello che la Regione sborsa per lui.

Ma il provvedimento di trasparenza ha un effetto collaterale: per le 11 milioni e 206 mila prestazioni specialistiche tra i 5 e i 50 euro il cittadino potrà vedere che il servizio sanitario regionale non sborsa nessuna quota aggiuntiva, la quota di ticket che paga corrisponde esattamente al valore che il Pirellone riconosce a quella prestazione e, con il superticket introdotto dalla Finanziaria, il malato paga più di quello che costa. Alessandro Alfieri, consigliere regionale del Pd, commenta: «Con l'operazione trasparenza sono ancora più chiari i limiti del superticket che la Regione non ha voluto modulare in base al reddito».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

I numeri della sanità			
DOVE PAGA DI PIÙ IL PAZIENTE	Costo sistema sanitario nazionale	Superticket	Quota a carico del cittadino
Streplococco	5,80 €	1,50 €	7,30 €
Prima visita specialistica	22,50 €	6,00 €	28,50 €
Radiografia femora, ginocchio, gamba	23,80 €	6,00 €	29,80 €
Ecografia addome	32,70 €	9,00 €	41,70 €
Scintigrafia alla tiroide	33,75 €	9,00 €	42,75 €
Mammografia	44,87 €	12,30 €	48,30 €

DOVE PAGA DI PIÙ LA REGIONE	Costo sistema sanitario nazionale	Superticket	Quota a carico del cittadino
Tunnel carpale	898,42 €	30,00 €	66,00 €
Ecoendoscopia	700,00 €	30,00 €	66,00 €
Colonscopia	118,00 €	30,00 €	60,00 €




Sanità, è battaglia con il Nord sui fondi «Svolta in Campania, obiettivi centrati»

La polemica

Domani la conferenza Stato-regioni per il riparto dei finanziamenti «C'è discontinuità con il passato»

Gerardo Ausiello

«Sono preoccupato. Se si continua a ragionare in un'ottica nordista non si riunirà mai il Paese. Senza il Sud l'Italia non cresce». Il senatore del Pdl Raffaele Calabrò, consigliere del governatore Stefano Caldoro per la sanità, va all'attacco delle Regioni settentrionali alle quali chiede uno sforzo di coesione. Le prossime ore saranno cruciali per gli equilibri tra le due parti del Paese. A partire da domani la conferenza Stato-Regioni discuterà sul riparto del fondo sanitario nazionale e sulle linee guida del patto per la salute 2013-2015. La battaglia è già iniziata: il Nord alza il tiro accusando il Mezzogiorno di sprechi e inefficienze, i governatori meridionali parlano di discontinuità rispetto al passato e chiedono pari dignità. A guidare il fronte è Caldoro, che ha ispirato due emendamenti al decreto sulle liberalizzazioni presentati dai senatori Giuseppe

Esposito e Pasquale Viespoli: con il primo si istituisce un coefficiente per valutare i comportamenti virtuosi delle Regioni; con il secondo si prevede un fondo di garanzia nazionale per mettere insieme le risorse che non possono essere spese a causa dei vincoli del patto di stabilità.

Tutti questi aspetti, è il ragionamento di Caldoro, sono legati a doppio filo. Dalla sanità alla crisi di liquidità il punto, insiste l'ex ministro socialista, è il divario che c'è tra Nord e Sud a causa di norme e criteri inadeguati. Così, è l'allarme che arriva da Palazzo Santa Lucia, l'Italia resterà a due velocità. In questo schema si inserisce la riflessione di Calabrò: «A partire dalla sanità occorre leggere i dati recenti, non quelli vecchi e superati. La Campania e il Mezzogiorno stanno lavorando senza sosta per azzerare il deficit e costruire sistemi moderni ed efficienti. La rivoluzione è già scattata, ma occorrono i tempi tecnici per completarla». Per centrare l'obiettivo, osserva il senatore, c'è bisogno però delle risorse adeguate: «Da tempo insistiamo sulla necessità di riequilibrare i parametri per l'attribuzione del fondo sanitario nazionale. Su questa esigenza abbiamo riscontrato la

sensibilità del ministro della Salute Renato Balduzzi. Accanto all'età media della popolazione, è fondamentale considerare le condizioni socio-economiche e gli indici di deprivazione». In questo modo, secondo Calabrò, ci sarebbe una più equa distribuzione dei fondi: «Per ricucire l'Italia vanno azzerate le distanze, in primis sulle infrastrutture. I finanziamenti per l'edilizia sanitaria e per le tecnologie siano allora destinati soprattutto al Mezzogiorno. È lo stesso discorso del federalismo, rispetto al quale si deve partire alla pari». Sul fondo di garanzia, infine, non ha dubbi: «È uno strumento fondamentale per risolvere i problemi di liquidità da una parte all'altra del Paese. Rappresenta una risposta di sistema, in coerenza con il principio di solidarietà che è alla base della nostra Nazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



» | **La denuncia** | I democrat contestano i progressi sul rientro dal deficit: «Solo tagli»

Pd all'attacco: «Cifre taroccate e più viaggi della speranza»

Russo: si spende di più per le cure fuori regione

NAPOLI — Una denuncia corale. Il gruppo regionale del Partito democratico fa le pulci alle cifre sulla sanità campana definendole taroccate. «Taroccate — spiega il capogruppo **Peppe Russo** — perché non esprimono il senso della verità». E si parte subito con la contestazione del dato principale che indicherebbe che l'abbassamento nel 2011 del deficit a quota -250 milioni, rivendicato dal governatore (e commissario) **Stefano Caldoro**, non sarebbe «il frutto di un miglioramento gestionale» ma sarebbe «ascrivibile a tre fattori». «Maggiori entrate contributive — spiega Russo — per effetto dell'incremento delle aliquote Irpef e Irap; drastico taglio dei costi del personale, dovuto al blocco del *turn over* e dei contratti; decremento della spesa farmaceutica da addebitarsi in gran parte alla scadenza di numerosi brevetti e all'aumento sensibile del ticket». Russo non si ferma qui. Affiancato dai colleghi di gruppo **Angela Cortese**, **Anna Petrone**, **Raffaele Topo**, **Antonio Valiante** e dal responsabile della sanità del Pd regionale **Corrado Cuccurullo**, continua il suo j'accuse, supportandolo con altri numeri. «Il risultato — afferma — delle mobilità passive, e cioè delle prestazioni effettuate presso altre regioni, presenta un saldo, già da primato nazionale, addirittura in crescita nel 2011 per un totale di 417 milioni». Prima di lasciare il testimone a Valiante, il capogruppo si sofferma sulla «drammatica situazione del **Cardarelli** diventato ormai un ospedale da campo» e punta il dito verso il senatore del Pdl **Raffaele Calabrò**, consulente di **Caldoro**

per la sanità. «Sembra che difenda solo gli interessi del **Monaldi**, che spende 1,3 milioni di euro per la convenzione con l'Università per l'emodinamica. E, allo stesso tempo, ha frenato l'attivazione dei trapianti cardiaci a Salerno, mantenendo di fatto una sorta di esclusiva per il **Monaldi** stesso». Valiante si sofferma sullo «smantellamento del sistema

delle emergenze nella provincia di Salerno, senza che la chiusura delle strutture esistenti sia accompagnata dal varo di un piano alternativo». L'ex vice presidente della Regione, sottolinea che «quando si parla di sanità non si può solo affermare di aver ridotto le spese perché non si può mai perdere di vista la qualità delle prestazioni offerte agli utenti». A un'esplicita domanda sulle perplessità espresse dal procuratore regionale della Corte dei Conti **Tommaso Cottone** in un'intervista pubblicata domenica scorsa dal «Corriere del Mezzogiorno», Valiante, che in qualità di vice **Bassolino** avallò la creazione della società, risponde che «la **Soresa** era nata per gestire il debito sanitario al di fuori dell'ordinario» e che «attualmente si occupa delle gare d'appalto per le forniture».

Il consigliere **Topo** si riserva il compito di dimostrare che finora la posizione del Pd non è stata esclusivamente di denuncia. Ma che il gruppo regionale ha anche fornito contributi «attraverso emendamenti recepiti nell'ultima finanziaria e approvati insieme alla maggioranza». In particolare, **Topo** si riferisce alla norma che punta «a introdurre un sistema autorizzativo per alcune prestazioni a bassa

complessità sanitaria per il ricovero fuori regione» in modo da incidere sui succitati «insopportabili costi delle mobilità passive pari a 417 milioni». Una sollecitazione all'esecutivo anche per «l'attuazione dell'articolo 45 che incide sull'organizzazione delle aziende ospedaliere universitarie e, soprattutto, sul loro finanziamento».

Petrone, in qualità di vicepresidente della commissione Sanità denuncia la difficoltà «a svolgere un'azione di programmazione perché manca un interlocutore chiaro e definito», mentre **Cortese** si concentra sulla «dismissione dell'ospedale **San Gennaro** alla sanità». «Mi risulta infondata — afferma la consigliera — l'ipotesi di una riapertura del pronto soccorso. La Direzione sanitaria richiede l'elenco delle unità impegnate in quel reparto per un loro probabile trasferimento». E se **Cuccurullo** sottolinea il non lusinghiero primato della Campania «per export sanitario», il segretario regionale **Enzo Amendola**, commenta laconicamente: «Da due anni tentano di fare i ragionieri sui conti della sanità, ma non si sono mai preoccupati della salute dei cittadini».

Gimmo Cuomo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

-250
I milioni di euro pari al deficit a fine 2011. Il commissario **Caldoro** ha rimarcato i progressi sulla via del risanamento

417
I milioni che rappresentano il saldo delle prestazioni effettuate fuori regione. Un dato in aumento

1,3
I milioni che annualmente l'Asl Napoli 2 spende per convenzione con l'Università (**Monaldi**) per l'emodinamica

6/700
Le migliaia di euro che secondo il Pd servirebbero per attivare in ognuna delle Asl un servizio di emodinamica

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO

**Martedì
28 Febbraio 2012**



3.244

in milioni di euro

la spesa per il personale che prima degli interventi di risanamento economico era arrivata a 3 miliardi e 346 milioni di euro nel 2009, per 52.942 unità di personale. Attualmente il personale è pari a 49.449 unità nel 2011, la riduzione è di 3.493 persone e in termini di spesa 10%

2.167

in milioni di euro

la spesa per beni e servizi nel 2011. Nel 2009 ammontava a 2 miliardi 257 milioni, nel 2010 a 2 miliardi 186 milioni. La riduzione complessiva in termini percentuali è più del 4% con punte nella farmaceutica territoriale dove la riduzione ha toccato il 14% scendendo dal miliardo e 129 milioni del 2009 ai 976 milioni del 2011

Sanità

Ospedali e distretti Asl, Menduni vara nuove nomine

Prosegue il riassetto organizzativo dell'Asl Caserta. Ieri, con proprio provvedimento, il direttore generale Paolo Menduni ha proceduto a una nuova tornata di nomine ai vertici dei distretti e di strutture sanitarie «al fine di razionalizzare le risorse e rendere più efficiente il servizio sul territorio». Pertanto, al vertice del distretto di Lusciano va Mariano Buniello; al vertice del distretto di Gricignano d'Aversa Di Montemante responsabile dell'unificato servizio di Formazione dell'azienda sanitaria locale (per effetto della fusione fra ex Asl Ce 1 e Ce 2) è stato designato Chiriano. Nei giorni scorsi, lo stesso Menduni, aveva conferito l'incarico di responsabile del distretto di Teano, alla dottoressa Rita Ullucci. Cambio della guardia anche ai vertici dell'ospedale San Rocco di Sessa Aurunca: ieri il manager Menduni ha nominato Diego Colaccio (negli anni scorsi già direttore sanitario aziendale dell'ex Asl Ce 1) alla direzione sanitaria del presidio ospedaliero «nell'ottica - spiega il manager - di rilanciare una struttura che è punto di riferimento dell'assistenza in una fascia territoriale molto vasta».



Manager Paolo Menduni
direttore generale dell'Asl Caserta

Lo scorso mese, Menduni aveva proceduto alla nomina del direttore sanitario dell'Asl: la scelta è caduta su Gaetano Danzi, da tempo uno dei più stretti collaboratori del direttore generale. La riorganizzazione dei vertici dei distretti e dei servizi, precisa Menduni, «risponde ad approfondimenti basati sulla comprovata esperienza, sulle capacità professionali maturate anche come responsabili di strutture organizzative, sull'equilibrio comportamentale dimostrato nei confronti con altri colleghi nonché sull'esperienza maturata in analoghe posizioni di vertice all'interno dell'azienda. Ora, dopo il necessario approfondimento e le opportune valutazioni - conclude Menduni - sarà necessario provvedere alla nomina del direttore amministrativo al fine di completare la direzione strategica dell'Asl. Ma una certa rotazione di dirigenti è certamente opportuna». Quanto alla nomina del direttore amministrativo, la direzione strategica dell'Asl sta valutando le 18 domande pervenute in risposta al bando di selezione pubblicato nelle scorse settimane. Il profilo richiesto, in linea preferenziale, dovrebbe privilegiare una marcata competenza in materia economico-finanziaria e di organizzazione aziendale. Per ora la commissione esaminatrice sta valutando le cause di esclusione delle domande sinora giunte: in particolare, fra i requisiti inderogabili, l'aver maturato per almeno cinque anni un'esperienza alla guida di strutture operative complesse. Sempre nelle scorse settimane era stato nominato anche il responsabile del distretto sanitario di Santa Maria Capua Vetere: dal primo febbraio l'incarico viene ricoperto da Stefania Fornasier, già responsabile del dipartimento di prevenzione, che ha preso il posto di Michele Piantadosi.

lor.ca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FederLab Italia