

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 28.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Patto per la Salute. Ecco l'agenda del Governo. Regioni complessivamente d'accordo

Garanzia e aggiornamento dei Lea; rimodulazione dei ticket farmaceutici; monitoraggio e controllo della spesa per beni e servizi; riordino della medicina generale; definizione degli standard dimensionali e organizzativi della spesa sanitaria. Questi i punti nell'agenda del ministro Balduzzi.

27 DIC - Continua il confronto tra ministero della Salute e Regioni per arrivare alla stesura del nuovo patto per la Salute. Oggi secondo incontro a Lungotevere Ripa, nel corso del quale, come riportato in una nota del ministero, "le Regioni hanno condiviso nel complesso l'agenda proposta dal Ministro, prof. Renato Balduzzi". Le Regioni avrebbero a loro volta presentato delle proposte a Balduzzi, di cui però non sono stati resi ancora noti i dettagli.

Quanto all'agenda del ministro, in particolare si prevede tra i punti principali la garanzia e l'aggiornamento dei Lea nel contesto del quadro di compatibilità economico-finanziaria; la rimodulazione dei criteri di compartecipazione alla spesa farmaceutica - che secondo quanto annunciato da Balduzzi nel corso delle settimane, dovrebbe avvenire in base ai redditi o alla composizione del nucleo familiare -; le procedure di monitoraggio e controllo della spesa per beni e servizi; il riordino della medicina generale; la definizione degli standard dimensionali e organizzativi della spesa sanitaria.

Nel prossimo incontro verranno definite le macro-aree sulle quali a partire dal 10 gennaio lavoreranno sia la componente politica che la componente tecnica del tavolo.

Mobilità sanitaria. Accordo Toscana - Emilia Romagna

Raggiunta l'intesa tra le due regioni per gestire al meglio la mobilità sanitaria. In base all'intesa, che ha validità triennale a partire dal 2012, ciascuna Regione si impegna a garantire un accurato monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

28 DIC - L'accordo è stato siglato ieri pomeriggio dagli assessori delle due Regioni, **Daniela Scaramuccia** (diritto alla salute Toscana) e **Carlo Lusenti** (politiche per la salute Emilia Romagna) nel quadro del Patto per la Salute 2010-2012 che indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare per qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfazione dei bisogni dei cittadini. Ma anche per un maggior controllo della spesa. Un accordo come quello tra Toscana ed Emilia Romagna era già stato siglato alcuni mesi fa tra Toscana e Liguria.

“Con questo accordo – spiega l'assessore toscano Daniela Scaramuccia – intendiamo prima di tutto garantire la libera scelta del cittadino, con particolare riferimento a quelli che abitano nelle zone di confine tra le due regioni. Tra Toscana ed Emilia Romagna avvengono scambi di mobilità sanitaria che portano i cittadini di una regione ad usufruire dei servizi sanitari della regione confinante. In base all'accordo, vigileremo sui livelli di appropriatezza delle prestazioni fornite, uniformeremo la qualità dell'assistenza sia ospedaliera che specialistica, e annulleremo eventuali differenze tariffarie”.

“Consideriamo il federalismo un'occasione straordinaria per valorizzare i diversi territori, a patto che questo sia imperniato sulla solidarietà tra le Regioni per garantire a tutte le persone, in ogni area del Paese, parità di diritti. L'accordo di collaborazione con la Toscana – ha detto l'assessore alle politiche per la salute dell'Emilia-Romagna Carlo Lusenti – a questo federalismo fa riferimento. Abbiamo voluto stabilire modalità e regole certe per garantire ai cittadini emiliano romagnoli e toscani di scegliere dove curarsi e di poter usufruire di servizi appropriati e di qualità senza doversi spostare lontano dai luoghi di residenza”.

Nell'accordo si legge che “ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi”.

In base all'accordo, che ha validità triennale a partire dal 2012, ciascuna Regione si impegna a garantire un accurato monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. In particolare, saranno oggetto di monitoraggio la mobilità ospedaliera (sia in regime di degenza ordinaria che in day hospital) e la mobilità specialistica ambulatoriale. Trimestralmente Toscana ed Emilia Romagna si scambieranno i dati di attività relativi ai ricoveri e alla specialistica ambulatoriale. I tecnici delle due Regioni si incontreranno con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione.

In particolare per le attività di ricovero, l'accordo, per meglio governare l'attività, prevede anche di approfondire le problematiche specifiche degli scambi tra le due Regioni individuando le diverse tipologie di domanda e l'eventuale livello di inappropriatezza.

Per le attività di specialistica ambulatoriale, al fine di migliorare l'appropriatezza, Toscana ed Emilia-Romagna si impegnano anche a lavorare per condividere un Nomenclatore tariffario per evitare che, in particolare nelle zone di confine dove si assiste a una specifica sofferenza, possa farsi largo una idea di federalismo competitivo e di un concetto di appropriatezza non legato a rigorosi criteri scientifici.



Frija (Pdl): "Tagli alle convenzioni sanitarie? Che il comune affronti il problema"

La Spezia. Il consigliere comunale del Pdl Maria Grazia Frija ha presentato un'interrogazione urgente in Comune inoltrando le sue richieste, in merito alla questione sanità alla paventata perdita di tanti posti di lavoro a seguito dei tagli dei contratti da parte delle asl con le strutture sanitarie private convenzionate, ai Presidenti della Commissione Sanità e della Commissione Lavoro del Comune. L'esponente del Pdl spiega: " non ci sono lavoratori di serie A e di serie B, l'amministrazione comunale ha il dovere di interessarsi della sorte di queste persone che con questa decisione rischiano di perdere il posto di lavoro. Parliamo di cifre importanti che non possono e non devono essere sottovalutate visto anche il tasso di disoccupazione della nostra città".

Frija precisa: "Ho presentato questo documento per portare all'attenzione del Consiglio comunale questa vicenda. In primo luogo perché ritengo corretto che, come il Sindaco si interessa di tante vicende aziendali che vedono messi a rischio i posti di lavoro di tante persone, credo che non possa non occuparsi anche di questa questione. In secondo luogo, ma non certo per importanza, la decisione di tagliare le convenzioni con i laboratori privati mette a repentaglio anche i servizi sanitari della nostra città che già vedono lunghe liste d'attesa per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni sanitarie".

Un fatto grave secondo il consigliere comunale del Pdl " è necessario trovare una soluzione. **Credo che come ha denunciato la Federlab sia un grave errore non rinnovare questi contratti.** Fondamentale un incontro per capire come potersi muovere, anche per questo ho scritto al Presidente della Commissione Sanità e della Commissione Lavoro del Comune chiedendogli di convocare al più presto una riunione congiunta con i rappresentanti sindacali ed i lavoratori di questo comparto. E' più che mai indispensabile che questa vicenda venga messa tra le priorità dei lavori delle due commissioni affinché venga approfondita e si cerchi di individuare un percorso che possa portare ad una risoluzione per questi lavoratori".

27/12/2011 11:33:59

Redazione

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lombardia. PD: “Abbiamo i ticket più iniqui d’Italia”

La denuncia in un [rapporto](#) dei democratici lombardi. “La Lombardia ha i conti in ordine solo grazie ai super ticket che gravano anche sui ceti sociali più disagiati che scontano anche un’addizionale Irpef aggiuntiva tra le più alte del Paese”.

Nel 2011 la regione Lombardia incasserà 235 milioni di euro dai ticket farmaceutici, 36 milioni in più rispetto al 2010, e 92 in più rispetto al 2007. Eppure, i redditi sotto i 36mila euro sono quelli chiamati a contribuire più che nelle altre sei Regioni a statuto ordinario con conti sanitari in ordine (Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Veneto e Basilicata) e più che nelle Regioni a statuto speciale, anch’esse con i conti in ordine.

L'accusa arriva dal vicesegretario regionale del Pd, **Alessandro Alfieri**, che aveva proposto un ordine del giorno in sede di discussione del bilancio regionale, approvato qualche giorno fa, per prevedere l'esenzione dal pagamento dei ticket sui farmaci e del superticket sull'attività diagnostica ed ambulatoriale per chi ha un reddito familiare 2011 non superiore a 30mila euro, e di introdurre anche criteri di progressività nella compartecipazione alla spesa sanitaria per i redditi che superano tale soglia. La richiesta non è stata accolta.

“Il Pirellone – spiega Alfieri - ha il compito di rendere più eque le scelte del governo, articolando il principio della progressività in un modo o nell’altro. Alcune regioni lo hanno fatto sulle prestazioni sanitarie, altre sull’addizionale Irpef. La regione Lombardia non ha sinora messo in campo né l’uno né l’altro intervento, imponendo un doppio balzello che colpisce ricchi e poveri allo stesso modo”.

Per dimostrarlo il Pd ha prodotto alcuni dati e tabelle, da cui si può vedere che “solo in Lombardia, tra le sette Regioni con i conti in ordine, tutte le voci della compartecipazione gravano anche sui redditi minori”. E, anche per quanto riguarda l’addizionale regionale Irpef, aggiunge Alfieri, “occorre ricordare che la Lombardia ha scelto già dal 2003 di applicare le maggiorazioni fino alla quota massima dell’1,4%, che a partire dal 2012 sarà dell’1,73%, poiché la Regione ha deciso di incrementare tutte le fasce di reddito dopo l’aumento deciso in finanziaria nazionale dello 0,33%”.

Nel bilancio 2012 i fondi destinati al finanziamento del servizio socio sanitario regionale sono 17 miliardi e 450 milioni di euro circa, di cui 8,6 miliardi per l’assistenza distrettuale, 7,3 miliardi per l’assistenza ospedaliera, 935milioni per l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro e 450milioni euro come saldo di mobilità attiva per i cittadini fuori regione. Rispetto al 2011 c’è un incremento di 260 milioni di euro (+1,5%), di cui 50 mln di euro per il settore socio-sanitario.

Ma, se i conti del Pirellone sono in ordine, sottolinea il Pd, è grazie al cospicuo contributo dei cittadini: “attraverso i ticket sui farmaci, da 2 a 4 euro per ricetta, i ticket su visite ed esami (in Lombardia fino a 66 euro per prescrizione), e l’addizionale regionale Irpef, che la Regione applica dal 2003”. Secondo il cahier de doléance del Pd, la Lombardia fa pagare i ticket sui farmaci a chi guadagna meno di 12mila euro (con il Veneto è l’unica a non fare esenzioni sotto i 36mila euro), fa crescere l’addizionale regionale Irpef già dai redditi pari a 15.500 euro. Come Veneto e Marche, non esenta alcuna fascia di reddito dal superticket di 10 euro su visite ed esami, che in Lombardia è modulato per prestazione e può costare fino a 30 euro in più, ed è pagato anche dai redditi minori, se non esenti per patologia o per l’appartenenza ad alcune categorie specifiche.

Infine, conclude Alfieri, “è l’unica regione con i conti in ordine ad aver rimodulato il ticket per il valore della prestazione, e quindi prestazioni come la visita specialistica e di controllo, l’elettrocardiogramma dinamico o la mammografia bilaterale, costano di più che in Emilia Romagna e in Veneto, per citare due casi che hanno adottato filosofie diverse nell’applicazione del superticket”. Ad esempio, per una visita specialistica di controllo i cittadini lombardi, indipendentemente dal reddito, pagano un ticket di 28,50 euro, contro di 23 dell’Emilia Romagna e i 25 euro-30 (ma per i redditi da 29mila euro in su) del Veneto, mentre l’ecografia dell’addome superiore costa 51,45 euro contro i 36-51 euro a seconda delle fasce di reddito dell’Emilia, e i 41-46 del Veneto.

La compartecipazione sanitaria: raffronti tra Lombardia e altre regioni senza piano di rientro

ticket sui farmaci						
per i cittadini che non hanno una esenzione per patologia o età						
REGIONI	fasce reddito familiare					
	da 0 a 12mila euro	da 12mila a 22 mila euro	da 22mila a 36mila euro	da 36mila a 70mila euro	da 70mila a 100mila euro	superiore a 100mila euro
LOMBARDIA	2-4 euro	2-4 euro	2-4 euro	2-4 euro	2-4 euro	2-4 euro
TOSCANA	esenti	esenti	esenti	1-2 euro	2-4 euro	3-6 euro
EMILIA ROMAGNA	esenti	esenti	esenti	1-2euro	2-4 euro	3-6 euro
VENETO	esenti	2-4 euro	2-4euro	2-4euro	2-4 euro	2-4 euro
MARCHE	no ticket farmaceutico					
UMBRIA	esenti	esenti	esenti	1-2 euro	2-4 euro	3-6 euro

La Lombardia è la regione che, tra quelle cosiddette «virtuose» e quindi senza piani di rientro sanitari, applica già dal 2003 uno dei ticket sui farmaci più pesante d'Italia: 2 euro su ogni confezione fino ad un massimo di 4 euro per ricetta

Negli ultimi 5 anni i lombardi hanno pagato:

2011*	235 milioni di euro
2010	199 milioni di euro
2009	182 milioni di euro
2008	160 milioni di euro
2007	142 milioni di euro

+ 65% dal 2007 al 2011

In questi anni, con la maggiore diffusione dei farmaci generici, si è ridotta la spesa farmaceutica per la Regione ma la parte a carico dei cittadini è lievitata sempre più poiché la quota da pagare per ricetta è fissa.

I ticket sulle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche per i cittadini non esenti per patologia o età

Con la manovra di luglio 2011 il Governo Berlusconi ha deciso di ridurre il finanziamento sanitario alle regioni imponendo loro l'introduzione - su visite ambulatoriali e diagnostica - di un ticket aggiuntivo a quello di 36,15 euro già previsto, quantificato in 10 euro. A differenza di molte altre regioni, che hanno deciso di rimodulare in base al reddito del cittadino questa quota aggiuntiva, **la Lombardia ha introdotto un superticket per tutti i non esenti che arriva fino a 30 euro** modulandone la progressione esclusivamente in base al valore economico della prestazione effettuata.

come le regioni hanno rimodulato il superticket di 10 euro su prestazioni ambulatoriali e diagnostica

REGIONI	fasce reddito familiare					ticket massimo applicabile per prestazione
	da 0 a 29mila euro	da 29mila euro a 36mila euro	da 36mila a 70mila euro	da 70mila a 100mila euro	superiore a 100mila euro	
LOMBARDIA	maggiorazione fino a 30 euro	maggiorazione fino a 30 euro	maggiorazione fino a 30 euro	maggiorazione fino a 30 euro	maggiorazione fino a 30 euro	66 euro per tutti i redditi
TOSCANA*	no maggiorazione	no maggiorazione	+5 euro	+10 euro	+15 euro	51 euro - per i redditi superiori ai 100mila euro
EMILIA ROMAGNA*	no maggiorazione	no maggiorazione	+5 euro	+10 euro	+15 euro	51 euro - per i redditi superiori ai 100mila euro
VENETO	+5 euro	+10 euro	+10 euro	+10 euro	+10 euro	46 euro - per i redditi superiori ai 29mila euro
UMBRIA*	no maggiorazione	no maggiorazione	+5 euro	+10 euro	+15 euro	51 euro - per i redditi superiori ai 100mila euro
MARCHE	+10 euro	+10 euro	+10 euro	+10 euro	+10 euro	46 euro per tutti i redditi
In Lombardia non c'è maggiorazione per le prestazioni sotto i 5 euro						
*In Toscana, Umbria, Emilia Romagna non c'è maggiorazione per le prestazioni sotto i 10 euro e per TAC e RMN si pagano 15 euro sopra i 36mila euro, 24 euro per redditi da 36mila a 70mila e 34 euro sopra i 100mila euro						

COSTO DELLE PRESTAZIONI AI CITTADINI	LOMBARDIA	EMILIA ROMAGNA				VENETO	
	a prescindere dal reddito	fino a 36mila euro	da 36mila a 70mila euro	da 70mila a 100mila euro	superiore a 100mila euro	fino a 29mila euro	da 29mila euro in su
VISITA SPECIALISTICA	€ 28,50	€ 23,00	€ 23,00	€ 23,00	€ 23,00	25,5	30,5
ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 15,50	€ 10,60	€ 15,60	€ 20,60	€ 25,60	17,65	22,65
VISITA SPECIALISTICA DI CONTROLLO	€ 22,40	€ 18,00	€ 18,00	€ 18,00	€ 18,00	19,5	24,5
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 51,45	€ 36,15	€ 41,15	€ 46,15	€ 51,15	41,15	46,15
PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	€ 66,00	€ 36,15	€ 41,15	€ 46,15	€ 51,15	41,15	46,15
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (Holter)	€ 53,00	€ 36,15	€ 41,15	€ 46,15	€ 51,15	41,15	46,15
COLONSCOPIA	€ 66,00	€ 36,15	€ 41,15	€ 46,15	€ 51,15	41,15	46,15
TAC TORACE	€ 66,00	€ 36,15	€ 41,15	€ 46,15	€ 51,15	41,15	46,15
MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 48,45	€ 34,85	€ 39,85	€ 44,85	€ 49,85	40,55	45,55
DENSITOMETRIA OSSEA TOTAL BODY	€ 52,95	€ 36,15	€ 41,15	€ 46,15	€ 51,15	41,15	46,15



SANITA': ASS.PUGLIA, PATTO SALUTE ENTRO APRILE O 2 MLD TAGLI

martedì 27 dicembre 2011

PATTO SALUTE ENTRO APRILE O 2 MLD TAGLI

ROMA, 27 DIC - Definizione del nuovo Patto per la salute entro aprile, oppure "arriveranno altri due miliardi di tagli in termini di ticket per i cittadini". Lo ha detto l'assessore alla Sanita' della Regione Puglia, Tommaso Fiore, uscendo dall'incontro convocato al ministero della Salute proprio per affrontare il rinnovo del Patto per la salute in scadenza nel 2012.

"Abbiamo approfondito con il ministro Balduzzi - ha spiegato Fiore - i temi stabiliti già nel precedente incontro, dai ticket agli investimenti in Sanita'. Queste sono riunioni politiche preliminari per stabilire i temi da affrontare, ovvero riunioni interlocutorie. Partiamo però dal dato che il nuovo Patto deve essere definito entro aprile, altrimenti - ha avvertito Fiore - arriveranno altri due miliardi di ticket sui cittadini; se invece riusciamo a riorganizzare una serie di operazioni, soprattutto sui beni, servizi e farmaceutica, riusciremo ad evitare questi tagli". Il calendario dei lavori - ha confermato l'assessore, prevede dunque - "tempi strettissimi: ci saranno ulteriori riunioni di lavoro - ha aggiunto - perché dobbiamo ora passare dalla parte politica e di definizione dei temi alla parte più tecnica di individuazione delle operazioni di manovra entro aprile". Il ministro Balduzzi, ha inoltre sottolineato l'assessore al bilancio della Regione Lazio, Stefano Cetica, "ha definito la cornice dei punti dei quali si dovrà discutere, accettando anche qualche integrazione da parte degli assessori presenti, con grande disponibilità". Ora dunque si comincerà a lavorare sulla parte tecnica ed i tempi saranno stretti". Un nuovo incontro al ministero è previsto, secondo quanto riferito dagli assessori, per il prossimo 11 gennaio.(ANSA).

Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

IL GAZZETTINO
PADOVA

Dir. Resp.: Roberto Papetti

28-DIC-2011

da pag. 9

Check up completo a duemila euro

L'azienda ospedaliera propone un "pacchetto" di visite personalizzate a pagamento da effettuare in uno-due giorni

Federica Cappellato

Volersi bene, dedicare la giusta attenzione al proprio stato di salute, essere consapevoli dell'importanza della prevenzione, ponendosi al centro di un viaggio alla scoperta di sé seguendo un approccio armonioso e globale che coniuga scienza medica e benessere. Questa è la filosofia alla quale è ispirata la nuova stagione dei check-up a pagamento, inaugurata dall'Azienda ospedaliera che abbraccia la persona nella sua complessità e ricchezza, proponendo pacchetti tra i 1.800 e i 2.100 euro che prevedono approfondimenti medico-diagnostici personalizzati, puntando sull'accoglienza e il massimo confort. Abbinata ad uno stile di vita corretto, a un'alimentazione equilibrata, all'esercizio fisico eseguito con regolarità, l'opzione check-up dà la possibilità all'utente di conoscersi meglio e di adottare gli eventuali correttivi utili a restituire equilibrio psico-fisico. I profili offerti sono su due livelli, in rapporto alla gamma di esami proposti - con differenze di genere a seconda che a usufrirne sia un uomo o una donna - declinati in visita internistica, esami di laboratorio (analisi sangue, creatinina, glucosio, colesterolo per cita-

re i più conosciuti più un'altra trentina di indagini) e diagnostica (nel pacchetto fanno parte visita cardiologica, otorinolaringoiatra, oculistica, urologica, dermatologica, esame dell'udito, rx torace).

«L'Azienda ospedaliera ha previsto un sistema di check-up consistente nell'offerta, su richiesta, di profili clinico-diagnostici a pagamento previsti per la popolazione non in stato di malattia, a fini di diagnosi precoce. Il check-up - illustra il direttore generale Adriano Cestroni nel documento deliberativo che dà il via libera alla novità - non è rivolto a pazienti con patologie attive per i quali, invece, i percorsi di presa in carico e di diagnosi avvengono in aderenza alle disposizioni statali, regionali e aziendali vigenti». Nel suo percorso di check-up il paziente potrà godere della professionalità di un medico internista, coadiuvato da personale di comparto, che effettuerà la prima valutazione clinica e programmerà - continua Cestroni - il progetto diagnostico individuale che prevede una serie di indagini di base e, qualora ne ricorrano le condizioni, una serie di più approfondite». I test si effettuano nell'arco di uno o due giorni e non prevedono lista d'attesa.



SALUTE E PREVENZIONE Una visita di controllo in un ambulatorio medico



REGIONE LOMBARDIA Non sarà più necessario presentare la documentazione ogni anno Esenzione dal ticket: l'autocertificazione non è più annuale

(grf) Tutti i lombardi che, per motivi di reddito, sono esenti dal pagamento del ticket sulle prestazioni sanitarie non dovranno più ripresentare ogni anno l'autocertificazione per attestare questo loro diritto. Verranno infatti ritenute valide le dichiarazioni già presentate, fino al momento in cui l'interessato non comunichi eventuali variazioni, cosa che è suo preciso obbligo e responsabilità fare.

«Questa misura - spiega l'assessore regionale alla Sanità **Luciano Bresciani** - ha l'obiettivo di venire incontro alle esigenze dei nostri cittadini, evitando loro il disagio di dover ripresentare ogni anno l'autocertificazione per l'esenzione, magari dovendo fare le code agli sportelli. E' un provvedimento che va nella direzione della semplificazione. E' evidente però che sarà responsabilità dei cittadini comunicare tempestivamente alle Asl l'eventuale venir meno delle condizioni economiche che garantiscono l'esenzione dal pagamento».

Sono esenti dal pagamento del ticket per motivi di reddito i cittadini di età superiore a 65 anni con reddito familiare inferiore a 38.500 euro, i titolari di pensioni sociali, i titolari di pensioni al minimo ultrasessantenni, i disoccupati, i lavoratori in mobilità e in cassa integrazione. Se ad esempio un disoccupato trova un impiego, non ha più diritto all'esenzione e quindi deve comunicare all'Asl il cambiamento della sua condizione. Naturalmente verranno svolti i dovuti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate dai cittadini.

Bisogna infatti ricordare che a partire dall'1 luglio si può usufruire del diritto all'esenzione in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria solo se il medico ne verifica l'esistenza nell'anagrafe regionale e la riporta sulla prescrizione.

Nel corso dell'anno Regione Lombardia ha registrato nell'anagrafe regionale i dati provenienti dal ministero dell'Economia (aggiornati al 31 marzo di ogni anno) e i dati ricavati dalle autocertificazioni presentate dai cittadini. Gli assistiti possono verificare il proprio stato di diritto all'esenzione presso le Asl, il proprio medico oppure consultando il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (www.crs.lombardia.it).



→ Bilancio 2010**La Asl RmG riduce il passivo da oltre 100 a 33 milioni di euro****7****Nosocomi**

Sono le strutture ospedaliere gestite dalla Asl RmG

31**Milioni**

Il costo dei servizi delle case di cura private convenzionate

■ **TIVOLI** La Asl Rm G, che gestisce gli ospedali di Tivoli, Monterotondo, Subiaco, Colferro e Palestrina, la casa della salute a Palombara e il Valmontone Hospital con sei distretti sanitari, ha chiuso il bilancio 2010 con una perdita di circa 33 milioni di euro rispetto al passivo di 102 milioni dell'anno precedente. Tra le spese più consistenti, quelle per il personale sanitario e tecnico, la manutenzione e riparazione, quelle di pulizia che ammontano a circa sei milioni. Quasi la stessa cifra l'azienda sanitaria ha sostenuto per i premi di assicurazione. Costa oltre 13 milioni di euro l'assistenza geriatrica da privato, mentre circa tre milioni vengono spesi per l'acquisto delle prestazioni termali in convenzione da privato. I servizi sanitari per l'assistenza ospedaliera da case di cura private nel 2010 hanno portato a una spesa di più di 31 milioni. I ricavi per prestazioni sociosanitarie sono stati 85 milioni. Il valore



Una priorità come la lotta all'evasione fiscale Sui troppi sprechi nella sanità ora indaga la Guardia di Finanza

di FIORENZA SARZANINI

Sprechi nella spesa pubblica equiparati all'evasione fiscale: nel 2011 sono stati recuperati quasi 300 milioni di euro, a fronte dei 30 del 2010. E così il comandante della Guardia di Finanza, Nino Di Paolo, tra le priorità per il 2012 ha indicato le verifiche sui dipendenti pubblici, specialmente nel settore sanitario.

A PAGINA 7

Frodi alla sanità come l'evasione Nel 2011 sottratti 276 milioni

Le Fiamme Gialle: prioritarie le verifiche sui dipendenti del settore

L'altra voragine

Negli ultimi tre anni i danni erariali riconducibili a lavoratori del comparto sono stati di 1 miliardo e 836 milioni

ROMA — Sprechi nella spesa pubblica equiparati all'evasione fiscale. Il comandante generale della Guardia di Finanza Nino Di Paolo indica ai reparti territoriali le priorità per il 2012 e in cima alla lista inserisce proprio le verifiche sull'attività dei dipendenti pubblici con un'attenzione particolare agli esborsi illegittimi nel settore sanitario. Sono i risultati ottenuti nell'ultimo anno a segnare il percorso da seguire, perché nel 2011 l'incremento delle verifiche in questo campo ha fatto aumentare di quasi dieci volte le somme recuperate passando dai circa 30 milioni di euro frodati nel 2010 ai 276 milioni di euro degli ultimi dodici mesi. Cifra record che si somma a quelle incamerate grazie agli accertamenti sui doppi lavori svolti dai dipendenti senza ottenere l'autorizzazione e dunque, nella maggior parte dei casi, senza coprire l'orario di lavoro e senza pagare le tasse. Dipendenti di enti locali e di aziende pubbliche che svolgono per i privati l'attività per la quale sono invece remunerati dallo Stato.

Doppi incarichi e frodi sanitarie

I conti sono presto fatti: ai 3.300 impiegati e funzionari che hanno svolto doppi incarichi negli ultimi tre anni per un totale di circa 30 mi-

lioni di euro e con un danno erariale che supera i 55 milioni di euro, devono sommarsi tutti i dipendenti pubblici denunciati per aver provocato perdite finanziarie al Servizio sanitario nazionale. Negli ultimi dodici mesi sono stati effettuati 1.927 controlli e le persone denunciate sono state 2.137 con una frode che, appunto, sfiora i 280 milioni di euro. Lo scorso anno c'erano stati 1.401 interventi e i dipendenti scoperti a commettere illeciti erano stati 1.891, ma i soldi da recuperare erano in totale poco meno di 30 milioni di euro. Nel 2009, quando erano state effettuate 1.827 ispezioni, con 3.459 persone denunciate, la frode accertata era stata molto superiore a quella dell'anno scorso, oltre 98 milioni di euro.

Quanto basta per riscrivere la lista delle priorità anche tenendo conto, come viene sottolineato nelle linee di intervento, che «la difficile situazione dei conti pubblici e le note dinamiche di crescita della spesa sanitaria rendono indispensabile ragionare in termini di utilizzo razionale delle risorse, a cominciare da quelle che si potrebbero liberare dall'eliminazione delle inefficienze, degli sprechi e delle frodi». Sono due i settori nei quali si concentreranno i servizi relativi alla Sanità: «Le condotte illecite degli operatori di settore, che tendono ad intercettare gli ingenti flussi di spesa destinati al campo sanitario e sono solitamente riscontrati nella gestione e nella fornitura di beni o servizi sanitari; i comportamenti dei privati cittadini

finalizzati a fruire di prestazioni a condizioni a cui non avrebbero diritto».

Nel primo caso i controlli riguarderanno in maniera particolare le procedure di ricovero, nel secondo le esenzioni dal pagamento dei ticket. In entrambe le circostanze i benefici si ottengono grazie a false certificazioni e dunque si inciderà soprattutto sui controlli documentali. Un'attività che sarà effettuata in collaborazione con le Asl grazie a un protocollo d'intesa stilato con le Regioni che consente l'accesso ai sistemi informatici e dunque il controllo delle posizioni dei cittadini che beneficiano delle erogazioni del servizio sanitario nazionale.

Danni erariali per 2 miliardi

La direttiva specifica come sia necessario «proseguire le azioni intraprese ai fini della stabilizzazione dei mercati finanziari e della situazione economica, della ripresa della crescita, della riduzione dell'incidenza del debito pubblico, nonché del contrasto all'evasione e all'elusione fiscale». E specifica che «l'apporto della



Guardia di Finanza all'attuazione delle priorità fissate dall'Autorità di Governo dovrà essere basato sulla concentrazione delle risorse operative» proprio su quei fenomeni illegali che maggiormente incidono sulla spesa pubblica. Anche perché sono i risultati della Corte dei Conti a dimostrare quanto sia fondamentale per le casse dello Stato incidere con vigore in questo settore.

Nel 2009 il capitolo relativo alla spesa sanitaria ha portato al «deferimento» davanti ai giudici contabili di 427 soggetti con un danno segnalato all'erario di 715 milioni di euro. Nei 12 mesi successivi si è passati a 520 citazioni e una contestazione economica complessiva di 830 milioni. Nel 2011, nonostante sia salito a 1.402 il numero delle denunce, il danno finanziario è stato di 291 milioni di euro. In totale nel triennio fanno 2.349 dipendenti pubblici che hanno lucrato un totale di un miliardo e 836 milioni di euro.

Fiorenza Sarzanini
fsarzanini@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FRODI A DANNO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

2009			2010			2011 (gennaio - novembre)		
Interventi effettuati (nr.)	Denunciati* (nr.)	Frode accertata (min. €)	Interventi effettuati (nr.)	Denunciati* (nr.)	Frode accertata (min. €)	Interventi effettuati (nr.)	Denunciati* (nr.)	Frode accertata (min. €)
1.827	3.459	98,6	1.401	1.891	29,6	1.827	2.137	276,1

* Per i reati di indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato, truffa a danno dello Stato e truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche

DANNI ERARIALI CONNESSI ALLA SPESA SANITARIA

	2009	2010	2011	TOTALE
Soggetti deferiti alla Corte dei Conti (numero)	427	520	1.402	2.349
Danni erariali segnalati (min. €)	715	830	291	1.836

CORRIERE DELLA SERA

Tante le iniziative del Dipartimento della salute

La sanità diventa elettronica

Si lavora alla telemedicina

di SALVATORE GUERRIERI

UNA mole di iniziative messe in opera dal Dipartimento Tutela della Salute nel campo della sanità elettronica. Ad illustrare la situazione attuale e le evoluzioni future partendo dal progetto Sec-Sisr, dal completamento della Rete Mmg-Pls-Fse, dal progetto SpCoop e dalle iniziative nel campo della Telemedicina è stato Salvatore Lopresti, responsabile dell'Ict in sanità in Calabria, apparso anche sulla rivista E-Healthcare. La novità, ha evidenziato Lopresti sta nell'approccio sistematico al problema, nella scelta di una regia unica e nella condivisione con tutti gli attori del mondo della sanità. In una regione in Piano di rientro da debito sanitario commissariata dal governo, e, per questo, non più autonoma nella scelte, non si può disporre dei finanziamenti destinati al Fondo sanitario regionale senza doverne dare "conto" ai ministeri "affiancanti". Gli investimenti più strategici in sanità sono sicuramente quelli sull'innovazione tecnologica, sull'adeguamento strutturale degli immobili destinati ad attività sanitaria e sulla formazione del personale. Tra le progettualità innovative nell'Ict, il progetto Sec-Sisr, finanziato con fondi Por-Fesr 2007 - 2013, è sicuramente il più importante. Esso, in fase di aggiudicazione di gara, è destinato a stravolgere l'attuale concezione del dato sanitario visto non più come un elemento numerico fine a se stesso ma elaborato per diventare informazione.

«Questa amministrazione ha riferito Lopresti - si propone di cambiare approccio. Infatti i "flussi informativi" rientrano tra gli obiettivi obbligatori dei Direttori generali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere della Calabria intendendo che, in ca-

renza o deficienza di tali "flussi", gli stessi direttori possono essere "rimossi"». Il Tavolo Lea (l'altro è il cosiddetto Tavolo "Massicci") giudica la regione sulla base della corretta e tempestiva trasmissione dei dati e delle informazioni. Questi dati e queste informazioni sono per la gran parte prodotti nelle aziende. Si comprende che se l'Azienda "x" sarà inadempiente su uno dei circa 85 flussi obbligatori, l'intera Regione lo sarà con conseguenti penalizzazioni di tipo economico. Il fine è quello di poter intervenire tempestivamente con idonee misure correttive sulle distorsioni e i disallineamenti del sistema.

Questa è la sfida è raccolta dal Dipartimento Tutela della Salute e dal "braccio armato" del Gruppo di Lavoro coordinato dal Settore Area Controlli. Per realizzare il progetto è stato necessario predisporre un piano di interventi e per prima cosa si è ricostruita la base normativa dei flussi attraverso il Dpgr 101/2011 che raccoglie tutti i riferimenti nazionali e regionali di ognuno degli 85 flussi informativi sanitari. Si è poi passati a realizzare, per la prima volta in Calabria, una rete di connessione nel rispetto del Sistema Pubblico di Connettività (SpC), per la trasmissione protetta dei dati sanitari tra le Aziende sanitarie ed ospedaliere e la Regione Calabria. Con queste basi si possono anche avviare e completare alcune iniziative nel campo della telemedicina tra cui: il teleconsulto cardiologico in emergenza, la teleradiologia e la telepatologia oncologica.

Telemedicina che, al giorno d'oggi, ha concluso Lopresti, è essenziale laddove al ricovero ospedaliero si affianca (o si sostituisce) l'assistenza territoriale (Utap, Cure Primarie, Case della Salute ecc.) e l'Assistenza domiciliare integrata (Adi).



Salvatore Lopresti



AROMA. Trattativa Stato-Regioni per evitare tagli da 2 miliardi **Sanità: «Definiremo i nuovi ticket»**

Le Regioni «hanno condiviso nel complesso l'agenda proposta dal ministro Renato Balduzzi» e «hanno presentato alcune proposte accolte dal ministro»: così descrive il Ministero della sanità il confronto di ieri a Roma sul nuovo Patto per la salute. Si parla di aggiornamento dei Lea (Livelli di assistenza) per la compatibilità economico-finanziaria; revisione spesa farmaceutica; controllo della spesa per beni e servizi; riordino della medicina generale; definizione degli standard dimensionali e organizzativi della spesa sanitaria.

Si parla, a quanto pare, di definire il nuovo Patto per la salute entro aprile, oppure «arriveranno altri due miliardi di tagli in termini di ticket per i cittadini», spiegano le Regioni. Tra i temi da affrontare, quello dei ticket sanitari: «Stiamo lavorando - ha detto l'assessore veneto alla sanità Luca Coletto - su una loro opportuna rivisitazione: vanno cioè rivisti e rimodulati». Il ministro Balduzzi, ha aggiunto Coletto, «ha lasciato libere le Regioni di lavorare ed essere propositive; poi, evidentemente, ci dovrà essere un'intesa tra le Regioni per andare a definire esattamente i nuovi ticket». E lo stesso vale per i Lea. ♦



GIUNTA REGIONALE

Confermati i commissari alla guida di Asl e Ato

La Giunta Regionale ha approvato la delibera che riconferma gli attuali commissari alla guida di Asl e Aso piemontesi. «Nei giorni scorsi - spiega l'assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Paolo Monferino - abbiamo trovato con l'opposizione un terreno comune su cui lavorare per arrivare quanto prima all'approvazione di una riforma sanitaria che raccolga le più ampie intese. Abbiamo dunque deciso di soprassedere rispetto alla data del 31 dicembre per l'approvazione definitiva, intavolando un confronto con l'impegno di trovare in tempi brevi una soluzione largamente condivisa. Parallelamente - prosegue l'assessore Monferino - abbiamo riconfermato nell'incarico i commissari fino al 31 marzo per garantire continuità alle attività delle aziende ospedaliere e

territoriali fino al nuovo Piano socio sanitario». Questo la configurazione dei vertici delle aziende piemontesi: Giacomo Manugerra (Asl To1 e Asl To2), Giorgio Rabino (Asl To3), Renzo Secreto (Asl To4), Giovanna Briccarello (Asl To5), Vittorio Brignoglio (Asl Vc), Carla Peona (Asl Bi), Gaetano Cosenza (Asl No), Corrado Cattrini (Asl Vco), Giovanni Monchiero (Asl Cn1 e Asl Cn2), Valter Galante (Asl At), Mario Pasino (Asl Al), Mario Marchisio (Ao Santa Croce e Carle di Cuneo), Remo Urani (Ao Ordine Mauriziano di Torino), Emilio Iodice (Ao San Giovanni Battista Torino, Ao Cto, Ao Sant'Anna), Cinzia Tudini (Ao San Luigi Orbassano), Mario Minola (Ao Maggiore della Carità di Novara), Nicola Giorgine (Ao Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo Alessandria).



IL RAPPORTO GdF: IN TRE ANNI QUASI 8MILA DENUNCIATI

Truffe sanitarie: Stato «saccheggiato» per 2 miliardi

di Marco Mobili

Ci sono le 1.500 persone già morte che continuavano ad avere i farmaci pagati dalla sanità laziale, gli interventi estetici fatti passare per patologie gravi per avere i rimborsi, i farmaci per la prostata prescritti a pazien-

5.155

GLI INTERVENTI
EFFETTUATI
DALLE FIAMME GIALLE

ti donne: è il bestiario del «saccheggio» quotidiano alla sanità nazionale. Un assalto che ha provocato, secondo i dati di un rapporto della Guardia di Finanza, un danno erariale nell'ordine di 2 miliardi di euro in tre anni.

Sono circa 8mila le persone denunciate nelle attività delle Fiamme Gial-

le. Le truffe vanno dall'iperprescrizione di farmaci alle false attestazioni di ricovero, dalle autocertificazioni fraudolente per ottenere rimborsi ai medici di base con assistiti inesistenti. Il rullo a carico del servizio sanitario nazionale, e quindi delle tasche di tutti i cittadini italiani. > pagina 8

MERCATI E MANOVRA

Spesa e lotta all'evasione



Fenomeno in crescita

Triplicate rispetto al 2010 le segnalazioni alla Corte dei conti di operatori del settore che intercettano flussi di spesa pubblica

Sanità pubblica saccheggiata per 2 miliardi

Rapporto GdF: in tre anni denunciate quasi 8mila persone tra false degenze e iperprescrizioni

OPERAZIONE «LAZZARO»

La Regione Lazio riconosce la mutua a 1.500 persone già morte e a 5.500 delle quali non si conosce l'identità

Marco Mobili

ROMA

■ Si tratta di un vero e proprio saccheggio quello scoperto dalla Guardia di Finanza nei tre anni di attività sugli sprechi e il malaffare nella sanità pubblica. I numeri sono impietosi e dimostrano come a pagare il conto siano sempre e solo i cittadini. In tre anni le Fiamme Gialle hanno fatto emergere danni erariali per due miliardi e frodi per circa 500 milioni. Proprio quando tutti i contribuenti Irpef saranno chiamati a versare un contributo alla sanità pubblica per complessivi 2,08 miliardi con l'aumento dell'addizionale regionale all'Irpef.

Come detto, in tre anni le Fiamme Gialle hanno scovato frodi sanitarie per circa 500 milioni, con un salto di qualità nelle indagini in quest'ultimo anno visto che nei primi 11 mesi del 2011 i reparti hanno accertato frodi per 276 milioni, quasi 9 volte in più rispetto ai circa 30 milioni del 2010. Anche le segnalazioni alla Corte dei Conti per danni erariali effettuate nei confronti di operatori del settore che «tendono ad intercettare flussi di spesa destinati alla Sanità pubblica» quest'anno sono quasi triplicate passando dalle 520 del 2010 alle 1.402 di quest'anno.

Il dossier del Comando generale della Guardia di Finanza dimostra come la tutela della spesa pubblica al pari della lotta all'evasione consenta di ridurre gli sprechi e gli oneri a carico dello Stato. Così come, va detto, scongiurare tagli e aumenti delle prestazioni in un settore particolarmente sensibile come quello della Sanità pubblica. I casi scoperti vanno dai più noti medici di base rimborsati per assistiti inesistenti all'iperprescrizione di farmaci. Ci sono poi le false autocertificazioni Isee redatte da privati per ottenere prestazioni sanitarie in regime di esenzione non spettanti, così come le false attestazioni di ricovero o di tipo di ricovero. È il caso di quanto scoperto quest'anno con l'operazione «Lazzaro» in una delle regioni in deficit sanitario come il Lazio, dove la stessa regione erogava la "mutua" a 1.500 cittadini defunti da anni e a 5.500 persone delle quali non era nota l'identità. Non solo. Come fatto emergere dal Comando provinciale di Frosinone, ai defunti venivano anche pagate le ricette per farmaci acquistati dopo il decesso. Novanta i medici coinvolti nelle prescrizioni post-mortem. Il risultato dell'operazione ha portato alla segnalazione diretta alla Corte dei conti per danno erariale di 21 dirigenti e funzionari dell'asl di Frosinone.

Sempre in tema di false attestazione, questa volta rilasciate dai privati, ci sono le frodi scoperte ad Arezzo e Taranto nell'estate scorsa sulle dichiara-

zioni di redditi familiari minimi per ottenere indebitamente l'esenzione dal ticket sanitario per prestazioni specialistiche. Nel mirino anche la visita ambulatoriale fatta passare per day hospital o l'intervento di chirurgia estetica classificato come intervento chirurgico per altra patologia. Un'indagine conclusa dalla Compagnia di Avellino ha portato, con diverse sfumature, all'emersione di condotte penalmente rilevanti per ben 22 soggetti fra dirigenti, medici e personale paramedico di un'azienda ospedaliera. Le indagini delle Fiamme Gialle hanno fatto emergere interventi chirurgici di natura squisitamente estetica camuffati da patologie cliniche di maggiore gravità (oggetto di rimborso dal Ssn), con discordanze sensibili anche rispetto alle reali durate dei ricoveri ed alla qualità degli stessi (ricoveri in regime ordinario anziché in day hospital) ovvero, in altre circostanze, con false analisi diagnostiche. La lista delle violazioni riscontrate non finisce qui. La malasana passa anche per finti ricoveri in regime di emergenza (case di cura private che possono ricoverare in convenzione solo in caso di emergenza ma che, di fatto, non hanno un servizio di emergenza), o ancora la mancata attuazione delle previste forme di distribuzione diretta o "per conto" dei farmaci, nonché il fraudolento frazionamento dei periodi di lungo degenza che superano il limite massimo di durata del ricovero rimborsato dal Ssn.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: 1.015.000

Il Sole **24 ORE**

28-DIC-2011

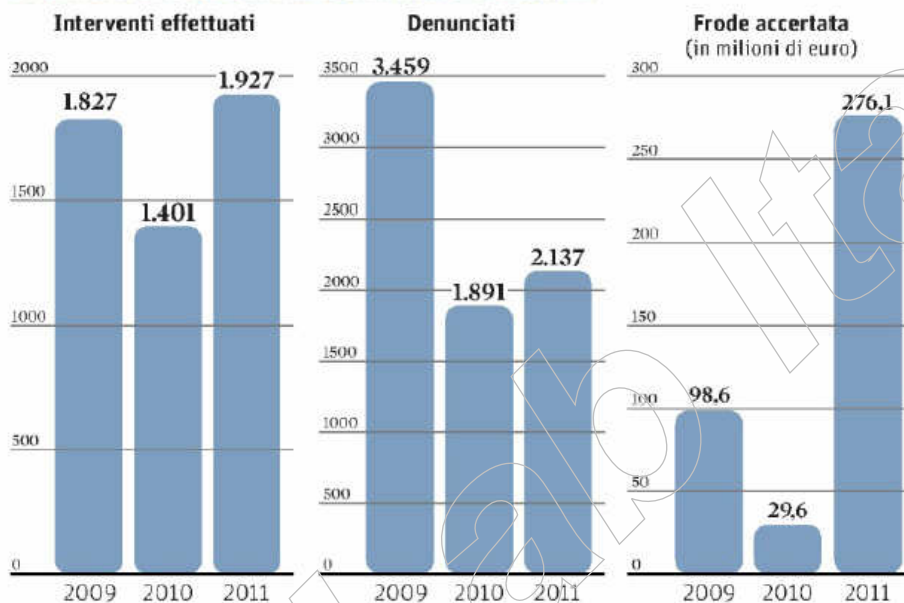
Diffusione: 263.707

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

da pag. 1

Le frodi nell'ultimo triennio

FRODI A DANNO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

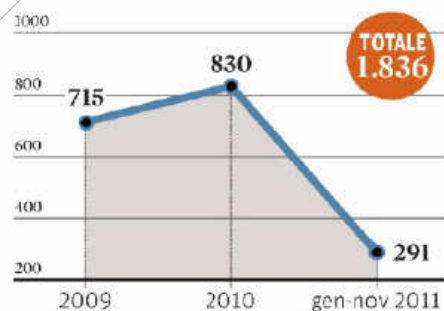


DANNI ERARIALI CONNESSI ALLA SPESA SANITARIA

Soggetti deferiti alla corte dei conti



Danni erariali segnalati (in milioni di euro)



Troppe assenze alle visite Ora l'Asl chiama i pazienti

Collegno, telefonate automatiche di conferma: "Così si risparmia"

Retrosce

PATRIZIO ROMANO
COLLEGNO

Sarà anche vero che una telefonata allunga la vita, come recitava una pubblicità, ma all'Asl To3 di Collegno sono sicuri che accorci le liste d'attesa e ottimizza i costi della sanità pubblica. Così, dalla scorsa settimana, sono partite le prime 5 mila telefonate giornaliere per verificare se i pazienti prenotati per visite mediche, delle diverse specialità, confermavano la loro impegnativa o la disdicevano. Perché a lasciare il posto vuoto all'Asl To3 in un anno sono tantissimi: su un milione di visite specialistiche, oltre 100 mila rimangono inevase per assenza del paziente.

«Per questo abbiamo attivato questo sistema automatico di chiamata - spiega il direttore generale Giorgio Rabino -, il Re-Call, che telefonerà ai nostri pazienti, circa 5 mila al giorno, per avere conferma o disdetta della loro prenotazione della visita o della prestazione specialistica». Il Re-Call contatterà per tre volte il numero dell'utente prenotato, al numero di casa o del cellulare, per chiedere se garantisce o disdice l'appuntamento, che rimarrà ovviamente fissato qualora il centralino non rie-

UNO SU DIECI NON VA

Il dg Rabino: «Sapere se non si presentano riduce anche le attese»

sca a rintracciarlo. Un sistema che aiuta a risparmiare sia l'Asl, sia i pazienti.

«Vero - spiega Rabino -, visto che la mancata presentazione all'esame o alla visita, come previsto per legge, prevede oggi l'invio a casa dell'addebito del costo della prestazione come se fosse stata effettuata, non solo del ticket. E negli ultimi due mesi le lettere di addebito spedite sono diverse centinaia». Questo, però, non aiuta a smaltire le lunghe liste d'attesa per le visite e soprattutto a impiegare al meglio i medici. E l'Asl rischia di pagare inutilmente delle ore di specialisti di cui gli utenti non usufruiscono.

E così, dopo aver sperimentato il servizio Re-Call dal 6 dicembre, da prima di Natale è diventato attivo in tutta l'Asl, la più grande del Piemonte e non l'unica ad avere questo problema. «L'assenza del 10 per cento dei pazienti a visite ed esami è considerato fisiologico - aggiunge Rabino -. Tanto che noi abbiamo l'abitudine di aumentare le liste di utenti per prestazione di una o due persone, per coprire i buchi». Ma non basta. E per non passare come vessatori di malati, visto l'invio di pagamenti a casa, hanno deciso di attivare questo nuovo servizio.

«Inoltre riscuotere non è sempre così faci-

le - confida il direttore -, proprio perché parliamo di cifre molto basse». Insomma, di quanti lasciano la sedia vuota in sala d'attesa, solo il 40%, quando si vede arrivare la richiesta di pagamento, salda. «Il danno? Difficile quantificarlo - ripete -. Ma per noi è più importante fornire un servizio rapido ed efficace». E le lunghe liste d'attesa non sono mai un bel biglietto da visita. «Il guaio - dice Rabino -, che sono proprio queste, a volte, a creare le "dicerzioni", perché la gente o si dimentica o trova più rapidamente risposta presso una struttura convenzionata».

Ma pochi, pochissimi, chia-

mano per disdire l'appuntamento. «Così lo facciamo noi, due o tre giorni prima - argomenta -, e in questo modo liberiamo un posto ad esempio per chi ha un'urgenza e si trova a fare la visita o l'esame

in un men che non si dica». Tuttavia l'augurio, per il futuro, è che non sia l'Asl a dover telefonare. «È un fatto di correttezza e di educazione - conclude il direttore generale -. Così come si chiama un amico per disdire un incontro, allo stesso modo si dovrebbe avere rispetto di quanti, in coda, attendono la nostra stessa visita».





Ticket, proroga in arrivo

REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 27 DICEMBRE 2011

Ticket su farmaci e ricette: Palazzo Santa Lucia si accinge a prorogare l'attuazione del Decreto commissariale n. 51 e n. 53 del 27 settembre del 2010 con il quale si introducono, in Campania, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il pagamento di una quota fissa aggiuntiva sulla ricetta pari a 10 euro per i pazienti non esenti e di 5 euro per i pazienti esenti secondo la vigente normativa in materia a partire dal 1° gennaio del 2010 e fino al 31 dicembre di quest'anno. Verso la conferma anche i ticket sulle ricette e i farmaci, per la spesa farmaceutica i pazienti non esenti dovranno continuare a corrispondere una quota aggiuntiva fissa di due euro per ogni ricetta contenente prescrizioni farmaceutiche spedite nelle farmacie convenzionate. La quota si riduce ad un euro a ricetta per i soggetti elencati nell'allegato 2 del decreto. I soggetti di cui all'allegato 3 sono totalmente esentati. Sono inoltre esentate le prescrizioni contenenti ossigeno liquido e gassoso e farmaci del PHT (Prontuario ospedale-territorio). Pertanto, nulla dovrebbe cambiare in regime di compartecipazione alla spesa (Ticket Sanitari) a partire dal 1° gennaio del prossimo anno. Ecco un riepilogo sintetico della situazione sui ticket della farmaceutica.

PAZIENTI NON ESENTI:

2,00 € per ogni ricetta più € 1,50 per ogni farmacocoperto da brevetto per un massimo di € 3,00 oppure l'aggiunta alla quota ricetta della eventuale differenza dal prezzo di riferimento per i farmaci non coperti da brevetto .

PAZIENTI PARZIALMENTE ESENTI

Per i pazienti esenti in possesso dei seguenti codici di esenzione:

L01, L02, L03, L04; S01, S02, S03, S04; N01; O1->O56; C01, C02, C04, C05, C06, C07 (il codice C03 è stato abolito) si paga:

1 € ricetta più eventuale differenza dal prezzo di riferimento per i farmaci non coperti da brevetto.

PAZIENTI TOTALMENTE ESENTI

0.00 € a ricetta + eventuale differenza dal prezzo di riferimento per i farmaci non coperti da brevetto.

(Codici di esenzione: E02, E03, E04, E05, E08 ; F01; TDL; G01, G02; V01, V02; N.B. Per gli ultimi 4 codici vale l'esenzione anche dal pagamento della differenza sui farmaci non coperti da brevetto (i codici E01 ed E06 sono stati aboliti).



Policlinico unico e privati: stretta sul deficit sanitario

REDAZIONE IL DENARO – MERCOLEDÌ 28 DICEMBRE 2011

La Sanità, con un fondo regionale che supera i 10 miliardi di euro, occupa un capitolo separato del Bilancio regionale: le risorse rappresentano la fetta che spetta alla Regione della torta nazionale di finanziamenti (circa il 10 per cento dei 106 mld disponibili con una correzione del pro-capite secco per il solo parametro della anzianità della popolazione).

In vigenza del piano di rientro del deficit i margini di manovra del Consiglio sono limitati in quanto le norme del parlamentino regionale sono obbligatoriamente sottoposte alla verifica dei ministeri vigilanti e, quando in contrasto con il Piano di rientro, possono essere modificate a iniziativa del Governatore.

Ma intanto l'Aula lavora per razionalizzare quello che si può. I fari sono puntati sulle due aziende policlinico che macinano ogni anno un deficit strutturale di circa 16 mln per la Sun e di oltre 40 mln per la Federico II. Un rosso di cassa riassorbibile solo con un adeguamento del budget fissato dal protocollo d'intesa con la Regione (per le sole attività assistenziali) scaduto da anni e impantanato negli uffici dei ministeri vigilanti. La mossa della fusione potrebbe essere il motore che serve per lo sblocco. Visto che Giovanni Canfora, alla Federico II, è in scadenza di mandato (il 2 gennaio 2012) il timone passerebbe nelle mani di Paquale Corcione fresco di nomina alla Sun. L'altro versante è quello dei convenzionati già stretti in tetti di spesa che vedono il puntuale esaurimento delle risorse a fine estate. Difficile tagliare dove si è già raggiunto l'osso. Il vero problema resta il welfare con un Fondo nazionale azzerato (nel 2012 solo 4 mln contro i 113 del 2007 per la Campania) e un fabbisogno di 60-70 mln per servizi essenziali.

In tempi di crisi, arriva la sanità low cost. Giovani medici si associano e offrono visite da 40 euro, garantendo una buona qualità

I primi ambulatori specialistici low cost hanno aperto a Milano e Bologna. Si tratta di servizi forniti da giovani medici che si associano per risparmiare sui costi fissi. Garantiscono visite specialistiche da 40 euro (contro le 150 di media degli studi privati). La loro formula è "bassi prezzi, buona qualità" e si offre come alternativa concorrenziale ai servizi pubblici e privati già esistenti

http://d.repubblica.it/frasi/2011/12/27/news/sanit_low_cost-760166/?rss

Palermo. Sequestrato falso laboratorio di analisi, 5.000 pazienti vittime di esami inattendibili

Un tecnico di laboratorio in pensione, con la complicità della figlia biologa, effettuava analisi clinico-citologiche con attrezzature e dispositivi non standardizzati. Le circa 5.000 pazienti vittime del raggio saranno invitate a ripetere gli esami in un laboratorio accreditato.

28 DIC - Un tecnico di laboratorio di analisi in pensione, già dipendente dell'ospedale civico di Palermo, aveva allestito presso la propria abitazione un laboratorio clandestino privo di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, in cui impiegava attrezzature e dispositivi non autorizzati e dove, con la complicità della figlia biologa, operante in un laboratorio autorizzato di Palermo, effettuava migliaia di analisi clinico-citologiche, tra cui pap-test, su campioni prelevati a pazienti in cura da ginecologi, del tutto ignare dell'illecita procedura, che ricevevano esiti analitici non rispondenti agli standard procedurali previsti.

Lo hanno scoperto i Carabinieri dei Nas di Palermo - nell'ambito di indagini dirette a rilevare la possibile presenza di strutture sanitarie abusive - che nel laboratorio hanno trovato migliaia di vetrini, decine di confezioni di colorante citoplasmatico e microscopi. "Gli esami effettuati - spiega una nota dei Nas -, corredati dell'esito diagnostico e dei relativi vetrini avvolti in carta di giornale, destinati ai medici, venivano raccolti in sacchetti della spesa. Presso il laboratorio abusivo sono stati rinvenuti, inoltre, un timbro dell'Ordine nazionale dei biologi, fatture emesse a favore degli ignari pazienti ancora non intestate, richieste di esami citologici da parte di medici e relativi vetrini ancora da esaminare ed un gran numero di speculum monouso (strumento utilizzato dai ginecologi per effettuare lo specifico esame medico vaginale)".

Circa 5.000 le pazienti vittime del raggio, che ora sono in via di identificazione con l'ausilio dei medici prescrittori, per essere invitate a ripetere gli esami in un laboratorio accreditato vista l'inattendibilità degli esami precedentemente svolti.

Le indagini, coordinate dalla Procura della Repubblica, Sezione reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare dal procuratore aggiunto Leonardo Agueci e dal sostituto procuratore Maurizio Agnello, hanno portato al sequestro del laboratorio di analisi clinico-citologiche abusivo, delle attrezzature e dei dispositivi medici, per un valore complessivo di euro 500.000 circa.

"Gli accertamenti finora condotti - spiegano i Nas - sono stati rivolti nei confronti del menzionato tecnico per il reato di esercizio abusivo della professione e per la mancanza delle autorizzazioni e dei requisiti strutturali dei locali ove si esercitava l'attività. Gli ulteriori approfondimenti sono orientati ad accertare le dimensioni, il giro di affari ed i profitti dell'attività abusiva scoperta e per individuare eventuali complicità, specie da parte di soggetti riconducibili ad incarichi e funzioni pubbliche nonché la correttezza del trattamento dei rifiuti speciali derivanti dall'uso di reagenti".