

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

The logo for FederLab Italia features the word "FederLab" in a large, stylized font. "Feder" is in blue and "Lab" is in red. A pipette is positioned horizontally across the "Lab" part of the logo. Below "FederLab" is a red horizontal bar containing the text "COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI" in white. To the right of the bar is a blue box with the word "Italia" in white.

Rassegna Stampa del 29.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Riparto 2012. Le Regioni discutono senza rete. Ma si punta ad accordo rapido

Oggi e domani i presidenti regionali discutono il riparto del finanziamento del Ssn per il 2012. Decaduta, di fatto, la proposta di riparto dell'ex ministro Fazio, la discussione sembra a tutto campo. Ma molti scommettono in una soluzione rapida.

29 FEB - La proposta di riparto 2012 del ministero della Salute, avanzata nel novembre scorso dall'allora ministro Ferruccio Fazio, è di fatto decaduta. Né ci sono in campo proposte "di cartello", come era successo lo scorso anno, con un fronte del Sud che aveva visto coalizzate le Regioni meridionali nella richiesta di una revisione dei criteri di riparto che tenesse conto del disagio socioeconomico, ovvero del cosiddetto criterio di deprivazione.

Insomma la discussione sul riparto del finanziamento del Ssn per il 2012 sembra partire da un tavolo vuoto. Eppure, quasi padossalmente, in molti scommettono sul fatto che non andrà troppo per le lunghe, come invece era accaduto anche lo scorso anno. Poche forzature, pochissime novità, il riparto delle risorse sanitarie di quest'anno sembra che sarà sobrio, con il consueto finale di aggiustature "a lapis".

Stamattina si riunisce la Commissione Salute delle Regioni, con gli assessori alla sanità e i tecnici, per elaborare una prima ipotesi. Poi, dal pomeriggio riunione dei presidenti regionali. E, forse, giovedì sera la proposta potrebbe già essere approvata.

Umbria. Arriva il ticket su libera professione. Marini: “Intramoenia è scelta individuale”

“Il servizio sanitario regionale offre e garantisce ai cittadini umbri la possibilità di accesso a tutte le diverse prestazioni. La scelta quindi di rivolgersi ad un determinato professionista in regime di intramoenia non è un obbligo, ma una decisione soggettiva”. Così la governatrice ha motivato la scelta di introdurre il nuovo ticket.

28 FEB - Si è tenuta oggi a Palazzo Donini una conferenza stampa in cui la **presidente della Regione Umbria, Catuscia Marini** ha fatto il punto, insieme **all'assessore alla Salute Franco Tomassoni**, sulle misure adottate dalla Giunta regionale in materia di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, tra cui la recente applicazione del Ticket in regime di libera professione intramoenia.

Nel ridisegnare il quadro della situazione umbra la presidente ha rivendicato “l'equità della scelta di applicare un ticket sulla farmaceutica e sulla specialistica ambulatoriale modulato secondo quattro diverse fasce di reddito. Così che i cittadini possono partecipare alle spesa sanitaria in proporzione alle loro capacità economiche. Abbiamo tenuto conto della composizione sociale di questa regione, come peraltro testimonia il dato che solo 4 mila 300 umbri dichiarano un reddito superiore ai 75 mila euro. A tutela delle fasce deboli – ha ricordato Marini – abbiamo previsto una serie di esenzioni legate al reddito, fino a 36 mila euro, per patologie e per gli over 65, che interessano complessivamente circa i due terzi dei cittadini umbri”. Imporre al contrario un Ticket indifferenziato di 10 euro come prevedeva il Governo, avrebbe invece significato per la presidente “mettere un ticket sulla malattia. Non avendo però raggiunto la compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie previste dai Ministeri della Salute e dello Sviluppo economico, per l'ammontare di 10 milioni 900 mila euro su base annua, siamo stati obbligati ad introdurre il ticket sulla libera professione per recuperare una differenza di circa quattro milioni di euro. Una misura applicata, anche se con modalità leggermente diverse, da altre Regioni, tra cui la Toscana e l'Emilia Romagna. Nel nuovo Patto per la salute che stiamo ora discutendo con il Governo abbiamo esplicitamente chiesto di riaffrontare la questione dei ticket, così che le Regioni possano avere maggiore autonomia in materia ed evitare che anche dove ci sono conti in ordine i cittadini siano comunque obbligati a concorrere direttamente al pagamento delle prestazioni sanitarie”.

Marini ha poi sottolineato che “va cancellata l'idea che si è costretti a rivolgersi alle prestazioni libero professionali per superare le liste di attesa. L'Umbria è infatti una delle pochissime Regioni italiane a rispettare le fasce di tre, dieci, sessanta giorni di attesa secondo le classifiche definite dai medici in base ai rischi per la salute del paziente. I tempi di attesa sono infatti più lunghi per le attività programmate, prevalentemente legate ad attività di controllo, prevenzione etc. I Dati dell'intramoenia - secondo la presidente – testimoniano infatti che il 55 per cento riguardano visite ambulatoriali, per il 10 per cento prestazioni di ostetricia/ginecologia e per la rimanente parte le altre specialità.

Sulla fuga poi verso il privato lamentata da alcuni per l'introduzione del ticket, la presidente ha evidenziato “che la questione va ricondotta nell'ambito della libera concorrenza fra professionisti e che non c'è alcuna norma che impedisca ai professionisti di rimodulare o ridurre la propria tariffa, peraltro concordata con l'Azienda in cui operano”.

“E' sbagliato pensare – ha detto l'assessore alla Salute Tomassoni - che l'introduzione del Ticket sull'attività libero professionale intramoenia sia il rimedio ad un errore di calcolo. La misura, contenuta nell'Accordo con i Ministeri competenti, è al contrario l'esito di un ragionamento a tutela dei pazienti più deboli. Ogni anno il sistema sanitario umbro eroga milioni di prestazioni specialistiche, di cui quelle in intramoenia sono circa 140 mila, richieste da meno del dieci per cento dei cittadini umbri”.

Lombardia. Dal 1 marzo i cittadini sapranno quanto costano le cure ricevute

Caro paziente, ecco quanto mi costi. A partire da venerdì i cittadini che riceveranno cure nelle strutture sanitarie della Lombardia saranno informati sui costi medi sostenuti per le prestazioni di cui hanno usufruito. Lo prevede la delibera sulle "regole" per il 2012 varate dalla Giunta regionale nello scorso mese di dicembre.

28 FEB - Nella prima fase di implementazione, fa sapere la Regione, di questa nuova attività, l'entità dei rimborsi medi che la Regione dà alle strutture che erogano le diverse prestazioni verrà indicata solo per una parte di queste stesse prestazioni, quelle particolarmente significative in rapporto allo stato di salute, in modo da favorire una maggiore consapevolezza dei cittadini. Ad esempio saranno comunicati i costi di prestazioni come la cataratta, la Pet, l'endoscopia del pancreas e la risonanza magnetica del cuore ma non quelli relativi alla glicemia e al colesterolo.

"Questa decisione - spiega **l'assessore Bresciani** - si iscrive all'interno di una politica di trasparenza e di rispetto al cittadino per ciò che versa per il funzionamento del sistema sanitario. Obiettivo di questa operazione di trasparenza è sicuramente quello di consentire al cittadino di prendere coscienza di come vengono investiti in 'salute' parte dei contributi versati, per dare adempimento a quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione, in cui si dice che 'La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti'".

"Altro obiettivo - prosegue Bresciani - è quello di sensibilizzare il cittadino, anche con l'ausilio dei medici, sulla necessità di adottare stili di vita più sani per innestare un percorso virtuoso, che consenta di liberare risorse da convogliarle al 'prendersi cura'. Il 'prendersi cura' rappresenta la corretta evoluzione del concetto di cura, arricchisce il rapporto tra l'individuo e il suo benessere e quello tra il medico e il suo paziente, che non è tale solo nel momento del bisogno".egli indigenti'".

Cure primarie "H 24". Per la Cgil riforma non più rinviabile

Il sindacato torna a insistere sulla necessità della riforma dell'assistenza extra ospedaliera puntando alla creazione nel territorio di luoghi strutturati aperti tutto il giorno con assistenza medica e infermieristica e con capacità di rispondere all'emergenza dei codici bianchi e verdi.

28 FEB - Non è la prima volta che la Cgil scende in campo per la riforma delle cure primarie. Ma con [quest'ultimo documento](#) presentato oggi si lancia un messaggio ultimativo alle istituzioni nazionali e regionali affinché si rompano gli indugi e si dia il via a quel riassetto, condiviso da tutti ma ancora al palo in troppe realtà locali.

La ricetta della Cgil punta sulla creazione nel territorio di luoghi strutturati aperti H 24 con assistenza medica ed infermieristica e con capacità di fornire anche un primo soccorso (codici bianchi e verdi).

Non è più solo l'Ospedale aperto H 24 ma anche più Centri per l'assistenza sanitaria di base in ogni Distretto socio sanitario, spiega la Cgil, che sottolinea come il bacino di utenza servito da queste realtà possa variare, in quanto le dimensioni del Distretto nelle diverse Regioni sono differenti.

Si tratta comunque di strutture sub distrettuali e, a titolo di esempio, la Cgil ricorda il numero di cittadini serviti dalle Casa della Salute (5 -10mila abitanti) o delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale (popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti e con un numero di medici di norma non inferiore a 20).

Secondo il sindacato i centri H24 del Distretto Socio Sanitario devono garantire ai cittadini:

- la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore tutti i giorni della settimana, dal lunedì alla domenica compresa. Grazie al coinvolgimento di tutti i professionisti delle cure primarie (medici di medicina generale, pediatri, specialisti, infermieri, ostetriche, psicologi, figure amministrative, ecc.) e all'integrazione, anche funzionale, con gli operatori del servizio sociale professionale degli Enti Locali.●

- un punto unico di accesso ai servizi e la presa in carico della domanda. Dove il cittadino è accolto, informato, prenotato e accede a tutti i servizi sociali e sanitari●

- l'assistenza dei medici di fiducia, associati negli studi di Medicina generale e di Pediatria di libera scelta. MMG e PLS che assicurano, oltre alla tradizionale presenza nel loro studio e alle prestazioni anche domiciliari, a rotazione quella nel Centro h 24.●

- ambulatori a gestione infermieristica per la gestione delle principali patologie croniche, con la collaborazione dei MMG, e per la medicina di iniziativa.●

- l'assistenza specialistica ambulatoriale nelle ore diurne (cardiologia, pneumologia, diabetologia, geriatria, ecc.)●
- la diagnostica di base (radiologia, centro prelievi/laboratorio)●

- il Primo soccorso: i centri h 24, per i codici bianchi e verdi, sono inseriti nella rete dell'emergenza urgenza, anche grazie alla riconversione della "guardia medica".●

- il centro è sede, o è collegato, a: consultorio familiare, centro di salute mentale, SerT, progetti Non Autosufficienza, servizi sociali e amministrativi, assistenza domiciliare integrata, postazione 118, distribuzione di farmaci.●

- una Sanità d'iniziativa: per prevenire e combattere la cosiddetta "epidemia delle malattie croniche" - secondo il secondo il secondo il secondo il secondo il secondo il secondo il Chronic Care Model Chronic Care Model Chronic Care Model Chronic Care Model Chronic Care Model Chronic Care Model Chronic Care Model Chronic Care Model

Chronic Care Model Chronic Care Model (prevenzione, stili di vita sani, screening popolazione a rischio)•
l'integrazione tra servizi - prestazioni sociali e sanitari•

I Centri H24 sono servizi del Distretto, si possono utilizzare piccoli ospedali da riconvertire, sedi distrettuali, Case della Salute (con le quali a volte coincidono).

Per garantire l'assistenza medico sanitaria 24 ore per sette giorni, l'Accordo Nazionale per la convenzione dei medici di medicina generale - sottolinea infine la Cgil - prevede che si facciano Accordi (tra ogni Regione e Sindacati dei Medici di base: Medici di MMG, PLS Specialisti convenzionati) per istituire le nuove Unità Complesse delle Cure Primarie UCCP (e garantire infermieri e operatori del distretto). In ogni UCCP si "aggregano" i medici convenzionati.

FederLab Italia

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Cure primarie: la Cgil propone centri h24 in ogni distretto

Strutture aperte 24 ore su 24 - case della salute, ospedali riconvertiti o altre sedi opportunamente individuate - in cui lavorano tutti i professionisti del territorio, capaci di fornire primo soccorso, dotate di diagnostica di base e collegate a tutti gli altri servizi del distretto.

E' questa la proposta della Cgil confederale sulle cure primarie. «Bisogna insistere per riconvertire il nostro sistema sanitario, che in alcune Regioni è ancora "ospedalocentrico" - sottolineano la segretaria confederale Vera Lamonica e il responsabile Politiche della salute del sindacato, Stefano Cecconi - verso i servizi nel territorio e per superare l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria. E' una scelta non più rinviabile, anche per controllare la spesa sanitaria. Queste le ragioni che ci portano a insistere nelle proposte per la contrattazione socio sanitaria regionale e territoriale: per potenziare prevenzione e cure primarie nei servizi integrati socio sanitari del territorio".

Lamonica e Cecconi ricordano che «è imminente la presentazione anche del documento Fp Cgil Medici "Il medico delle cure primarie"», inviato al ministro della Salute Renato Balduzzi in vista dell'incontro convocato per domattina e anticipato sul Sole-24 Ore Sanità in distribuzione questa settimana. La proposta della Fp Cgil medici prevede un ruolo unico per tutti i medici del territorio e la cancellazione della guardia medica. (M.Per.)

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Liberalizzazioni, accordo in Senato: una farmacia ogni 3.300 abitanti

Liberalizzazioni: raggiunto al Senato l'accordo sulle farmacie. Nell'emendamento al decreto che verrà votato in giornata dopo la presentazione e l'esame dei sub emendamenti si prevede l'esistenza di una farmacia ogni 3.300 abitanti. Questo significa poco meno di 5 mila nuove farmacie. Inoltre nei concorsi "non ci saranno quote riservate".

Nell'accordo é anche previsto che siano i Comuni, in accordo con il locale Ordine dei farmacisti, a decidere dove collocare le nuove farmacie. Tenendo conto in particolare delle esigenze dei residenti in aree "scarsamente abitate". Se i comuni non comunicheranno le nuove sedi di farmacie nei tempi previsti saranno le Regioni a individuarle.

I dati di riferimento per il quorum di 3.300 abitanti saranno quelli Istat relativi al 2010. Le farmacie che verranno aperte in sedi commerciali, stazioni marittime aeroporti, saranno offerte in prelazione ai Comuni. Erano attesi, ma non ci sono nuovi contenuti sui farmaci di fascia C chiesti dai parafarmacisti.

IL DENARO

Piano di rientro dal debito: conti in rosso, scure in corsia

DI REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 28 FEBBRAIO 2012

Stop alle assunzioni e al turn-over e riduzione dell'assistenza. A rischio gli standard di sicurezza e le attività assistenziali, tutti i nodi ancora irrisolti del cantiere aperto per il risanamento

Piano di rientro dal debito sanitario: prima riunione del 2012, nei giorni scorsi a Roma, dopo l'ultima verifica di dicembre 2011, tra i tecnici dell'assessorato regionale alla Sanità e i funzionari del ministero dell'Economia. Un confronto tecnico, preliminare a quello politico in programma a metà marzo, al quale parteciperà il governatore della Campania Stefano Caldoro. Un'appuntamento che non serve a sbloccare fondi (solo pochi spiccioli quelli che residuano rispetto a 1,7 mld programmati all'incasso nel corso del 2011 e comunque bloccati a causa dei conti non ancora in regola). Piuttosto l'occasione per mettere a punto l'agenda degli adempimenti stabiliti nei programmi operativi del piano di rientro per il 2012 e per capire dove sono finiti 600 milioni del fondo sanitario 2011 incamerati dallo Stato nel corso del 2011 e non ancora girati alle Aziende sanitarie locali.

La verità della situazione, sul fronte del risanamento dei conti, è fotografata nell'ultimo verbale stilato alla fine dello scorso anno che contiene un'analisi articolata del sistema campano. Un sistema che scricchiola (vedi l'acuirsi del fenomeno storico della barelle al Cardarelli) dopo anni di tagli e di programmazione condotta soprattutto sulla carta alla quale in particolare non è corrisposto un adeguato rinforzo dei presidi del territorio. Tanto che c'è chi già considera un dato di fatto l'esistenza di sanità a 21 velocità diverse, tante quante sono le regioni, raggruppate in tre macroaree: quella dei governi locali virtuosi con i conti in regola (Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Marche, e quelle canaglia, sottoposte ai piani di rientro (come Campania, Sicilia, Calabria, Lazio, Puglia, Molise). E sullo sfondo tutte le altre Regioni che con la crisi e i tagli conseguenti iniziano a navigare in acque agitate.

La Campania, a differenza di altre regioni con i conti in rosso, dopo aver guadagnato terreno è nuovamente su una strada in salita: per i cittadini penalizzati dai tagli non sono stati fatti significativi passi in avanti per la qualificazione del servizio.

Le azioni più efficaci sono state condotte con il blocco del turn-over del personale, lo stop alle consulenze, la centralizzazione degli acquisti, il taglio dei posti letto e la riorganizzazione delle degenze in un quadro che dovrebbe portare a dismissioni di attività inutili, razionalizzazioni e accorpamenti e riallocazione dell'offerta assistenziale per potenziare i servizi ambulatoriali e la rete del territorio.

Fari puntati in particolare sulle attività per la razionalizzazione del personale, il contenimento della spesa farmaceutica, il Piano attuativo del piano ospedaliero e gli atti aziendali. Nell'ultimo confronto del 21 dicembre scorso il ministero punta il dito sulla struttura commissariale e l'advisor (Kpmg) in quanto non hanno trasmesso una stima a chiudere per il bilancio del 2011 a conferma del ritardo già evidenziato in occasione della trasmissione dei dati del I° e II° trimestre nella quantificazione del risultato di gestione annuale.

27 MILIONI DI SBILANCIO

In mancanza della stima della struttura commissariale e dell'advisor la proiezione del risultato di gestione per l'anno 2011, redatta, da Tavolo e Comitato a partire dalle informazioni di III° trimestre 2011, evidenzia una perdita massima di 27 mln di euro. Il tavolo e il comitato chiedono alla struttura commissariale di adottare tutte le iniziative per ricondurre la gestione entro la cornice finanziaria programmata. In merito alle prescrizioni del verbale del 27 settembre 2011 restano da risolvere gli aspetti di Costituzionalità per la Legge regionale n. 4 del 2011 (quella che riguarda gli accreditamenti poi impugnata di recente dal governo). Tavolo e Comitato già a fine anno prendono atto del decreto prodotto che, tuttavia "risponde solo in parte alle osservazioni" e restano in attesa delle integrazioni richieste e dei conseguenti provvedimenti degli organi regionali competenti. Un nodo giunto puntualmente al pettine con il ricorso alla Consulta, da parte della presidenza del Consiglio dei ministri, contro la legge sugli accreditamenti (n. 23 del 14 dicembre scorso).

Con riferimento al Programma operativo 2011-2012, pur approvandone l'impianto complessivo, i ministeri vigilanti valutano ancora necessari alcuni chiarimenti

FONDI CONTRATTUALI

Con riferimento ai fondi contrattuali Tavolo e Comitato rilevano il grave ritardo con cui la Regione sta procedendo sul fronte dei fondi contrattuali. In particolare non sono state indicate le azioni per correggere lo sfioramento dei fondi 2010 e quelle per evitare che si consolidi lo sfioramento dei fondi 2011. Con riferimento alla rete di assistenza territoriale i ministeri restano in attesa di conoscere i dettagli di attuazione. Ossia come la Regione intenda raggiungere il fabbisogno di prestazioni atteso che solo il 50 per cento delle Rsa risulta pianificato ed il raccordo con la rete territoriale dell'emergenza.

Con riferimento ai contratti con i privati si resta in attesa del report definitivo relativo al 2011 (una ipotesi di accordo è stata raggiunta proprio in questi giorni). Nel verbale dell'ultimo faccia a faccia Regione-Governo si evidenzia, infine, la mancata erogazione da parte della Regione delle rimesse statali di competenza dell'anno 2011 per 1.600 mln di euro, successivamente almeno in parte erogate. Comportamento che determina alla data della riunione una mancata erogazione del 7 per cento (circa 600 milioni) delle spettanze erogate dallo Stato.

Fabbisogno di cassa a dicembre 2011

Azienda Fondi Fas saldo parziale Fondo disavanzi Erogati con i Fas
riparto 2009 novembre 2011 dicembre 2011 ripiano 2010 a dicembre 2011

- Asl Avellino 15.000.000,00 15.000.000,00
- Asl Benevento 10.518.000,00 5.955.000,00 5.694.635,67 7.832.364,33 30.000.000,00
- Asl Caserta 36.424.000,00 1.576.000,00 38.000.000,00
- Asl Na 1 Centro 60.000.000,00 60.000.000,00
- Asl Na 2 Nord 45.000.000,00 45.000.000,00
- Asl Na 3 Sud 9.986.000,00 35.014.000,00 45.000.000,00
- Asl Salerno 9.616.270,31 43.392.000,00 6.991.729,69 60.000.000,00
- AO Cardarelli 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Santobono 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Monaldi 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Salerno 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Avellino 1.000.000,00 1.000.000,00
- AO Benevento 66.000,00 934.000,00 1.000.000,00
- AO Caserta 1.000.000,00 1.000.000,00
- Totale 90.120.270,31 186.851.000,00 15.196.365,36 7.832.364,33 300.000.000,00
- Subtotale Asl 90.120.270,31 180.785.000,00 14.262.365,36 7.832.364,33 293.000.000,00
- Subtotale AO 0,00 6.066.000,00 934.000,00 0,00 7.000.000,00

Alla Asl Napoli 1 e di Salerno sono attribuiti 60 mln, a Benevento 30 mln . I fondi sono a valere sui 322 mln del Fas

IL DENARO

Il faccia a faccia di settembre del 2011: il nodo accreditamenti

DI REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 28 FEBBRAIO 2012

La Campania a fine settembre del 2011 ha visto sbloccata un'ulteriore quota di unatorta da 1,7 mld dei fondi di affiancamento in ballo da dicembre del 2010.

Incassi trasmessi dal ministero alla Regione per acconti: dopo il miliardo di euro a dicembre del 2010 un'altra fetta, equivalente al 20 per cento di 1,7 miliardi avrebbe dovuto essere incamerata entro aprile 2011. Bonifico mai giunto nelle casse regionali incagliatosi di mese in mese fino a settembre laddove circa 340 milioni di euro davrebbero dovuto essere incassati entro aprile 2011. Così i due acconti ulteriori equivalenti al 10 per cento degli originari 1,7 mld: fette da 170 milioni l'una poi rimodulate in altra maniera.

Ecco il dettaglio: a settembre del 2011 Tavolo e Comitato valutano che sia possibile erogare alla Regione una quota delle restanti spettanze a tutto l'anno 2009, pari a 680 mln di euro (1,7 mld meno 1.020 milioni erogati a dicembre del 2010) per un importo complessivo di 450 mln di euro di cui 280 mln di euro erogabili immediatamente, 170 erogabili subordinatamente all'invio da parte della Regione e alla verifica positiva da parte dei Ministeri affiancanti, delegati da Tavolo e Comitato, della seguente documentazione e per gli importi di seguito indicati: 56 mln di euro per il recepimento della nomina dei direttori generali con provvedimento del Commissario vistato dai subcommissari (adempimento effettuato) 57 mln di euro per l'adozione del decreto finalizzato all'abrogazione o alla modifica delle parti della legge regionale n. 4 del 2011 in contrasto con i Programmi operativi (la legge sugli accreditamenti è stata nel frattempo impugnata dal governo,

57 mln di euro per l'adozione del decreto contenente le misure per il superamento delle criticità in materia di attuazione del progetto tessera sanitaria. In pratica la regione ha incassato quasi tutto dell'originaria posta da 1,7 ml del 2009.

Ora la verifica per sbloccare in totale altri 2 mln riguarda soprattutto i programmi operativi del Piano di rientro dal deficit. Un faldone di centinaia di pagine che bisogna a stretto giro tramutare in atti concreti.

Et. Mau.

IL DENARO

Finanziaria, quella legge va cambiata

DI REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 28 FEBBRAIO 2012

Gli emendamenti alla legge finanziaria regionale del 2011 (comma 231 bis, dell'articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011 n. 4) sono contenuti nel decreto commissariale n. 69 del 2011. La riformulazione della norma rimanda al comma 34 dell'articolo 1 della legge regionale 4 agosto 2011 n. 14 (disposizioni urgenti in materia di finanza regionale). Tale norma individua le parti della finanziaria della Campania non modificate dalla successiva legge n.14 del 2011, che presentano profili di incoerenza con il Piano di rientro e con i Programmi operativi e ne propone agli organi regionali competenti l'abrogazione o la modifica. Tavolo e Comitato rilevano, tuttavia, che anche questo provvedimento risponde solo in parte alle osservazioni presentate dai Ministeri affiancanti, ciò fatta salva comunque la valutazione da parte del Governo in ordine agli aspetti di Costituzionalità. Aspetti puntualmente rilevati con l'ultima impugnativa della legge n. 23 del 14 dicembre riguardo all'iter per gli accreditamenti.

CONTROLLI E ESENZIONI

La Struttura commissariale ha inviato il decreto n.70 del 2011 concernente le procedure regionali per la piena attuazione delle disposizioni del decreto statale e gli adempimenti messi in atto per l'attuazione del sistema tessera sanitaria attraverso la previsione di specifici procedimenti di monitoraggio regionale ed aziendale.

C'è poi il decreto n.72 del 2011 che apporta modifiche ed integrazioni al decreto commissariale. Tavolo e Comitato prendono atto del lavoro svolto dalla Regione Campania. La struttura commissariale ha inoltre inviato i programmi operativi 2011-2012. Il 27 settembre 2011 una versione del programma operativo comprensiva delle modifiche apportate ed inviate il 5 agosto 2011. L'ultima versione del programma presenta ancora qualche necessità di chiarimento relativamente alla riqualificazione dell'assistenza territoriale, alla compartecipazione alla spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, per le prestazioni termali e gli accessi in pronto soccorso non seguiti da ricovero con codice di triage bianco. Sotto la lente anche la valorizzazione delle compartecipazioni da parte dell'assistito e dal Comune per le Rsa (Residenze sanitarie assistenziali, le strutture ex articolo 26 – riabilitazione dell'handicap – le strutture psichiatriche a minor livello di assistenza sanitaria.

Il bilancio

L'assessore Attolini fa chiarezza sui numeri: il debito passato da 460 a 163 milioni

Sanità, deficit ridotto a un terzo "Nel 2012 fuori dal piano di rientro"

AD ASCOLTARE il neo assessore regionale alla sanità, Ettore Attolini, al suo esordio da relatore sullo stato della sanità pugliese, in Consiglio regionale, il peggio è alle spalle. E lo fa con i numeri, dimostrando che più tecnico non poteva essere: «Il piano di rientro è stato un'occasione importante di riorganizzazione che oggi ci consente di registrare una riduzione del deficit dai 460 milioni di fine 2010 a 163 mln nel 2011». Non ci sono sorprese: la Puglia sarà traghettata fuori dal piano di rientro alla fine del 2012. Attolini ha spiegato che nel 2010 c'erano circa 16.000 posti letto e 102 ospedali (68 pubblici e 34 privati) con il 50% dei ricoveri totali in Puglia compiuti da 12 ospedali e il restante 50% negli altri 90 nosocomi. «Con il piano di rientro - ha spiegato l'assessore - registriamo lo spostamento del baricentro dell'assistenza sanitaria dal perno ospedaliero verso il territorio, con la relativa riorganizzazione e trasferimento di risorse e personale».

Le preoccupazioni non mancano. E come al solito vengono da Roma. «La prospettiva - ha detto Attolini - è quella di un finanziamento importante del sistema sanitario (18 miliardi in meno in tre anni) e nel chiedermi quale sarà l'effetto sulle famiglie e sulla tenuta del sistema, temo che esista già un rischio reale di perdita di coesione sociale». Ora si sta lavorando alla seconda fase del riordino «che - ha detto l'assessore - è in fase avanzata di progettazione e che prevede che una parte significa-

tiva della nostra azione comprende la lotta agli sprechi e che uno dei prossimi argomenti da affrontare sarà quello della riorganizzazione di punti nascita».

Per il capogruppo consiliare del Pdl, Rocco Palese, «le questioni cruciali sono lotta agli sprechi e gestione del personale attraverso le piante organiche e concorsi interni riservati agli stabilizzandi». Per il consigliere pd Giuseppe Romano, «ci vuole un tavolo politico che lavori assieme all'assessore e trovi soluzioni condivise, lavorando su criteri oggettivi che valgano per tutta la Puglia».

Obiettivi centrati

Registriamo un'importante riduzione del tasso di inappropriatazza e un calo dei ricoveri acuti. Extra gettito di 42 milioni dal ticket di un euro



L'ASSESSORE
Attolini ha tenuto in consiglio la relazione sulla sanità



Tre proposte per la sanità malata

DI EUGENIO SANTORO*

Bufera nella sanità pubblica. I problemi del pronto soccorso degli ospedali romani rivelano un profondo malessere. Mass media scatenati. Pubblici processi, condanne già comminate. All'unanimità. Senza dibattito, senza difesa, senza proposte! Servizio sanitario nazionale agonizzante, senza reazione.

Nelle altre tempeste che la sanità ha attraversato dagli anni 50, c'era una direzione di marcia, una via d'uscita, un obiettivo. Negli anni 70 il fallimento dell'assistenza mutualistica e i debiti degli Enti locali ospedalieri produssero una grande evoluzione: la meta era lo scioglimento delle casse mutue, la regionalizzazione dell'assistenza, e le leggi regionali, come quella del Lazio che soppresse il Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti di Roma nel 1976, e nazionali, come quella del 1978 che istituì il Servizio sanitario nazionale. Negli anni 90 il sistema cedette di nuovo: la legge 833 era in troppi aspet-

ti ancora inattuata e inattuabile, i costi troppo alti, la partecipazione popolare impossibile, la prevenzione e la riabilitazione miraggi irraggiungibili, il territorio questo sconosciuto: si invocò e si realizzò l'aziendalizzazione, i mana-

ger, i rimborsi a prestazione, benedetti e maledetti DRG, l'intramoenia per i medici.

Ma col nuovo secolo il banco è saltato di nuovo, i debiti trasferiti alle Regioni le hanno spinte sul baratro del default, la politica ha invaso ogni angolo della gestione e anche dell'assistenza, la professione è stata spinta nell'angolo, la qualità è passata in subordine alla quantità prima e alle economie di gestione poi. Il sistema barcolla sul ring, aspetta il colpo del Ko e l'arbitro non arresta il combattimento! Ma chi è l'arbitro?

Chi apre oggi una prospettiva o una via d'uscita e chi può aprirla in una situazione come quella economica attuale nella quale il Governo offre necessariamente tagli e tasse, mentre il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di investimenti e di fiducia? Non certo le Regioni commissariate e neanche le Regioni virtuose, anch'esse sul limita-

re della crisi. Non un impegno legislativo nazionale poco attuabile in regime di federalismo sanitario. Non i privati costretti a fare i conti con i DRG, né le strutture religiose in procinto di seguire il percorso del San Raffaele.

Tuttavia alcuni passi positivi sono possibili: tre per esempio, la revisione dei piani di rientro, la separazione della medicina dei sani da quella dei malati, la liberalizzazione della medicina di base.

Primo: per i piani di rientro in Inghilterra si è considerato come tempo necessario dieci anni, in Italia tre, e da qui il grande affanno per ottenere risultati irraggiungibili con conseguenze negative sull'assistenza. Ma la correzione maggiore andrebbe fatta sulle modalità dei tagli che di fatto risultano lineari in termini di personale e finanziamenti con danni maggiori sulle strutture più sensibili che sono quelle dell'eccellenza, dell'emergenza, della ricerca, come i centri di rianimazione, le neonatologie, i centri trapianto, le ematologie, le cardiocirurgie, le neurochirurgie, i pronto soccorso, eccetera. Ciò comporta e comporterà non solo abbassamento della qualità dell'assistenza, ma anche seri problemi di formazione del personale specializzato: la conseguenza a breve sarà la ripresa della migrazione sanitaria, a lungo sarà l'indisponibilità di ricambi sanitari qualificati. Nel villaggio globale del domani importeremo i primari?

Secondo: la medicina dei sani, che comprende la prevenzione, si è andata prepotentemente dilatando, anche in relazione alle grandi campagne promozionali e all'innalzamento e alla diffusione della cultura della salute. La gente è arrivata dove lo Stato non è ancora giunto, cioè a tutelare il proprio benessere in via diretta, sostanzialmente senza passare dalla medicina di base, né dalle strutture di prevenzione, di fatto inesistenti. Così soprattutto la richiesta di prestazioni diagnostiche è diventata enorme e si è scaricata sugli ospedali, soffocando le esigenze dei malati veri. È noto che più del 90% delle ecografie sono negative, cioè sono prestazioni di conforto più che di controllo. Chi limita questi esami in gravidanza? Chi definisce il ritmo degli accertamenti dei patofobi? Chi limita l'accesso ai pronto-soccorsi dove il 70-80% degli afferenti viene assegnato al codice verde o bianco? Perché per questi codici senza criticità, né evolutività, né urgenza, non vengono organizzati separati percorsi ambulatoriali fuori e

dentro l'ospedale, decongestionando i pronto soccorso? Di recente il **ministro della Salute** ha confermato che in Italia su 23 milioni di pazienti afferenti ai pronto soccorsi se ne ricoverano meno del 15%! È tempo dunque di attrezzare seriamente il territorio, anche includendo la sua organizzazione come metro di giudizio e verifica dei direttori generali.

Terzo punto è la medicina di base, strumento fondamentale e intoccabile, oggetto di attenzione e benevolenza, di progetti e di intenzioni mai consolidate. È ormai tempo di dire che così come è non va e che la modifica deve essere drastica. Ci sono attivi circa 60mila medici di famiglia per circa 60 milioni di cittadini, di fatto con mille clienti garantiti ciascuno attraverso un contratto i cui diritti, doveri e privilegi sono a tutti noti e probabilmente anche legittimi. Ma è purtroppo fuori discussione che per questi liberi professionisti convenzionati si è creata una condizione di indispensabilità e di esclusiva fuori da ogni effettivo criterio di concorrenza che caratterizza le libere professioni. Così la medicina di base si è sempre più burocratizzata, e ha assunto un crescente atteggiamento difensivo fatto di prescrizioni in eccesso su richiesta. Quello della medicina di base è un problema non dissimile da quello dei notai, dei farmacisti e delle altre

corporazioni ben protette dal numero chiuso, con gli stessi effetti negativi propri delle lobby. Perché dunque non adottare le liberalizzazioni anche per la medicina di base, come in Francia? Con la liberalizzazione dell'accesso alla medicina di base, entrerebbe nel settore, con i tanti giovani medici in attesa, non solo nuova e giovane linfa, ma anche e soprattutto un criterio di vera concorrenza che costringerebbe tutti a riproporsi sul mercato, popolando il territorio di qualità professionale attiva e decongestionando la medicina ospedaliera, le liste d'attesa e gli stessi pronto-soccorsi.

Tre proposte dunque per rivitalizzare la sanità malata: una nuova impostazione dei piani di rientro su base programmatica che salvaguardi in primis la qualità e il futuro dell'assistenza, un obbligo per i manager di strutturare efficacemente il territorio liberando gli ospedali dalla medicina dei sani, una liberalizzazione degli accessi professionali alla medicina di base che introduca nuove energie e nuovi entusiasmi in una logica di concorrenza come è d'obbligo per le libere professioni: in attesa che le menti illuminate, dentro o fuori dei nostri confini, indichino le nuove mete per la sanità del ventunesimo secolo.

**presidente emerito Società italiana di chirurgia, vicepresidente del Consiglio superiore di sanità*



Le lettere

**Patto della Salute
Pronti a dare
un aiuto concreto**

«È con favore che accogliamo le linee di indirizzo del Patto della Salute varate dalle Regioni e siamo pronti a dare il nostro contributo. Confcooperative, in linea con quanto tracciato dalle regioni, ha costituito una federazione ad hoc, FederazioneSanità, che da due anni eroga servizi di assistenza primaria a 1 milione di cittadini».

Così Confcooperative commenta positivamente i capisaldi del nuovo "Patto per la salute" tra cui: le cure primarie da erogare attraverso lo sviluppo di forme associative complesse; strutturare le reti per assistere i cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza e una forte integrazione con il sistema socio-sanitario. Elementi che sono alla base dell'attività svolta da FederazioneSanità - Confcooperative.

«L'obiettivo è creare valore aggiunto attraverso l'impresa "multi professionale" cooperativa non profit che mette in rete il know-how e la professionalità delle cooperative di medici, delle farmacie e delle coo-

perative di distribuzione del farmaco, delle strutture specialistiche - diagnostiche, delle cooperative socio-sanitarie e delle mutue sanitarie».

«Questo network, che oggi già dà risposte a 1 milione di cittadini, vuole continuare a dare vita a sistemi organizzati di assistenza primaria di primo e secondo livello che facciano da filtro verso l'ospedale, diano prime importanti risposte all'emergenza territoriale anche attraverso l'assistenza domiciliare integrata, accompagnino la dimissione protetta, attraverso una rete integrata di presidi ambulatoriali, intermedi e residenziali».

La nostra strategia guarda ad una nuova visione delle relazioni di partenariato tra il Servizio sanitario e l'imprenditoria cooperativa per costruire, nell'ambito delle linee organizzative dettate dalle regioni e valorizzando quanto già sperimentato in moltissime realtà locali, soggetti capaci di gestire in logica di continuità i processi assistenziali, secondo criteri di efficienza, efficacia e di appropriatezza, come definiti e controllati dal committente pubblico.

L'obiettivo è quello di affrontare in modo innovativo i ritardi organizzativi che si registrano nell'area dell'assistenza primaria sul territorio, fattore principale dei disservizi nel pronto soccorso ospedaliero esplosi a livello di cronaca in questi giorni e sempre più drammaticamente vissuti dalla popolazione.

Marina Bisogno

Progetto Comunicazione Confcooperative Campania



Patto salute: accordo delle Regioni su cinque «interventi strutturali»

I governatori hanno definito cinque interventi strutturali che dovranno fare da guida al Patto per la salute: cure primarie, reti per cronicità e non autosufficienza, integrazione con il sistema socio-sanitario, nuove regole per i piani di rientro, investimenti adeguati per l'innovazione. (Servizi a pag. 6-7)

Le Regioni presentano una piattaforma con le linee di indirizzo per il confronto con il Governo

Il Patto ricomincia da cinque

Dalle cure primarie ai piani di rientro - I nodi restano risorse, ticket e Lea

Il nuovo Patto della salute ricomincia da zero. Anzi no, da cinque. Tante sono le «linee di indirizzo» definite giovedì scorso dai governatori e contenute nella piattaforma che servirà per il confronto con il Governo che dovrebbe partire per i primi giorni di marzo. Per le Regioni sono, infatti, fondamentali cinque interventi strutturali «per migliorare qualità e appropriatezza dell'assistenza e i servizi resi ai cittadini». E cioè: cure primarie con lo sviluppo di forme associative complesse; lo sviluppo delle reti che permettano una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza; una forte integrazione con il sistema socio-sanitario; nuove regole per i piani di rientro delle Regioni in disavanzo per assicurare l'efficacia dal punto di vista della qualità dei servizi e del governo della spesa; la garanzia di

investimenti adeguati per poter sostenere le innovazioni e l'ammodernamento tecnologico delle strutture.

Dopo il maxi-documento delle settimane scorse che tante polemiche ha provocato i governatori hanno deciso di ripartire da un documento più snello anche se sempre sulla scia di quello precedente. Cancellati i tanti dettagli che rischiavano solo di far accapigliare inutilmente le Regioni ancor prima di sedersi al tavolo, i governatori hanno deciso di concentrarsi innanzitutto sulle linee generali del Patto. E soprattutto sul nodo dei nodi: i tagli. Le Regioni chiedono maggiore chiarezza su quelli già previsti che valgono 8 miliardi e per i quali è necessario trovare una copertura entro aprile come prevede la stessa manovra estiva.

Ma le Regioni alzano l'asticella fino a 17 miliardi considerando anche le altre manovre, l'aumento dell'Iva e la

I cinque paletti dei governatori

1. Cure primarie con lo sviluppo di forme associative complesse
2. Sviluppo delle reti che permettano una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza
3. Forte integrazione con il sistema socio-sanitario
4. Nuove regole per i piani di rientro delle Regioni in disavanzo per assicurare l'efficacia dal punto di vista della qualità dei servizi e del governo della spesa
5. Garanzia di investimenti adeguati per poter sostenere le innovazioni e l'ammodernamento tecnologico delle strutture

I tecnici lavorano a un testo snello

ripresa dal 2015 dei contratti.

«Vogliamo capire prima di tutto quali sono le intenzioni del Governo», ha chiarito subito il presidente della conferenza delle Regioni, **Vasco Errani**. Che insiste: «Dobbiamo tenere insieme la riorganizzazione della Sanità avendo ben presente la qualità dei servizi e il governo della spesa. Se non c'è questa sintesi il problema non viene risolto, anzi viene reso più acuto». Lo stesso ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, sembra comunque essere pienamente

consapevole del problema. «Sono insostenibili nuovi tagli alle risorse in Sanità - ha detto la settimana scorsa - questo è un sistema di risorse già limitate, sotto il quale io non credo che si possa andare, perché altrimenti davvero potrebbero esserci dei problemi per la tenuta del Ssn».

Tra le richieste delle Regioni c'è anche quella di prevedere nuove regole per i piani di rientro di quelle in disavanzo sanitario. Nei giorni scorsi il presidente del Lazio, **Renata Polverini**, aveva sottolineato

come il suo piano di rientro «troppo rigido» ha creato un problema nella gestione del pronto soccorso degli ospedali. «Se si va avanti così tutte le Regioni entreranno in piano di rientro. Ma i servizi sanitari chi li assicurerà?», si è chiesto il governatore dell'Abruzzo, **Giovanni Chiodi**.

Il nuovo Patto dovrà affrontare anche altri due terreni minati: il primo è l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza che oggi conta circa seimila prestazioni. «applicando il criterio dell'appropriatezza e con un lavoro di cesello facciamo uscire quelle ormai obsolete ma facendo entrare nuove cure per le malattie rare, la tutela della disabilità e l'epidurale», ha spiegato il ministro. Il secondo fronte caldo è quello dei ticket che per Balduzzi va «completamente rivisto», soprattutto per le esenzioni. Per le quali, anche secondo Errani, «vanno trovati strumenti intelligen-

ti che vadano oltre la dichiarazione dei redditi e tengano presente il numero del nucleo familiare».

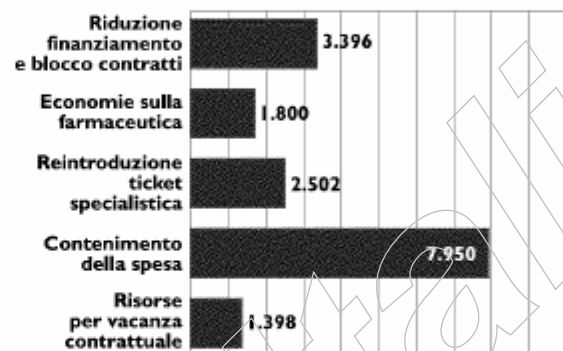
In attesa del primo round sulle risorse con il Governo, i tecnici regionali intanto si sono messi al lavoro per scrivere, sulla base delle indicazioni dei presidenti, il "preambolo politico" del Patto, che già questa settimana sarà verificato in occasione delle conferenze straordinarie sul riparto 2012 programmate per mercoledì e giovedì. «Il riparto sarà difficilissimo in un mo-

mento in cui non c'è un incremento del Fondo: l'aumento è solo dello 0,3-0,4% - ha spiegato Errani - e non recupera nemmeno l'inflazione». Una partita questa del riparto che avrà il sapore di un aperitivo sostanzioso prima del piatto principale: il nuovo Patto della salute.

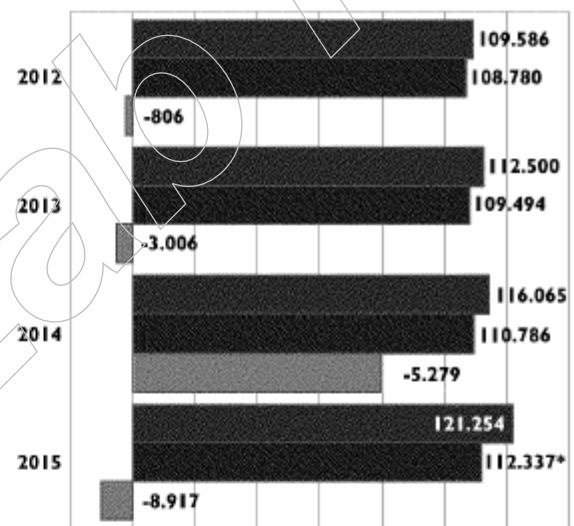
Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tagli in Sanità per le manovre 2012-2014 (miliardi)



Differenza tra assegnazioni e previsioni (milioni)



■ Spesa secondo Regioni ■ Fabbisogno secondo manovre
 ■ Differenza tra fabbisogno e stima Regioni
 (*) Stimato aumentando il fabbisogno della stessa percentuale di aumento tra il 2013 e il 2014

Il Pd: 11 campani su 100 si curano in altre regioni

Pepe Russo: «Caldoro fa solo tagli, penalizza l'assistenza»
Calabrò: «No, primari ridotti ma migliora la produttività»

NAPOLI — «La Campania è una grande Asl. La sanità rappresenta il 70 per cento del bilancio regionale e se si risolvesse questo bubbone, avremmo finalmente risolto l'intero capitolo dello spreco pubblico». Il capogruppo regionale del Pd, Pepe Russo, torna all'attacco. Il tema della sanità campana è diventato il cavallo di battaglia dell'opposizione in consiglio regionale. Sicché, Russo cavalca le accuse dell'altro ieri, denunciate in conferenza stampa, arricchendole di nuovi dati: «La Campania, dopo la Calabria, è la regione dalla quale si emigra di più per sottoporsi a cure ospedaliere: l'11,2 per cento dei pazienti campani si rivolge a strutture di altre regioni, a fronte di un'attrattività ospedaliera del 2,25 per cento. In Calabria, invece, l'emigrazione riguarda il 19,3% degli ammalati a fronte di un'attrattività del 6,33%. Questi sono dati Agenas (Agenzia nazionale Servizi sanitari regionali) riferiti al biennio 2009/2010». E l'elenco delle province campane che maggiormente subiscono questo fenomeno è presto fatto: «Si va via soprattutto dalla provincia di Caserta, quindi dall'area dell'ex distretto di Salerno 2. Poi, da Avellino e, infine, dall'area della Napoli 1». Le principali regioni verso cui si dirigono i pazienti campani sono Lombardia, Emilia Romagna e Toscana. «Questo fenomeno — aggiunge Russo — delinea un differenziale di spesa a danno della Campania di 417 milioni di euro». Quali sono le patologie per le quali si decide di rivolgersi a strutture ospedaliere al di fuori della regione? «Le malattie ossee e dei muscoli, poi le patologie mieloproliferative, quelle cardiocircolatorie, del sistema nervoso e dell'occhio». Insomma, per il capogruppo regionale del Pd «è vero che la spesa sanitaria si è ridotta, ma nel contempo l'emigrazione ospedaliera è aumentata a dismisura». L'ultima rilevazione Istat, che esplora un periodo lungo che va dal 1999 al 2008, indica che l'emigrazione campana si è

mantenuta intorno al 7,5 per cento. «Ma nell'ultimo biennio — rinfocola Russo — ha subito nuove impennate. E sa perché? Perché da parte della Regione di Caldoro permane una visione ragionieristica della sanità pubblica che non tiene conto della qualità dell'assistenza».

Insomma, per l'esponente del Pd gli sforzi imposti dal piano di rientro dal debito è come se reiterassero lo stesso percorso di errori politici già seguito con l'emergenza rifiuti, quando vennero chiuse le discariche in assenza di impianti alternativi di smaltimento: «Ora accade la stessa cosa, si accorpano Ascalesi e San Gennaro, ma non c'è l'ospedale del Mare al quale l'utenza avrebbe potuto rivolgersi. Non solo, si chiudono i pronto soccorso di presidi più deboli, mentre si tengono in vita al Cardarelli due reparti per il trapianto che, assieme, non raggiungono i livelli di produttività media imposti dal sistema Drg. Così per i policlinici, i quali continuano a non assicurare un servizio di emergenza». Ma è anche sui numeri del risparmio complessivo che il Pd tiene a dire la sua: «Dal blocco del turn over sono stati risparmiati 401 milioni di euro, dato che siamo passati da 52 mila 942 dipendenti a 49 mila 449 di oggi. Da Irpef e Irap, vengono altri 246 milioni. Mentre un'altra compartecipazione al risparmio viene sempre dalle tasche dei cittadini che sono costretti a pagare 4,50 euro in più sulle ricette, se si tiene conto della media delle prestazioni. Ecco, il risparmio di Caldoro è fatto tutto di tagli orizzontali. Ma, leggendo i dati, non vi è nulla che incoraggi la qualità dell'assistenza».

Caldoro, da parte sua, chiede al Governo lo sblocco del turn over, vale a dire di rinunciare, in qualche modo, alla voce di risparmio più forte (401 milioni di euro) del piano di rientro dal debito sanitario? Ed è probabilmente per questo che, nel

lo stesso tempo, invoca lo sblocco delle risorse. «Non è vero — replica il senatore e consigliere per la sanità del governatore, Raffaele Calabrò — che procediamo con il piano di rientro su una prospettiva ragionieristica, danneggiando l'utenza. È il contrario. Anzitutto, i dati sull'emigrazione ospedaliera mi risultano essere ben più contenuti. Poi, il piano di rientro è frutto di uno sforzo congiunto tra Regione Campania e tavolo governativo, quindi non si tratta di prescrizioni imposte a noi dal governo nazionale. Inoltre, abbiamo ridotto del 20% le unità complesse e le unità semplici dipartimentali nei presidi ospedalieri, facendo conseguire da questa semplificazione la riduzione di ruoli primari del 40%. Una manovra attuata non solo per risparmiare, ma anche per consentire una maggiore produttività e l'opportunità di riqualificare le professionalità esistenti. Per quanto riguarda i due reparti del Cardarelli dedicati ai trapianti — aggiunge Calabrò — l'accorpamento, di fatto, è nei servizi comuni. Mentre un reparto è impegnato prevalentemente sui trapianti e l'altro anche per attività chirurgiche specifiche dell'apparato epatobiliare». E i Policlinici universitari che non assicurano un servizio di emergenza pieno? «Esiste un servizio di pronto soccorso di III livello che, come impostazione, io condivido per i policlinici universitari. E non credo sia uno scandalo».

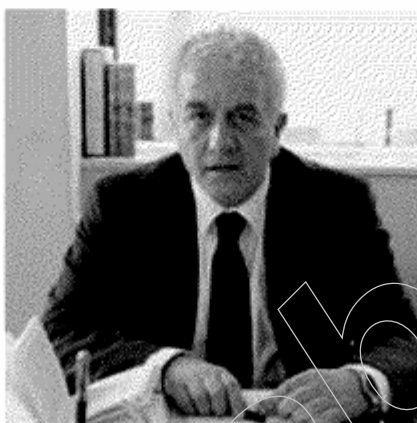
Da domani, intanto, in Conferenza delle regioni, si ricomincia a trattare sul ripiano dei fondi del Servizio sanitario. Il governatore campano fa sapere che lui i sacrifici e i tagli li ha fatti ed è ora di ottenere lo sblocco delle risorse. Ma la partita sui fondi resta complicatissima. Sebbene il ministro della salute, Renato Balduzzi, abbia promesso a Caldoro un'attenzione particolare per i risultati raggiunti in Campania. I criteri di premialità costituiscono, infatti, il primo scoglio da superare, dato che il Nord è pronto a dare battaglia

per non perdere posizioni nella classifica delle regioni virtuose e, quindi, trasferimenti in più per le proprie strutture.

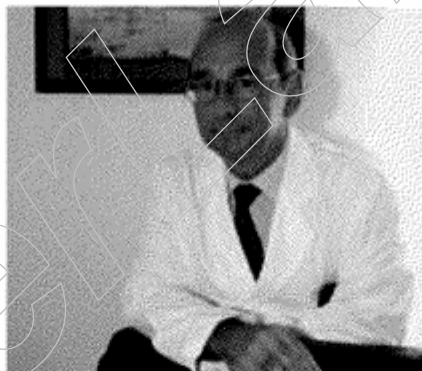
A. A.

417 milioni di euro, tanto ci costa secondo il Pd l'emigrazione sanitaria

401 milioni di euro sono stati risparmiati col blocco delle assunzioni



Peppe Russo



Raffaele Calabrò

SANITA', ANATOMIA DI UNA CRISI

di GABRIELE MAZZACCA

Non è facile districarsi nell'orgia di cifre che in questi giorni imperversa a proposito dei conti della sanità campana. Sussiste, tuttavia, una indicazione utile per cercare di capire se, al di là dei numeri, si stia procedendo nella giusta direzione. L'indicazione viene dal procuratore della Corte dei Conti quando dice che l'auspicata inversione di marcia gestionale non c'è stata. In una parola: la sanità continua a essere considerata soprattutto, se non esclusivamente, ambito nel quale gli equilibri di potere sono prioritari rispetto a qualsivoglia altro obiettivo. Ciò che è successo a proposito della direzione generale dell'azienda policlinico della Federico II ne è testimonianza inoppugnabile. Se c'era un criterio cui innanzitutto ci si sarebbe dovuto ispirare nel fare questa scelta era quello che la competenza gestionale fosse del tutto estranea alla facoltà medica. Ma Regione Campania e Università Federico II hanno affidato la gestione dell'azienda all'ex preside della facoltà. Ogni commento è superfluo.

La crisi finanziaria che incombe sul Paese in genere, sulla Regione particolarmente, impone più che mai che le risorse disponibili siano utilizzate al meglio. Un riferimento preciso per verificare se questo accade è, in ambito sanitario, offerto da una organizzazione dipartimentale delle strutture cliniche ospedaliere. Che, in parole povere, significa condivisione di risorse umane, strutturali, strumentali da parte delle specialità medico-chirurgiche convergenti nel dipartimento. Non risulta affatto, almeno nel caso dei due policlinici, che questo sia verificato.

Ancora: una ospedalizzazione impropria è anche il risultato della inesistenza, di fatto, di comunicazione tra medici territoriali e medici ospedalieri. Un recente studio americano ha dimostrato chiaramente quanto questa incomunicabilità incida sulla percentuale di reiterate ospedalizzazioni. Un altro ambito di razionalizzazione dei costi è la piena utilizzazione delle competenze disponibili. Quindi la utilizzazione anche di competenze infermieristiche nella esecuzione di indagini e di atti sanitari che non necessariamente debbano essere svolti da medici (tema anche questo considerevolmente discusso oggi in Usa).

Il dottor Verde, coordinatore dell'Anao, a proposito delle barelle al Cardarelli, ha denunciato sul Corriere di venerdì scorso, l'assenza di pronto soccorso al Policlinico di Cappella dei Cangiani. Bene. Si imponga una convenzione tra Cardarelli e Federico II in virtù della quale per i pazienti afferenti al dipartimento di emergenza del Cardarelli il riferimento di ospedalizzazione (quando questa sia riconosciuta necessaria) sia non solo il Cardarelli, ma anche il Policlinico. Il dottor Verde, nel suo scritto, si chiedeva anche perché «vecchio» e «nuovo» policlinico non si accorpino, in attesa che la facoltà medica della Sun vada nella sua sede definitiva casertana. Ecco un altro test di verifica della pretesa «discontinuità» tra la attuale gestione sanitaria regionale e quella che da decenni «affligge» la Campania. I costi di un servizio sono elemento importante di valutazione. Ma ancor più importanti sono i percorsi che conducono a quei costi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PROPOSTA DELLA FP CGIL

«Ruolo unico per tutti i convenzionati»

I punti principali del documento

INTERVENTI SULLE FIGURE PROFESSIONALI

ABOLIZIONE DEL MEDICO DI GUARDIA MEDICA

Bisogna far diventare i circa 13mila professionisti che oggi fanno questo lavoro medici di medicina generale a tutti gli effetti e a tempo pieno, ossia «medici delle cure primarie».

AMBITI DI SCELTA DEI MEDICI DI FAMIGLIA E DEI PEDIATRI COINCIDENTI CON L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

Va superata la dicotomia organizzativa tra i servizi territoriali e gli ambiti di scelta del medico di famiglia e del pediatra. Il medico non deve essere più di famiglia, ma del luogo, delle famiglie in quel territorio definito.

RUOLO UNICO PER I MEDICI DEL TERRITORIO: IL NUOVO MEDICO DELLE CURE PRIMARIE

Bisogna arrivare a un ruolo unico per tutti i professionisti convenzionati: medicina generale, specialistica ambulatoriale, pediatria di libera scelta. Arrivare cioè alla figura unica del «medico delle cure primarie», strettamente legata al territorio di competenza e diver-

sificata in base alle rispettive attività. Come se si lavorasse in diversi reparti di uno stesso ospedale.

INTERVENTI SULL'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE

CENTRI TERRITORIALI

Il luogo della strutturazione dell'assistenza territoriale deve restare il distretto, che insieme ai centri territoriali dovrebbero rappresentare i nodi di riconduzione dei saperi e di coordinamento della gestione dell'assistenza. Alternative territoriali reali, visibili e accessibili aperte nelle 24 ore con assistenza medica e infermieristica, con una postazione di emergenza e capacità di fornire primo soccorso.

INFORMATIZZAZIONE

Senza informatica non ci può essere sistema nel territorio. Attraverso l'informatizzazione del sistema il distretto dialoga contemporaneamente con tutte le strutture diffuse sul territorio e con i servizi specialistici ospedalieri. Bisogna far muovere le informazioni, e non il paziente.

Adesso alla guardia medica e largo ai «medici delle cure primarie»: camici bianchi inclusi in un ruolo unico che lavorino nei servizi territoriali come se operassero in reparti diversi di uno stesso ospedale. Obiettivo: assicurare l'effettiva continuità assistenziale nelle 24 ore da parte dello stesso pool di medici di quel territorio per sette giorni a settimana.

A proporre quella che definisce «una vera riforma delle cure primarie» è la Fp Cgil medici, settore medicina convenzionata, in un documento di 12 pagine appena consegnato al ministro della Salute. Che parte da una constatazione condivisa: «Il processo di deospedalizzazione non è stato compensato dallo sviluppo delle funzioni dei servizi e del ruolo dell'assistenza territoriale». Nonostante il disegno del distretto, previsto dalla legge 833/1978, definito dal Dlgs 502/1992 e dettagliato dal Dlgs 229/1999. E nonostante i proclami, i tentativi e le rotte indicate dalle ultime convenzioni.

«Il territorio non può più essere una specie di supporto delle funzioni ospedaliere», spiega Nicola Preiti, coordinatore Fp Cgil medici - medicina convenzionata. «Anzi, alcune risposte di salute sono oggi possibili esclusivamente sul territorio.

Gli ultimi eclatanti fatti relativi ai pronto soccorso romani lo dimostrano. Ci troviamo davanti a una «Sanità in cerca d'autore», caratterizzata da un aumento delle prestazioni nel numero e nei costi ma non necessariamente negli effetti di produzione di salute».

Per il sindacato occorre dunque invertire la logica assistenziale, abbandonando l'orientamento alla prestazione e guardando agli «obiettivi di salute». Ma anche rivedendo nel profondo l'assetto dei servizi territoriali. A partire da quel «nodo irrisolto» rappresentato da un modello professionale - si legge nel documento - «molto più vicino al medico della mutua del secolo scorso (nonostante telefonino e computer, e a volte segretaria) che al medico Wonca, lo specialista delle cure primarie». Più dottor Tersilli che nuovo professionista del terzo millennio.

Chiaro il messaggio (anche a quei sindacati asserragliati su posizioni opposte): i «vecchi recinti» non reggono più. «Il mondo è cambiato e anche i medici convenzionati si devono adattare ed evolvere, per avere un futuro».

Ciò che la Fp Cgil propone è innanzitutto l'abolizione del medico di guardia medica come servizio autonomo. Pensato nel 1978 «quando non esistevano

Internet e telefonini e i medici di famiglia lavoravano completamente isolati», ricorda la proposta, e rimasto identico ad allora: «I medici di guardia sono rimasti sostanzialmente negli stessi ambulatori, spesso degradati, isolati e insicuri con le stesse possibilità di intervento di 30 anni fa (la borsetta), costretti a rimanere "in guardia" per tutta la vita». Un'anomalia disfunzionale non soltanto per loro, «un ingiustificato spreco di risorse»: a fronte di medici di famiglia sempre più oberati, ci sono medici di guardia medica «sottoutilizzati». Eppure la formazione è la stessa.

Che fare, allora? La ricetta del sindacato prevede il loro utilizzo a tempo pieno per svolgere tutte le attività della medicina generale. Calcolando che i medici di guardia medica sono circa un terzo dei medici di famiglia e che il 23,7% dei Mmg ha in carico oltre 1.500 assistiti, secondo la Fp Cgil basterebbe abbassare il massimale a mille per garantire assistiti a tutti i circa 59mila medici. Per compensare la riduzione del compenso, spiega Preiti, «bisognerebbe poi essere pagati per quello che si fa e non tanto per il numero di scelte», svincolando così il reddito dalla scelta del paziente. Ma il riassetto delle funzioni professionali non può prescindere da quello delle strut-

ture distrettuali pubbliche, le uniche a «poter garantire l'integrazione di tutti i professionisti della medicina generale e degli altri convenzionati impegnati nelle cure primarie».

L'idea del sindacato va ancora oltre. Immaginando un ruolo unico e un'unica convenzione per tutti i professionisti del territorio, che si trasformerebbero in «medici delle cure primarie» con gli ambiti di scelta coincidenti con l'organizzazione territoriale. E affermando la necessità di evitare la dispersione dei servizi territoriali: «Il cittadino non deve essere costretto a pellegrinare tra i servizi in cerca di prestazioni ma deve avere un unico punto di accesso e una guida sicura». Sul territorio devono cioè nascere dei «nodi», compresi i piccoli ospedali che non vanno chiusi ma «riconvertiti», che costituiscano alternative reali all'ospedale e che siano opportunamente integrati, anche informaticamente, sotto la regia del distretto. Nodi accessibili 24 ore su 24, dotati di diagnostica di base e capaci di gestire anche le urgenze, con postazioni di 118.

Un modello che permetterebbe, per la sigla, di garantire continuità assistenziale, gestione delle cronicità, riduzione dei ricoveri e razionalizzazione della burocrazia. Senza rinunciare alla preziosa presenza diffusa dei

SOLE 24 ORE SANITA

29/02/2012

singoli studi: ogni medico potrebbe continuare a lavorare sia nel suo ambulatorio sia nei centri territoriali.

Utopia? Fantasanità? Preiti non crede: «Basta redistribuire le risorse professionali ed economiche nel territorio in maniera più adeguata alle nuove esigenze». Alcune Regioni si stanno già muovendo in questa direzione. Altre sono in netto ritardo, soprattutto al Sud. E altre ancora, per la Fp Cgil medici, stanno sbagliando strada. Come la Lombardia con i Creg, «ipotesi di cure primarie privatizzate - stigmatizza Preiti - esiziali anche per la sopravvivenza stessa della figura del medico del territorio».

M.Per.

CRONACHE di NAPOLIWWW.CRONACHEDINAPOLI.ORG
Il quotidiano indipendente dell'informazione partenopeaMercoledì
29 Febbraio 2012

Sprechi e tagli, ospedali cittadini al collasso

Travolti dal piano antideficit non garantiscono più i servizi minimi e versano nel degrado

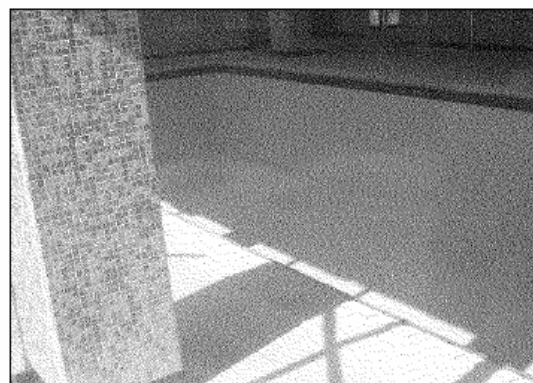
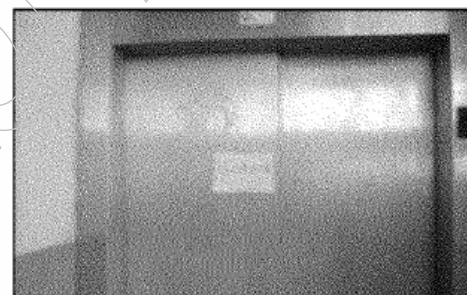
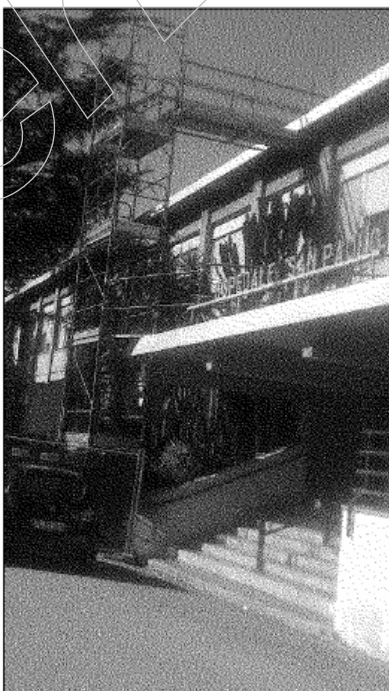
di **Ciro Crescentini**

NAPOLI - I servizi delle strutture sanitarie pubbliche di Napoli stanno scomparendo sotto i colpi di tagli e a causa di scelte politiche e amministrative rigoriste. Negli ospedali e nei presidi Ascalesi, Loreto Mare, San Giovanni Bosco, Incubabili, Capilupi, San Paolo, Pellegrini, San Gennaro, Loreto Crispi, Elena D'Aosta, Vittorio Emanuele, tutti gestiti dall'Asl Napoli 1, sono stati cancellati reparti, ridimensionati pronto soccorso, legittimati riduzioni di personale medico e paramedico e alimentati sprechi per circa dieci miliardi di euro. I cittadini-utenti sono le vittime dell'allegria gestione della sanità pubblica partenopea. Alcuni esempi? Due piscine nuove di zecca per la riabilitazione costruite nell'ospedale Cto di Napoli, costate alla collettività due milioni di euro, continuano a rimanere chiuse. Gli impianti non sono andati mai in funzione. Altre due piscine, costate tre milioni, realizzate in via Ciccarelli, nel quartiere di Barra, che dovevano svolgere funzioni di supporto per il Centro Traumatologico continuano a rimanere chiuse da anni. Eppure furono assunti anche i bagnini ed i fisioterapisti. Gli utenti vengono indirizzati presso piscine e strutture private. All'ospedale San Gennaro, ascensori nuovissi-

Fuorigrotta, abolito il servizio ambulanze, cancellato il reparto patologie neonatale. Il pronto soccorso pediatrico è prossimo alla chiusura. Aumentano le liste d'attesa. Eppure, il Piano nazionale di governo per il triennio 2010-2012 prevedeva tempi certi e ragionevoli da rispettare per esami, visite ed interventi chirurgici. Queste dovrebbero essere garantite ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti in tempi massimi che variano dai 30 giorni per una visita ai 60 per un esame diagnostico. Invece, a Napoli per una gastroscopia si può aspettare anche 300 giorni. Sette mesi per un'ecografia all'addome. Con l'aggravio del superticket, introdotto della manovra finanziaria dello scorso agosto, che prevede 30 euro di pagamento per esame oculistico o ortopedico e il pagamento della 'gabella' anche per gli 'inoccupati'. L'alternativa? Andare privatamente a pagamento: per l'ecografia in un centro privato si spende in media, 60-65 euro. Dallo scorso ottobre, le farmacie possono anche fungere da canali di accesso al Cup per prenotare esami e visite specialistiche presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Il servizio nel capoluogo partenopeo non è mai partito.

Per una gastroscopia bisogna aspettare 300 giorni. Sette mesi per un'ecografia all'addome

mi continuano a rimanere fermi mentre al San Paolo, le opere 'perenni' di ristrutturazione si sono trasformate in pozzi senza fondo. "Negli ultimi tre anni, a causa del blocco del turn-over (sostituzione dei lavoratori andati in pensione), i dipendenti delle strutture sanitarie partenopee, sono passati da 9500 a 6200 unità" - sottolineano i dirigenti del sindacato indipendente, Usb. L'introduzione dei parametri e dei vincoli imposti dal patto di stabilità nazionale per 'rientrare dai deficit' hanno legittimato la mancata copertura degli organici, la mobilità 'selvaggia' del personale tra diverse strutture, il sovraccarico del lavoro e lo stress psicofisico per medici e infermieri, il blocco dei salari accessori e dei contratti nazionali di lavoro, la chiusura del pronto soccorso, la drastica riduzione di migliaia di posti-letto, l'aumento degli ammalati abbandonati sulle barelle. I reparti chiudono per la mancanza di medici e infermieri. Nell'ospedale di



Nelle foto: l'ascensore guasto da mesi al San Gennaro, la piscina del Cto costruita e mai entrata in funzione, i lavori sospesi all'ingresso del San Paolo

ASSESSORATO ALLA SANITÀ - Nodo Asl in Commissione: chiesta audizione di Caldoro.

I consiglieri regionali del Partito democratico chiedono la convocazione di una seduta della Quinta



commissione sanità con un'audizione del presidente commissario Stefano Caldoro. La richiesta in una nota trasmessa dai vertici del partito al presidente della quinta commissione consiliare Sanità, **Michele Schiano di Visconti** (nella foto) per chiedere la convocazione in audizione del commissario ad acta per il piano di rientro del deficit sanitario Stefano Caldoro sul tema delle politiche socio-sanitarie. In particolare, preoccupano il decreto 77 varato dalla Regione e i tagli generalizzati alle politiche sociali. All'indice anche la scelta del Consiglio regionale di aumentare il bollo auto del 10 per cento per reperire risorse da destinare alle politiche sociali. Provvedimento sul quale pende un ricorso da parte delle associazioni dei consumatori. "Se andasse a buon fine - sottolinea **Gianfranco Valiante** - il settore rischia una paralisi con ripercussioni sull'assistenza alle fasce più deboli della popolazione. Tocca al presidente Caldoro spiegare come intende porre rimedio alla drammatica situazione". La richiesta, oltre che dal consigliere Gianfranco Valiante, è stata sottoscritta dai consiglieri regionali **Anna Petrone, Antonio Valiante, Rosa D'Amelio e Giuseppe Russo**.

DI MAURO TONETTI

► Regione. 7 ◀

Tecnici di laboratorio, ultimi giorni per il bando

Equivalenza dei titoli: domande ammesse fino al prossimo 2 marzo
Il provvedimento di Palazzo Santa Lucia prevede il riconoscimento degli attestati di formazione conseguiti con il vecchio ordinamento

Tecnici di laboratorio ed equivalenza dei titoli: c'è tempo fino a venerdì 2 marzo prossimo per presentare le domanda da parte dei camici bianchi interessati al bando regionale dettato con il decreto dirigenziale n. 414 del 22 dicembre scorso (pubblicato sul Bollettino regionale n. 1 del 2 gennaio 2012). Il provvedimento di Palazzo Santa Lucia prevede il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento professionale (Area tecnico-sanitaria) ai titoli universitari vigenti dell'area sanitaria non equipollenti ai diplomi universitari, ovvero nel caso specifico dei tecnici di laboratorio al decreto ministeriale 22 luglio del 2000.

LE RICHIESTE DELLE ASL

Intanto nelle more alcune aziende sanitarie locali stanno richiedendo alle strutture private accreditate di trasmettere copia dei titoli di studio posseduti dai tecnici di laboratorio che operano presso le strutture al fine di valutarne la validità. Il titolo di studio che il tecnico di laboratorio deve possedere è il diploma universitario per tecnico sanitario di laboratorio biomedico rilasciato in base al decreto del ministero della Sanità n. 745 del 14 settembre del 1994. Sono fatte salve le equipollenze dei titoli di studio in base alla normativa vigente e in base alle sanatorie intervenute negli ultimi anni per i vecchi titoli.

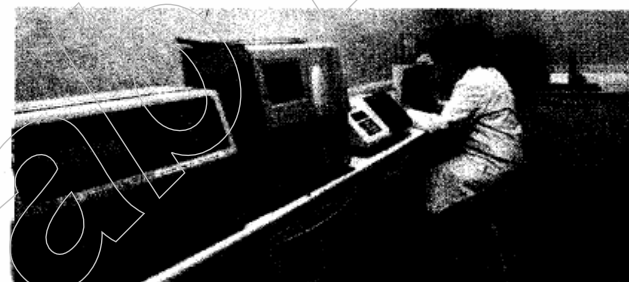
I TITOLI

I titoli conseguiti con il pregresso ordinamento, per poter essere riconosciuti equivalenti dei titoli universitari, devono possedere alcuni requisiti: in particolare essere stati conseguiti entro il 19 marzo del 1999 mense il relativo corso formativo deve essere iniziato entro il 31 dicembre del 1995. Le figure professionali riconosciute dell'area tecnico-sanitarie sono quella di tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neurofisiopatologia, tec-

nico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista. Esclusi invece infermieri generici, infermieri psichiatrici, puericultrici, Ottici, Odontotecnici, e addetti alla poltrona, massofisioterapisti, massaggiatori sportivi, capo bagnini, laureati in pedagogia ed educatori, laureati Isef e scienze motorie, i titoli di poeratori strumentisti, i diplomi di infermiera volontaria della Croce rossa che nel 1963 furono equiparati agli infermieri generici, i titoli rilasciati agli infermieri militari previsti dall'ordinamento civile.

ESPERIENZA DI UN ANNO

Per quanto attiene infine all'esperienza lavorativa l'interessato deve dimostrare che la stessa sia riferibile ad una attività coe-



rente ed assimilabile a quella prevista per la professione sanitaria rispetto alla quale si richiede la equipollenza e deve essere stata svolta per un periodo di almeno un anno anche non continuativo negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio del 2011.

LA VALUTAZIONE

Al fine di consentire la valutazione del titolo per il quale si ri-

chiede l'equipollenza il candidato dovrà fornire anche idonee specificazioni riguardo alla durata del corso di formazione e l'esperienza lavorativa di cui è in possesso.

Per quanto riguarda il corso di formazione il richiedente dovrà presentare idonea documentazione rilasciata dall'ente preposto dalla quale risulti la durata della formazione, in anni ed ore di formazione teorica e pratica.

DI ETTORE MAUTONE

► Stato-Regioni ◀

Sanità, riparto del fondo: per la Campania 9,7 mld

Oggi seduta straordinaria del confronto tra i governatori
Nel piatto la torta di 108 miliardi dei finanziamenti per la Salute
Caldoro punta i piedi per sperimentare l'indice di deprivazione

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome: è l'ora della verità sul riparto della torta del fondo sanitario nazionale. Nel piatto ci sono poco meno di 110 mld di euro. Alla Campania dovrebbe andare una fetta di risorse che oscilla tra 9,7 a poco meno di 10 miliardi di euro. Il vertice della Conferenza **Vasco Errani**, convoca per oggi una seduta straordinaria della Conferenza a partire dalle ore 13, e per giovedì 1 marzo alle ore 10. La sede è quella di via Parigi 11 a Roma. Per la Campania il momento è cruciale.

Il presidente della Regione **Stefano Caldoro** - dopo le polemiche a distanza con il governatore del Veneto **Luca Zaia** sul fondo di garanzia - assume a pieno titolo il ruolo di portavoce delle istanze delle Regioni del Sud. Nel mirino la modifica dei criteri di riparto del fondo sanitario. Obiettivo sperimentare per la prima volta un premio alla povertà relativa (che favorisce il Sud e la Campania) al fianco dello storico parametro dell'anzianità che favorisce invece il Nord. A fare da sponda a Caldoro le pur timide aperture del ministro della Salute **Renato Balduzzi** e la possibilità di barattare questa novità con la rinuncia al fondo di garanzia.

Lo scoglio da superare il voto del Veneto (occorre l'unanimità). Per aggirare l'ostacolo si dovrebbe procedere ad una sorta di sperimentazione tutta da inventare nei modi e nei tempi. Anche perché dal 2013 bisognerà pensare all'attuazione del principio dei costi standard che segna il gito di boa dell'attuazione della legge delega sul federalismo fiscale. In alternativa i 106,173 mld di euro di parenza che dovrebbero servire a coprire il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale per il 2012 sarebbero ripartiti tra le Regioni con gli

stessi criteri utilizzati lo scorso anno. Si parte dunque dalla popolazione residente, corretta con la "pesatura" per età (che assegna maggiori risorse per la popolazione anziana) e anche il bilanciamento conclusivo fatto per evitare sproporzioni troppo grandi tra un anno e l'altro (il cosiddetto lapis del fondino di perequazione) non assicura equità.

E proprio su questo si è bloccata la discussione nella Commissione Salute delle Regioni. Il fabbisogno finanziario complessivo destinato al Ssn per il 2012 è tuttora di 108,779 mld. Da questa cifra occorre togliere 2,42 mld finalizzati (destinati cioè a Istituti zooprofittici, medicina penitenziaria, Cri, Centro nazionale trapianti e altre voci minori) e 179 mln "tagliati" in ragione delle riduzioni delle visite fiscali e del decreto legislativo sanzioni. Restano invece da ripartire tra le Regioni i 69 mln che coprono i rinnovi delle convenzioni in atto e 200 mln per gli extracomunitari emersi. Si arriva così a 106,173 mld, ovvero la cifra che sarà effettivamente ripartita tra le Regioni, ma che comprende anche, come si vede nella tabella sotto, il Bambin Gesù e l'Associazione dei cavalieri dell'Ordine di Malta. Ma se le Regioni del Sud, col riparto di 106,5 miliardi per il 2011 hanno perso la partita, col decreto sui costi standard

Fonti di finanziamento indistinto e finalizzato

Regione	Totale indistinto finalizzato	Post mobilità e post riequilibrio
Piemonte	7.877.362.755	7,54%
Val d'Aosta	206.482.087	0,20%
Lombardia	17.422.222.684	16,67%
Bolzano	849.772.799	0,81%
Trento	884.545.807	0,85%
Veneto	8.561.607.134	8,19%
Friuli	2.221.915.652	2,13%
Liguria	2.978.230.914	2,85%
Emilia R.	8.126.520.976	7,78%
Toscana	6.742.278.674	6,45%
Umbria	1.604.095.782	1,54%
Marche	2.726.568.530	2,61%
Lazio	9.734.586.613	9,32%
Abruzzo	2.211.313.173	2,12%
Molise	605.763.058	0,58%
Campania	9.424.023.697	9,02%
Puglia	6.750.943.913	6,46%
Basilicata	987.252.532	0,94%
Calabria	3.205.396.362	3,07%
Sicilia	8.349.290.201	7,99%
Sardegna	2.823.330.754	2,70%
B. Gesù	157.853.618	0,15%
Acosmom	34.548.676	0,03%
Totale	104.485.906.387	100%

L'assegnazione del riparto alle regioni del fondo sanitario del 2011. Alla Campania, considerando anche i 331 milioni assegnati alle attività in mobilità passiva andrebbero 9.755.566.115

sanitari rimarranno a bocca asciutta anche in prospettiva futura. I governatori chiedono che per la divisione della torta da 108,8 miliardi del 2012 per l'assistenza sanitaria siano considerati criteri di riparto tra le Regioni legati non solo all'età della popolazione, ma anche ad altri indici, a cominciare dalla povertà

relativa. La manovra del governo che prevede che il livello di finanziamento del Ssn viene incrementato dello 0,5 per cento nel 2013 e dell'1,4 per cento nel 2014, fissando così a priori il tetto massimo al quale potrà arrivare nei primi due anni di applicazione dei costi standard sanitari in pista dal 2013.

Riparto dei fondi vincolati

Regione	Popolazione riparto 2011	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Quota 70% su disponibilità
Piemonte	4.446.230	4.446.230	116.472.325	81.530.628
Val d'Aosta	127.866	-	-	-
Lombardia	9.826.141	9.826.141	257.403.124	180.182.187
Bolzano	503.434	-	-	-
Trento	524.826	-	-	-
Veneto	4.912.438	4.912.438	128.684.993	90.079.497
Friuli	1.234.079	-	-	-
Liguria	1.615.986	1.615.986	42.331.964	29.632.375
Emilia R.	4.395.569	4.395.569	115.145.223	80.601.656
Toscana	3.730.130	3.730.130	97.713.549	68.389.485
Umbria	900.790	900.790	23.596.869	16.517.808
Marche	1.559.542	1.559.542	40.853.371	28.597.260
Lazio	5.681.868	5.681.868	148.840.788	104.188.552
Abruzzo	1.338.898	1.338.898	35.073.436	24.551.405
Molise	320.229	320.229	8.388.639	5.872.047
Campania	5.824.662	5.824.662	152.581.384	106.806.969
Puglia	4.084.035	4.084.035	106.984.356	74.889.049
Basilicata	588.879	588.879	15.426.127	10.798.289
Calabria	2.009.330	2.009.330	52.635.904	36.845.133
Sicilia*	5.042.992	2.566.379	67.228.211	47.059.747
Sardegna	1.672.404	-	-	-
Totale	60.340.328	53.801.106	1.409.360.263	986.552.184

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L. 296/2006 (49,11%) sul parametro popolazione. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla regione Siciliana ammonta a 59.063.200,00 euro.

Dossier a Roma
**Sanità, Caldoro:
sprechi tagliati
vogliamo i fondi**

Oggi e domani a Roma Conferenza delle Regioni per discutere il riparto dei fondi della sanità per il 2012. La strada è in salita perché il Nord pretende di fare la parte del leone lasciando le briciole al Sud. La Campania guida il fronte delle Regioni meridionali e rivendica i risultati del risanamento dei conti. «Abbiamo tagliato gli sprechi, ora vogliamo le risorse», avverte Caldoro. Il governatore determinato a far valere le ragioni della Campania e in Conferenza porterà un dato su tutti: il disavanzo della sanità è passato in due anni da 800 a 250 milioni e ci sono tutte le condizioni, secondo Palazzo Santa Lucia, per chiudere in pareggio il 2012 e quindi abbassare, a partire dal 2013, le addizionali Irpef e Irap.

L'assistenza, il vertice

«Sprechi tagliati, ora più risorse alla sanità»

Pressing del governatore Caldoro, il Nord si oppone. Oggi la Conferenza delle Regioni

Paolo Mainiero

Due giorni, oggi e domani, decisivi per la sanità campana. A Roma si riunisce la Conferenza delle Regioni per discutere del riparto dei fondi per il 2012. C'è tempo fino al 30 aprile ma la strada è in salita perchè il Nord pretende di fare la parte del leone lasciando le briciole al Sud. La Campania guida il fronte delle regioni meridionali e rivendica i risultati ottenuti nel risanamento dei conti. «Abbiamo tagliato gli sprechi, ora vogliamo le risorse», avverte Caldoro. Per il Mezzogiorno lo snodo è cruciale perchè quest'anno si chiude la programmazione 2010-2012 e si pongono le basi per il triennio successivo.

Il governatore è determinato a far valere le ragioni della Campania e in Conferenza delle Regioni porterà un dato su tutti: il disavanzo della sanità è passato in due anni da 800 a 250 milioni e ci sono tutte le condizioni, sono le previsioni di Palazzo Santa Lucia, per chiudere in pareggio il 2012 e quindi abbassare, a partire dal 2013, le addizionali Irpef e Irap. «Il lavoro fatto va nella direzione giusta e i luoghi comuni sul Mezzogiorno servono a poco e inducono all'errore. Quello che conta sono i numeri e i provvedimenti messi in campo», sostiene Caldoro che elenca gli uni e gli altri: la spesa per il personale è passata da 3 miliardi e 346 milioni del 2009 per 52.942 unità a 3 miliardi e 244 milioni per 51.298 unità

nel 2010; a 3 miliardi e 68 milioni per 49.449 unità nel 2011, con un taglio complessivo di 3.493 unità e una riduzione della spesa di circa il 10 per cento. La spesa per beni e servizi, invece, è scesa dai 2 miliardi e 257 milioni del 2009 ai 2 miliardi e 167 milioni del 2011, con un taglio complessivo del 4 per cento, con punte di eccellenza a livello nazionale nella farmaceutica territoriale dove la riduzione ha toccato circa il 14 per cento scendendo dal miliardo e 129 milioni del 2009 ai 976 milioni del 2011. La mobilità passiva, infine, registra un risparmio di 30 milioni. «Questi sono i numeri veri», precisa Caldoro. Eppure queste performance potrebbero non bastare per strappare le risorse che la Campania reputa necessarie per il proprio fabbisogno. Un anno fa la Regione ottenne 9 miliardi e 745 milioni. Per il 2012 la proposta del governo è di 9 miliardi e 900 milioni, che presi così sono più del 2011. Ma in realtà l'importo va considerato al lordo delle varie manovre economiche (tutti gli indici sono aumentati del 4 per cento) per cui il paradosso è che pur prevedendo una cifra maggiore in effetti si prende meno dell'anno scorso.

Per andare in equilibrio servireb-

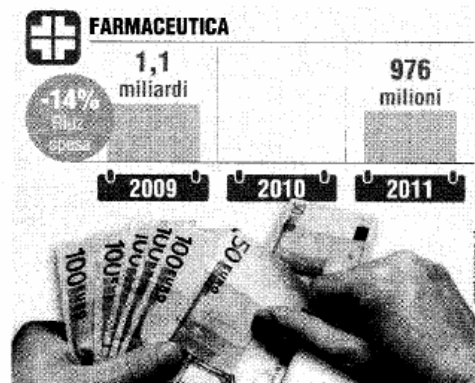


La strategia
L'obiettivo: criteri più equi per dividere le quote finanziarie al settore

bero almeno 300 milioni in più. Ottenerli non sarà facile perchè, ed è questo il nocciolo politico della questione, c'è da contrastare il cartello delle regioni del Nord che, accusa il presidente di Sorsa Salvatore Varriale, «esercitano una forma di intimidazione verso il Sud». In sostanza la volontà dei governatori settentrionali è di incrementare le risorse per le regioni virtuose a svantaggio di quelle ancora alle prese con i piani di rientro. Ma Caldoro contesta questa posizione e propone che nel riparto del fondo si superi il criterio dell'età media della popolazione (la Campania è la più penalizzata) e si introduca l'indice di deprivazione per cui si tenga conto di alcuni parametri socio-economici: reddito, figli a carico, aspettative di vita, alfabetizzazione, indice di disoccupazione. È una battaglia difficile perchè le regioni del Nord fanno muro ma il Sud conta sull'apertura del ministro della Salute Renato Balduzzi. «Non è bene cambiare radicalmente le regole, però qualche piccola sperimentazione che ci aiuti a capire come l'indice di deprivazione può essere utile per determinare il riparto, si può fare», ha detto nei giorni scorsi il ministro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I risparmi



ROMA

Mercoledì
29 Febbraio 2012

PSI, PD E UDC: PENALIZZATE LE ZONE INTERNE DELLA CAMPANIA

Sanità, insorgono consiglieri regionali

NAPOLI. «Fino a che punto possiamo assistere allo scempio della sanità campana: il rientro dal disavanzo diventa un alibi se poi a pagare sono sempre quei cittadini residenti nelle aree svantaggiate della nostra Regione i quali più di tutti si ritrovano privati del diritto a curarsi data la carenza nelle zone interne di servizi sanitari e di un'adeguata offerta assistenziale». È quanto si chiedono, in una nota congiunta, i consiglieri regionali Gennaro Oliviero (Psi), Rosa D'Amelio (Pd) e Angelo Consoli (Udc) al termine della seduta odierna della V Commissione che ha affrontato una proposta di legge modificativa su alcune

norme in materia di riordino del servizio sanitario regionale. Nella V Commissione Consiliare è stato presentato all'ordine del giorno l'esame del progetto di legge: «Modifiche all'articolo 20 della Legge Regionale 3 Novembre 1994, n. 32 - Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale». In sede di discussione e approvazione, i tre consiglieri regionali del Psi, del Pddell'Udc hanno presentato un emendamento in merito al riequilibrio dell'offerta sanitaria regionale. «Oggi in V Commissione abbiamo proposto un subemendamento

sottoscritto anche dal Pd e dall'Udc, bocciato dalla maggioranza, - dicono in consiglieri - il quale introduceva nelle Asl di ogni Provincia un criterio legato al rapporto tra numero di abitanti e posti letto il quale andava a garantire un riequilibrio dell'intera offerta sanitaria, incidendo in maniera determinante sulla mobilità extraregionale che continua a pesare come un macigno sui conti della sanità campana». «Ai cittadini e alle cittadine di ogni Provincia della Campania deve essere garantito un adeguato livello di assistenza. Non possono esistere province di serie A e di serie B», concludono Oliviero, D'Amelio e Consoli.



SANITA': MARINI (UMBRIA), SISTEMA OFFRE TUTTE LE PRESTAZIONI

Tuesday 28 February 2012

ZCZC AGI0740 3 CRO 0 R01 /

(AGI) - Perugia, 28 feb. - "Il servizio sanitario regionale offre e garantisce ai cittadini umbri la possibilità di accesso a tutte le diverse prestazioni. La scelta quindi di rivolgersi ad un determinato professionista in regime di intramoenia non è un obbligo, ma una decisione soggettiva". Lo ha detto la presidente della Regione Umbria, Catuscia Marini, aprendo la conferenza stampa, a Perugia, in cui ha fatto il punto, insieme all'assessore alla salute Franco Tomassoni, sulle misure adottate dalla Giunta regionale in materia di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, tra cui la recente applicazione del ticket in regime di libera professione intramoenia. Nel disegnare il quadro della situazione umbra la presidente ha rivendicato "l'equità" della scelta di applicare un ticket sulla farmaceutica e sulla specialistica ambulatoriale modulato secondo quattro diverse fasce di reddito. A tutela delle fasce deboli - ha poi ricordato - abbiamo previsto una serie di esenzioni legate al reddito, fino a 36 mila euro, per patologie e per gli over 65, che interessano complessivamente circa i due terzi dei cittadini umbri". Marini ha spiegato che "non avendo raggiunto la compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie previste dai ministeri siamo stati obbligati ad introdurre il ticket sulla libera professione per recuperare una differenza di circa quattro milioni di euro. Una misura applicata, anche se con modalità leggermente diverse, da altre Regioni, tra cui la Toscana e l'Emilia Romagna. Nel nuovo Patto per la salute - ha sottolineato Marini - abbiamo esplicitamente chiesto di riaffrontare la questione dei ticket, così che le Regioni possano avere maggiore autonomia in materia ed evitare che anche dove ci sono conti in ordine i cittadini siano comunque obbligati a concorrere direttamente al pagamento delle prestazioni sanitarie". (AGI) Pg1/Pgi 281856 FEB 12