

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 29.11.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Cardinale è sottosegretario alla Salute.

Adelfio Elio Cardinale è stato nominato sottosegretario alla Salute.

Adelfio Elio Cardinale, nato a Palermo il 29 novembre 1940, è stato allievo e successore di Pietro Cignolini, radiologo di fama internazionale. Dal 2001 è preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo. In carriera, è stato insignito di numerose onorificenze e vanta un lungo elenco d'incarichi di prestigio. Dal 2008 è vice-presidente dell'Istituto Superiore di Sanità ed è presidente della commissione regionale Sanitaria per il rischio clinico in Sicilia. Dal 2009 presiede il Cerisdi, carica riconfermata nel 2011.

Sanità, la rivoluzione di COTA fa risparmiare 75 mln al Piemont

Il Piemonte abbandona la spesa storica nell'acquisto di farmaci e passa ai costi standard: «Stop ai debiti devastanti del passato»

Sanità, rivoluzione di Cota ci fa risparmiare 75 milioni

LOTTI E OPERATORI: I NUMERI

Per il 2012 i lotti di farmaci banditi dalla Regione Piemonte sono stati 1.972, di cui aggiudicati 1.577. I lotti andati deserti saranno ribanditi a breve. Il dato è significativo per l'aggiudicazione dell'87% del valore dei lotti messi in gara, se confrontato con la media nazionale del 60-70%. Gli operatori che hanno partecipato alla gara sono stati 110.

TURIN - «Questo risparmio di 75 milioni di euro sull'acquisto di farmaci da parte della Regione è un ulteriore importante tassello della politica di risanamento della nostra sanità e di controllo attento della spesa. È un esempio evidente di risparmio che non consiste in un taglio, ma in un risparmio puro, visto che non è stato tolto alcun servizio ad alcuno. Le risorse liberate potranno ora essere impiegate a sostegno delle priorità della nostra sanità e nel miglioramento dei servizi ai cittadini».

Era raggianti ieri il presidente della Regione Piemonte, **Roberto Cota**, nell'annunciare i dati sul primo lotto di acquisto di farmaci effettuato dalla nuova Giunta a trazione leghista. Il risparmio ottenuto, pari a ben 75 milioni, è la certificazione della giusta rotta intrapresa dalla riforma sanitaria in Piemonte, che per la

prima volta introduce concretamente il concetto di costo standard contenuto nella riforma federalista del Paese.

Partendo dal fabbisogno registrato dalle aziende sanitarie piemontesi - calcolato in funzione dei consumi storici, dei prezzi pagati e delle quantità di farmaci richiesti per il 2012 - risultava una spesa prevista per il prossimo anno di 377,5 milioni di euro. La gara è stata invece aggiudicata a 302 milioni da Scr (Società di committenza Regione Piemonte spa) su incarico della Regione, con un risparmio per quest'ultima di 75,5 milioni di euro a partire dal 2012.

«La Regione Piemonte - ha ricordato Cota - ha un indebitamento devastante che ha diverse cause, tutte collegate ad un modo assurdo di governare, soprattutto nei precedenti cinque anni, e che ha visto il pro-

IL SISTEMA DINAMICO DI ACQUISTO

Il Sistema Dinamico di Acquisto (SDA) è una procedura concorrenziale informatizzata che consente di contenere i costi dell'appalto, un periodo temporale fino a 4 anni e la possibilità di rinegoziare i prezzi nel corso del tempo. Il fattore tempo è importante considerate le condizioni di mercato che possono variare, ad esempio con l'introduzione di farmaci generici.

blema principale nella spesa sanitaria completamente fuori controllo. Questa mancata programmazione ci obbliga a pagare 600 milioni di interessi l'anno sul debito. Noi oggi stiamo agendo sulla causa che ha portato a questo indebitamento: infatti abbiamo portato la spesa sanitaria sotto controllo per la prima volta dopo anni. Questa prassi virtuosa ci consentirà a poco a poco di liberare risorse per una sanità più moderna».

Nel 2012, ha confermato l'assessore regionale alla Sanità, **Paolo Monferino**, «noi comprenderemo gli stessi farmaci che abbiamo comprato nel 2011, spendendo oltre 70 milioni in meno. Attraverso il Sistema dinamico di acquisto siamo stati in grado di avviare una procedura concorrenziale informatizzata che ha prodotto un notevole contenimento dei costi



Lettori: n.d.

laPADANIA

29-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Umberto Bossi

da pag. 8

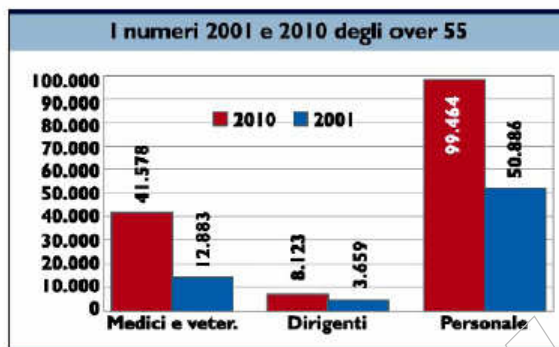
rispetto agli anni passati. Una procedura di razionalizzazione che rientra pienamente nella filosofia del nuovo Piano sanitario e che ci consente di aggiungere ai risparmi già accantonati ulteriori cifre che saranno reinvestite a favore anche del sociale. La decisione strategica della Regione di centralizzare gli acquisti, di affidare gli approvvigionamenti a una centrale acquisti unica specializzata e innovativa, di raccogliere i fabbisogni provenienti da tutte le unità, va proprio nella direzione di fare efficienza e generare effettivo risparmio - sottolinea Monferino -. Vorremmo estendere questa pratica virtuosa applicata sull'acquisto farmaci anche agli altri materiali medico-ospedalieri, come aghi, garze ecc.».

«Un analogo risparmio - ha anticipato il direttore dell'Azienda regionale servizi sanitari (Aress), **Claudio Zanon** - potrà essere fatto con la centralizzazione dei magazzini della Regione (oggi un centinaio, ma) che potrebbero, anzi dovrebbero, ridursi ad uno, con una grande economia di scala».

«La differenza minima tra la spesa dichiarata dalle aziende sanitarie di 377,5 milioni di euro e la nostra base d'asta di 376,5 milioni - ha dichiarato il presidente di Scr Piemonte, **Domenico Arcidiacono** - ci porta a ritenere che, a parità di prodotti acquistati, questo è un delta costo effettivo. In sintesi, siamo passati da una logica di spesa storica ad una di costo standard».

OLTRE 55 ANNI DUE TERZI DEI PRIMARI

Il Ssn non è "vecchio", ma i suoi dirigenti sì



Il Ssn secondo il Conto annuale 2010 non è il comparto del pubblico impiego più "vecchio". Rispetto a una media di circa 50 anni per gli uomini e 46 per le donne degli organici di Asl e ospedali (in generale il pubblico impiego nel 2010 registra una media di 48,2 anni; 47,3 per gli uomini e 48,8 per le donne) ci sono infatti comparti come i ministeri, la presidenza del Consiglio, la Scuola, la carriera prefettizia in cui la media di uomini e donne è tutta superiore ai 50 anni e in alcuni casi si avvicina ai 60. Ma il Ssn "ringiovanisce" grazie al personale non dirigente, perché analizzando la dirigenza (medica e non) l'asticella dell'età sale di livello.

La dimostrazione è data dall'età dei primari: il 75% sono over 55 e di questi il 65,67% sono donne, rispettando le proporzioni di anzianità del pubblico impiego che vedono in testa il sesso femminile.

Analizzando invece la percentuale di over 55 tra il personale non dirigente, ci si ferma a poco più del 18%, con i livelli inferiori proprio tra i profili del ruolo sanitario (infermieri, ostetriche, tecnici sanitari, della riabilitazione e della prevenzione).

L'età aumenta anche tra i direttori generali, ma non raggiunge la media dei primari e gli over 55 si fermano nel management a circa il 60% con un picco del 69,2% per i Dg veri e propri, seguiti dal 61,8% dei direttori sanitari (medici quindi) e da una percentuale relativamente più bassa (46 e 56%) rispettivamente per i direttori amministrativi e dei servizi sociali.

Il Ssn in realtà, pur non essendo il comparto più vecchio, pre-

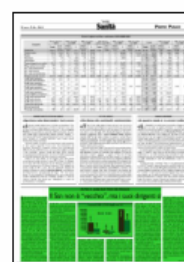
senta un invecchiamento rapido degli organici e quelli dai 55 anni in su sono cresciuti nel 2010 rispetto al 2009 del 5,54% con i picchi più elevati (tra il 10 e il 23%) per odontoiatri, veterinari, dirigenti sanitari e tecnici. Anche in questo caso è più alto l'invecchiamento delle donne: quelle over 55 crescono in un solo anno del 10,93% con il picco maggiore (oltre il 46%) per i veterinari. Un effetto legato anche ai continui blocchi del turn over che a fronte della fuoriuscita di operatori per limiti di età non inserisce negli organici a tempo indeterminato leve più giovani - che aumentano i ranghi del precariato (si veda articolo in questa pagina) - come sottolinea anche lo stesso Conto annuale che mette in evidenza in generale un aumento negli ultimi tre anni dell'età media legato a questo fenomeno.

Decisamente elevatissimo è poi il tasso di invecchiamento confrontando il dato 2010 con quello 2001. La media di crescita di chi supera i 55 anni è del 120,4%. Gli over 55 rispetto a dieci anni aumentano di oltre il 220% tra i medici, il 120% tra i dirigenti non medici e il 95,5% tra il personale non dirigente. Le punte più elevate si hanno tra i dirigenti medici di struttura semplice (gli over 55 aumentano in dieci anni del 430%), i veterinari (+354%) e tra i dirigenti tecnici (+319%). Aumenti elevati che diventano elevatissimi per i dirigenti-donna: quelli di struttura semplice over 55, a esempio, sono cresciuti in dieci anni del 930% (si veda tabella a pagina 2).

Apparentemente, poi, a ridursi di più tra il 2009 e il 2010 sono gli ultrasessantacinquenni, con un calo generalizzato in un anno del 12,7%, concentrato soprattutto tra le categorie dirigenti (medici e non). In realtà però la "fuga" dagli organici del Ssn si concentra proprio tra il 2009 e il 2010 perché analizzando lo stesso dato dal 2001 al 2010 al contrario si nota (tranne che tra i dirigenti) un aumento degli over 65 dell'8,45%. Dato questo che rispecchia le preoccupazioni di Ordini e sindacati circa l'abbandono del lavoro legato alle innovazioni sulle politiche previdenziali degli ultimi anni.

In sostanza, mentre nel 2001 gli under 40 (età considerata giovane visti gli anni di studio "sanitari" soprattutto dei medici) erano il 36,11% dell'intera forza lavoro del Ssn, nel 2010 sono scesi al 20,8%. Una riduzione di circa il 15% di giovani con le percentuali più elevate nelle professioni i cui studi sono più brevi. Tra i medici, a esempio, gli under 40 si sono ridotti del 5% in media, mentre tra il personale non medico che proprio dal 2000 ha acquisito la laurea la riduzione è stata anche superiore (ruolo sanitario e amministrativo) al 18 per cento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Abruzzo. I dati della mobilità passiva nel 2010: le strutture preferite nelle Marche e nel Lazio Cure fuori regione, costi aumentati di oltre 20 volte la spesa delle Asl in 4 anni è salita da 3 a 67 milioni

PESCARA. Marche, Lazio, Emilia Romagna e Lombardia, ma anche il vicino Molise, sono le regioni più frequentate dagli abruzzesi che hanno bisogno di ricoveri per prestazioni mediche e chirurgiche d'eccellenza. Viaggi della speranza che sono diventati un autentico esodo per il popolo dei malati, con un aumento di spesa alla voce «mobilità passiva» che è passata dai tre milioni del 2007 ai circa settanta che costituiscono il saldo negativo di fine 2010, come a dire che è crescita di oltre venti volte. Teramo è la provincia più colpita dagli effetti dell'esodo verso le Marche. (A pagina 3)

SANITÀ

I dati sui ricoveri e i flussi verso altre regioni danno un saldo negativo di 67 milioni nel 2010

Cure fuori regione, costi aumentati di 20 volte

Negli ultimi 4 anni sempre più persone hanno scelto strutture lontano dall'Abruzzo

di Fabio Casmirro

PESCARA. Marche, Lazio, Emilia Romagna e Lombardia sono le regioni più frequentate dagli abruzzesi che hanno bisogno di ricoveri per prestazioni mediche e chirurgiche d'eccellenza. Viaggi della spe-

ranza che sono diventati un autentico esodo per il popolo dei malati, con un aumento di spesa passato dai tre milioni del 2007 ai circa settanta che costituiscono il saldo negativo di fine 2010.

**Marche, Lazio
Emilia-Romagna
e Lombardia ma anche
il vicino Molise i luoghi
più frequentati
per andarsi a curare**

**Costantini (Idv):
i dati dimostrano
che non si cerca più
la prestazione
d'eccellenza, si va fuori
per mancanza di offerta**

Andamento definito impressionante dal senatore del Pd, **Giovanni Legnini**, e che a suo giudizio potrebbe persino compromettere il pareggio di bilancio della sanità finalmente riconquistato nel 2010.

Fatto è che, in appena quattro anni, anche per effetto delle politiche di risanamento perseguite dal governatore-commissario **Gianni Chiodi**, è cresciuta oltre venti volte la mobi-

lità passiva dei malati (da tre milioni di euro nel 2007 ai 67 del 2010), sia per i ricoveri fuori regione, sia per la richiesta di prestazioni diagnostiche, test specialistici e altri servizi extraospedalieri, secondo i dati ufficiali della giunta regionale riportati nelle tabelle.

Si vede così che, ad esempio nel Teramano, sono aumentati fino al 31% i ricoveri ospedalieri nelle Marche, come pure i flussi di mobilità verso nord. Al punto che la differenza tra mobilità attiva e passiva dei malati ha consegnato all'Abruzzo, nel 2010, un saldo negativo che ammonta a oltre 67 milioni di euro, con un incremento di un milione 128mila euro rispetto all'anno precedente.

Ma sarà davvero la ricerca di un medico superspecialista, o della prestazione di alta qualità irreperibile negli ospedali regionali, a giustificare il comportamento di tanti abruzzesi che preparano le valigie per andarsi a curare? Sembrerebbe di no, scorrendo i dati sui flussi della mobilità passiva, perché oltre alle regioni sopraccitate, si scopre che pure il Molise compare ai primi posti delle re-

gioni che reclamano crediti dalle Asl abruzzesi.

«Negli anni passati», commenta **Carlo Costantini**, «dette prescelte erano le eccellenze lombarde e/o laziali (romane in particolare), cioè quelle che assicuravano sulla carta un migliore livello qualitativo rispetto all'offerta locale. L'esplosione dei flussi di mobilità nelle Marche, e in parte significativa anche nell'altrettanto vicino Molise, rispetto al passato, testimoniano invece come gli abruzzesi, con Chiodi, si muovano non più (o, comunque, non solo) perché alla ricerca della migliore offerta qualitativa, ma forse perché l'offerta in Abruzzo non esiste più».

Per il capogruppo regionale dell'Italia dei valori, se si esten-



Lettori: 310.000

ilCentro

29-NOV-2011

Diffusione: 23.526

Dir. Resp.: Sergio Baraldi

da pag. 1

de l'analisi agli effetti drammatici che queste perdite di fatturato producono sul sistema economico regionale, tra l'altro a vantaggio esclusivo di regioni confinanti e, dunque, in diretta concorrenza con l'Abruzzo, il giudizio diventa ancor più negativo, con una perdita di un numero enorme di posti di lavoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RICOVERI OSPEDALIERI 2010 - MOBILITA' PASSIVA

REGIONE ADEBITANTE	ASL L'AQUILA	ASL CHIETI	ASL PESCARA	ASL TERAMO	TOTALE COMPLESSIVO	PERC. %
MARCHE	2.929.660	6.090.857	7.122.479	25.115.507	41.258.502	31
LAZIO	16.270.534	5.935.919	2.997.077	4.981.075	30.184.604	23
EMILIA ROMAGNA	2.977.923	9.472.974	4.595.634	5.588.611	22.635.142	17
LOMBARDIA	1.609.647	3.298.278	2.886.020	2.307.583	10.101.528	8
MOLISE	1.086.489	3.989.392	535.723	264.947	5.876.551	4
BAMBIN GESU'	2.062.723	897.434	673.880	915.567	4.549.604	3
TOSCANA	958.301	1.344.155	934.297	1.074.794	4.311.546	3
VENETO	569.456	1.334.507	982.761	688.804	3.575.528	3
PUGLIA	347.001	1.737.610	576.228	475.875	3.136.714	2
UMBRIA	814.034	607.246	236.146	374.735	2.032.160	2
CAMPANIA	626.337	660.980	162.385	154.540	1.604.242	1
PIEMONTE	286.974	575.818	321.761	260.233	1.444.786	1
LIGURIA	121.914	196.316	202.044	355.639	875.913	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	67.383	210.849	118.123	200.223	596.578	0
PROV. AUTON. TRENTO	36.199	88.582	61.054	52.646	238.480	0
SICILIA	74.701	35.047	67.620	47.802	225.170	0
ACISMOM LAZIO	90.845	42.756	22.780	-	156.381	0
CALABRIA	30.550	33.437	43.831	14.686	122.504	0
PROV. AUTON. BOLZANO	82.118	11.849	18.991	20.898	111.656	0
SARDEGNA	58.518	22.318	3.048	6.638	90.522	0
BASILICATA	5.492	30.880	24.628	15.613	76.614	0
VALLE D'AOSTA	-	15.651	5.529	-	21.180	0
TOTALE COMPLESSIVO	31.086.797	36.632.855	22.590.039	42.916.215	133.225.906	100
	23%	27%	17%	32%	100%	

FONTE: DATI GIUNTA REGIONE ABRUZZO

I FLUSSI DELLA MOBILITA' PASSIVA

REGIONE ADEBITANTE	ASL L'AQUILA	ASL CHIETI	ASL PESCARA	ASL TERAMO	TOTALE COMPLESSIVO	PERC. %
MARCHE	3.249.450	6.602.759	7.645.090	30.935.712	48.433.10	29
LAZIO	22.636.640	7.157.240	3.719.202	6.312.280	39.825.362	24
EMILIA ROMAGNA	3.582.897	10.952.412	5.283.877	6.626.806	26.445.992	16
LOMBARDIA	2.133.022	4.095.874	3.595.048	2.902.517	12.728.349	8
MOLISE	1.703.587	7.401.479	1.007.531	404.701	10.525.102	6
TOSCANA	1.366.647	1.745.321	1.283.577	1.437.107	5.839.801	3
BAMBIN GESU'	2.175.074	919.950	691.536	953.523	4.740.083	3
VENETO	808.669	1.755.921	1.228.936	881.171	4.674.697	3
PUGLIA	490.519	2.059.966	734.625	567.726	3.852.835	2
UMBRIA	1.077.417	723.891	290.090	667.938	2.759.348	2
CAMPANIA	1.073.919	966.507	294.320	331.016	2.665.762	2
PIEMONTE	403.612	714.449	418.941	372.343	1.909.344	1
LIGURIA	153.739	248.191	271.186	394.776	1.067.891	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	108.218	260.589	147.084	218.935	734.827	0
PROV. AUTON. TRENTO	55.988	116.079	82.520	64.928	319.515	0
SICILIA	96.185	56.481	85.995	77.085	315.746	0
CALABRIA	77.272	76.115	52.823	21.998	232.783	0
PROV. AUTON. BOLZANO	85.671	32.350	28.799	28.859	175.679	0
ACISMOM LAZIO	101.711	44.214	23.303	1.444	170.672	0
SARDEGNA	77.827	42.930	19.195	15.422	155.374	0
BASILICATA	21.245	53.621	38.499	22.586	135.952	0
VALLE D'AOSTA	3.524	21.057	18.217	3.030	45.828	0
ACISMOM CAMPANIA	135	898	141	-	1.174	0
TOTALE COMPLESSIVO	41.482.965	46.048.294	26.960.537	53.241.902	167.755.125	100
	25%	27%	16%	32%	100%	

Lettori: n.d.

Gazzetta di Modena - Reggio - Nuova Ferrara

29-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Paolo Boldrini

da pag. 7

Ticket, pronto in Regione un piano per rimodularli

La proposta dell'Emilia-Romagna terrebbe conto del quoziente familiare
L'assessore Lusenti: non la spendiamo, aspettiamo le scelte del ministero

► BOLOGNA

Una proposta di rimodulazione dei nuovi ticket che tenga conto del quoziente familiare è «praticamente pronta. È in un cassetto, ma per ora preferiamo non spenderla. Aspettiamo la decisione del nuovo ministro che ha parlato di un ripensamento complessivo dell'intero sistema dei ticket». L'ha spiegato alla stampa l'assessore regionale alla sanità, Carlo Lusenti, che non ha anticipato i dettagli della proposta, ma ha anche criticato lo spreco di tempo che viene fatto lavorando, regione per regione su una stessa materia: «Stiamo tutti elaborando separatamente un sistema di modulazione - ha detto - si poteva farne uno solo». Per la consigliera regionale Udc, Silvia Noè, «è inaccettabile che Lusenti scarichi sul nuovo ministro della Sanità la responsabilità di correggere l'ingiustizia che la nostra Regione ha prodotto sui ticket già 3 mesi fa».



La sede della Regione Emilia-Romagna a Bologna



Lettori: n.d.

Voce Alessandrina

25-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Marco Caramagna

da pag. 1

Intervista con il **ministro della Salute**

Luci e ombre di una sanità da completare

INTERVISTA AL MINISTRO DELLA SALUTE RENATO BALDUZZI

Marco Caramagna

Gli impegni che attendono il Governo sono certamente onerosi ma non insormontabili. Quali sono le linee-guida dell'esecutivo?

A questo Governo è chiesto di fare presto, di dare subito dei segnali. Però è chiesto anche, come a tutti, di dare dei segnali buoni. Quindi, presto e bene. Presto e bene è una scommessa, ovviamente. Perché presto e bene non è sempre facile.

Abbiamo fatto un ragionamento di questo genere. Come esecutivo composto da persone che non sono politici di professione vorremmo ancora di più valorizzare il principio di fondo di ogni esecutivo, cioè la collegialità, secondo lo spirito del diritto costituzionale a cui, poi, si aggiunge la responsabilità per gli atti dei singoli dicasteri. La collegialità è qualche cosa che spesso si è perduta, non solo in questi ultimi anni, in quanto si è voluto assegnare un ruolo molto forte al cosiddetto premier, che nella Costituzione italiana si chiama presidente del Consiglio dei Ministri. Ecco, noi la vorremmo ripristinare tenendo insieme le due cose. Cioè, il ruolo autorevole e forte del presidente Monti - che per tutti noi è scontato - e il valore della collegialità. Questo per noi è il modo e il metodo per fare fronte alle sfide.

E' chiaro che all'esterno sarà, soprattutto, un problema del presidente Monti, all'interno è un problema di tutti i ministri, in particolare dei cosiddetti ministri di settore, cioè che hanno settori significativi della vita nazionale affidati alla loro competenza.

A cominciare da quello della Salute... E allora qual è lo "stato della salu-

te e della sanità" in Italia?

Siamo in presenza di un sistema sanitario che è buono. Ciò che vuol dire che ci sono parti del territorio o, dentro le stesse parti del territorio, segmenti di sistema - magari dentro la stessa struttura sanitaria - di qualità e segmenti più difficili, più problematici. Questo, da un certo punto di vista è normale perché nei servizi sanitari, più che in altri, conta il fattore umano. E il fattore umano è diverso. Tanto è vero che uno dei compiti principali del Ministero è quello di riuscire - attraverso linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, indicazioni operative - a realizzare una omogeneità la più alta possibile, perché dentro questa omogeneità i più esperti possano eccellere e i meno esperti, comunque, non arrivino troppo lontano dall'eccellenza: questa è la sfida di ogni sistema sanitario. Noi siamo buoni nell'insieme, con dei grandi problemi soprattutto localizzati in alcune regioni d'Italia. Però, in un buon sistema sanitario si capisce se anche nelle parti di un territorio che sono più difficili, dove i servizi funzionano in generale meno, quello sanitario comunque funziona. In questi anni si sta sviluppando una metodologia per misurare gli esiti, non la qualità in astratto, in termini di salute. Per esempio: questa patologia trattata in un determinato ospedale dà questi effetti, produce questi risultati, queste complicazioni, la morte o non la morte. Questi esiti rappresentano un elemento che aiuta il decisore, che non è il **ministro della Salute** ma le Regioni. Il **ministro della Salute** ha il compito di fare in modo che le singole Regioni esercitino al meglio le loro attribuzioni e di garantire che ognuno faccia la propria parte ma non è di-

rettamente colui che risponde dei servizi concreti prestati, perché il nostro sistema costituzionale assegna questa competenza alle Regioni. Però, al **ministro della Salute** spetta garantire che le Regioni la possano esercitare, quindi fare in modo che il finanziamento sia adeguato, vigilare perché i cittadini abbiano i diritti che loro spettano, in particolare i livelli essenziali di tutela della salute.

Quanto incide nel bilancio dello Stato italiano la spesa sanitaria?

Meno di quanto si pensi per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica, a cui però bisogna aggiungere una significativa spesa sanitaria privata. Nelle classifiche internazionali siamo molto valorizzati, perché riusciamo, tra spesa pubblica e spesa privata - quella che il cittadino tira fuori di tasca propria, che possono essere, da una parte, i ticket e dall'altra le medicine non rimborsabili - a far fronte ai servizi resi. Le classifiche vanno prese con beneficio d'inventario ma se la sanità è al terzo o quarto posto al mondo per quanto riguarda l'assetto dei servizi sanitari non possiamo prender per buona solo la classifica che ci mette al 120° posto quanto a efficienza della giustizia e non quella che ci mette terzi o quarti nell'efficienza sanitaria... Dobbiamo prenderle entrambe come indicatori di un sistema.

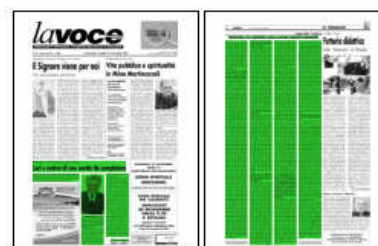
Cosa farà il Governo in questi mesi?

Non vogliamo fare la rivoluzione nella sanità ma portare a termine le cose avviate dai precedenti Governi rimaste per qualche ragione per aria. Questo sì che è rivoluzionario. Sarà, forse, necessario dare qualche indicazione di tendenza sul medio e sul lungo periodo, perché una volta ripristinata nel nostro Paese l'ordinarietà della vita istituziona-

le, quindi un Governo sorretto da una maggioranza precostituita con una durata di legislatura, ci siano le basi per poter andare avanti. Quindi, da una parte, noi portiamo alla fine il meglio di quello che c'è e, dall'altra, creiamo delle condizioni, mettiamo in atto delle strategie per disegnare la sanità nel medio e nel lungo periodo, che sarà probabilmente non uguale a quella attuale.

Quali sono le difficoltà nell'immediato, a breve e a medio termine della sanità italiana?

La prima difficoltà mi sembra di ordine culturale, prima ancora che economico o sociale. Cioè quella di non credere a sufficienza in se stessa e nei suoi modelli, che non sono tutti uguali ma plurimi. Credo che ciascuna Regione abbia il diritto di darsi l'assetto che ritiene migliore dentro, evidentemente, la cornice generale del servizio sanitario nazionale perché ci sono Regioni con tanto privato o poco privato, Regioni con tanto o poco sociale dentro la sanità, Regioni che sono fortemente condizionate dall'esistenza di una significativa quota di offerta sanitaria privata (laboratori, case di cura e quant'altro) e Regioni che, invece, si sono date un assetto più compatto di tutto questo e puntano soprattutto sulla sanità pubblica, Regioni che mettono molto in rilievo l'integrazione tra sociale e sanitario. Tutto questo, nelle diverse realtà è fatto in modo diverso. Se, però, l'integrazione



Lettori: n.d.

Voce Alessandrina

25-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Marco Caramagna

da pag. 1

è un valore obiettivo positivo devono tutte arrivare ad avere uno standard di integrazione sufficiente. Questo, però, significa avere una consapevolezza della validità del proprio sistema di sanità. Che è importante perché è la base per poter correggere degli errori.

Esiste, poi, la necessità di un attento regime dei controlli perché i controlli sono il problema del nostro ordinamento, che ha delle norme in genere buone, perlomeno molto ricche, magari troppo, inattuata e soprattutto difficili da attuare perché i controlli sono normalmente carenti o esagerati. I controlli sono difficili. Ma un sistema di controlli che, invece, diventi più efficiente è il modo per assicurare l'appropriatezza delle prestazioni e alla fine la tutela della salute. Ormai tutte le indicazioni, le analisi che ci sono in Italia, comprese quelle fatte dall'Agenas (ente di cui era presidente il prof. Balduzzi prima di diventare ministro, ndr), tutte le ricerche dicono che dove c'è minor qualità c'è anche maggiore spesa. In sanità, le situazioni dove si spende di più sono anche quelle che danno servizi più scadenti. E allora è chiaro che i problemi sono i controlli sull'appropriatezza. C'è da far funzionare le regole esistenti. La riforma del 1999 aveva scritto alcune cose per tenere insieme

questo sistema regionalizzato. A partire dal 2004 Governi di diverso segno politico hanno ripreso questa linea di imporre alle Regioni, che non riescono ad attuare il servizio o che non riescono ad attuarlo entro un certo termine, un piano di rientro che sia però al tempo stesso affiancato da un piano di riqualificazione dei servizi e delle prestazioni.

Una domanda di carattere non prettamente sanitario. Questo Paese come tanti altri paesi dell'Occidente sia in soprappeso, almeno per quanto riguarda la popolazione giovanile. Il Governo pensa di fare qualcosa nel breve lasso di tempo di questo Governo. Educazione alimentare.

Non partiamo da zero. Questa situazione, la necessità di stili di vita diversi, di guadagnare salute, sono tutti slogan del passato, cioè che ci accompagnano. Si tratta di farli diventare un po' reali. Abbiamo un ottimo sistema di regole però ci vuole che dentro le scuole dentro l'associazionismo, dentro i luoghi di lavoro questa cosa sia - la campagna contro il fumo, noi abbiamo vinto la battaglia del divieto di fumo nei locali pubblici, battaglia difficile, ma non abbiamo vinto la battaglia contro il fumo, è una battaglia che non può mai cessare di essere combattuta.

Cosa può fare il Governo e per conto del Governo i ministri competenti: incentivare le buone pratiche che ci sono in questi campi. Ci sono luoghi dove quanto tu mi chiedi si fa con esiti anche buoni dove si fa bene. D'altra parte forse non è solo un caso o merito delle tecnologie delle automobili se c'è una riduzione degli incidenti mortali, sono forse anche i primi risultati di una progressiva campagna di educazione alla salute, che non si è mai smessa di fare anche se poi da luogo a luogo, da città a città, dentro la stessa città da scuola a scuola, qualche volta dentro la stessa scuola da sezione a sezione il modo con cui questo si fa è diverso. Ma d'altra parte questo è un punto per quanto riguarda l'educazione alla salute, salute, sanità e istruzione si toccano: sono i due settori nei quali il fattore umano gioca il peso più forte. E dunque uno può avere nella stessa scuola due classi molto diverse per tante ragioni.

Una considerazione sulla nostra sanità regionale?

In sanità è riconosciuto che la qualità assoluta è un obiettivo forse irraggiungibile. La sanità italiana non ha bisogno di svolte nel breve periodo ma di completamenti, di pezzi di strada ulteriori che vadano in quella

direzione, senza svoltare.

Altro è, come dicevo all'inizio, immaginare invece un assetto per gli anni del medio e soprattutto del lungo periodo perché qui non c'è nessuno in questo momento che abbia le ricette. Allora bisogna che insieme - il livello nazionale, i livelli regionali ma anche quelli locali, perché tutto il socio sanitario si gioca a partire anche dal locale - realizzi quello che la Costituzione chiede a loro, cioè la collaborazione e integrazione funzionale dei servizi. Questo in tutte le Regioni, compresa la Regione Piemonte, perché da questo punto di vista è una Regione con luci e ombre. Credo che il Governo del Piemonte sia impegnato, come tutti i Governi, in quella condizione a valorizzare le luci spegnendo le ombre. Non sono cose che si possano facilmente misurare nel breve.

Quello che si può misurare nel breve è il trend, cioè da questo punto di vista mi pare che il Piemonte abbia avviato una risposta non evasiva ai problemi posti nel piano di rientro e nei problemi posti dall'equilibrio economico-finanziario, probabilmente bisognerebbe avere la stessa risposta non evasiva - ma anche su questo l'Ares, l'agenzia del Piemonte, sta riflettendo - non solo su questo ma sull'insieme delle questioni che riguardano la sanità piemontese.

A poche ore dalla nomina a Ministro della Salute abbiamo intervistato il professor Renato Balduzzi sulla sanità in Italia sapendo delle sue profonde conoscenze e della sua esperienza legislativa nel settore.



LA POLEMICA

Di Stefano: sanità, metodo sbagliato

Il senatore Pdl: d'accordo con Piccone sulla Fase 2 ma parliamone nel partito

La sollecitazione del coordinatore del Pdl a Chiodi a migliorare i servizi fa discutere la politica abruzzese

Giuliente: può finire il commissariamento D'Amico: il Pd pronto a un Patto per la salute

di Giuliano Di Tanna

PESCARA. «Le esternazioni di Piccone le condivido totalmente. Ritengo, però, che noi del Pdl abbiamo una responsabilità da partito di governo. Quindi, dobbiamo essere consequenziali con questa responsabilità e sostenere Chiodi nel compito di affrontare le criticità della sanità. Ma dobbiamo farlo anche e soprattutto nelle sedi opportune».

La cautela è da vecchio democristiano, anche se **Fabrizio Di Stefano** non viene da quell'esperienza politica. Tuttavia, dietro al tono misurato si legge una critica al metodo — un'intervista apparsa ieri sul *Centro* — scelta da **Filippo Piccone**, senatore e coordinatore regionale del Pdl, per sollecitare il suo compagno di partito, **Gianni Chiodi**, presidente della Regione e commissario straordinario alla Sanità, a dare avvio alla «Fase 2» del risanamento badando di più alla qualità e alla distribuzione territoriale dei servizi, ospedalieri e non. Di Stefano, che è senatore e vice coordinatore regionale del Pdl, dà voce a una discussione in corso nel partito di maggioranza relativa abruzzese che, il prossimo mese, celebrerà i suoi congressi provinciali e che si accinge al delica-

to compito di scegliere i candidatisindaci alle elezioni comunali di primavera in città importanti come L'Aquila e Avezzano. La sanità è solo uno dei terreni di questo dibattito, ma niente affatto che secondario in una regione che a quel capitolo destina circa l'80 per cento delle sue risorse di bilancio.

«C'è di sicuro la necessità di dare una svolta alla sanità abruzzese», dice Di Stefano. «E' importante il recupero del pareggio nei conti rialzato dal commissario Chiodi. Ora, però, va data più qualità ed efficienza ai servizi. Ma il confronto su questi punti va fatto a un tavolo politico affiancato da quello tecnico».

«La «Fase 2» di cui parla Filippo (Piccone ndr)», spiega il senatore di Tollo, «significa anche implementare la sanità sul territorio per evitare che il paziente arrivi necessariamente al ricovero in ospedale per curarsi. Ma c'è anche un altro dato negativo su cui intervenire: quello della crescita della mobilità passiva, cioè del numero crescente di abruzzesi che vanno a curarsi fuori regione. Una tendenza, iniziata con la giunta Del Turco di centrosinistra e continuata con la nostra giunta, che costa molto alla regione. Su questo è opportuno che il nostro partito faccia, sempre nelle sedi opportune, una lunga e approfondita discussione».

Dopo tre anni è arrivato forse il momento di mettere la parola fine al commissariamento della sanità?

«Quando sarà certificato che i conti sono totalmente a posto», risponde Di Stefano, «potremo fare a meno del commissariamento, e Gianni Chiodi sarà contento di potersi sgravare di un tale peso».

Sulla fine del commissariamento non la pensa in manie-

ra diversa, **Luca Ricciuti**, consigliere regionale aquilano del Pd.

«Appena il governo lo renderà possibile, è giusto che finisca il commissariamento», dice Ricciuti. «Credo che a Roma adesso stiano mettendo un'attenzione diversa al problema. Il commissariamento è servito anche ad alleggerire le pressioni di alcuni poteri forti come, per esempio, quello delle cliniche private. Oggi vedo nel mondo della sanità privata abruzzese una diversa attenzione verso il pubblico, un atteggiamento più collaborativo che io apprezzo, non essendo un liberista ma un uomo della destra sociale, uno di quelli, per intenderci, del Pdl erano a favore della patrimoniale».

«Se Piccone pone il problema di una «Fase 2» del risanamento della sanità abruzzese, allora ci si può sedere intorno a un tavolo e discutere se si poteva fare di più e meglio. Se, invece, Filippo solleva solo un problema localistico, che riguarda Avezzano, allora il discorso è diverso», dice **Gianfranco Giuliente**, anche lui del Pdl. Secondo il consigliere e assessore regionale aquilano alla Protezione civile, «il commissariamento della sanità può finire adesso: siamo arrivati al momento in cui è giusto che la Regione si riappropri delle sue competenze».

Il centrosinistra guarda con un misto di stupore e soddisfazione al travaglio — se così si può definire — in corso nel Pdl sulla «Fase 2» della sanità.

Giovanni D'Amico, consigliere regionale del Pd ed ex assessore al Bilancio della giunta di centrosinistra presieduta da Ottaviano Del Turco, dice: «Io concordo con ciò che il nuovo ministro della Sanità, **Balduzzi**, ha detto venerdì scorso a Pescara, e che io sostengo da tempo. Cioè che il problema della nostra sanità sta nel rapporto fra qualità e costi dei



servizi. Vedo con soddisfazione che adesso, con grande ritardo, se ne accorge anche Piccone».

«E' dall'inizio di questa legislatura», aggiunge D'Amico, «che rivendichiamo l'applicazione del piano sanitario del 2008 che guardava soprattutto alla qualità dei servizi e che i piani operativi successivi hanno snaturato tendendo al pareggio a costi più alti».

Sul commissariamento, D'Amico è del parere che sia giunta l'ora di decretarne la fine: «Bisogna superarlo. Al governo centrale va lasciata la sua funzione di controllo ma va restituita alle istituzioni regionali la piena sovranità perché questo consentirebbe alle opposizioni di dare il loro contributo al risanamento della sanità così come abbiamo fatto con il nostro appoggio al Patto per lo sviluppo dell'Abruzzo che potrebbe diventare il "luogo" per fare un Patto per la sanità».

«La nostra sanità», conclude il consigliere del Pd, «potrebbe avere servizi migliori a costi minori se prendesse a modello regioni virtuose come l'Umbria, liberando risorse per lo sviluppo economico dell'Abruzzo».

Al neo ministro della sa-

nità del governo Monti si richiama, infine, anche **Carlo Costantini**.

«Anche a me è piaciuto quel che ha detto Balduzzi durante la sua visita pescarese», racconta il capogruppo regionale dell'Idv che, nel 2008, contese a Chiodi l'elezione a presidente della Regione. «Fondamentalmente il ministro ha detto che il risanamento si raggiunge non solo con i tagli ma anche e soprattutto con il miglioramento dei servizi offerti, che, per esempio, contrasterebbero la crescita delle spese dovuta al forte incremento della mobilità passiva. Quanto poi all'apertura di una "Fase 2" del risanamento che invoca Piccone, io, per la verità, non ho visto neppure la "Fase 1"».

«Sul commissariamento, infine», conclude Costantini, «Chiodi mi sembra in contraddizione. Se fosse vero, come sostiene lui, che ha raggiunto il pareggio nel 2010, un minuto dopo avrebbe dovuto chiedere la fine del commissariamento. Perché non lo ha fatto?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'IMPEGNO DEL MINISTRO**«Garantiremo l'equità»***Revisione dei ticket nel quadro del Patto con i governatori*

La rimodulazione dei ticket di nuovo in auge con la manovra 2011 saranno rimodulati «con trasparenza ed equità, d'intesa con le Regioni, con il riconoscimento del reddito familiare e della numerosità dei figli».

È il primo impegno del neo ministro della Salute, Renato Balduzzi, che avverte: «La problematica dovrà essere inserita nel Patto per la salute, ovvero in un sistema condiviso con le

Regioni».

Nessuna indicazione «politica», poi, su eventuali tagli. Semmai un avvertimento: «La scommessa del Ssn - dice Balduzzi - si vince attraverso una corretta organizzazione dei diversi fattori: umani, strutturali e finanziari». E se tagli ci saranno «saranno conseguenza di ciò che ci siamo trovati ad affrontare».

A PAG. 4

Prime dichiarazioni del neo ministro Balduzzi sugli interventi in agenda per il settore

Si riparte dal nodo dei ticket

Rimodulazione equa - Mediazione su redditi e figli nel Patto per la salute

Equità e trasparenza a partire dai ticket. Che il Governo cercherà di rimodulare «d'intesa con le Regioni, con il riconoscimento del reddito familiare e della numerosità dei figli».

Il tema esploso in estate - quando grazie alla manovra di primavera si è riaperto il dibattito su come e quando far pagare il ticket di 10 euro su specialistica e diagnostica già in vigore ma puntualmente coperto a carico dei fondi pubblici - non poteva non entrare di peso nell'agenda del ministro della Salute, Renato Balduzzi, che nelle prime dichiarazioni rilasciate la settimana scorsa ha lasciato intravedere la lista delle prime emergenze sul tappeto. I ticket dunque, oggetto ancora in queste settimane di limature da parte delle Regioni.

Una buona palestra peraltro, e un buon viatico quello dell'equità quando c'è in vista un faccia a faccia pesante con le Regioni già in stato d'agitazione per il riparto del Fsn 2012. Balduzzi è parso voler preparare la strada per i temi caldi che si avvicinano a grandi passi: tagli no, rimpasti sostanziosi sì. Perché la scommessa del Ssn «si vince attraverso una corretta organizzazione dei diversi fattori: umani, strutturali e finanziari». E se tagli ci saranno «non saranno frutto di una scelta politica ma una conseguenza di ciò che ci siamo

trovati ad affrontare».

Insomma, un Governo equo ma costretto a lavorare nell'emergenza, con la scommessa di far quadrare tutto in modo tanto virtuoso da smussare il peso dei sacrifici annunciati. Balduzzi fa nomi e cognomi: «Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana hanno dato la migliore dimostrazione di saper riuscire a stare dentro il sistema, riuscendo a mettere insieme risorse e prestazioni dei servizi, senza dover ricorrere alla scelta di emergenza dei tagli, che dipende sempre da una carenza precedente di programmazione. Perché si taglia se non si è programmato bene». Tutto chiaro.

I conti scomodi, del resto, ministro e Regioni li faranno seduti allo stesso tavolo: «L'obiettivo è quello di ritornare a stabilire un rapporto con queste spese che sia coerente con situazione reddituale familiare», ha ripetuto il ministro, aggiungendo che «la problematica dovrà essere inserita nel Patto per la salute, ovvero in un sistema condiviso con le Regioni».

E tra i fattori virtuosi che Balduzzi vuol veder girare nella Sanità rinnovata c'è senz'altro una nuova crociata anti-corruzione rispetto alla quale non saranno ammesse defezioni: «In Sanità ci sono investimenti importanti, girano molti soldi, ci sono strumenti che costano molto e ci sono decisioni prese anche in modo molto decentrato che han-

no un effetto finanziario molto forte». Niente tentennamenti, dunque. Così come non ci saranno tentennamenti, par di capire, rispetto a principi e background che accompagneranno l'agire politico del neo ministro che un campionario abbastanza illuminante del proprio pensiero lo ha offerto anche intervenendo alla XXVI conferenza internazionale del Pontificio consiglio per gli operatori sanitari, in Vaticano.

«Il diritto alla vita - ha detto - non è espressamente menzionato nella Costituzione italiana. La mancata formalizzazione significa che esso è più di un diritto, che può essere regolato. È il presupposto per l'esercizio di tutti i diritti, insomma quello che possiamo definire un principio-valore, il principio della dignità umana». «Per questo l'avanzamento della scienza medica non deve solo portare un sollievo freddo, quasi meccanico, ma deve coniugarsi con la vicinanza umana tra medico e paziente, una sorta di patto che si instaura per cui è possibile parlare di convergenze tra diritto alla salute e diritto a vivere secondo dignità». E la sfida va affrontata «evitando due rischi, quello del massimalismo di segno etico da una parte e quello di minimalismo di segno politico dall'altra».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettera dei governatori : «Ecco le nostre priorità»

Patto per la salute, finanziamento, edilizia sanitaria e piani di rientro: il presidente dei governatori Vasco Errani, chiedendo la scorsa settimana un incontro urgente al ministero della Salute Renato Balduzzi, gli ha inviato anche una scheda sintetica su sette grandi temi di confronto tra Governo e Regioni che per la Sanità hanno al primo posto la definizione di un nuovo Patto per la salute in cui si dovranno sciogliere tre «modi cruciali».

Il primo è il finanziamento del Ssn, che rispetto al Patto 2010-2012 è stato ritoccato unilateralmente al ribasso dal Governo, fatto questo stigmatizzato già da mesi dai governatori.

C'è poi la questione delle risorse per l'edilizia sanitaria e l'ammmodernamento tecnologico, anch'esse "tagliate" di un miliardo con l'ultima manovra, lasciando a secco investimenti strategici e soprattutto paralizzando una serie di accordi di programma già messi a

punto che senza risorse restano al palo.

Il terzo punto riguarda le procedure per la gestione dei piani di rientro. Un discorso già avviato con il "vecchio" Patto, ma che per ora ha visto la gestione a senso unico del Governo, nonostante la richiesta esplicita delle Regioni di avere pari diritti di intervento.

Tra i sette punti poi c'è il trasporto pubblico locale che «richiede misure urgenti» dal 2012; il federalismo fiscale per avviare una verifica sull'attuabilità dopo l'impatto delle varie manovre sui bilanci regionali; la revisione del Patto di stabilità; la riduzione dei costi delle istituzioni (già avviato dalle Regioni al loro interno); scelte condivise sulla riforma del bilancio Ue e sulla riforma dei fondi strutturali; Welfare, le cui risorse «sono state pressoché azzerate dalle ultime manovre» rendendo impossibile per le Regioni «assicurare i servizi essenziali di assistenza alla persona».

Il Pd: la sanità è peggiorata con Chiodi

Il senatore Legnini: pareggio di bilancio precario con 90 milioni di mobilità passiva

«È impressionante il numero di persone che si cura fuori regione I 255 milioni? Svarione incredibile

di Fabio Casmirro

PESCARA. «Quando un governo fallisce gli obiettivi, chi ne ha la responsabilità o la attribuisce al difetto di comunicazione oppure parla di Fase 2». Il senatore del Pd, **Giovanni Legnini**, legge così il dibattito tutto interno alla maggioranza di centrodestra in tema di risanamento della sanità abruzzese e non solo. «Ci ricordiamo», dice, «la Fase 2 del governo Berlusconi, quando parlava di crescita, di decreto sviluppo? Non c'è mai stata. C'è stata invece un'agonia lunga, che ha fatto danni all'Italia».

La proposta del coordinatore Piccone non è forse un invito ad attuare l'atteso programma degli investimenti sulla sanità dopo il raggiungimento del pareggio di bilancio?

«Il risanamento finanziario era un obbligo di legge. Era scritto nel Piano di rientro stipulato dal centrosinistra nel 2007 ed è sancito nelle leggi dello Stato, volute sia dal centrosinistra che dal centrodestra. Anche **Tremonti** ha fatto tre manovre finanziarie per raggiungere un pareggio di bilancio che forse ci sarà nel 2013. Qualcuno, in Italia, può dire che l'azione del governo Berlusconi abbia avuto successo? Tradotto: il risanamento finanziario doveva essere coniugato con l'efficienza, la lotta agli sprechi e l'ammodernamento del sistema. **Chiodi** ha invece agito con la scure e il risultato è che il sistema sanitario è peggiorato di molto».

E' il dato della mobilità passiva in costante ascesa a preoccupare?

«Il numero impressionante di abruzzesi che va a curarsi fuori regione ci costa un conto salatissimo: più

di 60 milioni nel 2010 e quest'anno si va verso i novanta. Nel 2007, i milioni spesi per la mobilità passiva erano tre. Adesso, lo ripeto, sono novanta. Ma c'è dell'altro: non sono stati fatti investimenti sul territorio, e non solo dove gli ospedali sono stati chiusi o ridimensionati. In ampie aree d'Abruzzo, i diritti minimi dei malati non vengono rispettati e le liste d'attesa si allungano a dismisura. Terza questione: molte professionalità lasciano l'Abruzzo e quelle nuove non arrivano. Conclusione: un sistema sanitario senza assistenza territoriale, senza tecnologie d'avanguardia e senza professionalità non può funzionare. E quello abruzzese è stato ridotto così in questi anni».

Non chiamiamola Fase 2, cosa bisogna fare visto e considerato che non c'è più neppure la garanzia di poter spendere 255 milioni per l'assistenza di base e i servizi?

«Il caso dei 255 milioni, lo definirei uno svarione incredibile. Mi auguro si possa chiarire con il ministero se questi accantonamenti (5% l'anno) siano stati già impegnati nei bilanci delle Asl e negli altri capitoli di spesa oppure no, perché questa è la domanda a cui Chiodi deve rispondere. Ma siccome non è in grado di rispondere, occorre un'azione al ministero e se servirà il nostro sostegno siamo pronti a darlo».

In cosa consisterebbe lo svarione?

«Nel fatto che, ad agosto, Chiodi e il Pdl si presentarono agli abruzzesi con toni trionfalistici annunciando queste risorse, oggi invece balbettano. E soprattutto non sono ancora nelle condizioni di dire con precisione se quegli accantonamenti, che erano un sorta di ritenuta garanzia dello Stato nei confronti della Regione, siano

o meno, ed eventualmente in quale misura, spendibili».

Sono stati promessi anche altri 250 milioni, ex articolo 20, per i nuovi ospedali.

«I 250 milioni per i nuovi ospedali sono come i Fas, nel senso che esistono ma non sono immediatamente impegnabili perché non c'è cassa. Ma se pure fossero spendibili domattina, resta il fatto che la Regione ha promesso cinque nuovi ospedali che notoriamente costano almeno più del doppio. C'è un altro aspetto da considerare: senza che nessuno lo abbia mai deciso, si sta lavorando per coinvolgere capitali privati. Non c'è nulla di male nel ricorrere ai progetti di finanza, ma occorre spiegare con chiarezza se si vuole semiprivatizzare l'assistenza ospedaliera. Perché se si chiede capitale privato alle imprese per costruire cinque nuovi ospedali, in cambio devi come minimo garantire i servizi».

Il commissariamento della sanità può definirsi superato?

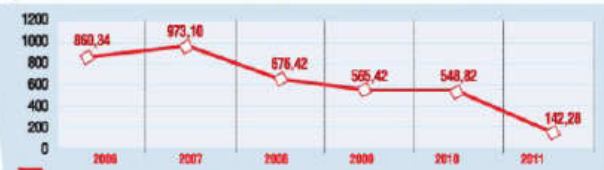
«La legge prevede che non appena c'è pareggio di bilancio, il commissariamento cessa automaticamente. Perché allora Chiodi non si dimette? Perché il pareggio è precario e la precarietà è legata prevalentemente al dato macroscopico della mobilità passiva. Per questo credo che, con la cosiddetta Fase 2, fumosa e inconsistente, Chiodi e il Pdl siano impegnati in una azione di distrazione di massa».

Cambierà qualcosa con il governo Monti?

«La stessa responsabilità che abbiamo assunto con il governo Monti, e che in Abruzzo abbiamo già dimostrato in occasione del terremoto e del Patto per lo sviluppo, ci porta a ribadire che siamo disponibili a dare una mano, purché chi governa la smetta di fare chiacchiere e propaganda».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DISAVANZI SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**DEBITI E INDEBITAMENTO NETTO DEL SERVIZIO SANITARIO**

	2008	2009	2010	2011	2012
Maggiorazione aliquota IRAP	73,4	50,0	57,8	60,1	63,2
Maggiorazione addizionale regionale all'Irpef	62,7	63,6	65,4	67,2	68,7
Fondo per il "cuneo fiscale"	12,9	13,8			
TOTALE RISORSE FISCALI	149,1	127,4	123,2	127,4	132,0
Maggiorazione base di circolazione regionale	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0

Senatore Pd. **Giovanni Legnini**

Il caso**Meno interventi al Pronto soccorso
è l'effetto del rincaro sui ticket**

Gli effetti della stangata del governo sul flusso di interventi

**Ticket al Pronto soccorso
e diminuiscono i pazienti****Sono invece
in aumento
le tipologie
di segnalazioni
più gravi**

GABRIELLA DE MATTEIS

IL DATO arriva dal Policlinico. Ed è indicativo perché si tratta dell'ospedale più grande della Puglia, con una media di 400 pazienti al giorno al pronto soccorso. Con l'aumento del ticket, varato con la manovra finanziaria del governo a luglio, sono diminuiti i casi di cittadini che si sono rivolti al pronto soccorso con un codice verde o bianco e cioè per patologie né urgenti né gravi.

INUMERI sono stati raccolti dai medici del pronto soccorso e illustrati anche in un convegno nazionale dalle organizzazioni sindacali degli infermieri. Da gennaio a ottobre del 2010, al presidio di prima emergenza del Policlinico, sono stati visitati 86.991 pazienti: 568 sono arrivati con un codice rosso e quindi erano particolarmente gravi, 15.126 con un codice giallo, uno stato intermedio, gli altri 71.297 con codici verdi o bianchi. Un numero che nello stesso periodo del 2011 è calato fermandosi a quota 63.455. «Effettivamente una diminuzione dei codici verdi e bianchi c'è stata», spiega Francesco Stea, primario del Policlinico, che però puntualizza: «Nello stesso tempo abbiamo registrato un aumento dei casi più gravi che quest'anno sono stati 608, ma in questo caso il dato può dipendere da numerose variabili». Nel 2011, complessivamente al pronto soccorso, «gli accessi» sono stati 81.549, il calo del numero dei pazienti visitati è sensibile, si attesta sulle cinquemila unità. «La diminuzione dei

codici verdi e bianchi sicuramente può essere spiegata con l'aumento del ticket», dice Stea. Fino al 16 luglio si pagava 25 euro per il codice bianco (considerato un accesso «improprio» al pronto soccorso) e 36 euro per la visita specialistica prescritta dal medico del presidio di prima emergenza. Un paziente, quindi, poteva spendere al massimo 61 euro. Con la novità, introdotta dalla manovra finanziaria, si è aggiunta una «tassa» di dieci euro. «Al pronto soccorso del Policlinico arrivano ogni giorno pazienti che dovrebbero essere visitati altrove» dice Antonio Mazzarella, segretario della Cgil medici.

Alle dodici del mattino le sale del presidio di prima emergenza sono affollatissime. I sette posti della sala rossa, quella cioè dove arrivano i casi più urgenti, sono occupati. E anche quelli della degenza breve. C'è una signora che è caduta appena scesa dal letto e che si è fatta accompagnare al pronto soccorso invece di chiedere un parere al medico curante. C'è uno studente che al Policlinico è arrivato con un'ambulanza perché durante l'ora di educazione fisica si è fatto male alla caviglia. E un ragazzo che dopo essere stato visitato nei giorni scorsi al pronto soccorso dell'ospedale San Paolo per una mano gonfia è ritornato al Policlinico dove è stato sottoposto a un'altra radiografia. Tra la prima visita, la seconda e gli accertamenti pagherà di ticket, conteggiano al pronto soccorso, quasi cento euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

Il Sole **24 ORE** Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

29-NOV-2011

da pag. 1

RIPARTO 2012

Scontro per 106 miliardi

Regioni spaccate sui criteri per assegnare i finanziamenti

Il riparto 2012 del Fsn - 106 miliardi in palio - parte subito in salita. Con le Regioni di nuovo spaccate. Dopo l'invio della proposta dell'ex ministro Fazio le posizioni delle Regioni restano ancora molto lontane. Da una par-

te ci sono le Regioni del Sud che insistono con la deprivazione. Dall'altra un drappello di Regioni in ordine sparso, con il Veneto contrario alla deprivazione e favorevole a pesare le cronicità.

A PAG. 5

Dopo l'invio della proposta di Fazio le posizioni delle Regioni restano molto lontane

Riparto 2012, intesa in salita

Il Sud insiste con la deprivazione - Veneto contrario: pesiamo le cronicità

Il riparto del Fondo sanitario per il prossimo anno - 106 miliardi, 108,7 se si calcolano anche le risorse vincolate - è già una trincea. Con le Regioni del Sud che compatte alzano in alto la bandiera del criterio della deprivazione, l'indice sulle condizioni socio-economiche da tempo sbandierato dai governatori meridionali come parametro in più da prendere in esame, accanto all'età, per ripartire con i finanziamenti del Ssn. Compresi quelli che saranno divisi con i costi standard del federalismo. E con le altre Regioni più o meno in ordine sparso divise tra chi punta al criterio della cronicità (la frequenza sul territorio di patologie come tumori o malattie cardiovascolari) o insiste sul peso dell'invecchiamento dei propri abitanti. Tra tutti il Veneto, il più acerrimo nemico dell'indice di deprivazione, che chiede invece di ricorrere a un approccio epidemiologico. Insomma tutti contro tutti o quasi. In attesa di parlare con il neo-ministro **Renato Balduzzi** che si troverà per le mani una bella patata bollente.

Tutto è iniziato con l'invio alle Regioni nelle scorse settimane della proposta di riparto 2012 dell'ex ministro della Salute, **Ferruccio Fazio** (si veda «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 44/2011). Una proposta che in pratica percorre la solita strada (quota pro capite pesata per età) con gli aggiustamenti del metodo del "lapis" (in sostanza una correzione "politica"). La proposta arrivata quasi fuori tempo massimo ha scatenato come ovvio molte polemiche. Tra tutte quelle dell'assessore alla Salute della Regione Puglia **Tommaso Fiore** che considera "irricevibile" la proposta di Fazio: «Non soltanto vengono confermati i criteri dello scorso anno - osserva Fiore -, ma per la prima volta un

ministro fa il lapis a quelle che dovrebbero essere le decisioni prese dai presidenti delle Regioni, pretendendo di sostituirsi, in qualche modo, a loro». Da qui la richiesta di Fiore che, a nome delle Regioni del Sud, lancia un appello a Balduzzi: «Chiediamo che il neo-ministro della Salute ritiri questo decreto e ne formuli un altro, d'intesa con le Regioni, che preveda nuovi criteri». A partire proprio dalla "deprivazione" che tanto aveva diviso, lo scorso anno, le Regioni al momento del riparto: con quelle del Sud che chiedevano appunto che si rivedessero i "pesi" tenendo conto anche delle condizioni socio-economiche delle popolazioni, notoriamente più critiche al Mezzogiorno. Secondo l'equazione: chi è più povero ha bisogno di più risorse per curarsi. Quella richiesta di revisione dei criteri allora fu congelata con la promessa che quest'anno finalmente si sarebbe aperta la partita. Per ora tutto è ricominciato con le solite schermaglie, condite da qualche polemica in più. Nel mirino del confronto tra i tecnici regionali è finito anche il tradizionale calcolo della popolazione che quest'anno potrebbe essere rivisto in base al censimento che sta effettuando l'Istat.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE** Sanità

29-NOV-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 1

Le posizioni delle Regioni sul riparto

Veneto

No al criterio età + deprivazione (poco scientifico e disomogeneo). Ipotesi di ricorrere a un **approccio epidemiologico** che mira ad allocare le risorse sulla base degli indici epidemiologici a disposizione: in sintesi più risorse dove ci sono più malati

Lombardia

Vanno bene i criteri adottati nel 2011 (escluso il "lapis"), ma se devono essere cambiati vanno presi in considerazione tre criteri con cui assegnare specifiche quote del Fsn (dall'1 al 5%). E cioè: **cronicità** (presenza di patologie come tumori, malattie cardiovascolari ecc.); **accreditamento** per chi ha fatto o sta facendo attività di accreditamento delle strutture; **virtuosità**, calcolando un indicatore quantitativo di virtuosità (indicatore economico, adempimenti Lea ecc.). In più la Lombardia è favorevole a dedicare una quota di Fsn per le Regioni piccole

Liguria

La Regione ligure segnala come la spesa ospedaliera sia influenzata dall'indice di vecchiaia; la spesa farmaceutica sia dal **tasso di cronicità** che dall'indice di vecchiaia e la spesa in specialistica ambulatoriale dal tasso di cronicità

Emilia Romagna

Propone di introdurre fattori di correzione del riparto in base a un **indice di morbosità** calcolato sulla frequenza del-

le patologie croniche (tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie)

Umbria

La Regione chiede la conferma del **criterio dell'età** con pesi specifici per ciascun Lea. Apre all'introduzione di **indicatori di carattere socio-economico** ma in base a informazioni e flussi affidabili e chiede l'individuazione di **finanziamento perequativo per le piccole Regioni**

Abruzzo

Apre all'ipotesi di considerare l'**indice di deprivazione**, ma su dati aggiornati e senza trascurare indicatori diretti di salute

Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia

Le Regioni del Sud ritengono indispensabile che tra i criteri vengano utilizzati, oltre all'età, l'**indice di deprivazione**, i **tassi di mortalità**, la **dimensione territoriale e densità abitativa**. Inoltre chiedono che l'incremento di popolazione derivante da immigrazione, prevalentemente di individui giovani, venga ponderato con un peso inferiore in quanto rappresenta solo un costo marginale.

Basilicata

Chiede l'istituzione di un **fondo per piccole Regioni** (meno di 1 milione di abitanti)

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Enpam, bilancio in crescita

La Fondazione Enpam si appresta a chiudere l'anno 2011 con conti migliori del previsto. Il pre-consuntivo approvato nel fine settimana dal Consiglio nazionale dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri, prevede un avanzo di gestione di 892 milioni di euro, cioè 25 milioni di euro in più di quanto ipotizzato nell'ultimo bilancio di previsione.

Il pre-consuntivo, che sintetizza la situazione reale dei primi 9 mesi dell'anno, tiene conto anche di maggiori costi, come 100 milioni di euro di rettifiche dovute all'andamento dei mercati finanziari (in particolare legate alla perdita virtuale di valore di titoli di stato italiani e di ETF) e alla svalutazione di un albergo in Valle d'Aosta che l'Enpam aveva acquistato alcuni decenni fa quando era ancora ente pubblico.

Le maggiori spese, tuttavia, sono state compensate da risparmi fatti in altri capitoli e da ricavi superiori alle previsioni.

Il Consiglio nazionale dell'Enpam ha anche approvato il bilancio di previsione 2012. Per il prossimo anno il documento stima un avanzo di gestione di 1,1 miliardi di euro, in ulteriore crescita rispetto al 2011.

Il dato comprende anche 200 milioni di plusvalenze che la Fondazione prevede di realizzare nel corso del 2012 vendendo alcuni immobili residenziali a Roma e a Pisa. La dismissione immobiliare non servirà per fare cassa perché i ricavi verranno interamente reinvestiti in ambiti più redditizi.

In totale il prossimo anno l'ente dei medici e dei dentisti conta di fare nuovi investimenti per 2 miliardi di euro.

Il bilancio di previsione 2012 è stato approvato a larghissima maggioranza (94 voti a favore, 3 contrari e un astenuto).

Gli amministratori dell'Enpam hanno poi deciso di ridursi i compensi del 10%. Il provvedimento è stato approvato dallo stesso Consiglio nazionale che ha approvato il bilancio. Il taglio avrà effetto dal 1° gennaio 2012.

La Fondazione dei medici e degli odontoiatri, come tutti gli enti previdenziali italiani, è impegnata in un percorso di riforma delle pensioni. I vertici dell'Ente hanno ritenuto opportuno «dare un segnale di sobrietà prima di chiedere qualsiasi sacrificio agli iscritti». Gli emolumenti, che ora vengono tagliati, erano fermi ai livelli del 2005.

L'Enpam, nel bilancio di previsione, ha già stabilito ulteriori tagli ai costi di gestione. La manovra porterà a un risparmio complessivo di 14 milioni di euro nel prossimo triennio (quasi 3,5 milioni di euro già nel 2012).

L'Enpam figura già oggi tra gli enti più virtuosi: secondo uno studio del 2010 del quotidiano Il Sole 24 Ore, la Fondazione è terza nella classifica delle casse private che hanno minori costi operativi pro-capite.

FederLab Italia



Debiti Asl: beni in vendita per fare cassa

REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 29 NOVEMBRE 2011

Capannoni industriali, pub e ristoranti, ma anche case, villini e in alcuni casi interi palazzi. E ancora: terre agricole, rivendite di gas, vivai di piante: sono solo alcune delle centinaia di insediamenti totalmente abusivi che si riscontrano sui beni non strumentali delle Asl, (ovvero fabbricati e terreni su cui non insistono attività sanitarie) su cui punta la Regione per fare cassa e venire a capo di una parte del debito pregresso del settore.

Dismissioni che, per il solo settore sanitario, tradotto in soldoni dovrebbe valere circa 300 milioni di euro.

Il piano di alienazione dei beni non strumentali prevede anche un'opera di razionalizzazione nell'utilizzo dei beni strumentali e non (per lo più immobili dati in affitto a terzi, a prezzi politici, a fronte di costi a nove zeri per l'utilizzo delle sedi di distretti e ambulatori).

IN VENDITA

I GIOIELLI DI FAMIGLIA

Il disegno di legge, presentato nelle settimane scorse dall'assessore regionale al Bilancio Gaetano Giancane prevede sostanziali modifiche, nel senso della facilitazione e semplificazione, alla legge regionale in materia di alienazione dei beni non strumentali. Ma non sarà una partita facile né breve. Per la parte sanitaria il patrimonio è vasto: si tratta di circa 700 fabbricati strumentali, trecento in più quelli non strumentali mentre sono oltre 1.600 gli appezzamenti di terreno, di varia superficie, su cui per anni non vi è stato alcun controllo per un totale di ben 3.296 immobili. Il nodo da sciogliere è quello dei terreni, per gran parte attualmente sottratto alla disponibilità degli enti sanitari in quanto spesso occupato, abusivamente, da ogni sorta di attività. In ogni caso il gettito previsto (300 mln) è di scarsa rilevanza rispetto alle dimensioni del buco storico che ammonta, al 2010, a circa 7 miliardi di euro di cui circa 2,5 ancora non coperti. Una coperta corta che potrà essere allungata solo con il gettito dei fondi di affiancamento non ancora erogati dal governo: oltre al residuo di 230 milioni di 1,7 mld sbloccati a dicembre dello scorso anno ci sono in attesa 230 milioni dei fondi Fas, il gettito fiscale delle maggiorazioni di Irpef e Irap e altre poste finanziarie per un totale di circa 2 miliardi di euro che il presidente Caldoro reclama da mesi e che ora sono all'attenzione dell'esecutivo guidato da Mario Monti.

LA MAPPA

Quella delle alienazioni dei beni è comunque una leva su cui agire per la stabilizzazione strutturale del settore: il vantaggio è che il lavoro di ricognizione è in gran parte già attuato: data infatti dicembre del 2008 la redazione della prima mappa sulle proprietà delle Asl e delle aziende ospedaliere esistente nella disponibilità degli enti. Un mese prima, nel novembre del 2008, Palazzo Santa Lucia, in vista del commissariamento (poi concretizzatosi a marzo dell'anno successivo) con la legge 16 accorpa le asl e i distretti in nome del risparmio. Ma lo snodo cruciale è posizionato nel 1994: a distanza di due anni dal varo della riforma n. 502, che in Italia rivoluziona l'assetto della Sanità, vanno in soffitta le vecchie Usl (e con esse i vecchi comitati di gestione della sanità allargati ai Comuni e alle Provincie) per fare posto alle neonate aziende sanitarie. In quell'anno la Regione Campania vara la legge n. 32 con cui, tra l'altro, dispone il trasferimento di tutti gli immobili che fanno parte del patrimonio dei Comuni (con vincolo di destinazione alle disciolte Usl) e degli altri cespiti immobiliari (fabbricati e terreni) non strumentali alle attività sanitarie, al patrimonio delle neonate Asl (Aziende sanitarie locali). A coronare l'operazione è un comma (il numero 2 dell'articolo 5) del decreto di riforma del 1992 che dispone che le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità di questo patrimonio "secondo il regime della proprietà privata. Nel novembre del 2008 la Regione vara una norma che accorpa Asl e distretti in nome del contenimento dei costi e della rimodulazione di servizi e attività ospedaliere.

DIECI ANNI SENZA CONTROLLI

Dopo di ciò, con un salto lungo almeno dieci anni, si giunge alle due ultime legislature, quando il deficit della Sanità regionale impone, a più riprese, manovre correttive e, più di recente, un duro piano di rientro dal debito. Un lavoro ancora in corso dal quale emergono gravi anomalie.



Accreditamenti in Aula: niente condono nel nuovo testo

DI ETTORE MAUTONE – LUNEDÌ 28 NOVEMBRE 2011

E' accorpata con i servizi pubblici di rilevanza regionale la commissione d'inchiesta sugli accreditamenti e sulla qualità dell'offerta sanitaria pubblica e privata in Campania. Il Consiglio regionale vota in Aula, all'unanimità, il via libera alla Commissione d'inchiesta proposta dai consiglieri di opposizione del Psi Fausto Corace e Gennaro Oliviero. "È giunto il momento di verificare la qualità dell'azione politica e amministrativa di questa maggioranza, sanità prima di tutto – dice al denaro il capogruppo del Psi Gennaro Oliviero – la Commissione d'inchiesta andrà a far luce sulle ripetute inadempienze della Regione a scapito dei cittadini campani, in virtù dei tagli previsti non solo dal governo nazionale (Piano di rientro) ma anche dai tagli indiscriminati che sta caratterizzando l'azione politica di Palazzo Santa Lucia".

NIENTE SANATORIA

Nessuna sanatoria intanto sul fronte accreditamenti: lunedì 28 novembre la legge di modifica della norma regionale n. 14 dello scorso 4 agosto passa al vaglio della Quinta Commissione consiliare. Il testo è, tuttavia, completamente rivoluzionato rispetto all'articolato approvato all'unanimità il 28 ottobre scorso dallo stesso organismo consiliare presieduto da Michele Schiano Di Visconti. "Il fabbisogno – si legge nel testo – va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'accredito delle strutture private transitoriamente accreditate da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1° luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e infine delle strutture o di attività di nuova realizzazione.

DOMANDE

Le strutture sociosanitarie private che intendono proseguire in regime di accreditamento istituzionale definitivo le attività erogate in regime di accreditamento provvisorio, presentano nuova domanda di accreditamento istituzionale entro e non oltre il 30 aprile 2012. I dettagli della riforma andranno comunque definiti con gli emendamenti depositati durante la discussione in Aula – possiamo anticipare che nessuno spiraglio viene fornito alle strutture private che dal 1992 – anno del varo della riforma 502 targata Rosi Bindi – lavorano in regime di provvisorio accreditamento senza aver conseguito i titoli necessari ad operare in nome e per conto del Servizio sanitario regionale. In pratica non passa la linea del condono prevista dall'originario testo deliberativo della giunta mentre troverebbe accoglienza la linea del rigore invocata in aula a più riprese dal capogruppo del Psi Gennaro Oliviero e dal Pd sulle cui proposte si articola, peraltro, il nuovo testo. Saranno dunque fatte salve tutte le strutture che hanno rispettato i termini delle norme vigenti, autocertificato correttamente il possesso dei requisiti minimi per le preliminari autorizzazioni sindacali e il possesso dei requisiti ulteriori di qualità in base ai regolamenti n. 3 del 31 luglio del 2006 e n. 1 del 27 giugno del 2007. A meno di emendamenti da approvare a questo punto in Aula nessuna possibilità viene concessa, in base al nuovo testo, a chi è ancora in lista di attesa o ha conseguito i titoli oltre i termini fissati da queste due norme di accedere agli accreditamenti semplicemente a partire dalla data di conseguimento dei requisiti.

La legge in pillole

- Il fabbisogno di prestazioni: viene soddisfatto dalle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate entro il 1° luglio del 2007
- Le nuove domande: le strutture sociosanitarie che intendono proseguire in regime di accreditamento presentano domanda entro il 30 aprile del 2012
- L'ammissione: □ Alla presentazione delle domande sono ammesse esclusivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie provvisoriamente accreditate
- I requisiti: la permanenza dei requisiti stabiliti con la deliberazione di Giunta regionale n. 3.958 del 2001 (autorizzazioni), l'avvenuta presentazione dell'istanza di accreditamento istituzionale in base ai regolamenti 31 luglio 2006, n. 3 o del regolamento del 22 giugno 2007, n. 1, o di entrambi, il possesso dei requisiti ulteriori prescritti per l'accredito istituzionale dai regolamenti

CRONACHE di NAPOLI

WWW.CRONACHEDINAPOLI.ORG

Il quotidiano indipendente dell'informazione partenopea

**Martedì
29 Novembre 2011**

Pozzuoli, l'Asl Napoli 2 nord in cerca del direttore amministrativo e sanitario

POZZUOLI - L'Asl Napoli 2 Nord con delibera numero 129 ha indetto gli avvisi pubblici per l'acquisizione di curricula per il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo e di direttore sanitario. La nomina sarà effettuata con provvedimento insindacabile del direttore generale a seguito di propria valutazione e alla stessa sarà data pubblicità mediante la pubblicazione sull'albo pretorio dell'azienda. La domanda dovrà pervenire entro le ore 12 del 15 dicembre.

FederLab Italia