

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 30.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Anteprima. Nuovo Patto per la Salute. Ecco le prime ipotesi di lavoro del ministro Balduzzi

Nuovo regime per i ticket. Riparto risorse 2012 sulla base delle migliori pratiche in vista dei costi standard. Rilancio degli investimenti strutturali e nuovi Lea. Queste le tematiche dell'intesa che dovrà garantire 7,5 mld di risparmi nel biennio 2013-2014. [Ecco il testo delle prime ipotesi di lavoro.](#)

29 DIC - Anche se con una nota diramata nel pomeriggio il ministro Balduzzi ha specificato che si tratta "di ipotesi contenute in una bozza insieme ad altre decine di ipotesi", resta il fatto che il cantiere del nuovo Patto per la Salute per il triennio 2013-2015 è partito sul serio.

Rimodulazione di ticket, tetto alla spesa farmaceutica, investimenti per l'edilizia sanitaria e lea: sono questi i punti principali su cui si può intervenire per modificare la manovra di luglio tramite l'intesa che Regioni e Ministero della Salute dovranno sottoscrivere entro il 30 aprile 2012 e che dovrebbe essere assorbita nel nuovo Patto.

Nella prima bozza di lavoro inviata dal ministro Renato Balduzzi agli assessori regionali, si fa il punto su quali potrebbero essere le misure da prendere per raggiungere una maggiore equità, se si raggiunge l'Intesa. Altrimenti scatterà quanto previsto dalla manovra.

Il quadro del finanziamento del Ssn ammonta a 106.905 miliardi di euro per il 2011, 108.780 per il 2012, 109.294 per il 2013 e 110.786 per il 2014. Sulla base del fabbisogno, bisogna assumere decisioni condivise per attuare la manovra di luglio sulla sanità prevista in 2,5 miliardi per il 2013 e 5 miliardi per il 2014, per un risparmio complessivo quindi di 7,5 miliardi.

Il documento si concentra in particolare sulla spesa farmaceutica e i ticket. Per quel che riguarda beni e servizi, parla di realizzare parte dell'obiettivo di riduzione della spesa attraverso la chiusura/riconversione obbligatoria dei piccoli ospedali entro il 31 ottobre 2013.

Andando alla manovra in campo farmaceutico, è già stata portata all'attenzione delle regioni l'ipotesi elaborata dall'Aifa, che prevede una rimodulazione dei due tetti: quello cioè della farmaceutica territoriale, che si abbasserebbe al 12% (con onere dello sfondamento a carico della filiera) e quello della farmaceutica ospedaliera, che si innalzerebbe al 3,6% (con onere dello sfondamento a carico della filiera per il 35% e delle regioni per il 65%). Per incrementare l'appropriatezza dell'uso dei farmaci, si pensa di rendere più stringente il funzionamento dei registri dei farmaci e l'attivazione di procedure per avere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate, tramite payment by results, risk sharing e strumenti simili.

Per quanto riguarda i ticket invece l'idea è di intervenire per reimpostare in modo unitario tutta la tematica della partecipazione alla spesa e delle esenzioni, per garantire un introito aggiuntivo di 2 miliardi di euro a partire dal 2014. Le misure dovrebbero quindi assorbire le forme di partecipazione alla spesa già vigenti in campo nazionale, le economie connesse al ticket da 10 euro per ricetta per le prestazioni specialistiche, e introdurre elementi di maggiore equità sociale graduando la partecipazione e le esenzioni in funzione del reddito equivalente del nucleo familiare. Gli assistiti dal Ssn, indipendentemente dall'età, si legge nel documento, "potrebbero essere assoggettati a forme differenziate di partecipazione alla spesa che tengano conto sia del reddito equivalente che della eventuale presenza di patologie o invalidità". Si pensa anche di offrire alle regioni la possibilità, in caso di necessità, di rafforzare a loro scelta uno o più delle misure previste dalle singole amministrazioni regionali negli anni, per

recuperare il gettito attualmente garantito da forme di partecipazione regionali o garantire il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Ultimi punti toccati dal documento riguardano la manutenzione, costruzione e adeguamento degli ospedali, e i lea. Circa il finanziamento del programma straordinario della legge 67/88 sull'edilizia sanitaria, si mette sul piatto l'idea di fare ricorso, per la copertura, ad una tassa di scopo su prodotti alcolici o junk food. Sui livelli essenziali di assistenza invece, visto che il Dpcm del 2008 non è mai entrato in vigore e che quello del 2001 non corrisponde più alla pratica assistenziale effettivamente garantita dalle regioni, si dice semplicemente che "il tema del loro aggiornamento va risolto e affrontato".

FederLab Italia

Intervista a Martini (Lega): “La priorità è risolvere le voragini delle Regioni in deficit”

Ma per la deputata della Lega, ex sottosegretario alla Salute nel governo Berlusconi, c'è "molto anche da fare in termini di razionalizzazione delle prestazioni sul territorio e di soddisfazione dei bisogni dei pazienti in termini di qualità e sicurezza".

30 DIC - Piani di rientro, razionalizzazione delle prestazioni sul territorio e soddisfazione dei bisogni dei pazienti in termini di qualità e sicurezza perché "la migrazione sanitaria verso le Regioni del Nord continua ad essere una piaga del nostro Paese". Sono queste, secondo **Francesca Martini**, Gruppo Lega Nord, già sottosegretario al ministero della Salute e assessore alla Sanità della Regione Veneto, le priorità che la sanità deve affrontare. Mentre la liberalizzazione dei farmaci di fascia C con ricetta ma a carico del paziente nei corner dei supermercati e nelle parafarmacie "va affrontata con coscienza" per non mettere a rischio "la cultura del consumo di farmaci che si è consolidata in regime di appropriatezza" grazie alla "collaborazione instaurata tra Regioni, medici prescrittori e farmacisti".

E sull'Ordine del Giorno a sua firma, votato a grande maggioranza dalla Camera, per ridurre del 50% l'Imu per i disabili gravi, Martini afferma: "In dissenso dal Governo, il Parlamento ha avuto un sussulto di coscienza su questo tema". Occorre infatti considerare che per persone disabili gravi non autosufficienti e le loro famiglie la casa "non rappresenta tanto un lusso, quanto un vero e proprio 'luogo di cura'".

On. Martini, anzitutto una sua opinione sui contenuti della manovra?

Questa prima manovra del Governo Monti, cui tutto il Gruppo parlamentare della Lega Nord ha votato compattamente contro, si è contraddistinta per un intervento che ha colpito pesantemente la prima casa, le pensioni, ha aumentato le accise sulla benzina, l'Iva; in sostanza grava su chi le tasse le paga già. Una manovra sostanzialmente depressiva, che non crea un nuovo posto di lavoro, che non incide sostanzialmente né sull'evasione fiscale, né sugli sprechi di denaro pubblico che sono il vero cancro di questo Paese. Ne cito uno a caso, ma a mio avviso eclatante: ci sono regioni come Veneto e Lombardia che funzionano perfettamente con circa un decimo del personale della Sicilia.

Cosa pensa, in particolare della norma per la liberalizzazione dei farmaci di fascia C, poi modificata nel corso dell'esame alla Camera?

Per quanto riguarda la possibile “liberalizzazione” dei farmaci di fascia C, quindi con ricetta ma a carico del paziente, nei corner dei supermercati e nelle parafarmacie, abbiamo preso atto di un ripensamento da parte del Governo. Credo che la questione vada affrontata con coscienza perché, fortunatamente, in Italia abbiamo raggiunto una cultura del consumo di farmaci che si è consolidata in regime di appropriatezza, anche per quanto riguarda il farmaco a carico del Ssn. Ciò ha determinato il rispetto dei tetti di spesa prefissati e questo lo dobbiamo alla collaborazione che si è instaurata in questi anni all'interno della filiera tra Regioni, medici prescrittori e farmacisti. Non possiamo sottacere che alcuni fatti di cronaca ci hanno presentato costantemente anche truffe colossali a danno del Ssn. Truffe da milioni di euro che sono state snidate, anche e soprattutto,

grazie all'attività dei Carabinieri dei Nas con cui ho avuto una ottima collaborazione nei tre anni e mezzo in cui sono stata Sottosegretario al Ministero della Salute.

Con una strategia di consapevolezza e di responsabilità si sta passando, anche attraverso la regolamentazione regionale, ad una farmacia come presidio sanitario del territorio, in rete con gli altri attori di sistema, in particolare i distretti, in grado di erogare prestazioni a favore del cittadino come la prenotazione di visite o la consegna di referti. Credo che quindi il tema della distribuzione in convenzione e di vendita dei farmaci, nonché della possibilità concreta di riduzione dei prezzi, vada ascritto in un contesto più ampio e debba essere collocato nel principio della difesa e della tutela della salute dei cittadini in cui fondamentale è e resta la consulenza del farmacista. Su questa base, forse ci sarà la possibilità di ragionare più serenamente nei prossimi mesi, senza preclusioni.

La Camera ha approvato un importante ordine del giorno di sua iniziativa per ridurre del 50% l'Imu per i disabili gravi. Qual è, secondo lei, il significato politico di questo successo della Lega, considerato che l'Odg ha raccolto 512 voti a favore e solamente 13 no?

In un momento di cosiddette "lacrime e sangue" ho ritenuto opportuno evidenziare un tema che mi sta molto a cuore e di alto valore etico. Oggi più che mai le persone disabili gravi non autosufficienti e i loro nuclei familiari rappresentano l'essenza della fragilità sanitaria e sociale. Su di una questione così importante il Governo Monti aveva dato parere negativo, nonostante la prima casa, oggi super tassata, per queste famiglie rappresenti non tanto un lusso, quanto un vero e proprio "luogo di cura" che spesso comporta spese di adeguamento ai bisogni del malato molto consistenti e permette a queste persone di evitare l'istituzionalizzazione e di veder riconosciuto loro il diritto a vivere a casa propria e vicino ai propri affetti familiari. Su questo tema il Parlamento ha avuto un sussulto di coscienza e ha votato compatto a favore del mio ordine del giorno in dissenso dal Governo. Tutto questo ha rappresentato per me una grande emozione ed ho ringraziato tutti i gruppi parlamentari.

Anche se l'ultima manovra non ha inciso sulla sanità in termini di finanziamento, restano però gli 8 miliardi di tagli delle manovre precedenti. Crede che ci siano rischi per la sostenibilità del sistema? Quali pensa che saranno i nodi più critici del confronto tra Governo e Regioni per il nuovo Patto per la Salute?

Su questi temi mi riservo per motivi di tempo di intervenire prossimamente e anticipo già la mia totale disponibilità. Vorrei rimarcare però, anticipandola, una questione: il ministro Balduzzi parla di nuovi ticket, ma credo che la prima questione pesantissima da affrontare sia quella dei piani di rientro delle Regioni con deficit sanitario. I piani di rientro sono in corso da circa sette anni e le grandi voragini di alcune regioni come Calabria, Campania, Lazio ed in parte anche la Sicilia non si sono ancora risolte.

Molto anche da fare in termini di razionalizzazione delle prestazioni sul territorio e di soddisfazione dei bisogni dei pazienti in termini di qualità e sicurezza, la migrazione sanitaria verso le Regioni del Nord continua ad essere una piaga del nostro Paese. Credo che su questi temi, tanto più in un momento di crisi, sia doveroso confrontarsi con priorità assoluta.

Liguria. Al via da gennaio riduzione di 47 strutture complesse

Con il piano di riduzione basato su criteri elaborati dall'Agenas, le attuali 266 strutture complesse distribuite in tutte le Asl scenderanno a 219. A questa prima tornata seguirà un analogo provvedimento sulla struttura San Martino Ist, ed un'ulteriore azione specifica sull'Istituto Giannina Gaslini.

29 DIC - Partirà da gennaio il piano di riduzione delle strutture complesse cliniche deciso oggi dalla Giunta regionale su proposta dell'**assessore alla Salute, Claudio Montaldo**, sulla base dei criteri elaborati da Agena, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali sulla dotazione delle strutture complesse per ogni disciplina e del numero dei posti letto. Nella proposta è prevista la riduzione delle strutture complesse duplicate nell'ambito della stessa disciplina. Le attuali 266 strutture complesse distribuite in tutte le Asl regionali scenderanno a 219 con una riduzione di 47 primariati. Si tratta di una prima tornata a cui seguirà un analogo provvedimento sulla struttura San Martino Ist, successivo all'esame da parte dell'apposita commissione consiliare, a seguito di un'intesa con l'Università. A questo ulteriore provvedimento si aggiungerà anche un'azione specifica sull'Istituto Giannina Gaslini nei prossimi mesi, tenendo conto della sua particolare specificità.

Per quanto riguarda il Ponente si passerà così dalle attuali 39 strutture complesse nella Asl 1 a 35. Per la Asl 2 si passerà dalle attuali 71 a 58 strutture complesse con una diminuzione di 13. Per quanto riguarda il levante nella Asl 4 la proposta si prevede di passare dalle attuali 26 strutture complesse a 24. Invece nella Asl 5 Spezzina è prevista la riduzione da 35 a 34 strutture complesse.

La Asl 3 Genovese passerà da 57 a 30 strutture complesse. Per quanto riguarda il Galliera la Giunta ha giudicato positivamente la nuova organizzazione per livelli di intensità presentata dall'Ente ospedaliero che supera la tradizionale suddivisione in reparti.

"Si tratta di un processo condiviso – ha spiegato l'assessore Montaldo – e apprezzato, ma che non esime l'ospedale di Carignano dal rispetto dei nuovi indirizzi di natura programmatoria espressi dal consiglio regionale di riduzione delle strutture complesse che dovranno essere portati a termine nei prossimi mesi. Oltre l'attuale proposta di una riduzione che porterebbe le strutture complesse del Galliera da 32 a 31". Una prima riunione dopo la pausa festiva è già stata fissata il 10 gennaio, sia per quanto riguarda il Galliera, sia per il San Martino- Ist, con le sue 89 strutture complesse, in modo da poter esaminare le integrazioni tra le varie aziende.

"La riorganizzazione – ha precisato l'assessore – sarà operativa da gennaio e in caso di accorpamenti di più strutture complesse prevede che sia la direzione generale della Asl ad individuare il primario che continuerà a ricoprire l'incarico, secondo gli stessi criteri con cui si nominano i nuovi direttori di struttura. Negli altri casi il dirigente manterrà il contratto fino alla scadenza e sarà utilizzato al meglio dall'azienda". "La riduzione delle strutture complesse non comporterà l'eliminazione dei servizi, ma la riorganizzazione degli stessi - ha concluso -. Il processo che si sta attuando comporterà una contrazione dei costi che a regime si esprimerà direttamente in un valore dai 10 ai 12 milioni di euro, delle retribuzioni dei primari e successivamente per effetto delle riorganizzazioni". Nelle prossime settimane, infine, verrà approvata la delibera che ridurrà le strutture complesse tecnico-amministrative che ammontano attualmente a circa 40.

Toscana. Niente ticket per chi è disoccupato, in cassa integrazione e in mobilità

La giunta toscana ha confermato anche per il 2012 l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i lavoratori disoccupati, in cassa integrazione e in mobilità, e i loro familiari a carico.

29 DIC - "Il perdurare della crisi economica fa aumentare ancora la disoccupazione e il ricorso a cassa integrazione e mobilità – dice l'assessore al diritto alla salute **Daniela Scaramuccia** – Anche per questo abbiamo voluto proseguire con le azioni di sostegno in favore delle fasce più deboli della popolazione che, a causa della crisi, manifestano una maggiore difficoltà nell'accesso alle cure, in particolare le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Vogliamo che il diritto alla salute resti effettivamente un diritto di tutti".

Cosa prevede la delibera. La delibera stabilisce che siano esentati dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale i lavoratori – e loro familiari a carico – residenti in Toscana, che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- aver perso il lavoro dal 1° gennaio 2009;
- essere collocati in cassa integrazione e percepire una retribuzione comprensiva dell'integrazione salariale corrispondente ai massimali previsti dalla legge 427/1980;
- essere in mobilità.

Per familiari a carico si intendono i componenti del nucleo familiare non fiscalmente indipendenti, cioè i familiari per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali.

Per ottenere l'esenzione, i lavoratori e i loro familiari sono tenuti ad autocertificare la sussistenza dei requisiti richiesti: i disoccupati devono essere in possesso della Dichiarazione di immediata disponibilità presentata al Centro per l'impiego di competenza e devono essere tuttora in attesa di nuova occupazione; i lavoratori in mobilità devono essere iscritti nelle liste di mobilità ed essere in possesso della Dichiarazione di immediata disponibilità presentata al Centro per l'impiego di competenza.

Umbria. Individuate le “nuove priorità d’azione” per il 2012

In vista della definitiva stesura del Patto della Salute 2013-2015, la Giunta adotterà misure di contenimento dei costi delle Asl per spese di beni e servizi e punterà alla funzionalizzazione dell’attività delle due Ao con gli ospedali territoriali al fine di contenere la mobilità sanitaria passiva.

29 DIC - Una situazione di sostanziale equilibrio di gestione per il 2011 che, a partire dai primi giorni del 2012, dovrà essere adattata alle nuove priorità dettate dal Ministero della salute e propedeutiche per la definitiva stesura del Patto della Salute. È quanto riferito dall'**assessore alla Sanità, Franco Tomassoni**, relativamente alla situazione sanitaria regionale e al conseguente modello di riforma del sistema che la Regione Umbria deciderà di adottare.

“Nel corso della riunione al Ministero della salute del 27 dicembre, – ha detto Tomassoni – sono state evidenziate le gravi criticità del sistema sanitario a livello nazionale e, di conseguenza, sono emersi chiari input per le Regioni che dovranno riorientare la loro azione all’interno delle linee di indirizzo del ministero per poi arrivare alla redazione del Patto”. “Di conseguenza – ha aggiunto – la Giunta regionale dell’Umbria ha esaminato in modo dettagliato la situazione economica e finanziaria delle singole aziende e il patrimonio di ciascuna di esse e, all’interno di questo scenario, sono state individuate nuove priorità d’azione da mettere in campo nel 2012”.

In particolare, per fronteggiare le nuove esigenze, la Giunta regionale adotterà misure di contenimento dei costi delle aziende sanitarie (dell’ordine di 7-8 milioni di euro) e relative alla spesa per beni e servizi, con particolare riferimento a quella riferita ai farmaci e ai dispositivi medici e al personale. Per quanto riguarda gli ospedali, si punta alla funzionalizzazione dell’attività delle due aziende ospedaliere con gli ospedali territoriali del proprio bacino di riferimento, al fine di contenere la mobilità sanitaria passiva, soprattutto nell’area chirurgica.

“Sulla base di questo ragionamento – ha concluso l’assessore Tomassoni – la Giunta regionale ha aggiornato al prossimo 9 gennaio ulteriori approfondimenti sul tema e dato mandato alla Direzione regionale di stilare un documento tecnico e di indirizzo sulla base delle nuove indicazioni nazionali, anche relativamente al nuovo assetto che non va solo nella direzione di ridefinire la nuova organizzazione istituzionale, ma anche verso l’individuazione di misure di ‘governance’ sulla base della riprogrammazione dell’offerta dei singoli servizi”.

VELENI, FRONDE INTERNE E SOSPETTI NEGLI UFFICI DELL'ASSESSORATO DI PIAZZA DELLA VITTORIA

BUFERA E DIMISSIONI ALL'AGENZIA SANITARIA

Tagliati due ingegneri e il superconsulente Copello rinuncia al contratto. Ancora contestato il commissario Bonanni

SCONTRO FRONTALE**Sbatte la porta
l'esperto
del San Martino
che ha firmato
un progetto europeo****IL CASO**

PROMESSE tante. Parole in libertà. Tensione alle stelle. Il clima è gelido ai piani alti del palazzo di piazza della Vittoria dove ci sono gli uffici dell'Agenzia regionale della sanità. Gli esperti di informatica Marco Bressi e Chiara Bellia non lavoreranno più per l'Ars, l'agenzia regionale che l'assessore Montaldo presenta come una punta di diamante della sanità ligure. I due bioingegneri hanno un contratto che scade tra sabato 31 e il rinnovo sembrava una formalità, invece l'altro giorno hanno ricevuto una lettera dal commissario straordinario dell'Ars, il savonese Franco Bonanni in cui, sono stati liquidati. Alla faccia dei risultati ottenuti e degli impegni sbandierati a voce.

Un colpo basso e un'offesa, ha pensato Francesco Copello, dirigente medico del San Martino e consulente dell'Ars. Che, raccontano i bene informati, ha lasciato passare qualche ora e poi ha rassegnato le dimissioni. Lui, l'ex direttore sanitario del San Martino che anni fa si era dimesso perché non ne poteva più di obbedire in silenzio agli ordini del manager Gaetano Cosenza, ha detto basta.

Ma, alcune persone che gli sono amiche e vicine, sono pronte a scommettere che lo scontro è solo agli inizi. Copello ha la fama, anche fuori Liguria, di essere uno dei massimi esperti dell'analisi dei numeri sanitari. Insieme ai due informatici "liquidati" dall'Ars ha firmato il "progetto Nocchiero", uno studio sulle malattie, sui flussi dei ricoveri e sull'andamento dell'attività sanitaria nelle strutture liguri.

Un'indagine che ha già fatto il giro d'Italia e che è stata presentata e applaudita anche durante alcuni convegni internazionali. «In questo settore Copello è uno dei migliori in Italia», assicura un direttore sanitario che ora non lavora più a Genova. Non è un caso che i lavori di Copello, contrariamente a quelli di altri consulenti dell'assessorato, vengano presi in considerazione e utilizzati anche da Renato Balma, il superconsulente della Regione che sta portando avanti l'operazione sulla riduzione delle poltrone (di medici e amministrativi), seguendo critici riconosciuti a livello internazionale.

Copello che, l'altro, è stato determinante nella fusione San Martino-Ist, non era più in piena sintonia con Bonanni (stipendio 148.605,59 euro più i premi) e il mancato rinnovo dei suoi due stretti e fidati collaboratori è stato la classica goccia che ha fatto saltare gli equilibri.

L'ordine all'Ars è il silenzio, ma parlano anche i muri e comunque gli sguardi dicono tutto o quasi anche perché la notizia che doveva restare chiusa in una stanza, è subito passata di bocca in bocca anche perché viene letta come un pericoloso segnale. Bonanni che è anche direttore del dipartimento salute, della Regione era già stato al centro delle polemiche un anno mezzo fa quando aveva firmato la delibera che autorizzava il trasferimento del figlio neurologo, nonostante le assunzioni fossero bloccate, dall'ospedale di Alessandria al Galliera. Recentemente è stato più volte contestato e attaccato pubblicamente da alcuni direttori generali a partire da Mauro Barabino del San Martino e da Gianfranco Conzi della Asl 5 spezzina, ma non è in sintonia nemmeno con Balma.

Ora il fronte si è allargato agli uffici di piazza della Vittoria con Copello che, amareggiato e deluso, ha sbattuto la porta. «Ormai - dice una spia interna - qui hanno preso il potere gli amici e le amiche degli amici».

G. FIL.

Il provvedimento per compensare i tre milioni in meno dei "miniticket". La giunta si prepara alla riforma della sanità

Nuovo ticket sulle visite intramoenia Aumenti in arrivo a partire da febbraio

di **Alessandro Antonini**

► **PERUGIA** Il rincaro che verrà. Col 2012 arriva un altro ticket sulla sanità umbra. Quello sulle visite specialistiche in regime di intramoenia. E' giunta perentoria in quel di Palazzo Donini la richiesta del ministero: ennesimo balzello al fine di compensare il minor gettito delle misure alternative - i famosi miniticket per fasce di reddito - scelte nei mesi scorsi dall'Umbria (con Emilia e Toscana) rispetto ai 10 euro "fissi" del governo Berlusconi.

Mancano 3 milioni e così occorre mettere mano alle visite private fatte in strutture pubbliche.

In base alla modulazione scelta dalla Toscana l'incremento sarebbe del 20% della quota della tariffa, calcolato non sul prezzo della prestazione praticato al cittadino, ma in base al nomenclatore tariffario, vale a dire sul valore della identica prestazione fornita in regime istituzionale (inferiore al prezzo della prestazione privata).

Qualche esempio. Nel caso di una prima visita, la cui tariffa da nomenclatore è pari a 22 euro, il ticket determinerà un aumento sulla tariffa complessiva richiesta al cittadino di 4,40 euro: aumento che andrà

a sommarsi alla tariffa praticata da ogni singolo professionista. L'Umbria non aveva prima ticket sull'intramoenia e comunque rispetto alle regioni "consorelle" non applica aumenti su certificati e documenti sanitari. Ma non è una consolazione. L'atto verrà predisposto nei prossimi giorni e gli aumenti dovrebbero scattare da febbraio. Con retroattività per le visite già prenotate.

L'annuncio è arrivato nella giunta plenaria e poco natalizia di ieri sulla sanità. La riforma è lacrime e sangue, con tanti tagli e pochi antidolorifici: l'intervento senza anestesia è fissato per il 9 gennaio.

La malattia è nota: la sanità umbra sta bene ma davanti ai tagli non ci sono anticorpi. Patologia tosta, le tre manovre d'estate tolgono 124 milioni da qui al 2014. La terapia è accorpata. Nel Dap la ricetta. Laboratorio unico regionale, servizi farmaceutici e di diagnostica in rete. Due Asl al posto di quattro. Colpo di spugna sui distretti sanitari e i dipartimenti di prevenzione: arrivano le case della salute. Meno punti nascita, 118 unico. Eppoi gli ospedali. Il Dap è generico e parla di "interconnessione tra Perugia e Terni". Il 9 del prossimo mese se ne saprà di più. ◀



Ora tasse sugli alcolici per finanziare la sanità

Prelievi anche sul cibo-spazzatura per finanziare la costruzione e l'ammodernamento degli ospedali

Allo studio nuove regole su ticket ed esenzioni nonché la rimodulazione dei tetti per la spesa farmaceutica

Le ipotesi sono contenute in una bozza

inviata dal ministro

Balduzzi alle Regioni

● Nuove regole su ticket, esenzioni, rimodulazione dei tetti per la spesa farmaceutica, e una ipotesi di tassa di scopo su alcol o cibo spazzatura per finanziare la costruzione e ammodernamento degli ospedali: sono queste alcune delle ipotesi allo studio del **Ministero della Salute** e delle Regioni, come si legge in una bozza di lavoro inviata dal **ministro Balduzzi** alla Conferenza delle Regioni per discutere del nuovo Patto per la salute 2013-2015. Nel documento sono contenute alcune misure per modificare quanto già previsto dalla manovra di luglio, che scatterà se non verrà raggiunta un'intesa entro il 30 aprile 2012. Ecco i punti principali del documento di lavoro.

FABBISOGNO E FINANZIAMENTO - Il quadro del finanziamento del Ssn ammonta a 106.905 miliardi di euro per il 2011, 108.780 per il 2012, 109.294 per il 2013 e 110.786 per il 2014. Sulla base del fabbisogno, bisogna assumere decisioni condivise per attuare la manovra di luglio sulla sanità prevista in 2,5 miliardi per il 2013 e 5 miliardi per il 2014.

TASSA SCOPO PER EDILIZIA - per finanziare il Programma straordinario sull'edilizia sanitaria, previsto dall'articolo 20 della legge 67/88, c'è l'ipotesi di una tassa di scopo, magari sugli alcolici o sul junk food (cibo spazzatura).

BENI E SERVIZI - per ridurre la spesa su queste voci si pensa di farlo con la chiusura/riconversione obbligatoria dei piccoli ospedali entro il 31 ottobre 2013, magari utilizzando la metodologia impiegata per i piani di rientro.

TETTI FARMACEUTICA - è già stata portata all'attenzione delle regioni un'ipotesi elaborata dall'Agenzia italiana del farmaco per rimodulare i due tetti: abbassare dall'attuale 13,3% al 12,1% quello per la farmaceutica territoriale (con opere dello sfondamento a carico della filiera) e innalzare dal 2,4% al 3,6% quello per la farmaceutica ospedaliera (onere di sfondamento a carico della filiera per il 35% e delle regioni per il 65%).

TICKET ED ESENZIONI - altro punto di intervento allo studio è la reimpostazione della compartecipazione alla spesa e all'esenzione per reddito in modo da garantire un introito aggiuntivo di 2 miliardi di euro. I nuovi interventi dovrebbero

"introdurre elementi di maggiore equità sociale graduando la partecipazione e le esenzioni in funzione del reddito equivalente del nucleo familiare". Gli assistiti dal Ssn, indipendentemente dall'età, si legge nel documento, "potrebbero essere assoggettati a forme differenziate di partecipazione alla spesa che tengano conto sia del reddito equivalente che della eventuale presenza di patologie o invalidità". I singoli interventi nel loro complesso dovrebbero assorbire le forme di partecipazione alla spesa già vigenti in campo nazionale, le economie connesse alla misura specifica della quota di 10 euro per ricetta per le prestazioni specialistiche e comprendere nuove forme di partecipazione alla spesa da determinarsi a livello nazionale per un importo di manovra pari a 2.000 milioni di euro a partire dal 2014.

LEA - va affrontato il tema del loro aggiornamento, perché il Dpcm del 2001 non corrisponde più alla pratica assistenziale garantita dalle regioni.



Lettori: n.d.

NAZIONE - Carlini - GIORNO

30-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Giovanni Morandi

da pag. 3

PATTO SALUTE

Per creare ospedali spunta la tassa su alcol e cibo trash

NUOVE regole su ticket, esenzioni, rimodulazione dei tetti per la spesa farmaceutica, e una ipotesi di tassa di scopo su alcol o cibo spazzatura per finanziare la costruzione e ammodernamento degli ospedali: sono queste alcune delle ipotesi allo studio del **Ministero della Salute** e delle Regioni, come si legge in una bozza di lavoro inviata dal **ministro Balduzzi** alla conferenza delle Regioni per discutere del nuovo Patto per la salute 2013-2015. Nel documento sono contenute alcune misure per modificare quanto già previsto dalla manovra di luglio, che scatterà se non verrà raggiunta un'intesa entro il 30 aprile 2012. Ecco i punti principali del documento di lavoro.

Fabbisogno e finanziamento: il quadro del finanziamento del Ssn ammonta a 106.905 miliardi di euro per il 2011, 108.780 per il 2012, 109.294 per il 2013 e 110.786 per il 2014. Sulla base del fabbisogno, bisogna assumere decisioni condivise per attuare la manovra di luglio sulla sanità, prevista in 2,5 miliardi per il 2013 e 5 miliardi per il 2014.

Tassa di scopo per edilizia: per finanziare il Programma straordinario sull'edilizia sanitaria, previsto dall'articolo 20 della legge 67/88, c'è l'ipotesi di una tassa di scopo, magari Sugli alcolici o sul junk food (cibo spazzatura).

Beni e servizi: per ridurre la spesa su queste voci si pensa alla chiusura/riconversione obbligatoria dei piccoli ospedali entro il 31 ottobre 2013, magari utilizzando la metodologia impiegata per i piani di rientro.



Salute, ecco il nuovo Patto

LA BOZZA. Il Ministero guidato da Renato Balduzzi indica le linee 2013-2015

Ticket da rivedere

Il Pronto Soccorso dell'ospedale Galliera di Genova. I colori del triage indicano da alcuni mesi l'obbligo di pagare le cure ricevute al Pronto Soccorso, se non vengono diagnosticate lesioni gravi

MILANO - Nuove regole su ticket, esenzioni, rimodulazione dei tetti per la spesa farmaceutica, e una ipotesi di tassa di scopo su alcol o cibo spazzatura per finanziare la costruzione e ammodernamento degli ospedali: sono queste alcune delle ipotesi allo studio del Ministero della Salute e delle Regioni, come si legge in una bozza di lavoro inviata dal ministro Renato Balduzzi alla Conferenza delle Regioni, per discutere del nuovo Patto per la salute 2013-2015. Nel documento sono contenute alcune misure per modificare quanto già previsto dalla manovra di luglio, che scatterà se non verrà raggiunta un'intesa entro il 30 aprile 2012. Ecco i punti principali del documento di lavoro.

Fabbisogno e finanziamento.

Il quadro del finanziamento del Ssn ammonta a 106.905 miliardi di euro per il 2011, 108.780 per il 2012, 109.294 per il 2013 e 110.786 per il 2014. Sulla base del fabbisogno, bisogna assumere decisioni condivise per attuare la manovra di luglio sulla sanità prevista in 2,5 miliardi per il 2013 e 5 miliardi per il 2014.

Tassa di scopo per edilizia.

Per finanziare il Programma straordinario sull'edilizia sanitaria, previsto dall'articolo 20 della legge 67/88, c'è l'ipotesi di una tassa di scopo, magari sugli alcolici o sul junk food (cibo spazzatura).

Beni e servizi.

Per ridurre la spesa su queste voci si pensa di farlo con la chiusura/riconversione obbligatoria dei piccoli ospedali entro il 31 ottobre 2013, magari utilizzando la metodologia impiegata per i piani di rientro.

Ticket ed esenzioni.

Altro punto di intervento allo studio è la reimpostazione della compartecipazione alla spesa e all'esenzione per reddito in modo da garantire un introito aggiuntivo di 2 miliardi di euro. I nuovi interventi dovrebbero «introdurre elementi di maggiore equità sociale, graduando la partecipazione e le esenzioni in funzione del reddito equivalente del nucleo familiare». Gli assistiti dal Servizio sanitario nazionale, indipendentemente dall'età, si legge nel documento, «potrebbero essere assoggettati a forme differenziate di partecipazione alla spesa che tengano conto sia del reddito equivalente che della eventuale presenza di patologie o invalidità». I singoli interventi nel loro complesso dovrebbero assorbire le forme

di partecipazione già vigenti in campo nazionale, le economie connesse alla misura specifica della quota di 10 euro per ricetta per le prestazioni specialistiche e comprendere nuove forme di partecipazione alla spesa da determinarsi a livello nazionale per un importo di manovra pari a 2.000 milioni di euro a partire dal 2014.

Livelli essenziali di assistenza.

Va affrontato il tema del loro aggiornamento, perché il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 2001 non corrisponde più alla pratica assistenziale garantita dalle Regioni.

Tetti alla spesa farmaceutica.

È già stata portata all'attenzione delle Regioni un'ipotesi elaborata dall'Agenzia italiana del farmaco per rimodulare i due tetti: abbassare dall'attuale 13,3% al 12,1% quello per la farmaceutica territoriale e innalzare dal 2,4% al 3,6% quello per la farmaceutica ospedaliera.

Tassa di scopo su alcol e cibo

«spazzatura» per finanziare gli ospedali e ticket rimodulati sul reddito familiare

PREVENZIONE E CURE RIMANDATE

ROMA - Basta la prescrizione di un esame diagnostico come una Tac o una mammografia per far saltare il bilancio economico di quelle famiglie definite dall'Istat come «nudei vulnerabili» e vicini alla soglia di povertà. Molte famiglie si trovano a dover scegliere, di fronte a un'emergenza sanitaria, se affrontarne le spese o rimandare le cure. Ed è quello che sta accadendo sul fronte della prevenzione per esami come la mammografia, il pap-test o lo screening per il tumore del colon retto. O per le cure ai denti.

Il conto di questa anomalia sarà pagato in termini di salute dalle famiglie italiane: nell'arco di un decennio, se la tendenza non sarà corretta, si può prevedere che la salute di molti italiani peggiorerà.

Sanità Molise. Il Consiglio dei Ministri conferma Iorio commissario

Michele Iorio è stato confermato commissario alla sanità. È quanto ha deciso ieri con l'apposita delibera il Consiglio dei Ministri guidato da Mario Monti.

Il governo ha deciso di dare vita ad una stretta in campo **sanitario** e di farlo in modo particolare con le **Regioni** soggette al **Piano di Rientro** come il **Molise**, la **Campania**, la **Calabria**, il **Lazio** e la **Basilicata**.

In questo contesto, ha revocato l'incarico a **Isabella Mastrobuono** che, arrivata in **Molise** un paio di anni fa, non sarebbe stata più ritenuta idonea per ricoprire tale ruolo. È stato **confermato**, invece, **Mario Morlacco** ritenuto più adatto a completare il piano di rientro.

Il **Consiglio dei Ministri** ha poi ribadito la **fiducia al governatore Michele Iorio** per il quale si aprirà una partita in salita. Tutto è legato alla situazione internazionale e, soprattutto, all'inasprimento del controllo da parte del **Fondo Monetario nei confronti dello Stato**. Di conseguenza, gli esami saranno più rigidi anche per le Regioni.

<http://www.unmondoditaliani.com/sanita-molise-il-consiglio-dei-ministri-conferma-iorio-commissario.htm>

Sanità, saltano 47 primari in Liguria la Regione risparmierà 12 milioni

Decisione della Giunta: il piano partirà a gennaio e le strutture complesse sparse nelle varie Asl scenderanno da 266 a 219. Ogni direzione generale sceglierà i nuovi responsabili

Partirà da gennaio il piano di riduzione delle strutture complesse cliniche deciso oggi dalla Giunta regionale della Liguria su proposta dell'assessore alla Salute, Claudio Montaldo, sulla base dei criteri elaborati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Nella proposta è prevista la riduzione delle strutture complesse duplicate nell'ambito della stessa disciplina.

Le attuali 266 strutture complesse distribuite in tutte le ASL regionali scenderanno a 219, con una riduzione di 47 primariati. Si tratta di una prima tornata a cui seguirà un analogo provvedimento sulla struttura San Martino-Ist. A questo ulteriore provvedimento si aggiungerà anche un'azione specifica sull'Istituto Giannina Gaslini nei prossimi mesi.

Per quanto riguarda il Ponente, si passa dalle attuali 39 strutture complesse nella Asl 1 a 35; per la Asl 2 da 71 a 58; per la Asl 4 da 26 a 24; per la Asl 5 da 35 a 34; la Asl 3 Genovese invece passa da 57 a 30 strutture complesse, con una riduzione di 27. Per quanto riguarda l'ospedale Galliera, la Giunta ha giudicato positivamente la nuova organizzazione presentata dall'Ente ospedaliero, che supera la tradizionale suddivisione in reparti. "Si tratta di un processo condiviso - ha spiegato l'assessore Montaldo - e apprezzato, ma che non esime l'ospedale di Carignano dal rispetto dei nuovi indirizzi espressi dal consiglio regionale".

Una prima riunione dopo la pausa festiva è già stata fissata il 10 gennaio, sia per quanto riguarda il Galliera, sia per il San Martino-Ist, con le sue 89 strutture complesse.

Montaldo ha precisato che la riorganizzazione sarà operativa da gennaio. In caso di accorpamenti di più strutture complesse, la riorganizzazione prevede che sia la direzione generale della Asl ad individuare il primario che continuerà a ricoprire l'incarico, secondo gli stessi criteri con cui si nominano i nuovi direttori di struttura.

"La riduzione delle strutture complesse non comporterà l'eliminazione dei servizi, ma la riorganizzazione degli stessi - ha detto l'assessore -. Il processo che si sta attuando comporterà una contrazione dei costi che a regime si esprimerà in un valore dai 10 ai 12 milioni di euro". Nelle prossime settimane verrà approvata la delibera che riduce le strutture complesse tecnico-amministrative che ammontano a circa 40.

Torino Oggi

GIORNALE ON-LINE

Piemonte: approvate nuove aliquote Irpef regionale

Il Consiglio regionale, ha approvato il disegno di legge che adegua le addizionali regionali Irpef per il 2012, applicando così le nuove disposizioni in materia introdotte con il decreto legge del Governo Monti del 6 dicembre scorso.

La norma prevede che l'aliquota sia pari a zero sui redditi fino a 15.000, allo 0,3% sui redditi superiori a 15.000 e fino a 22.000 euro, allo 0,5% per i redditi superiori a 22.000. L'assessore regionale al Bilancio, Giovanna Quaglia, lo ha definito come "un provvedimento necessario, stabilito dalla recente manovra Monti che lega l'aumento dell'addizionale Irpef alle risorse del Fondo sanitario nazionale. Il Piemonte è sottoposto a piano di rientro e non può rinunciare, anche alla luce dei numerosi tagli che le Regioni stanno subendo agli stanziamenti derivanti da questo Fondo".

"Le aliquote della Regione restano invariate - precisa l'assessore - L'aumento non costituisce un maggior gettito per le casse regionali, perché viene introitato dallo Stato a compensazione del taglio di 2,5 milioni di euro al Fondo sanitario nazionale operato dalla manovra Monti".

Sia in Commissione che in aula Quaglia ha garantito che "da gennaio la Giunta sarà impegnata in una revisione delle aliquote regionali per la possibilità riservata alle Regioni di intervenire con un aumento delle detrazioni, in particolare a favore delle famiglie. Una facoltà prevista dal decreto 68/2011 che avrà decorrenza dal 2013".

Nel 2013 possibile chiusura dei piccoli ospedali CALABRIA

Riconvertire o chiudere i piccoli ospedali entro **il 31 ottobre 2013**. E' una delle proposte contenute in una bozza di lavoro inviata dal ministero della Salute alle Regioni in vista del tavolo per il **Patto per la Salute**.

"Per la manovra per beni e servizi - si legge nel documento - si potrebbe pensare di realizzare una parte dell'obiettivo di riduzione della spesa per beni e servizi attraverso la obbligatoria chiusura/riconversione dei piccoli ospedali entro il 31 ottobre 2013 (si potrebbe in proposito utilizzare la metodologia impiegata nell'esperienza dell'applicazione dei piani di rientro)". **La bozza ipotizza anche una rimodulazione del tetto di spesa per la farmaceutica territoriale**, che si abbasserebbe al 12,1%, e per la farmaceutica ospedaliera, che invece si innalzerebbe al 3,6%. Inoltre si ipotizza una revisione del sistema dei ticket, "graduando la partecipazione e le esenzioni in funzione del reddito equivalente del nucleo familiare. A questo fine - scrive il ministero - gli assistiti del SSN, indipendentemente dall'età, potrebbero essere assoggettati a forme differenziate di partecipazione alla spesa che tengano conto congiuntamente del reddito equivalente e della eventuale presenza di patologie o invalidità".

<http://www.cn24.tv/news/38632/nel-2013-possibile-chiusura-dei-piccoli-ospedali.html>