

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 06.12.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidianosanità.it
EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Un decreto per premiare le Regioni più virtuose. In palio circa 100 milioni di euro

Trasmesso alla Stato Regioni lo schema di intesa sul decreto Economia/Salute che premia le Regioni che hanno attivato nel 2011 processi virtuosi per l'acquisto di beni e servizi sanitari e per quelle che hanno Asl e strutture con i bilanci in pareggio. Sul piatto lo 0,1% del Fondo sanitario.

05 DIC - In palio c'è lo 0,1 per cento dei finanziamenti al Ssn. Un piccolo fondo che per metà andrà alle Regioni che nel 2011 si sono comportate virtuosamente nell'acquisto di beni e servizi provvedendo al loro approvvigionamento attraverso la centrale regionale degli acquisti o anche grazie agli altri strumenti del sistema a rete stabiliti dalla legge in misura non inferiore al 70% del volume complessivo. L'altra metà andrà invece alle Regioni che possono vantare Asl, Ao, Policlinici universitarie e Irccs che hanno chiuso il 2011 con bilanci in pareggio. E più aziende virtuose avranno e più guadagneranno.

È quanto previsto nel decreto sulle "Forme premiali a valere sulle risorse ordinarie per il finanziamento del Ssn" previste dal Decreto premi e sanzioni (D.lgs 149 del 2011).

Per accedere al premio le Regioni dovranno ricevere il via libera dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea e dal tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei dati contenuti nei modelli del Conto economico consuntivo. Organismi che provvederanno anche a elaborare le tabelle con gli importi dovuti alle singole Regioni.

Il decreto prevede che qualora nessuna delle Regioni presenti le carte in regola per poter accedere al premio, la quota sarà ripartita tra le Regioni secondo gli ordinari criteri di riparto del finanziamento indistinto previsto per il 2011. E contiene anche una chiosa finale: all'ultimo articolo ricorda che "in caso di riscontrate criticità nell'applicazione del decreto, con successivo decreto possono essere modificati gli importi, i parametri, e le modalità di attribuzione della quota premiale".

Verifica Piani di rientro. Calabria rimandata. Per ora niente Fas e spettanze residue

La bocciatura arriva dal Tavolo e dal Comitato per la verifica dei Lea che nel corso del consueto monitoraggio trimestrale tenutosi il 24 ottobre hanno sottolineato come la struttura commissariale non sia riuscita a rimuovere tutti gli ostacoli per l'attuazione del piano di rientro.

05 DIC - Il 24 ottobre scorso si è svolta la riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza e la Regione Calabria, per esaminare la documentazione prodotta a seguito di quanto concordato nella riunione del 19 luglio 2011, aggiornare la stima a chiudere per l'anno 2011 ed effettuare la verifica adempimenti LEA.

Per il 2011 si profila buco da 20,775 mln. Ebbene, l'esame non è stato superato. Tavolo e Comitato oltre a segnalare come "per l'anno 2011 un disavanzo non coperto, comprensivo di tutti gli ammortamenti non sterilizzati, di 20,775 mln di euro che risulta inferiore rispetto a quello valutato nella riunione del 19 luglio 2011" hanno valutato "che non si sono realizzate le condizioni per l'accesso ai fondi FAS e per l'erogazione delle spettanze residue". Le ragioni di questo diniego sono dettate dal fatto che "la Struttura commissariale ha provveduto solo in parte a revocare gli atti in contrasto con il piano di rientro e sono stati adottati, da parte della struttura amministrativa regionale e delle aziende sanitarie, ulteriori provvedimenti in contrasto con il Piano di rientro e con le indicazioni fornite dalla Struttura commissariale".

Rischio nomina uno più commissari ad acta. Nonostante la non erogazione Tavolo e Comitato hanno valutato "positivamente le azioni concretamente messe in atto al fine di certificare la posizione debitoria pregressa e le azioni di potenziamento del monitoraggio dei fatti contabili regionali e aziendali che stanno comportando progressivamente un miglioramento nella tempestività, nella regolarità e nell'attendibilità della loro rappresentazione". Ma in ogni caso gli organi di verifica hanno evidenziato come "al fine di evitare che si creino i presupposti ai fini della procedura di nomina di uno o più commissari ad acta, Tavolo e Comitato invitano la gestione commissariale a porre in essere, il prima possibile, tutte le iniziative per superare le criticità e i ritardi tra i quali riveste particolare rilevanza l'adozione dei provvedimenti conseguenti l'attuazione del [Decreto n.18 del 22.10.2010](#) "Approvazione delle tre reti assistenziali: G.01 Ospedaliera; G.04 Emergenza-Urgenza; G.02 Territoriale"

Toscana. Siglato accordo di collaborazione tra strutture pubbliche e private

Il privato, come il pubblico, dovrà avere come obiettivi il recupero di efficienza, la riduzione del tasso di ospedalizzazione, il miglioramento del rapporto qualità/quantità delle prestazioni, l'incremento dell'utilizzo del day hospital e del regime ambulatoriale.

05 DIC - Sanità pubblica e sanità privata unite per dare risposte sempre più adeguate in qualità, quantità e appropriatezza alla domanda di salute dei cittadini toscani. Non in competizione tra loro, ma in collaborazione, secondo un programma di armonico coinvolgimento dei settori pubblico e privato, nel perseguimento del comune obiettivo di miglioramento del sistema.

È questo il senso dell'accordo siglato lo scorso 2 dicembre in Regione tra l'assessore al diritto alla salute Daniela Scaramuccia e i rappresentanti dell'ospedalità privata. I firmatari rappresentano 24 strutture private accreditate in tutta la regione, per un totale di 2.050 posti letto, mentre, in rappresentanza dei direttori generali di tutte le aziende sanitarie toscane, hanno siglato l'intesa i coordinatori delle tre Aree Vaste. L'accordo è il risultato del lavoro di un tavolo di concertazione regionale che si è insediato nel settembre scorso, e ha validità per il triennio 2012-2014.

“Il rapporto tra sanità pubblica e sanità privata – ha detto l'assessore al diritto alla Salute, Daniela Scaramuccia – non è di concorrenza, bensì di collaborazione, per ampliare il ventaglio dell'offerta di prestazioni, nel rispetto di una pianificazione regionale e della programmazione locale, e secondo i principi dell'appropriatezza. Il settore ospedaliero privato convenzionato contribuisce – ha aggiunto – con pari standard qualitativi rispetto a quello pubblico, alla complessiva riqualificazione dell'attività ospedaliera, e a fornire un'offerta coordinata e coerente con gli obiettivi della programmazione regionale”.

L'accordo definisce un sistema generale di regole che disciplinano l'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture ospedaliere private. Il privato accreditato si impegna a rimodulare la propria attività e a riorganizzare il proprio sistema produttivo al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi del sistema regionale, attraverso un graduale allineamento delle pratiche assistenziali con quelle delle strutture pubbliche, secondo i principi dell'appropriatezza.

Il privato, come il pubblico, dovrà dunque avere come obiettivi il recupero di efficienza, la riduzione del tasso di ospedalizzazione, il miglioramento del rapporto qualità/quantità delle prestazioni, l'incremento dell'utilizzo del day hospital e del regime ambulatoriale. Anche al settore ospedaliero privato sarà applicato il sistema di valutazione delle performance assicurato dal MeS, il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, per la sanità pubblica.

Questi gli ambiti delle prestazioni previste dall'accordo:

- chirurgia programmata in regime di ricovero, day surgery e ambulatoriale e prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- ricoveri medici in regime ordinario e day hospital e prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- dialisi;
- radioterapia;
- riabilitazione (escluso disabilità neuropsichiche) residenziale e semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare;
- lungodegenza;
- cure intermedie e altre forme di assistenza sanitaria alternative al ricovero ospedaliero.

Per ciascuna Area Vasta verrà costituito un Nucleo Tecnico stabile, per la gestione dei contratti con le strutture private accreditate. Al Nucleo Tecnico sarà affidata la predisposizione del documento di programmazione, il supporto alla stipula degli accordi contrattuali e il monitoraggio delle attività negoziate con le strutture accreditate. Le strutture accreditate dovranno inviare mensilmente i dati di attività, e saranno previsti incontri periodici tra Nucleo Tecnico e strutture private per verificare il corretto svolgimento dell'applicazione dei contratti.

Un Team di Area Vasta, del quale faranno parte anche professionisti dell'ospedalità privata accreditata, avrà poi il compito di accertare, con verifiche condotte sulle cartelle cliniche e sulla documentazione sanitaria, l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni offerte. I risultati dell'attività di controllo verranno trasmessi al Nucleo Tecnico di Area Vasta.

Grazie a questo accordo, infine, si prevede anche un recupero della mobilità passiva extra-regionale (i pazienti che scelgono strutture fuori regione).

FederLab Italia

Manovra. La sanità esce indenne. Ma aumenterà l'addizionale Irpef regionale per finanziarla

Varato il decreto legge con la manovra anti-crisi. "Decreto salva Italia", l'ha definito Monti. Per la sanità c'è la conferma che i tagli non ci saranno. Ma per finanziarla è prevista una maggiorazione dell'addizionale Irpef regionale dallo 0,9 all'1,23%. Confermate invece le liberalizzazioni per le farmacie. I ministri Giarda e Passera rispondono alle domande di Quotidiano Sanità

05 DIC - Si è appena conclusa la conferenza stampa del Governo per la presentazione del decreto legge approvato questo pomeriggio dal Consiglio dei Ministri, contenente "disposizioni urgenti per l'equità, la crescita e il consolidamento dei conti pubblici" che **Mario Monti** presenterà lunedì alle 16 alla Camera e alle 18 al Senato ([leggi il comunicato stampa di fine seduta](#)).

Un "Decreto salva Italia", così l'ha voluto definire Monti, che contiene molte misure, sulle quali torneremo nel dettaglio domani. L'impatto complessivo sarà di 20 miliardi netti, per una manovra lorda complessiva di circa 30 miliardi. Di cui 12/13 miliardi di minori spese e 17/18 miliardi di maggiori entrate, tra tasse e patrimoniali (queste ultime passano dall'Ici alla tassazione di beni di lusso e delle somme oggetto dell'ultimo condono sul rientro dei capitali all'estero).

Nel corso della conferenza stampa, il ministro per i Rapporti con il Parlamento, **Piero Giarda**, e il ministro per lo Sviluppo, **Corrado Passera**, hanno risposto a *Quotidiano Sanità* in merito alle misure sulla sanità e le farmacie. In particolare, prendendo atto della decisione [comunicata nel pomeriggio dalle Regioni](#) di non intaccare il fondo sanitario 2012 e quindi di non anticipare di un anno le misure della manovra del luglio scorso, abbiamo chiesto chiarimenti riguardo all'annuncio di un aumento dell'Irpef a livello locale, proprio per evitare tagli alla sanità. E poi chiarimenti sul come si sostanzieranno gli interventi sulla liberalizzazione previsti per il settore delle farmacie. Ecco le risposte che ci hanno dato i due ministri:

Giarda: "Per la sanità niente tagli. Ma l'inizio di un nuovo sistema di finanziamento"

"La sanità - ci ha risposto il ministro per i Rapporti con il Parlamento Piero Guardà - è oggi finanziata prevalentemente, per quanto riguarda i tributi propri, con l'Irap. E poi c'è un'altra fonte di finanziamento, che è una addizionale proporzionale all'Irpef, che era fissata allo 0,9% del debito di imposta dei singoli contribuenti residenti nel territorio regionale. Ci siamo chiesti se sia utile e opportuno che il finanziamento della sanità si sposti gradualmente nel tempo dalla tassazione che è commisurata al reddito di impresa verso il reddito persone. Allora negli interventi c'è un po' di riduzione dell'Irap per quanto riguarda l'accesso al lavoro dei giovani e delle donne, e allo stesso tempo siamo andati nella direzione di aumentare la partecipazione della persona fisica al finanziamento della sanità alzando l'addizionale Irpef dallo 0,9 all'1,23%. Un piccolo primo passo. A volte con Passera ci siamo interrogati su come riteniamo giusto che sia finanziata la sanità. Abbiamo qualche idea su cui faremo ulteriori riflessioni. Insomma, non abbiamo finito di lavorare con l'intervento di oggi".

Passera: "Liberalizzazione fascia C con ricetta solo nei centri maggiori"

"Con l'intervento sulle farmacie - ci ha risposto il Ministro dello Sviluppo, Corrado Passera - si fa un passo avanti. La nostra proposta prevede che l'intera fascia C sia aperta alla concorrenza, naturalmente con tutte le cautele del caso: è previsto che siano comunque sempre presenti i farmacisti; riguarda solo i centri maggiori perché i centri minori, come servizio universale, vanno ancora maggiormente tutelati. C'è poi una certa apertura ulteriore in termini di numero di farmacie molto graduale. E un'apertura anche ai giovani farmacisti, cooperative o gruppi di farmacisti. La fascia C è minore del totale del fatturato delle farmacie. La stragrande maggioranza è a regime amministrato e come tale non c'è ragione di aprirlo alla concorrenza. Quello invece dei farmaci non rimborsati dal Ssn pensiamo sia

un'area che possa dar luogo a concorrenza e crescita. La già oggi parziale apertura non ha modificato in maniera così rilevante i volumi delle vecchie farmacie, mentre ha creato a favore dei consumatori una buona pressione sul prezzo".

FederLab Italia

IL RAPPORTO

A precedere l'Abruzzo è solo la Sicilia che ha registrato un decremento del 10 per cento

Censis: sanità peggiorata dopo i tagli di spesa

Certificate riduzioni del 4,4% in Abruzzo. D'Alessandro (Pd): scoraggiamo le cure fuori regione

di Loris Zamparelli

PESCARA. L'Abruzzo è al secondo posto a livello italiano per il contenimento della spesa sanitaria nel periodo 2006 - 2011. Il decremento percentuale è stato pari al 4,4. È quanto emerge dal 45° Rapporto an-

nuale redatto dal Censis (Centro studi investimenti sociali) sul sistema del welfare nel nostro Paese. A precedere la nostra regione, è solo la Sicilia che ha registrato un meno 10 per cento.

La nostra regione si attesta al secondo posto a livello italiano. Precede Lazio e Campania

Il dato sul contenimento dei costi è riferito al periodo 2006 - 2011. Il 29% degli utenti giudica peggiori i servizi

Alle spalle dell'Abruzzo invece si posizionano Lazio e Campania che segnano una riduzione del 3 e dell'1,9 per cento. Sul fronte della spesa sanitaria, è evidente la differenza sostanziale tra le regioni che hanno piani di rientro e quelle senza. Se infatti le prime mostrano un decremento della spesa in termini reali dello 0,6%, le seconde

hanno avuto un aumento di oltre il 9%. Differenza che diventa meno marcata se allarghiamo la forbice temporale dal 2001 al 2010: sia le Regioni con piano di rientro che quelle senza registrano l'incremento della spesa del 19 e del 26,9 per cento.

Il dato relativo alla nostra Regione non sorprende dato che dal 2007 è partito il pesante piano di rientro dal debito della sanità, peraltro commissariata, che contava un buco di centinaia di milioni di euro, con misure che sono andate nella direzione del taglio lineare. Scelta che ha provocato anche la cosiddetta mobilità passiva, ovvero il ricorso a strutture sanitarie e ospedaliere fuori regione, con un saldo negativo, rispetto alla mobilità attiva (ovvero i pazienti che da fuori regione hanno scelto di curarsi in Abruzzo) che parla di circa 67 milioni di euro nel 2010, oltre un milione in più rispetto all'anno prima.

Insomma, un quadro che riapre le infinite polemiche sul commissariamento della sanità abruzzese, gestita dal

presidente Gianni Chiodi e Giovanna Baraldi, senza passare attraverso i voti del consiglio regionale.

«Prima che sia troppo tardi per l'Abruzzo», dice il capogruppo Pd Camillo D'Alessandro, «partendo proprio dai dati del Censis, i parlamentari nazionali di centro destra e di centro sinistra regionali, lavorino per porre fine al commissariamento sulla sanità, sottopongano il tema al nuovo governo. È necessario un impegno bipartisan per far tornare in campo programmazione e progettazione e porre fine alla solitudine delle decisioni, che danno incredibili stanno provocando, a partire dalla fuga degli abruzzesi verso altre Regioni, l'onta costosa della mobilità passiva»

Secondo il consigliere Pd «la programmazione sanitaria deve tornare in consiglio, con riforme che richiedono allenaze con le Regioni limitrofe e l'anticipazione dei bisogni. Qui si utilizza con disinvoltura la calcolatrice, ma la vita delle persone è un'altra cosa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: 310.000

ilCentro

04-DIC-2011

Diffusione: 23.526

Dir. Resp.: Sergio Baraldi

da pag. 3

MOBILITÀ SANITARIA PER DETERMINAZIONE RISULTATO DI GESTIONE ANNO 2010

	MOBILITÀ TOTALE FLUSSI STANDARD ANNO 2009	ACCONTO 2011 ATTIVITÀ CELLULE STAMINALI 2009	ACCONTO 2011 RESIDUI MANICOMIALI HANSENIANI 2009	CONGUAGLIO RESIDUI MANICOMIALI E HANSENIANI 1997/2009	ACCONTO 2011 PLASMADERIVAZIONE 2009	TOTALE
Piemonte	3.103.046	-1.366.793	-230.469	-	-	1.505.784
Valle d'Aosta	-16.253.231	-27.788	-36.549	-	131.760	-16.185.808
Lombardia	439.903.698	-2.908.403	121.572	7.010.714	-	444.127.581
P. A. Bolzano	5.187.652	-78.842	-994.684	-	55.602	4.169.728
P. A. Trento	-16.886.645	-218.529	1.002.922	-	320.534	-15.781.718
Veneto	98.201.852	-880.853	68.375	-	69.475	97.458.848
Friuli V. Giulia	23.472.584	-568.864	-112.401	-	1.576.908	24.368.227
Liguria	-39.916.590	13.676.287	-2.577	-	-706.480	-26.949.361
Emilia Romagna	353.244.008	-963.257	1.051.866	3.629.154	1.431.157	358.392.929
Toscana	116.389.133	-1.266.654	-113.282	-	-1.288.432	113.720.766
Umbria	8.481.093	-84.431	-27.540	2.476.515	-651.874	10.193.762
Marche	-32.064.496	-666.091	-59.622	-	-	-32.790.208
Lazio	-73.645.428	-1.030.327	-1.208.531	-	-	-75.884.286
Abruzzo	-66.193.504	-258.721	-923.641	-	-188.812	-67.544.678
Molise	31.470.558	-23.259	-954.091	-3.700.000	-	26.793.209
Campania	-316.048.177	-776.830	-1.537.564	-	-	-318.362.570
Puglia	-185.003.435	-901.460	7.766.348	-	-	-178.138.547
Basilicata	-37.612.230	-73.130	1.202.949	-	-769.838	-37.252.249
Calabria	-227.451.573	-340.892	-2.937.965	-9.416.383	-	-240.146.813
Sicilia	-206.756.860	-779.622	-1.998.120	-	-	-209.534.603

Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE** Sanità

06-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 1

L'ultima manovra riapre la partita dei finanziamenti al Servizio sanitario per i prossimi tre anni

La salute torna sulla giostra dei tagli

Balduzzi: «Garantiremo la qualità» - Regioni in trincea: «Mancano 17 miliardi»

La necessità di far tornare in salute i conti dell'Italia non lascia fuori nemmeno questa volta la Sanità, nonostante i tagli da 17 miliardi tra il 2012 e il 2014 che le Regioni denunciano come effetto delle precedenti manovre. Tagli quindi, ma usando le forbici dell'appropriatezza e della qualità. Ecco allora che i nuovi risparmi per almeno altri 2-2,5 miliardi dovranno avere come guida quell'equità che il ministro della Salute Renato Balduzzi ha dichiarato di volere difendere fin dall'inizio del suo mandato.

A PAG. 2-3

Le spine nel fianco del professore



Secondo il ministro la necessità di razionalizzazione non deve perdere d'occhio l'equità

«Tagliamo, ma con qualità»

Risparmi dall'appropriatezza delle cure con Lea e ticket da rimodulare

“ **Si deve evitare che le ragioni di contenimento della spesa comportino il venir meno della fiducia dei cittadini nel sistema. È necessario perciò che ogni misura in tale direzione si accompagni a una misura volta ad aumentare qualità e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati** ”

Tagli sì, ma cercando di usare il più possibile le forbici dell'appropriatezza e della qualità. Perché il Ssn altrimenti rischia di collassare dopo le cure dimagranti da 17 miliardi previste da qui al 2014 dalle manovre già approvate negli ultimi mesi. Resta però il fatto che anche la Sanità sarà con molta probabilità costretta a pagare almeno in parte il conto salato della prima manovra firmata da Mario Monti da licenziare entro lunedì 5 dicembre: al momento di andare in stampa (venerdì 2 dicembre) nel possibile menù delle misure salva-Italia c'è anche l'ipotesi di un taglio lineare alle risorse sanitarie di 2-2,5 miliardi. Un taglio doloroso che poi le Regioni dovrebbero autogestire in casa propria decidendo dove risparmiare. Ma sul tappeto ci sono anche altre misure possibili: a partire da

super accise sui tabacchi e alcol fino al fiorire di nuovi ticket, come quelli sui ricoveri che però non sarebbero in grado di fare cassa subito e in maniera sufficiente. La vecchia ipotesi di 10 euro a ricovero, se tornasse in vita, avrebbe un gettito modesto (120 milioni su 12 milioni di ricoveri l'anno ma senza considerare gli esenti), 740 milioni se il ticket valesse per ogni giornata di ricovero (74 milioni, esenti inclusi). Resterebbe comunque da affrontare la riforma delle esenzioni per reddito, per numerosità delle famiglie e appropriatezza delle prestazioni. E così la soluzione più rapida - ma non indolore - per il Governo sarebbero i tagli lineari ai fondi regionali accompagnata dalla riduzione dei livelli essenziali di assistenza.

Una partita apertissima fino all'ultimo con il neo-ministro della Salute, Renato Balduzzi, a tentare di



mediare per garantire quell'equità che vuole essere la stella polare di questo Governo insieme alla linea del rigore e della crescita. Del resto è stato lo stesso ministro a far capire, durante la sua audizione in Senato di mercoledì scorso, che sacrifici vanno fatti anche nel Ssn, ma guardando sempre alla qualità e all'appropriatezza. «Si deve evitare - ha detto ai senatori della commissione Igiene e Sanità - che le ragioni di contenimento della spesa comportino il venir meno della fiducia nel sistema, che è elemento importante della vitalità e dell'orgoglio del nostro sistema sanitario». «Ogni misura in tale direzione - ha chiarito poi Balduzzi - si deve accompagnare a decisioni volte ad aumentare qualità

e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi resi». D'altra parte, ha ammesso ancora il ministro, «in questo momento cui siamo in presenza di un temuto, forte rallentamento della crescita, anche in Sanità è indispensabile fare dell'appropriatezza il faro che regola la materia, altrimenti il grado di soddisfazione dei cittadini si ridurrebbe in modo considerevole». Questo perché la «bontà di fondo del servizio sanitario nazionale», che tuttavia «necessita una costante manutenzione», non è in discussione.

A far tremare i polsi a tanti dentro il Ssn sono anche le altre misure anti-crisi: se la revisione dell'articolo 18 dello statuto dei lavoratori sui

licenziamenti sarà quasi sicuramente congelato, almeno per il momento, è invece sicura la stretta sulle pensioni con l'introduzione del sistema contributivo per tutti e l'allungamento dell'età pensionabile. Un giro di vite che riguarderà molti tra medici e personale sanitario.

La manovra arriverà subito alla Camera questa settimana per poi passare nell'aula dal 13 dicembre con il voto entro il 17. Anche il Senato si è già impegnato a fare presto con l'obiettivo di arrivare alla via libera finale prima di Natale.

Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli effetti delle manovre (legge 122/2010 e legge 111/2011)	
Periodo	Effetto
2010	Effettivo aumento delle risorse per il Ssn pari a 250 milioni, a fronte dei pattuiti 550 milioni. I restanti 300 sono subordinati al realizzarsi delle economie relative alla spesa farmaceutica.
2011	Decurtazione delle risorse per il Ssn di 418 milioni a fronte del blocco dei contratti e delle convenzioni e una riduzione di 600 milioni in funzione delle disposizioni di razionalizzazione della spesa farmaceutica.
2012	Riduzione del finanziamento del Ssn di 600 milioni per la razionalizzazione della spesa farmaceutica oltre a una ulteriore riduzione prevista in 1.132 milioni di euro per il blocco dei contratti e delle convenzioni. Il fabbisogno riconosciuto determinato aggiungendo al valore dell'esercizio precedente la maggiorazione prevista nel vigente Patto per la salute nella misura del 2,8% risulta pertanto pesantemente ridotto (circa 1,75%) a causa delle manovre correttive.
2013 e 2014	Il fabbisogno riconosciuto è stato rideterminato applicando gli incrementi previsti dalla manovra rispettivamente nelle misure dello 0,5% e dell'1,4%. La crescita risulta pertanto inferiore al Pil nominale negli stessi anni (+3,3% e 3,4%). Le misure di contenimento della spesa sono state stimate in 2.500 milioni per l'anno 2013 e in 5.450 milioni per l'anno 2014. Tali misure saranno definite con un'intesa (forte) Stato-Regioni, entro il 30 aprile 2012.

Tagli in Sanità delle manovre finanziarie nel 2012-2014 (mln €)				
	2012	2013	2014	Totale tagli 2012-2014
Articolo 9, comma 16, della legge 122/2010 (Riduzione livello finanziamento Ssn - Blocco dei contratti e delle convenzioni)	1.132	1.132	1.132	3.396
Articolo 11, comma 12, della legge 122/2010 (Economie di spesa - Farmaceutica)	600	600	600	1.800
Articolo 17, comma 6, della legge 111/2011 (Reintroduzione ticket specialistica ambulatoriale)	834	834	834	2.502
Articolo 17 della legge 111/2011 (Misure di contenimento della spesa)*		2.500	5.450	7.950
Patto per la salute 2010-2012 - Articolo 2, comma 67, della legge 191/2009 - Risorse necessarie per coprire la vacanza contrattuale	466	466	466	1.398
Totale tagli	3.032	5.532	8.482	17.046

(*) Tali misure saranno definite con un'intesa (forte) Stato-Regioni, entro il 30 aprile 2012

Centocinquanta milioni di disavanzo: necessario intervenire con una manovra che preveda la dismissione di immobili

Sanità, la Regione vende le sue case per non aumentare le tasse ai liguri

In rivolta i comuni del Levante: "No alla cessione dell'ospedale di Santa Margherita"

AVA ZUNINO

LA TEMPESTA dei conti della sanità, alle prese con il taglio delle risorse e con 150 milioni di disavanzo che costringono la Regione a vendere immobili per tentare di non aumentare le imposte, oggi viene affrontata in una riunione di maggioranza. Il tema sono le vendite, contro cui se alcuni sindaci si allineano (Varazze, ad esempio, dove sarà venduta una sede di residenza per anziani che verrà trasferita altrove), altri si ribellano. I Comuni del Levante genovese sono in rivolta. Capitanati dal sindaco di Santa Margherita Roberto De Marchi, hanno approvato un documento che dice no alla vendita dell'ex ospedale di Santa Margherita e annuncia: «non daremo lo svincolo alla destinazione d'uso socio sanitaria», per consentire di aumentare il valore sul mercato. E' in questo clima, mentre il tempo stringe e la pressione della manovra del governo nazionale aumenterà l'Irpef, che oggi la maggioranza di centrosinistra affronta il tema delle cartolarizzazioni: riunione cominciata la settimana scorsa e rinviata. Oggi ci sarà anche il presidente Claudio Burlando il quale

ribadisce che la coperta è corta e che o si vendono questi immobili o si devono aumentare le imposte. «Mi auguro che la cartolarizzazione possa passare — dice il presidente — chiediamo solo di poter valorizzare un po' di immobili a favore dei cittadini, per non dover ricorrere alla leva fiscale». L'assessore alle risorse finanziarie Pippo Rossetti spiega che il "pacchetto" di immobili in vendita: «allo stato attuale ci consentirebbe di ottenere 76 milioni (senza valorizzare, operazione che dati i tempi tecnici verrebbe rinviata all'anno prossimo); se salta, vuol dire che dobbiamo alzare l'Irpef fino a prelevare con le imposte questa cifra». Per capire di cosa si parla, l'esenzione dall'aliquota regionale dei redditi tra 20 e 30 mila euro "vale" 38 milioni. Dunque, dovrebbe essere almeno il doppio. Oggi i consiglieri della maggioranza discuteranno ancora, stavolta alla luce della manovra appena annunciata dal governo. «Noi per decidere sull'Irpef ci siamo detti che aspetteremo l'ultimo giorno utile», spiega l'assessore Rossetti. Ultimo giorno che è il prossimo 22 dicembre quando in consiglio regionale si conclude la sessione per l'approvazione del bilancio. E nel dibattito, Nicolò Scialfa di Idv e Ezio Armando Capurro della lista Burlando riproporranno il tema degli assessori esterni: sono 6, dicono, ed eliminandoli la Regione risparmierebbe 2 milioni all'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

CORRIERE DI VITERBO

06-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Anna Mossuto

da pag. 17

La Regione propone la chiusura delle strutture con meno di 100mila test l'anno

In bilico 2.000 posti di lavoro nei laboratori di analisi

ROMA - "Nell'incontro del 2 dicembre la Regione Lazio ha proposto ai sindacati dei laboratori privati accreditati l'eliminazione dal 2013 dei laboratori di analisi che non effettuano almeno 100.000 analisi l'anno. Degli attuali 330 laboratori ne rimarranno 70 dal 2013 e 10 dal 2014". Lo sottolinea in una nota Federlazio. "Tutto questo - spiega - per un accordo assurdo del ministro Fazio firmato da due sole sigle sindacali, Anisap e Federlab, che ha fissato una soglia minima di analisi per ogni laboratorio. Ciò mentre contemporaneamente veniva emanato dallo stesso Ministero un decreto che consente alle Farmacie di fare le analisi senza limite numerico e senza alcun controllo di qualità".

A chi giova questa legge? Prosegue Federlazio: "Non certo ai laboratori diretti da medici e biologi qualificati che svolgono la loro attività analitica e di consulenza da decenni, né ai cittadini ai quali viene sottratto ancora una volta un servizio necessario per la prevenzione, che costa pochissimo alla Regione, trattandosi di tariffe del 1991 oltretutto ulteriormente decurtate del 20% sin dal 2006". Non si comprendono dunque le ragioni di questi ulteriori tagli che colpiscono una categoria già massacrata e che negli ultimi cinque anni ha subito un abbattimento del budget del 35% e che effettua sul territorio della Regione il 50% degli esami di laboratorio, sottolinea Federlazio. La Presidente Ursap Federlazio Claudia Tulumiero Melis si dice contraria a questo provvedimento "che porta alla nascita di centri prelievi e di catene di montaggio per l'esecuzione degli esami snaturando l'attività e chiede alla Presidente Polverini di intervenire immediatamente onde evitare l'insorgenza di conseguenze nefaste per le strutture accreditate".



Continua lo scontro sulla riduzione dell'area di esenzione. E oggi la legge è in commissione all'Ars

Ticket, Russo gela i sindacati “Costretti a adeguarci allo Stato”

APPROVARE la norma nazionale sui ticket subito, con il passaggio al calcolo per l'esenzione attraverso la dichiarazione dei redditi e i limiti d'età fissati a meno di 6 anni e più di 65 anni, e solo dopo discutere le deroghe con le parti sociali. È questo il piano del governo Lombardo che ieri l'assessore alla Sanità Massimo Russo ha illustrato ai sindacati. Oggi intanto si riunisce la commissione Sanità all'Ars che dovrà discutere il ddl che rivoluziona il sistema di esenzione dei ticket nell'Isola equiparandolo a quello nazionale. Se venisse approvato il ddl presentato dal governo regionale, subito 500 mila siciliani perderebbero l'esenzione.

Oggi l'esenzione viene calcolata attraverso il sistema dell'Isee, che mette insieme reddito, patrimonio e ricchezza del nucleo familiare. In particolare, è esente da ticket sulla farmaceutica chi ha un Isee inferiore ai 9 mila euro all'anno e per la diagnostica chi ha meno di 11 mila euro. Il tutto senza alcun vincolo d'età. La norma statale invece prevede l'esenzione per chi appartiene a un nucleo familiare con un reddito inferiore ai 36 mila euro, ma solo se ha meno di 6 anni o più di 65 anni. «Sono pienamente disponibile a un confronto con le forze sociali — dice Russo — ma il punto dal quale bisogna partire è la consapevolezza che il governo nazionale ha imposto alla Regione di adeguare il proprio sistema a quello adottato ormai in tutta Italia. In caso contrario non verranno versati 96 milioni: una penalizzazione che sarebbe insopportabile per le casse regionali anche alla luce degli ulteriori tagli che la Sicilia dovrà sopportare.

Appena ci saremo adeguati, apriremo subito un tavolo di trattativa. Intendiamo garantire equità e rigore, differenziando il peso del ticket privilegiando le categorie più deboli».

I sindacati sono divisi sul da farsi. Cisl e Cgil dicono no all'abbandono del sistema Isee: «Per noi è impensabile un'applicazione rigida del sistema fiscale, l'Isee è un parametro più equo — dice Daniela De Luca, della segreteria Cisl — l'assessore Russo non ci ha dato al momento la possibilità di trattare, aprendo a un tavolo di confronto solo dopo l'approvazione del ddl sulle norme statali. Noi non siamo d'accordo». «Per l'esenzione dai ticket per i medicinali bisognerà tornare al più presto all'Isee, andando anzi oltre la soglia odierna di 11 mila euro — dicono Mariella Maggio, segretaria generale della Cgil, e Francesco Gervasi, responsabile del dipartimento salute — perché il criterio dell'Irpef è inadatto a fotografare l'esatta situazione di un nucleo familiare. In una regione ad alta percentuale di lavoro nero, come la Sicilia, dare l'esenzione sulla base della dichiarazione dei redditi significherebbe privare migliaia di persone che ne hanno bisogno di un diritto e concederlo magari a un evasore».

Aperture invece arrivano dalla Uil: «La situazione è critica — dice il segretario regionale Claudio Barone — prendiamo atto della necessità tecnica che ha il governo regionale di procedere al recepimento di questa normativa, ma chiediamo subito una modifica non solo delle esenzioni, ma di tutta la struttura del ticket».

a. fras.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

06-DIC-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 16

Libro bianco di Fiaso sulle best practice: 69 esperienze per migliorare la qualità riducendo i costi

La buona Sanità ai tempi della crisi

Dalle liste d'attesa ai tempi di pagamento dei fornitori fino alla continuità assistenziale

La buona Sanità c'è, basta cercarla. Anche in momenti di crisi come questi. Lo dimostrano le 69 esperienze selezionate dal Comitato scientifico dell'Osservatorio Fiaso (qui sotto ne pubblichiamo sette) sulle buone pratiche sanitarie che guardano con un occhio al miglioramento delle performance e con l'altro alla riduzione dei costi. Un lavoro che parte da oltre 150 esperienze raccolte nell'ultimo anno e che dopo la selezione condotta dal comitato scientifico (composto da esperti delle istituzioni, del mondo accademico e delle rappresentanze dei cittadini) ha portato alla realizzazione del primo «Libro bianco della Buonasantità», presentato lo scorso martedì, 6 dicembre, a Roma. Oltre al Libro bianco l'attività dell'Osservatorio di Fiaso ha consentito infatti fino a oggi la messa in rete di 89 buone pratiche, accuratamente classificate in

modo da renderle più facilmente consultabili agli operatori delle aziende sanitarie e quindi più facilmente esportabili sul territorio nazionale.

«La raccolta sistematica delle best practice sanitarie - ha spiegato il presidente della Fiaso, **Giovanni Monchiero** - è il contributo che come aziende offriamo in questa fase così difficile del Paese per dimostrare con i fatti che è ancora possibile coniugare buona qualità dei servizi e sostenibilità economica». «E il Libro bianco della buona Sanità - prosegue ancora Monchiero - è lì a dimostrare che questo obiettivo si può centrare solo puntando sulla aziendalizzazione del sistema del quale le esperienze selezionate sono il frutto diretto, nonostante le tendenze neo-centralistiche da anni in atto».

Red. San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prevenire i bisogni degli anziani fragili

«**G**estione anticipata della fragilità»: è il progetto del distretto Sud-Est dell'Asl di Parma. Due le fasi principali del piano. La prima azione è stata quella di rilevare le principali caratteristiche degli anziani del distretto. La rilevazione è stata condotta dal medico curante e dall'assistente sociale del Comune, che hanno compilato insieme una scheda di valutazione sull'assistito: monitorati 3.138 anziani. Dopo circa un anno e mezzo è stato possibile passare alla seconda fase del progetto: con lo stesso metodo è stato eseguito il follow up della popolazione esaminata in partenza che ha permesso di individuare i principali fattori della perdita di autosufficienza degli anziani e quindi l'identificazione ex ante di alcuni segnali di criticità. Questo ha consentito la valutazione di anziani prima «invisibili» ai servizi sociali. Dall'esperienza, durata tre anni, ne è uscito rafforzato anche il rapporto fra medici e assistenti sociali, tanto che la segnalazione dei casi a rischio da parte dei medici agli assistenti è diventata una prassi consolidata.

Corse più libere con i letti «swing»

Meno attesa in corsia con i letti «swing». Meno tempo di attesa al pronto soccorso e aumento dei ricoveri diurni. Sono alcuni dei risultati raggiunti dall'Aou di Parma grazie a un progetto che dal 2008 ha introdotto in ospedale gli «swing bed», ovvero quei letti che possono essere usati, secondo necessità, sia per pazienti critici che di lungodegenza. Il progetto parmense ha dimostrato che con soli 12 «letti scambiatori» è stato possibile attivare un circolo virtuoso che ha permesso di aumentare il flusso di malati da reparti per acuti a reparti di lungodegenza, incrementando i posti liberi per il pronto soccorso. In pratica grazie anche all'introduzione della figura professionale del «bed manager», sono stati identificati 12 letti di lungodegenza aggiuntivi. Su quei letti sono stati trasferiti malati stabili, prossimi alle dimissioni. In questo modo è stato possibile liberare posti letto per malati post-acute o post-terapia intensiva provenienti dai reparti per acuti e le unità ospedaliere di Medicina sono riuscite ad accogliere con ritmi più regolari i ricoveri dal pronto soccorso.

«Code» in base alle priorità

ATrento, l'azienda provinciale per i servizi sanitari ha affrontato di petto il problema delle liste d'attesa. Il progetto ha preso forma nel 2000 con un'esperienza pilota che riprende l'uso di raggruppamenti di attesa omogenei (Rao). Un modello ideato per facilitare l'applicazione di criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali basati su criteri clinici espliciti e concordati con i Mmg. In sostanza sono state definite tre categorie di priorità clinica (Rao A, max tre giorni di attesa dalla prenotazione, Rao B, max 10 giorni, Rao C, max 30 giorni), che consentono al medico di stabilire a priori il tempo di attesa ritenuto adeguato. Tale metodo permette di ridurre al minimo i tempi anche del medico di famiglia, che altrimenti, di fronte a un paziente prioritario, sarebbe costretto a cercare telefonicamente il collega specialista per fissare un appuntamento in tempi ragionevoli. Questa formula ha consentito di rispettare i tempi massimi di attesa per priorità clinica e ha ridotto l'invio di pazienti al pronto soccorso.

Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

06-DIC-2011

da pag. 16

La bioingegneria ripara i tessuti

I tessuti bio-ingegnerizzati, nuova frontiera della medicina rigenerativa a cui ha lavorato, dal 2007 al 2009, l'azienda sanitaria di Cesena, che ha messo a punto un supporto, "scaffold" in gergo, decellularizzato e biocompatibile per la riparazione di tessuti. Suddivisa in tre stadi (gli studi in vitro, gli studi ex vivo e la sperimentazione clinica), la ricerca ha consentito la messa a punto di un innovativo tessuto distribuito dalla Banca della cute di Cesena su scala nazionale a ospedali e case di cura pubblici e privati, dietro specifica richiesta. Oggi il tessuto prodotto è utilizzato clinicamente con successo soprattutto in due ambiti: quello dermatologico, per il trattamento di ferite gravi, e quello ortopedico per la riparazione della cuffia dei rotatori della spalla. I pazienti sottoposti all'innesto non hanno mai mostrato reazioni avverse, nemmeno nel tempo.

L'Asl paga prima con l'informatica

Tempi di pagamento più rapidi con la dematerializzazione degli ordinativi bancari. È quello che ha fatto l'Asl di Chiavari che ha trasformato, grazie a un sistema informatizzato, il flusso completo degli ordinativi bancari di incasso e pagamento applicando la firma digitale, conforme a standard nazionali, e l'archiviazione ottica sostitutiva di quella cartacea. Questo ha consentito dal primo novembre del 2010 di dematerializzare 12mila ordinativi l'anno, pari a 30mila fogli di carta. Meno carta e più trasparenza anche grazie al nuovo "Portale Fornitori", che con una password mette a portata di click lo stato dei pagamenti. Un progetto che ha portato anche a una riduzione dei tempi di pagamenti dei fornitori, contenuti entro i quattro mesi. Ancora sicuramente superiori ai 30 giorni della direttiva Ue che dovremmo recepire nel 2013, tempi che scontano però il problema, comune a tutte le Aziende, dei ritardati flussi di cassa.

Telecardiologia intra-aziendale

Nel giugno del 2006 l'Aou «Umberto I Gm Lancisi, G. Salesi» di Ancona ha deciso di realizzare un progetto di telecardiologia avanzata intra-aziendale, indirizzato in particolare ai pazienti con sindromi coronariche acute e ricoverati in ambienti "protetti": rianimazioni, oncologie, ematologie e presidi materno-infantili. In caso di necessità viene anche attuato un telemonitoraggio continuo dei parametri vitali essenziali, in modo che la situazione clinica sia condivisa tra cardiologo ed ematologo. Il cardiologo si reca pertanto nei reparti di terapia intensiva solo se strettamente necessario. Un percorso dunque articolato che mira ad assicurare la continuità assistenziale e che ha permesso di eseguire valutazione cardiologica nel 100% dei pazienti trattati, contro il 30% del passato, oltre a ridurre i costi e i tempi di attesa per visite e follow-up, realizzati direttamente nel corso della visita di controllo ematologica.

L'informazione viaggia in chat

Offrire un servizio di informazione immediato e di facile utilizzo rivolto a cittadini ed enti che navigano su internet. È il servizio «Urp on line» dell'Asl di Firenze nato nel 2009 con l'obiettivo di mettere in contatto, in tempo reale e a costo zero, il cittadino e l'operatore dell'Ufficio relazioni con il pubblico. Basta cliccare sull'icona «Urp on line» - a destra della home page del sito dell'Asl -, registrarsi, indicando il proprio indirizzo di posta elettronica, e subito si può iniziare a utilizzare la chat. L'operatore viene immediatamente allertato da un segnale, sia visivo che sonoro, e risponde alla chiamata dell'utente, che automaticamente riceverà un primo messaggio standard: «Salve, come posso aiutarvi?». Da questo momento comincia la conversazione tra utente e operatore. Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì (9-13) e richiede pochi operatori che possono "chattare" con gli utenti da qualsiasi Pc aziendale.

Dall'addizionale portata a 1,23 arriverà un gettito di 150 milioni. Monti promette di ripristinare il fondo per il trasporto locale

La sanità salvata dall'aumento Irpef ma a pagare saranno sempre i toscani

In forse il rincaro dell'accisa sulla benzina dopo quello voluto da Rossi

Entro novembre le Province verranno cancellate, al loro posto dei piccoli consigli

SIMONA POLI

SARANNO le tasse dei toscani a compensare il buco del fondo sanitario. Alle Regioni è imposto l'aumento dell'aliquota Irpef dello 0,33 per cento, perché sarà proprio attraverso l'innalzamento dell'addizionale regionale che verranno recuperati i soldi necessari per coprire il taglio nazionale di 2 miliardi e mezzo che avrebbe colpito qualità e quantità dei servizi della sanità. Il taglio c'è ma non si vede, perché i cittadini lo evitano a loro spese. Finora la Toscana, insieme alla Basilicata, aveva l'addizionale più bassa, lo 0,9, e quindi per effetto della manovra passerà ora all'1,23. In questo modo la Regione conta di ottenere un gettito maggiorato di 150 milioni, l'equivalente di quel 6,5 per cento del fondo sanitario che sarebbe stato ridimensionato in modo drammatico. «Non è una scelta nostra ma del governo», tiene a chiarire il presidente della Toscana Rossi. Che ricorda come da Monti sia arrivata a Regioni ed enti locali la richiesta di dare un contributo al risanamento del bilancio statale in termini di minori trasferimenti. Il premier, in compenso, ha assicurato che verrà interamente ripristinato il fondo per il trasporto pubblico locale che era stato falciato addirittura del 75 per cento dal precedente governo. Sembrava fino a ieri mattina che lo strumento per recuperare risorse fosse un aumento dell'accisa sulla benzina, già accresciuta nel 2012 in Toscana di 5 centesimi al litro per rastrellare soldi da destinare alle zone alluvionate, a cui si aggiungerebbero 8 centesimi. Invece sembra che Monti stia pensando ad altro, in ogni caso l'impegno è preso e questo significa per la Toscana ottenere 55 milioni a copertura dei servizi Trenitalia e 60 milioni per il trasporto su gomma. Un po' d'ossigeno per tirare avanti.

Quello che invece avanti non andrà sono le Province, per le quali il decreto del governo suona il requiem. Termine massimo di sopravvivenza 30 novembre 2012, giorno in cui presidenti, consigli e giunti decadranno. Ma già prima le funzioni che ora sono attribuite alle Province saranno trasferite a Regione e Comuni. Se questo non accade sarà lo Stato a fare un'apposita legge. Dopo di che si cambia sistema: il nuovo consiglio provinciale, formato solo da dieci membri, viene eletto dai Comuni e i componenti a loro volta eleggono il presidente che resta in carica 5 anni. Il sistema elettorale sarà deciso dalla Regione entro il 30 aprile. Le reazioni a questo annuncio non si contano. «Mi sembra un decreto anticostituzionale che crea un precedente preoccupante», tuona Andrea Barducci, presidente della Provincia di Firenze. «Anche in termini di risparmio vedo pochi vantaggi, considerando che il personale delle Province sarà trasferito e chi andrà in Regione avrà un contratto diverso e più oneroso per lo Stato». Il presidente dell'Unione delle Province toscane Andrea Pieroni è furibondo: «Così si cancella la politica e si lascia la burocrazia. Ho profondi dubbi che sulla scelta del governo di non mettere in cantiere un lavoro riformatore degli assetti istituzionali e di scegliere di colpire esclusivamente le Province». Il senatore del Pd Andrea Marucci fa notare che per le Province «soprattutto quando governano territori complessi composti da piccoli Comuni dovrà essere trovata una soluzione che consenta di non penalizzare i servizi ai cittadini». Il capogruppo dell'Udc nel consiglio provinciale di Firenze Federico Tondi alza decisamente il tiro: «Solo in una dittatura è pensabile cancellare nel corso del suo mandato un organo democraticamente votato dagli elettori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

Dir. Resp.: Roberto Napolitano

06-DIC-2011

da pag. 15

SISTEMA MISTO AL CAMBIO DI ROTTA**«Accreditamento da riscrivere»**

DI ENZO PAOLINI *

Sono necessarie riforme strutturali e ottimizzazione dei costi

Da ormai nove anni il Rapporto Ospedali&Salute scatta la fotografia del sistema ospedaliero italiano: un settore che coinvolge 14 milioni di cittadini che ogni dodici mesi varcano le porte delle strutture di cura, 650mila operatori e 60 miliardi di euro di risorse pubbliche.

In questo contesto il rapporto 2011 ha analizzato l'inefficienza sommersa degli ospedali pubblici di tutte le Regioni, incluse, per la prima volta, quelle a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano. È stata messa a confronto la qualità delle prestazioni con il loro costo, effettuando una misurazione in parallelo tra strutture pubbliche e strutture private accreditate che ha fatto emergere un vantaggio di queste ultime nel rapporto tra qualità dei servizi e costi per il Sistema sanitario nazionale. Sono state approfondite le conseguenze della crisi sulle strutture sanitarie private. Il lavoro è stato sviluppato con un'attenzione alla persona che sempre di più deve essere messa al centro del sistema: non basta più essere utenti e nemmeno clienti, visto che dobbiamo chiederci se e quanto riusciamo a dare risposte appropriate a bisogni consolidati e nuovi, in presenza di risorse pubbliche sempre più contenute.

Tenendo conto di questo è necessario ribadire che, per guardare in avanti al fine di mantenere il sistema ospedaliero costantemente sotto tensione evolutiva e considerati i problemi che viviamo, non si può prescindere da alcune

esigenze sostanziali.

La prima esigenza è pensare a una riforma strutturale che possa, nel medio periodo, meglio rispondere ai bisogni del Paese, garantendo un sistema sanitario universalistico con meccanismi che consentano di ottimizzare i costi.

Questo permetterebbe di sopperire alla contrazione delle risorse pubbliche, recuperando progressivamente livelli di efficienza, visto che oltre un quarto dei finanziamenti agli ospedali pubblici evidenziano palesi inadeguatezze del loro impiego.

Ciò significa che le strutture pubbliche ricevono finanziamenti più elevati rispetto al valore delle prestazioni che erogano (e ciò limitandosi a considerare le sole spese di esercizio e non anche quelle di investimento, che farebbero aumentare ulteriormente il tasso di inefficienza).

La seconda esigenza è quella di far crescere trasparenza, confrontabilità e accessibilità dei dati di bilancio delle strutture pubbliche per avere un adeguato sistema di misurazione dei livelli di efficienza anche per il confronto con quelle private accreditate; contestualmente bisogna introdurre un sistema di effettiva terzietà dei controlli delle prestazioni ai pazienti e dei livelli di efficienza (oggi vi è una confusione di ruoli afferenti al Ssn che vede lo Stato essere insieme regolatore, operatore e controllore delle strutture proprie e altrui).

Tutto ciò non può prescindere dalla revisione dei sistemi di finanziamento e di accreditamento in una logica di effettivo sistema misto pubblico/privato, organizzato secondo un meccanismo di offerta unitaria sul territorio e spinto a elevare il livello di qualità delle prestazioni e a costi più contenuti.

La terza esigenza, tutta da esplorare, è diretta a coinvolgere in maniera più consistente il sistema della Sanità

privata accreditata nella gestione delle strutture pubbliche, il che potrebbe dare un contributo al miglioramento dell'efficienza, considerato che con poco più

del 18% delle giornate di degenza fornite le strutture accreditate incidono sulla spesa pubblica solo per il 7% o poco più.

In altre parole, le prestazioni del sistema privato (fornite senza oneri aggiuntivi per le persone) pesano meno della metà sulla spesa pubblica rispetto a quanto incidono le prestazioni erogate dagli ospedali pubblici.

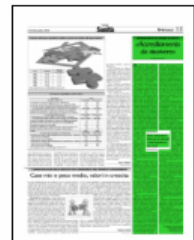
Ampliare l'apporto dei privati, favorendo la competizione, non significa privatizzare la Sanità ma, al contrario, mantenere l'intera governance del sistema nelle mani dello Stato, con i relativi poteri di indirizzo e di controllo permettendo di qualificare il rapporto tra prestazioni e costi.

Questo è un tema che deve essere concretamente sperimentato, lungo una strada peraltro già intrapresa da altri Paesi europei.

Tutto questo tenendo sempre ben presente la centralità della persona e i relativi bisogni e la necessità di dare risposte qualitativamente elevate unitamente all'obbligo di "far funzionare" la macchina con costi più contenuti.

* Presidente nazionale Aiop
(Associazione italiana ospedalità privata)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ

Basta sprechi o la salute farà defaultdi **Roberto Turno** ▶ pagina 28

L'ANALISI

**Roberto
Turno*****Basta sprechi
e disservizi
o la salute
farà default***

L'assistenza sanitaria riesce a a non inciampare in un taglio da 2,5 miliardi che si sarebbe tradotto in una potatura di servizi essenziali e in una raffica di ticket fin dal 2012. Anche se poi a pagare saranno sempre gli italiani con le addizionali Irpef regionali manovrate dallo Stato. Una partita di giro, insomma. Ma, sia chiaro, la vicenda della spesa per la salute pubblica è solo rimandata, e dal 2013 rischia comunque di esplodere in tutta la sua dirompenza in un sistema che già ora non sa cosa sia l'universalità e che solo a fatica riesce a reggere l'impatto dei conti e della richiesta di cure dopo i tagli di questi anni. Per questo, ora più di prima, è il momento di dar fondo a tutti gli interventi possibili di razionalizzazione, di efficienza e di qualità insieme, nel segno di quell'equità e di quella coesione che vogliono essere il tratto distintivo del Governo. La strada potrà essere quella del «Patto» con le regioni, ma va seguita senza perdere tempo e senza ipocrisie. Altrimenti il default del Ssn è garantito.

Il vertice

Oggi il governatore Caldoro dal presidente del consiglio Monti: chiederà la deroga al patto di stabilità

La Regione dà il via all'inventario per ridurre il buco da due miliardi

STELLA CERVASIO

LA REGIONE batte cassa. Due miliardi di euro di buco sono tanti, e con l'annuncio degli ulteriori tagli di questi giorni minacciano di diventare di più. A Santa Lucia il rompicapo più di moda è come far fruttare i gioielli di famiglia per ottenere liquidità.

Oggi a mezzogiorno, dopo l'incontro dei governatori alla Conferenza Stato-Regioni in via Parigi previsto per le 9, Caldoro sarà ricevuto con i colleghi del resto dello stivale dal premier Monti. Il rendez-vous della speranza prevederà un intervento di pochi minuti per colpire nel segno. L'impresa è difficile, visto lo stato drammatico delle finanze regionali e lo spettro del default che si ripercuote dalla macro alla micro entità territoriale, come in una matryoska russa. Il governatore deve chiedere al governo di fermare il patto di stabilità: «La Campania è l'unica regione d'Italia a non avere liquidità», ha detto. Si pensa già a una norma finanziaria che consenta di riacquistarne. Per esempio, l'ha già accennato Caldoro, per ridare respiro alla sanità si può tentare la cartolarizzazione degli ospedali. Una sorta di ipoteca, con un fondo nel quale conferire tecnica-

mente il valore dei presidi sanitari. Ma bisogna andarci cauti in situazioni come l'eredità Quintieri, che ha portato a Santa Lucia un castello medioevale a Passerano (Roma) con una tenuta agricola di 900 ettari e un'altra di 160 nelle Marche e poi una serie di possedimenti in Calabria e il palazzo di via Panama ai Parioli con 52 appartamenti. E altri averi del barone padre di un ragazzo non vendute che aveva lasciato tutto all'istituto Colosimo poi inglobato, tra le polemiche, nella Regione. Tra cui una quarantina di tappeti persiani valutati oltre 200 mila euro e molti quadri, tra cui un "Ritratto di gentiluomo a mezzo busto" di Rembrandt. La Regione Campania potrebbe andare oltre l'atto della Polverini di chiudere la sede di via Poli: nello stesso edificio c'è anche la lussuosa sede romana di Santa Lucia. Si calcola poi che l'Eav abbia 300 milioni di euro a fronte di una esposizione bancaria di 500 milioni. Insomma, un po' di conti stanno tentando di farli Caldoro e i suoi, avventurandosi sugli irti sentieri dell'ingegneria finanziaria da scalare magari imponendo aumenti sulle concessioni degli specchi d'acqua ai Comuni, o effettuando servizi al privato dietro

pagamento. Tutto per dare ossigeno alle due voci della "linea Maginot" indicate da Caldoro: sanità e trasporti. «Non siamo convinti che sulla sanità sia stato fatto tutto quel che c'era da fare — osserva Giuseppe Russo, capogruppo Pd — le performance migliori che il governatore dichiara in parte sono dovute ai tagli, al cofinanziamento del ticket da parte degli utenti, e all'aliquota Irpef e Irpef». Tra le proposte Russo, che è medico, suggerisce di unire le due aziende ospedaliere universitarie «che costano oltre 300 milioni di euro e imbarcano un deficit di oltre 150 milioni di euro l'anno, non garantendo nessuna delle due il pronto soccorso, cosa che non avviene da nessun'altra parte paese. Al governo Monti chiederemo generosità e rigore». Dalla Cgil Funzione Pubblica e dal segretario regionale Antonio Crispi viene l'invito a Caldoro a impegnarsi sul fronte sanità: «La sua famiglia ha fatto battaglie specifiche, se ne ricordi — sottolinea il segretario — Siamo in fase di ristrutturazione negativa senza creare nell'attesa la prospettiva né la riqualificazione del servizio. E non stiamo parlando di macchine a cui sostituisci i pezzi, ma di persone, donne, bambini e anziani».

Il punto



L'INCONTRO

Il punto alla Conferenza Stato-Regioni alle 9 e a mezzogiorno l'incontro tra governatori e premier a Palazzo Chigi



IL RISCHIO

Santa Lucia a rischio default ipotizza la cartolarizzazione degli ospedali per fare cassa e comincia a immaginare un inventario dei beni



IL SINDACATO

Per Antonio Crispi (Cgil) «i policlinici andrebbero unificati accumulano deficit e sono gli unici in Italia a non offrire pronto soccorso»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PRESIDENTE
Il governatore
Stefano Caldoro

► Regione. 2 ◀

Piano di rientro, ecco i programmi operativi

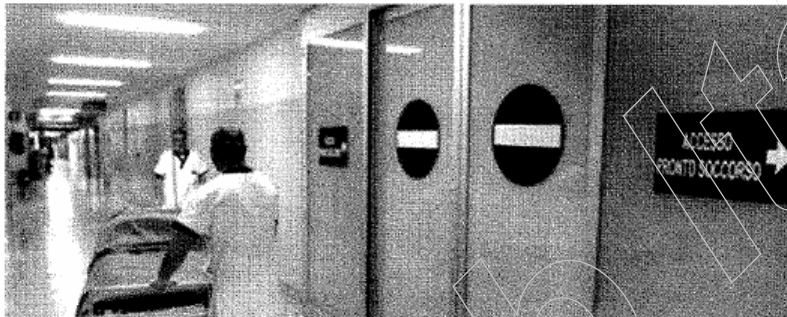
Alla firma della struttura commissariale il nuovo decreto validato dal ministero della Salute e dell'Economia

ETTORE MAUTONE

Sono alla firma del tavolo interministeriale di verifica (Salute ed economia) i programmi operativi del Piano di rientro dal deficit 2011-2012 elaborati dalla struttura commissariale. I piani saranno esaminati a latere del bilancio in un tavolo separato in Consiglio regionale parallelamente alla discussione della legge di Bilancio. L'articolato programma che la Regione già sottoposto ai direttori generali di Asl e aziende ospedaliere deve ora essere trasformato in un decreto commissariale per la pubblicazione sul Bollettino regionale.

GRANDI MANOVRE

In 163 pagine sono illustrate tutte le manovre di rientro condotte dal 24 aprile del 2010, data della nomina del commissario ad acta per la sanità e definite le cose fatte e da fare per concludere il periodo di commissariamento da parte dei ministeri vigilanti che dal prossimo anno dovrebbero diventare ministeri affian-



canti. Nel documento sono indicati gli strumenti di governance del settore, il piano di riordino della rete ospedaliera, le ipotesi di valorizzazione e i risultati per singolo presidio, la razionalizzazione dei presidi del territorio, i risparmi finora conseguiti e quelli attesi per venire a capo di uno sbilancio strutturale ancora non coperto dalla manovre fiscali per il 2010 di 70 milioni di euro.

Welfare, accordo con Federsanità Anci

La promozione del welfare, la de-ospedalizzazione, lo sviluppo dei servizi territoriali, l'informatizzazione e l'innovazione tecnologica, un rinnovato modello nel rapporto tra pubblico privato: sono i contenuti dell'accordo sottoscritto ieri a Palazzo Santa Lucia tra la Regione Campania e Federsanità Anci, per migliorare insieme la sanità del territorio.

L'intesa è stata firmata dal presidente della Regione Campania **Stefano Caldoro** e dal presidente nazionale di Federsanità Anci **Angelo Lino Del Favero**. Presenti tra gli altri il segretario generale di Federsanità **Fabio Sturani** e il presidente di Federsanità Anci Campania, direttore generale dell'Azienda ospedaliera Ruggi di Salerno, **Attilio Montano Bianchi** (nella foto).

Federsanità Anci assicura in tal senso la presenza ai tavoli istituzionali allo scopo di costruire un percorso strategico comune tra tutti gli amministratori locali, rispettoso delle attese dei vari stakeholders. Sul piano operativo, verrà costituito l'osservatorio regionale permanente sui servizi e sulle attività di integrazione socio-sanitaria e sviluppati progetti rivolti alle Asl, alle Aziende ospedaliere, agli Irccs sulla Sanità elettronica (fascicolo sanitario paziente e prescrizione, cartella clinica informatizzata), e sulle innovazioni destinate a migliorare il rapporto con l'utenza (prenotazioni, Cup, educazione sanitaria). Regione Campania e Federsanità Anci si impegnano, entro 30 giorni dalla firma dell'accordo a costituire un gruppo di lavoro comune per individuare metodologie e priorità di lavoro. "L'intesa concorrerà a sviluppare i progetti di sanità elettronica valorizzando le risorse tecnologiche utili a migliorare il rapporto con l'utenza - conclude Caldoro - la stipula del contratto conferma la consolidata tradizione di collaborazione tra Regione Campania e Federsanità. Con la firma di oggi si formalizzano le politiche sociosanitarie capaci di valorizzare le aree territoriali puntando sull'innovazione".

I PUNTI SALIENTI DEL PROGRAMMA

Riqualificazione dell'assistenza territoriale, razionalizzazione della rete laboratoristica e di quella trasfusione, potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle reti dell'emergenza 118. E ancora accordi tra medici e pediatri di libera scelta, prevenzione, medicina veterinaria e igiene collettiva, gestione del personale, contenimento della spesa per medici e infermieri e turnover dei dirigenti.

E poi la razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionale e ospedaliera oltre che gli interventi di sistema (accreditamenti, ticket, acquisti di beni e servizi), i contenuti del documento che si configura come una vera e propria legge quadro di riforma del sistema sanitario regionale.

► Regione. 3 ◀

Accreditamenti, 30 giorni per le domande

Approvata in Consiglio, la nuova norma è ora attesa alla pubblicazione

Potrebbero scattare già a partire dal prossimo lunedì - con la pubblicazione sul Bollettino regionale della legge approvata ieri in Consiglio - i 30 giorni di tempo concessi alle strutture sanitarie private di ricovero e quelle che erogano prestazioni specialistiche, per l'inoltro della nuove domande di accreditamento. Trenta giorni composti tra i dieci previsti per l'adozione di un regolamento ad hoc per l'utilizzo della piattaforma informatica di Soresa, (unica porta di accesso delle istanze) e i successivi 20 giorni a disposizione per l'inoltro delle domande. Per tutte le altre strutture il termine di presentazione delle domande di accreditamento è il 30 aprile del 2012.

La presentazione della domanda, per il tramite della piattaforma informatica Soresa Spa, dovrà avvenire dunque entro venti giorni dalla pubblicazione del relativo decreto attuativo della legge e quest'ultimo dovrà essere emanato entro 10 giorni dall'entrata in vigore delle modifiche alla Legge regionale (articolo 237 quinquies), ovvero entro 10 giorni dalla pubblicazione, sul bollettino ufficiale, del testo ap-

La norma in pillole

- **Il fabbisogno di prestazioni:** viene soddisfatto dalle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate entro il 1° luglio del 2007
- **Le nuove domande:** le strutture di ricovero e per la specialistica ambulatoriale che intendono proseguire in regime di accreditamento presentano domanda entro 20 giorni dall'approvazione dalla pubblicazione sul Burc della norma di disciplina dell'utilizzo della piattaforma informatica Soresa (regolamento da ufficializzare entro 10 giorni dalla pubblicazione della legge). Il termine diventa il 30 aprile del 2012 per tutte le altre strutture sociosanitarie
- **Ammissione:** Alla presentazione delle domande sono ammesse esclusivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie provvisoriamente accreditate in possesso di idonea certificazione
- **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

Al testo, in commissione è stato aggiunto un articolo 237 quinquies bis che consente ai laboratori di analisi che effettuano meno di 300 analisi annue di accorparsi alle strutture con altri laboratori in un lasso di tempo di 180 giorni

provato nella seduta di ieri Regione Campania.

Di particolare evidenza le modifiche previste all'articolo 237 undicesimo che rende nulle tutte le istanze presentate sinora dalle

strutture sanitarie sulla piattaforma applicativa informatica Soresa in data precedente alla entrata in vigore della presente Legge. Il Tar, che aveva sospeso l'efficacia del decreto com-

missariale n. 75 dello scorso 28 ottobre, avrebbe dovuto pronunciarsi nel merito il 7 dicembre. Pronunciamento ora inutile per la cessazione della materia del contendere.

Publico e privato, nuove regole per la parità

Parificazione tra le strutture sanitarie pubbliche e private, programmazione sanitaria e tetti di spesa: è iniziata nei giorni scorsi alla Camera l'esame del testo di legge presso XII Commissione Sanità e Affari sociali. Relatore **Vincenzo D'Anna** (Popolo e territorio), nella foto. Il testo riguarda la modifica degli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernenti l'accreditamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private. La norma aggiorna quanto già previsto nel 1992 dal decreto di riforma quadro della Sanità italiana (n. 502) targata **Rosy Bindi**. Ad essere puntualizzati sono la pari dignità degli erogatori, sia pubblici sia privati, differenziati solo per la natura gestionale delle strutture (pubbliche o private) in un sistema tutto pubblico e dunque gratuito per i pazienti ai quali è attribuita la centralità del servizio e la libertà di scelta.



POLITICHE SOCIALI - Progetto Sina, 1,7 mln per i più fragili. La Regione Campania ottiene un finanziamento di 1,7 milioni di euro da destinare alle imprese del terzo settore per progetti di sostegno alle persone non autosufficienti.

Tre gli obiettivi fissati dal programma, denominato Sina: diffusione delle ultime normative internazionali in materia di tutela dei disabili, progettazione e realizzazione di uno strumento di valutazione delle condizioni psico-socio-ambientali del cittadino non autosufficiente al fine di individuare percorsi individuali di aiuto, monitoraggio dei servizi erogati a livello locale attraverso tecnologie di Ict. Concluso il progetto, dopo 18 mesi dall'avvio, si prevede la diffusione dei risultati attraverso un incontro pubblico nel quale si ripercorreranno le attività svolte al fine di tracciare un bilancio dei risultati conseguiti. Il primo obiettivo verrà perseguito mediante l'organizzazione di stage e seminari sul territorio con particolare riferimento alle 5 province. Con il secondo si punta a fornire una tipologia di assistenza incentrata sulle esigenze del singolo individuo. L'ultimo obiettivo attiva una sperimentazione (almeno un ambito territoriale per provincia) che promuova l'automatizzazione del monitoraggio dei servizi forniti, attraverso il rilevamento Gsm-Gprs.

► Regione. 4 ◀

Direttori generali alla firma dei contratti

Il presidente della Regione **Stefano Caldoro** convoca per oggi a Palazzo Santa Lucia, i sette nuovi direttori generali in sella, dallo scorso 26 settembre, al vertice di altrettante aziende sanitarie. Oggetto della convocazione è la firma dei contratti che li legheranno per almeno un triennio alle rispettive strutture. Incarichi che, al netto degli sconti per il contenimento della spesa pubblica (10 per cento della regione più 10 per cento del decreto Brunetta) valgono circa 150 mila euro annui lordi, ossia più o meno quanto lo stipendio di un direttore di dipartimento al massimo della carriera. I manager, inoltre, dovranno procedere a stretto giro, dopo la firma del contratto (già venerdì o al massimo lunedì) alla nomina dei loro più stretti collaboratori, ossia i direttori aziendali sanitari e amministrativi. I manager, autonomi nelle scelte, avrebbero tuttavia già avuto sommarie indicazioni dall'organo politico di indirizzo. Non solo sui nomi ma anche sui criteri. Ossia il merito e la competenza. A chi obietta che i 60 giorni, per queste nuove nomine, sono scaduti, viene invece fatto notare che la legge parla di tempi utili per la conferma dei direttori sanitari e amministrativi in carica o per la nomina di nuovi. Ma in questo caso, trattandosi del passaggio dalla vecchia gestione commissariale, la questione non si pone.

I manager di nuova nomina

- **Asl di Benevento:** Michele Rossi
- **Ospedale di Benevento:** Nicola Boccalone
- **Asl Napoli 2 nord:** Giuseppe Ferraro
- **Asl Napoli 3 sud:** Maurizio D'Amora
- **Asl Caserta:** Paolo Menduni
- **Asl Avellino:** Sergio Florio
- **Ospedale di Caserta:** Franco Bottino
- **Restano commissari**
- **Asl Napoli 1:** Maurizio Scoppa (scade a fine dicembre 2011)
- **Asl Salerno:** Maurizio Bortoletti (scade a fine luglio 2012)

Il mandato dei commissari è in proroga fino a fine dicembre per Bortoletti

Caldoro è chiamato, inoltre, in tempi relativamente brevi, a sciogliere anche il nodo del Cardarelli dove il manager **Rocco Granata** (il cui mandato scade nel 2014) non ha più la fiducia di Palazzo Santa Lucia. Un assunto per il quale, come è noto, è stata avviata a fine settem-

bre la procedura di revoca del mandato. Dopo la pausa imposta al procedimento - sia per il non unanime responso della Commissione di valutazione dei manager, sia per la dichiarata incompetenza dell'organo di controllo a procedere nella valutazione dei bilanci - è giunta

l'ora di decidere. Caldoro temporeggia ma le pressioni della maggioranza che lo sostiene non consentono dilazioni oltre la soglia del prossimo gennaio. Pronta a subentrare a Granata ci sarebbe, secondo fonti autorevoli, **Mariella Corvino**, giovane direttore sanitario del Loreto Mare che ha saputo mettere ordine in un difficile presidio di frontiera per molti versi simile al Cardarelli. Ma come abbiamo più volte sottolineato Granata è un osso duro pronto a dare battaglia in tutte le sedi contro quella l'eventuale scelta negativa della giunta. La nomina tra l'altro, dovrebbe intersecarsi con alcuni aggiustamenti relativi ai vertici delle comunità montane oggetto di alcune riunioni della maggioranza.

Et. Mau.

Nomine, è l'ora dei vertici sanitari e amministrativi

Conto alla rovescia per la nomina dei direttori sanitari e amministrativi in sette aziende sanitarie campane. Nomine che, a norma di legge, spettano ai nuovi manager in carica dallo scorso 1° ottobre e da comporre entro 60 giorni dalla nomina. In realtà si tratta di nomine che funzionano, per consolidata prassi, da camera di compensazione per la politica e su cui le pressioni dei partiti condizionano le scelte teoricamente autonome dei direttori generali. L'unico paletto sono i requisiti professionali, stabiliti dalla legge, e la presenza nei rispettivi albi regionali dei direttori sanitari e amministrativi. I 60 giorni disponibili sono già scaduti. La legge parla infatti di tali termini per procedere alla indicazione dei direttori precedentemente in carica o alla indicazione di nuovi professionisti. In questo caso, tuttavia, di direttori in carica da confermare non ce ne sono in quanto i neo manager ereditano il timone di Asl commissariate. Fin qui il cavillo giuridico. In realtà già fioccano le prime indiscrezioni sui nomi. Come il direttore sanitario aziendale della Asl di Avellino dove il prescelto sarebbe, il condizionale è d'obbligo, **Oto Savino**. Medico, classe 1948, due specializzazioni (Igiene e Cardiologia), Savino è l'attuale direttore sanitario aziendale del presidio di Ariano Irpino.

ASL NAPOLI 1 - Ospedali in vendita: no di Rivellini. Dismettere gli ospedali inutili e risparmiare sui fitti passivi. Così l'europarlamentare del Ppe **Enzo Rivellini** sull'ipotesi cartolarizzazione degli ospedali lanciata da Caldoro per fare cassa. Rivellini pensa a beni immobili inutilizzati (come quello di Via Tasso) che l'Asl potrebbe vendere ed evitare così di pagare ogni anno milioni di euro di fitto. "La chiusura di alcuni ospedali ed il loro conseguente mancato utilizzo (come ad esempio il San Gennaro, gli Incurabili e l'Ascalesi) potrebbe consentire al commissario dell'Asl Na 1 Centro, il generale Scoppa, di dismettere fitti".

SOCIOSANITARIO - Servizi e informazione: c'è il Ciss. Servizi di sensibilizzazione ed informazione: domani mercoledì 7 dicembre alle ore 11, presso la sede del Consorzio Ciss (Centro direzionale - Isola C9 scala A interno 80) il Ciss (Consorzio intercomunale per i servizi socio-sanitari) illustra il piano per l'informazione, prevenzione ed educazione attraverso iniziative svolte nelle scuole, nelle case di riposo e presso associazioni culturali e ricreative. Saranno illustrate le modalità, le finalità e l'organizzazione degli interventi programmati e di quelli svolti. L'attività del Ciss coinvolge 12 Comuni nella provincia di Napoli, Caserta ed Avellino.