

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



## Rassegna Stampa del 12.01.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

## Governo e Regioni. Entro il 26 gennaio la prima bozza del nuovo Patto per la Salute

**La scadenza fissata nell'incontro odierno tra il ministro Balduzzi e gli assessori regionali alla Sanità. Obiettivo rimodulare i tagli da 8 miliardi in un quadro di riforme strutturali del sistema sanitario. Dalla rete ospedaliera alla governance farmaceutica. E poi anziani e verifica Lea.**

**11 GEN** - Si stringono i tempi per la messa a punto del nuovo Patto per la Salute tra Governo e Regioni. Al termine dell'incontro di oggi tra il ministro Renato Balduzzi e gli assessori alla Sanità delle Regioni è stato infatti deciso di accelerare i tempi fissando al 26 gennaio la scadenza per la presentazione di un documento articolato che dovrebbe costituire una sorta di prima bozza del Patto che dovrà comunque essere chiuso entro il 30 aprile.

A lavorarci saranno da domani mattina i tecnici di diverse regioni che dovranno affrontare i singoli punti del nuovo Patto.

Obiettivo principale resta il taglio di quasi 8 miliardi previsto dalla manovra estiva da qui al 2014. Ma volontà comune è quella di inquadrare modi e tempi delle misure economiche in un quadro più ampio di riforme.

“Non possiamo immaginare di fare 8 miliardi di tagli e basta”, ci dice un assessore al termine della riunione.

“Vogliamo che questo sia un vero Patto per la Salute, organico e in qualche modo riformatore del sistema”.

Un approccio che lo stesso ministro avrebbe caldeggiato durante la riunione sottolineando che andranno affrontati seriamente i diversi punti già delineati nella [memoria presentata a dicembre](#) dal ministero.

E gli obiettivi di cui si sta parlando sono effettivamente molti e ambiziosi. “Non so se si riuscirà ad affrontarli tutti”, ci dice sempre il nostro interlocutore, “ma certo solo così, inquadrando il Patto in un ambito di interventi e misure strutturali, si salva il sistema senza strozzarlo con tagli trasversali di quella portata”.

I punti in questione vanno dalla razionalizzazione della rete ospedaliera, alla ridefinizione dell'accreditamento e delle regole per la remunerazione. E toccano moltissimi aspetti delle dinamiche gestionali, organizzative e programmatiche del Ssn. Nuove governance per i farmaci e i dispositivi medici, razionalizzazione dell'assistenza agli anziani e ai non autosufficienti. Verifica dei Lea e gestione del personale sanitario regionale. Senza contare che si dovrà lavorare anche sui costi standard in arrivo dal 2013 e sull'individuazione delle Regioni benchmark. Insomma un'agenda fittissima che probabilmente non riuscirà ad essere compresa tutta nel Patto ma che certamente dovrebbe dare respiro all'azione di contenimento della spesa, che resta comunque tassativa ai fini del rispetto dei conti pubblici.

# quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

## Toscana. Valzer di nomine nella sanità regionale e nelle Asl

**Riguardano la direzione generale dell'assessorato, gli Estav Centro e Sud Est, l'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e le Asl 2 di Lucca. Confermati i Dg della Asl 6 di Livorno e 9 di Grosseto. I nuovi direttori assumeranno gli incarichi il 12 gennaio.**

**11 GEN** - Cambio della guardia, ma anche alcune conferme, ai vertici della direzione generale dell'assessorato alla sanità e delle Aziende sanitarie della regione Toscana.

Alla guida della Asl 2 di Lucca, al posto dell'attuale direttore in scadenza, Oreste Tavanti, andrà Antonio D'Urso, finora direttore sanitario della Asl 4 di Prato. A dirigere l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi andrà Valtere Giovannini, già direttore sanitario di Careggi. Mentre nelle Asl 6 di Livorno e 9 di Grosseto vengono confermati gli attuali direttori generali: Monica Calamai a Livorno e Fausto Mariotti a Grosseto.

Beatrice Sassi, attuale direttore generale della direzione "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", andrà a dirigere l'Estav (Ente per i servizi tecnico amministrativi di Area Vasta) Centro. L'attuale direttore generale dell'Estav Centro, Monica Piovi, si sposterà invece a Siena, per dirigere l'Estav Sud-Est (al posto del direttore in scadenza, Francesco Izzo). Beatrice Sassi assumerà anche il ruolo di coordinatore dei tre Estav, previsto dalla nuova Finanziaria della Regione per garantire l'interscambio e l'ottimizzazione delle risorse.

A ricoprire il posto di direttore generale della direzione "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" è stato chiamato Edoardo Majno, attuale direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi.

## Umbria. Pubblicato avviso per valutazione equipollenze titoli area sanitaria

**Le figure interessate sono quelle di tecnico audiometrista, tecnico di laboratorio biomedico, di radiologia medica, di neurofisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale e dietista.**

**11 GEN** - È stato approvato dalla Giunta regionale dell'Umbria, su proposta dell'**assessore alla Sanità, Franco Tomassoni**, l'avviso pubblico per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento per le figure professionali di tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neurofisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale e dietista. Il riconoscimento dell'equivalenza del titolo posseduto, abilitante ai soli fini dell'esercizio professionale subordinato o autonomo, è condizionato al raggiungimento del punteggio che tiene conto della durata del corso di formazione e dell'esperienza lavorativa del richiedente. Qualora non venga raggiunto il punteggio previsto, il riconoscimento è subordinato ad un percorso di compensazione formativa stabilito in base a criteri individuati dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Secondo l'avviso verranno presi in considerazione esclusivamente i titoli conseguiti entro il 17 marzo 1999, il relativo corso formativo deve essere iniziato entro il 31 dicembre 1995. I titoli devono essere stati conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali relativi ai diplomi universitari, devono aver consentito l'esercizio professionale in conformità all'ordinamento allora vigente ed i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione Umbria o da altri Enti preposti allo scopo e svolti nell'ambito del proprio territorio. Inoltre, per quanto riguarda il corso di formazione, il richiedente dovrà presentare idonea documentazione rilasciata dall'Ente preposto da cui risulti la durata della formazione in anni ed ore di insegnamento. Oggetto di valutazione per il riconoscimento del titolo saranno sia le ore di formazione teorica che le ore di formazione pratica. Per ciò che attiene all'esperienza lavorativa, l'interessato deve dimostrare che sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la professione sanitaria rispetto alla quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto. Per essere oggetto di valutazione deve essere stata svolta per un periodo di almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

Nel caso di attività lavorativa non subordinata dovrà essere dimostrata da apposita autocertificazione. Dal giorno successivo alla pubblicazione dell'avviso dei fac-simile e relativi allegati nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria, gli interessati avranno 60 giorni di tempo per presentare le domande di riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi.

Con successivi atti la Giunta regionale provvederà poi all'emanazione degli avvisi pubblici per le professioni sanitarie riabilitative, infermieristiche e ostetrica e per le professioni tecniche della prevenzione.

## Toscana-Marche. Siglato accordo per la medicina di laboratorio

**Punti cardine dell'accordo, l'istituzione di una "cabina di regia" comune, protocolli condivisi per il monitoraggio della qualità, linee guida per l'accreditamento professionale, anche mediante audit, e linee guida per l'appropriatezza delle richieste di prestazioni.**

**11 GEN** - La Regione Toscana ha siglato un accordo con la Regione Marche per migliorare la qualità dei servizi di medicina di laboratorio. L'accordo è stato firmato stamani dagli assessori alla salute delle due Regioni, Daniela Scaramuccia per la Toscana e Almerino Mezzolani per le Marche

L'accordo, che varrà per tutto il 2012, prevede, tra l'altro, che le due Regioni definiscano protocolli comuni per il monitoraggio della qualità dell'intero processo di laboratorio (fasi pre-analitica, analitica e post-analitica); condividano linee guida per l'accreditamento professionale, anche mediante audit; condividano modalità comuni di attuazione del controllo di qualità interno; definiscano linee guida comuni per l'appropriatezza delle richieste di prestazioni di medicina di laboratorio.

Le due Regioni istituiranno una "cabina di regia" comune, composta da tre rappresentanti di ciascuna Regione, che terrà incontri con cadenza semestrale, per rendere operative le linee di indirizzo della collaborazione, definendone le priorità. Verranno poi nominati gruppi di esperti su ogni singola tematica.

"Con questo accordo la Regione Toscana – ha detto l'assessore al diritto alla salute Daniela Scaramuccia – rilancia lo spirito di collaborazione tra le varie Regioni per lo sviluppo della qualità dei servizi. Il controllo di qualità dei laboratori ha l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e l'efficienza dei servizi".



## Patto salute, Balduzzi: «Si chiude prima del 30 aprile»

Un «incontro positivo nel quale abbiamo confermato la caratteristica del Servizio sanitario nazionale, cioè un lavoro continuo tra ministro e regioni, e abbiamo anche definito una scansione di lavoro più ravvicinata (la prima bozza arriverà il 26 gennaio) per poter insieme realizzare la scadenza del 30 aprile, cioè l'attuazione della manovra estiva e nello stesso tempo il Patto per la salute». Lo ha detto il ministro della Salute Renato Balduzzi, al termine dell'incontro di oggi con gli assessori regionali alla Sanità.

«Manovra e Patto per la salute - ha sottolineato Balduzzi - sono una cosa sola, poi evidentemente il Patto potrà avere ulteriori affinamenti nel rimanente dell'anno». Tuttavia «l'importante - ha concluso il ministro - è la condivisione sull'idea che il Servizio sanitario nazionale può rimanere tale se si tengono insieme le prospettive delle risorse insieme con la qualità del servizio».



Il Sole **24 ORE**

# Sanità

12 gennaio 2012 - ore 6,23

## Liberalizzazioni: apriranno 2-3mila nuove farmacie

di Roberto Turno (da Il Sole-24 Ore)

Entro febbraio del 2013 saranno aperte forse fino a 2-3mila nuove farmacie e saranno riservate ai farmacisti non titolari e a quelli che risiedono nelle zone disagiate. E altre ne potranno nascere - offerte in prelazione ai comuni fino al 2022 - nelle stazioni ferroviarie, negli aeroporti internazionali, sulle autostrade e nei grandi centri commerciali. Ma i farmaci C con obbligo di ricetta continueranno a restare in farmacia, secondo le regole già in vigore del decreto salva-Italia di dicembre: solo nelle Regioni in cui entro il 1° marzo del 2013 non sarà stato assegnato almeno l'80% delle nuove farmacie, la vendita dei farmaci di classe C con ricetta (ad eccezione di stupefacenti, ormoni, medicinali iniettabili e con ricette non ripetibili) sarà consentita anche nelle parafarmacie e nei corner della grande distribuzione.

È una soluzione di compromesso quella allo studio del Governo sulla liberalizzazione delle farmacie. Che conservano la riserva sui medicinali con obbligo di ricetta previsto dal decreto salva-Italia, ma pagano l'aggio (come avevano proposto) della moltiplicazione delle sedi convenzionate col Ssn, anche se non nella misura richiesta dalle parafarmacie. Le nuove sedi andranno però solo ai farmacisti che oggi la farmacia non la possiedono. Mentre i farmacisti titolari - ecco un'altra novità - vedranno ridotto da 2 anni a 6 mesi il tempo concesso ai loro eredi per vendere la farmacia se l'erede non possiede la laurea.

La bozza allo studio del Governo prevede l'allargamento del quorum delle farmacie: dovrà esserci una farmacia ogni 3mila abitanti. Sarà sufficiente un'eccedenza di 501 abitanti per giustificare l'apertura di una ulteriore farmacia, mentre nei comuni con meno di 9mila abitanti l'eccedenza di popolazione deve superare i 1.500 abitanti col risultato che la seconda farmacia potrà essere istituita solo dopo 4.501 abitanti e la terza dopo 7.501 residenti. Entro 5 mesi dalla legge di conversione del nuovo decreto del Governo, le regioni dovranno bandire i concorsi straordinari per l'assegnazione delle nuove farmacie, riservandole, come detto, ai farmacisti non titolari e ai «titolari di farmacia rurale sussidiata». Se non lo faranno, i governatori perderanno i finanziamenti integrativi per la sanità previsti per legge. Sempre le regioni (sentite le asl e gli ordini dei farmacisti), potranno decidere l'apertura di nuove farmacie - riservate ai comuni fino al 2022 - nelle stazioni ferroviarie, negli aeroporti a

[www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)

traffico internazionale, nelle stazioni marittime, nelle aree di servizio autostradali, nei grandi centri commerciali (oltre 10mila mq), purché non sia già aperta una farmacia a 1,5 km di distanza.

(Nota: per quanto riguarda le professioni l'articolo 8 della bozza di decreto che nell'ambito della abolizione delle tariffe professionali prevede l'obbligo di comunicazione del preventivo da parte del professionista, esclude dall'applicazione «l'esercizio delle professioni reso nell'ambito del servizio sanitario nazionale o in rapporto di convenzione con lo stesso prevede l'obbligo di comunicazione del preventivo», così come è esclusa la possibilità di tirocini per l'esercizio delle professioni mediche o sanitarie «svolti nell'ultimo biennio di studi per il conseguimento del diploma di laurea specialistica o magistrale».)

FederLabItalia



VENETO

## Direttori generali, ecco i target per il 2012

**I**nnova e sostituisce la precedente delibera 3.140/2010, il provvedimento con cui a fine anno la Giunta del Veneto ha assegnato gli obiettivi 2012 ai direttori generali. In una linea quando possibile di continuità, ma che inevitabilmente tiene conto sia dei miglioramenti e delle criticità evidenziate dal sistema di monitoraggio "dinamico" delle performance adottato nel 2010 dalla Segreteria Sanità e Sociale, sia dei mutamenti legislativi introdotti nel frattempo dal Ssr. Tra questi ultimi, l'aggiornamento del nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale, il recepimento del piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa, il progetto di riordino delle cure primarie.

Sullo sfondo, come ricordato dall'assessore alla Sanità **Luca Colletto**, i nuovi obiettivi ai manager rispondono alla «necessità di ulteriori ottimizzazioni della spesa, rafforzando il lavoro su quelle voci che non incidono direttamente sulle prestazioni erogate alla gente». Così, si punta a «completare il processo di informatizzazione che comporta forti risparmi e importanti agevolazioni per gli utenti; a rafforzare il perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni; a completare il cammino per la gestione delle liste d'attesa; a guardare con rinnovata attenzione al processo di rafforzamento della medicina territoriale».

Come già disposto nella Dgr 3.140/2010, nell'ambito del processo di verifica e monitoraggio i valori degli indicatori al 30 giugno 2012 saranno valutati quale stato di avanzamento dei risultati conseguibili al 31 dicembre 2012.

Gli obiettivi e gli indicatori di performance sono ripartiti nelle tre aree sanitaria, informatica e amministrativa. Come i precedenti, saranno sottoposti a una puntuale valutazione dei dati quantitativi e dei profili qualitativi relativi ai singoli indicatori. Tra i 48 obiettivi inseriti nella nuova delibera indirizzata ad aziende ospedaliere, Ullss e all'Istituto oncologico veneto (Iov) ed evidenziati dagli stessi uffici regionali, i principali sono: il tasso di ospedalizzazione che non dovrà superare il 140 per mille abitanti (già previsto nel nuovo Piano sanitario); il costo per residente pesato con un

tetto di 616 euro (626 per le Ullss 6, 9, 12 e 18); l'implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento delle liste d'attesa con obiettivi, fatte salve tutte le urgenze, del 90% per le prestazioni in classe A e B e del 100% in classe C; il numero di 4 prestazioni specialistiche per abitante/anno; la razionalizzazione dell'assistenza specialistica e farmaceutica; la predisposizione del piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza territoriale entro il 29 febbraio 2012; il consolidamento degli screening per la prevenzione con percentuali del 60% per quello citologico, del 65% di quello colo-rettale e dell'80% di quello mammografico; la digitalizzazione dell'intero sistema sanitario; l'utilizzo dei processi di certificazione del bilancio.

**B.Gob.**

## L'INTERVENTO

## «Sì al copayment contro l'inappropriatezza»

Non è più tempo di populismo e di difesa a oltranza di vecchi tabù. L'alzata di scudi contro la proposta del ministro della Salute Renato Balduzzi, di una rimodulazione dei ticket sulla base dei criteri dell'equità, della trasparenza e dell'omogeneità è tanto prevedibile quanto demagogica. Lo

boom economico rischia di snaturare i capisaldi del nostro sistema sanitario nazionale, (al secondo posto nella classifica dell'Oms), ovvero l'equità e l'universalità: la carenza di risorse potrebbe, infatti, determinare un'universalità soltanto apparente oltre ad arrecare una riduzione della qualità dei servizi sanitari. Ecco perché, tra lacci e laccioli posti alla spesa pubblica, la strada più corretta da intraprendere appare quella dell'affiancamento della solidarietà all'equità. D'altronde, in un Paese nel quale resistono forti sacche di povertà, la crescita economica è ferma e ad aumentare è soltanto il tasso di disoccupazione, è doveroso ed etico che quelli che più hanno, più contribuiscano alle esigenze sociali e sanitarie dei meno abbienti.

Gli umori e le reazioni alla manovra finanziaria ancora una volta dimostrano che i cittadini accettano, anche se con fatica, sacrifici e nuovi tributi, purché questi siano direttamente proporzionali ai redditi e pertanto la stessa logica deve sottintendere le scelte di politica sanitaria. In tal modo, l'ipotesi del ministro di rivedere i ticket per la diagnostica, la farmaceutica e persino sui ricoveri ospedalieri non andrebbe letta come un facile modo di fare cassa, ma piuttosto come necessità di

riorganizzare la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria secondo criteri di giustizia ed equità.

Fatti salvi alcuni presupposti: primo fra tutti che la revisione dei ticket debba salvaguardare coloro che appartengono a una fascia di reddito bassa e coloro che soffrono di una patologia cronica, la quale comporta la necessità di un continuo ricorso alle prestazioni sanitarie, eccezione che tuttavia non va, a mio avviso, sempre prevista per le fasce più abbienti. Non è soltanto una questione economica o di giustizia sociale, ma è anche e soprattutto il migliore strumento di cui oggi disponiamo per contrastare la piaga dell'inappropriatezza.

È giusto e doveroso stabilire che la compartecipazione alla spesa vada contemplata per quei ricoveri e prestazioni clinicamente inappropriati: occorre porre un argine alla diffusa mentalità di sottoporsi a indagini che creano un ingente e inutile danno al Ssn oltre a incidere sulla disorganizzazione della Sanità, provocando un ulteriore allungamento delle liste di attesa e una riduzione della qualità dell'offerta sanitaria.

Occorre mettere in campo tutti gli strumenti a disposizione per scoraggiare l'inappropriatezza. Soltanto così creeremo un deterrente per evitare che ci si sottoponga a una risonanza magnetica quando basterebbe una radiografia; soltanto così debelleremo la malsana abitudine a sottoporsi in brevissimi intervalli di tempo a indagini in strutture diverse per fugare i dubbi e sedare le ansie dei pazienti, creando danni economici oltre che psicologici all'ammalato. Tutto ciò determina, infatti, una restrizione della capacità di risposta del sistema sanitario che, per a far fronte a doman-

de di salute non necessarie, si rivela costoso e incapace di assistere coloro che realmente ne avrebbero bisogno.

Da anni il dibattito è concentrato sulla piaga dell'inappropriatezza e sulle sue ricadute sulla qualità dei servizi e appare ormai improcrastinabile scoraggiarla in tutti i modi anche ripensando i ticket e prevedendo un contributo di solidarietà per quelle fasce di popolazione più disagiate. Né vale l'obiezione che, considerato l'alto tasso di evasione fiscale soprattutto nel Mezzogiorno, sare-

berò sempre gli stessi a dover mettere mano al portafogli. La diagnosi di un'altra patologia non annulla

la validità di una cura che mira a contrastare gli effetti collaterali della malattia dell'inappropriatezza. Sconfiggiamola insieme.

**Raffaele Calabrò**  
Delegato alla Sanità  
Regione Campania

## Pagamenti. Attese di 800 giorni, strutture per dialisi in difficoltà

# Sanità, aziende a rischio a causa dei ritardi della Pa

**Paolo Del Bufalo**

**12/01/12** Gli 800 giorni di ritardo medi per il pagamento delle prestazioni con 200 milioni di scoperto di Asl e ospedali della Campania sono troppi per i 120 centri privati accreditati che erogano la dialisi nella regione e ora rischiano di dover interrompere le prestazioni "salvavita". Per questo i centri hanno lanciato un appello al presidente del Consiglio Mario Monti chiedendo un suo intervento diretto (si veda Il Sole 24 Ore di ieri). L'appello porta la firma dell'Unione industriali di Napoli-Sezione Sanità, Arcade (Associazione regionale campana ambulatori di emodialisi) e Anisap Campania (Associazione na-

zionale istituzioni sanitarie ambulatoriali private).

A rischio sono gli oltre 4.500 pazienti dializzati, ma a tremare sono anche i dipendenti dei centri: circa 300 sono ancora in attesa di stipendio e tredicesima di dicembre mentre le strutture più piccole (ad esempio a Benevento e Avellino) hanno già dovuto chiudere i battenti. I centri accreditati campani si occupano del 90% delle prestazioni di dialisi, «una scelta di politica sanitaria che - spiegano i loro rappresentanti - ha permesso alla Regione di erogare prestazioni dialitiche al costo più basso d'Italia e con elevati standard qualitativi, da circa quaranta anni».

E in Campania c'è di peggio degli 800 giorni medi di ritardo: l'Asl Napoli centro supera i mille giorni e da sola ha uno scoperto verso i creditori di circa 60 milioni. La situazione dei centri dialisi ricalca quella già descritta da Il Sole-24 Ore del 4 gennaio per i debiti campani: Asl e ospedali, secondo una rilevazione di Assobiomedica, l'associazione delle imprese biomedicali, sono tra i peggiori pagatori d'Italia. E il record è proprio all'Asl Napoli centro con 1.676 giorni.

«Quello della dialisi - spiega Fabrizio Cerino, amministratore delegato Nephrocare, società che in Campania gestisce la maggior parte dei centri dialisi - è un setto-

re in cui non ci sono sprechi: nessuno ne "abuserebbe" mai e si tratta di una spesa prevedibile e programmabile e controllabile».

Inoltre, la dialisi non è un intervento "delocalizzabile": la media dell'età dei pazienti che a giorni alterni devono sottoporvisi è di 70 anni e non sono "trasferibili" in luoghi lontani dalla loro abitazione per poter essere curati.

### APPELLO A MONTI

L'Unione industriale di Napoli scrive al presidente del Consiglio per chiedere un intervento urgente che sani la situazione



## IL CASO

### Il Pdl: «La riforma sanitaria garantirà risparmi ma senza ridurre i servizi»

**CAGLIARI.** Nel bilancio della Regione la spesa sanitaria è di 3,4 miliardi di euro. La parte farmaceutica e dei beni e servizi incide con una cifra pari a 2,284 mld, (farmaceutica 340 mln, beni e servizi 1,944 mld) e può essere ridotta, senza ridurre i servizi, con la legge di riforma. Lo sostiene il consigliere del Pdl, Giorgio Locci, compo-

**Tra l'assessore De Francisci e il ministro Balduzzi primo incontro a Roma sul Patto della Salute**

nente della commissione Sanità, che individua il tema della riforma come un fondamentale strumento per riorganizzare il sistema e consentire un notevole risparmio. «Con la riforma sanitaria, approvata a giugno dalla commissione consiliare», afferma Locci, «si potrebbero tagliare i costi mantenendo intatti i servizi». Il testo approvato — a giudizio di Giorgio Locci — prevede l'istituzione di una macroarea che centralizza le funzioni amministrative, quindi anche le gare. Solo con un intervento sulla spesa farmaceutica, secondo modelli sperimentati in al-

tre realtà, si può avere un risparmio del 20% in ogni gara».

**Il vertice a Roma.** Primo incontro fra l'assessore alla Sanità **Simona De Francisci** e il ministro della Salute **Renato Balduzzi** in discussione il nuovo Patto della Salute. L'assessore ha chiesto al ministro di programmare una visita in Sardegna per un confronto sulle problematiche ma anche per conoscere le eccellenze nel settore. Balduzzi ha assicurato la sua disponibilità. «È positivo - spiega l'assessore De Francisci - che la bozza proposta dal ministro sul prossimo Patto della Salute sia aperta e che coinvolga tutte le realtà locali. La Sardegna sta facendo uno sforzo per garantire la sostenibilità del sistema sanitario e i livelli minimi di assistenza, a fronte di tagli governativi». La bozza del Patto della Salute prevede tra il 2013 e il 2015 riduzioni pari a 8 miliardi e 700 milioni di euro a livello nazionale. Già nel 2012 i risparmi si attesteranno sui 2,6 miliardi. Entro il 30 aprile le Regioni dovranno trovare un'intesa su come «spalmare» questi tagli, in caso contrario sarà il Governo a decidere.



LOMBARDIA/ Correttezza, equità e trasparenza nel mirino delle regole di funzionamento del Ssr per il 2012

## «Cittadino, ecco quanto mi costi»

Dichiarato il costo di ogni ricovero - Equitalia riscuoterà i ticket - Esenzioni a verifica

«**C**aro paziente-contribuente ecco come uso i tuoi soldi. Ovvero: ecco quanto ho speso per te». Dal primo marzo prossimo gli ospedali lombardi comunicheranno nei referti e nelle lettere di dimissione ai pazienti il costo della prestazione sanitaria effettuata specificando quanto è a carico della Regione e quanto eventualmente è a carico del cittadino.

La misura è contenuta nell'ultima versione delle "regole" per il funzionamento del Ssr aggiornate come di consueto con una delibera di fine anno: «Se ne parlava già da un paio d'anni - spiega il direttore generale della sanità lombarda - **Carlo Lucchina** - ora abbiamo avuto la collaborazione di tutti, erogatori pubblici e privati, che hanno compreso il senso della cosa interpretandolo come un contributo alla riflessione».

Voci di dissenso in verità non ce ne sono state, anche se resta agli atti il commento del presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, **Roberto Carlo Rossi** che ha definito «umiliante» per il cittadino essere informato «della cifra spesa per lui».

Agli atti anche la pronta replica pronta dell'assessore alla Sanità, **Luciano Bresciani**: «La spesa sanitaria è di tutti ed è giusto che tutti sappiano come vengono impiegati i soldi: è anche un modo per esaltare il valore della sussidiarietà che la comunità sa esprimere». «È un gesto di civiltà», ha commentato **Fiorenzo Corti**, segretario regionale

Fimmg: «È un'idea condivisibile e facilmente esportabile», ha commentato il segretario nazionale dell'Anao Assomed, **Costantino Troise**. Altrettanto esportabili e forse ancora più utili anche altre due soluzioni inserite nel pacchetto Sanità 2012.

La prima attiva l'operazione "recupero" dei ticket non riscossi: «In media ogni anno risulta giacente dal 4% al 6% di referti non ritirati per un importo di ticket non incassati che va dai 4 ai 5 milioni», spiega ancora Lucchina. Una cifra

non banale ora affidata a riscossori fidati: «Aziende pubbliche e private accreditate potranno fare una convenzione con Equitalia e mandare in riscossione i ticket tramite cartella esattoriale».

Secondo nodo cruciale nel mirino del Ssr lombardo (anzi ormai di tutte le Regioni, cfr. pag. 5) la verifica del diritto all'esenzione, per far stanare il credito da esenzioni non dovute. «Anche in questo caso c'è un impegno di trasparenza nei confronti dei cittadini, stavolta quelli che pagano: abbiamo bisogno di verificare con un incrocio di banche dati (Inps, Inail, Economia) le varie tipologie di esenzioni». La Giunta dovrebbe affidare entro gennaio a Finlombarda l'incarico della comparazione tra le banche dati intanto su tre piccole Asl campione per valutare al meglio le possibilità di recupero sulla scarsa correttezza nei non paganti.

**S.Tod.**

FederLabItalia