



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



L'emergenza

Cardiologia e Radio, rosso fisso dall'estate

Verso il blocco delle prestazioni: ma in alcune Asl le risorse sono già esaurite

La corsa a ostacoli dell'assistenza: contratti o non contratti nell'anno di grazia 2016, il settore sanitario specialistico e ambulatoriale in convenzione, ha visto capitolare, sotto la scure dell'insufficienza del budget, la Medicina nucleare dal 2 luglio a secco nella Asl Napoli 2 nord. Anche la Cardiologia è a corto di risorse dal 16 agosto nella stessa Asl. Qui, nella provincia Nord di Napoli, in piena Terra dei fuochi, la soluzione adottata dai principali gabinetti polispecialistici privati, per fronteggiare la crisi finanziaria, garantire il paziente medio e sostenere i livelli occupazionali, è stata offrire a prezzi stracciati, paragonabili a quelli di un ticket, pacchetti standard di cure. Nel caso specifico la visita specialistica e un'ecografia al cuore costano 56 euro. Si supera di poco il tetto di 100 euro se si aggiunge un esame Holter che monitora il cuore nelle 24 ore.

Ma vediamo cosa sta accadendo nelle altre discipline e nelle altre Asl campane: il 20 agosto sono terminate le risorse per le

prestazioni di Radioterapia in accreditamento nel comprensorio della Asl di Salerno. Qui l'alternativa è stata rivolgersi al centro ospedaliero del Ruggi dove però le liste di attesa superano i 60 giorni. La stessa disciplina, che impegna cure per pazienti afflitti da vari tipi di tumore, ha cominciato a vacillare a Napoli 1 dal 2 settembre. La pattuglia dei centri sanitari convenzionati piegati al regime solo privato si è decisamente rinfoltita a settembre: col rientro dalle vacanze sono diventate erogabili solo a pagamento anche le prestazioni di Medicina nucleare e le altre visite specialistiche erogate nei centri della Asl Napoli 2 nord. A fare loro compagnia anche la Cardiologia a Napoli 3 sud, posizionata sul rosso fisso a partire dallo scorso 8 settembre. Attualmente a Napoli 2 Nord solo la radiodiagnostica ha fiato per resistere fino al 18 ottobre. E a Napoli città dalla fine della prossima settimana sarà impossibile ottenere analisi e indagini radiologiche a carico del Servizio sanitario regionale. Già ieri

le prenotazioni erano praticamente bloccate facendo slittare al nuovo anno l'accesso a esami Tac, Ecografie e Risonanze solo in pochi casi ancora in piedi in regime pubblico. Stessa situazione, con poche differenze, a Napoli 3 sud dove il serbatoio dei laboratori sarà prosciugato a partire da metà ottobre. In ordine sparso andranno in sofferenza, da qui a fine ottobre, tutti i centri accreditati fatti salvi quelli delle province di Avellino e Benevento storicamente indenni dal fenomeno del budget insufficiente. Per garantire piena capienza ad esami e cure specialistiche, fino a fine anno e per tutte le Asl, sarebbero necessari circa 60 milioni di euro. Ne basterebbe però meno della metà per assicurare continuità di cure alle fasce deboli, a pazienti anziani, ai cronici per patologia e agli oncologici. Una richiesta in merito è stata avanzata nelle scorse settimane dai principali sindacati di categoria. Richiesta per ora caduta nel vuoto. La situazione sugli altri settori assistenziali è più articolata: non si parla solo

di insufficienza di risorse ma anche della loro allocazione. Il dettaglio doveva essere spiegato oggi in una conferenza stampa convocata presso la sede di Confindustria a Palazzo Partanna. Ma per espressa richiesta del governatore De Luca e alla luce della missione che lo vede impegnato oggi Roma se ne parlerà il 3 ottobre.

Limiti di spesa e di prestazioni imposti senza alcun preventivo confronto, ripartizione su base mensile anziché annuale del budget, assegnazione delle risorse su capitoli di spesa che nella riabilitazione sono ad esempio inutilizzabili, impossibilità di assicurare i livelli essenziali di assistenza per i cittadini oltre all'obbligo di sottoscrivere i contratti di capestro entro il 30 settembre i punti all'ordine del giorno. «Di fronte a questi diktat, imposti dai decreti commissariali su tetti di spesa, senza alcuna considerazione delle esigenze delle aziende, dei lavoratori e della popolazione campana, le imprese private della sanità dichiarano lo stato di crisi, la cui gravità è stata condivisa anche dalle organizzazioni sindacali» si legge nel documento firmato dalle principali associazioni (Aiop Campania, Aspat in coordinamento con Anisap, Anpric, Agidae, Confapi e Fras, Confindustria Campania Sanità, Confederazione centri antidiabete, Federlab Campania, Snr e Aias determinate ad andare fino in fondo ad una spinosissima vertenza che fa pericolosamente vacillare uno dei pilastri su cui poggia l'assistenza sanitaria campana.

et.ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

”

Il primato
Dal 20 agosto soldi finiti alla Asl di Salerno: liste di attesa di 60 giorni al Ruggi



Le prestazioni specialistiche

in rosso le prestazioni
già esaurite

	NAPOLI 1	NAPOLI 2 NORD	NAPOLI 3 SUD	SALERNO	CASERTA	BENEVENTO	AVELLINO
 Visite specialistiche	21-novembre-16	2-settembre-16	14-ottobre-16	20-ottobre-16	23-novembre-16	non pervenuto	15-dicembre-16
 Cardiologia	4-novembre-16	16-agosto-16	8-settembre-16	15-settembre-16	31-ottobre-16	non pervenuto	16-dicembre-16
 Diabetologia	23-ottobre-16	no accreditati	4-novembre-16	15-ottobre-16	27-ottobre-16	28-ottobre-16	20-novembre-16
 Laboratorio Analisi	1-ottobre-16	28-settembre-16	15-ottobre-16	6-dicembre-16	3-novembre-16	3-dicembre-16	31-dicembre-16
 Radiodiagnostica	6-ottobre-16	18-ottobre-16	8-ottobre-16	16-novembre-16	4-novembre-16	26-ottobre-16	4-dicembre-16
 Medicina Nucleare	23-ottobre-16	9-settembre-16	2-luglio-16	5-ottobre-16	31-dicembre-16	30-settembre-16	31-dicembre-16
 Radioterapia	2-settembre-16	25-settembre-16	5-novembre-16	20-agosto-16	21-dicembre-16	non pervenuto	non pervenuto
Periodo di riferimento monitoraggio dati	agosto	agosto	luglio	agosto	agosto	agosto	luglio

La vertenza, la missione

De Luca oggi dal ministro Lorenzin: «Intendo tutelare le aziende serie. Dai commissari atteggiamento ideologico»

Cliniche private, via ai licenziamenti

Partite le lettere ai duemila lavoratori. Già ridotte alcune prestazioni in convenzione

Sanità, De Luca dalla Lorenzin**«Tutelare lavoratori e pazienti»**

Licenziamenti nei centri convenzionati, partiti 2mila preavvisi

Ettore Mautone

Dalle parole ai fatti: sono partite le procedure per il licenziamento di duemila addetti della sanità privata. Annunciate nei giorni scorsi, ieri sono arrivati i primi atti dalle cliniche come Montevergine di Avellino specializzata nell'alta cardiocirurgia, Pineta Grande di Castelvolturno e Villa dei fiori di Acerra che ha anche un pronto soccorso. La sottostima invece è tale per cui da anni sfiorano nel rapporto tra budget assegnato e numero di prestazioni erogate con un rosso di decine di milioni che ricade sui bilanci aziendali. Mancano - secondo l'Aiop - 50 milioni per il 2014 diventati 67 nel 2017 a fronte di una torta di 660 milioni di euro attribuita dai tetti di spesa.

> A pag. 32**Ettore Mautone**

È vento di bufera quello che spira tra Napoli e Roma sulle trattative in corso per sciogliere il nodo dei tetti di spesa attribuiti ai centri privati accreditati. Dal 1° ottobre, in assenza della firma dei contratti con le Asl (allo stato in alto mare) le 1500 strutture che compongono questo segmento assistenziale che assorbe circa il 60% di tutte le prestazioni ambulatoriali e di ricovero in Campania, passerà al regime totalmente privato. Ciò significa che i cittadini dovranno pagare di tasca propria prestazioni di laboratorio, diagnostiche, ricoveri in Case di cura e l'assistenza riabilitativa ai disabili.

L'unica alternativa sarà rivolgersi alle strutture pubbliche con tutti i disagi legati a liste d'attesa proibitive e un'offerta pubblica che, nel caso della riabilitazione, è pressoché residuale.

Dopo il fallimento della mediazione tentata in extremis la scorsa settimana dal presidente della Regione Vincenzo De Luca e a fronte dell'irrigidimento della posizione assunta dai commissari che hanno risposto col pollice verso ai documenti di sintesi proposti per modificare non solo l'entità dei finanziamenti ma anche solo le modalità di assegnazione delle risorse, De Luca è intenzionato a spostare l'asse del confronto sui tavoli romani. Già domani il governatore sarà a Roma dove ha intenzione di porre la questione chiedere al ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

«Stiamo discutendo da mesi con i commissari - avverte De Luca - e ci stiamo scontrando sul problema del rapporto con le strutture private accreditate. Non condivido la posizione assunta dai commissari che considerano i privati tutti ladri o fonte di sprechi intendendo l'assistenza solo pubblica. Una posizione totalmente ideologica e inaccettabile. Parlerò con il ministro Lorenzin e altri esponenti di governo ribadendo che sono nettamente contrario a questa visione politica. Intendo tutelare fino in fondo gli investitori seri anche nel campo della Sanità privata così anche i tanti medici e lavoratori impegnati in questo settore assistenziale».

Intanto il tempo delle trattative stringe. La scadenza dei decreti commissariali è fissata per domani 30 settembre. Un ulteriore margine, fino al 12 ottobre, è offerto dalla discussione fissata al Tar, sulla legittimità della clausola di salvaguardia inserita nello schema di contratto, che sbarrò il passo ai contenziosi e per ora sospesa da un'ordinanza.

Ma in assenza di novità lo scenario che si profila è molto critico. Laboratori e centri diagnostici dal 1° ottobre passano all'assistenza indiretta ma comunque assicureranno servizi a pagamento. Diverso il discorso per le Case di cura e i centri di riabilitazione che invece, dalla prossima settimana sbarreranno il passo a ricoveri o a trattamenti ambulatoriali e domiciliari e poche famiglie potranno sostenere i costi in regime totalmente privato. I 150 centri di riabilitazione, in maggioranza orientati a non firmare i contratti, stanno in queste ore allertando gli uffici legali con l'invio di centinaia di lettere alle Asl in cui comunicano le dimissioni protette dei pazienti. Di casi simili negli ultimi decenni se ne contano un paio. Le asl impossibilitate a garantire prestazioni su settori sguardati potrebbero restare silenziosi. Un iter che si conclude nella tacita accettazione dell'assistenza in accreditamento con recuperi dei costi sostenuti ricorrendo alla carta bollata. Ciò col rischio che si inneschi un'altra spirale di contenzioso che per anni ingolferebbe il sistema facendo lievitare i costi dovuti alle spese legali. D'altro canto con una media di 5-600 disabili seguiti da ciascuna struttura sono circa 100 mila i pazienti che potrebbero trovarsi senza continuità assistenziale nell'arco di un mese. Lo stesso accadrà per i ricoveri e il pronto soccorso in



Casa di cura a rischio chiusura.

Una situazione esplosiva che si riverbera anche sul piano occupazionale dove si registra il preavviso di licenziamento di 2 mila unità di personale di vari profili medici e sanitari. Cliniche come Montevergine di Avellino specializzata nell'alta cardiocirurgia (300 preavvisi di licenziamento), come Pineta Grande di Castelvoturno (400) e Villa dei fiori di Acerra (100) che hanno un pronto soccorso che accoglie migliaia di pazienti all'anno, grandi cliniche attrezzate per l'alta specialità non si reggono con la sola attività privata e possono continuare ad operare solo nel solco del Servizio pubblico e a fronte di un

adeguato finanziamento. La sottostima invece è tale per cui da anni sfornano nel rapporto tra budget assegnato e numero di prestazioni erogate con un rosso di decine di milioni che ricade sui bilanci aziendali. «In totale tutto il settore delle Case di cura - avverte Sergio Crispino, presidente regionale dell' Aiop, l'associazione che raggruppa le 68 Case di cura campane - risulta sottofinanziato per una fetta di 50 milioni nel 2014 diventati 67 nel 2017 a fronte di una torta di 660 milioni di euro attribuita dai tetti di spesa. I 24,5 milioni in più messi nel piatto dai decreti commissariali? Sono insufficienti e comunque attribuiti a pioggia, non garantendo una selezione delle strut-

ture che assicurano alta chirurgia, complessità strutturale, strumentale e di personale». Dopo la dichiarazione dello stato di crisi tutto il personale è mobilitato: i medici della Cimop e il comparto (infermieri, amministrativi e Oss) che con Cgil Cisl e Uil hanno già dichiarato uno sciopero generale fissato per il 17 ottobre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'assistenza Il governatore oggi dal ministro
«Basta, la posizione dei commissari è ideologica»

In assenza della firma ai nuovi contratti con le Asl
le 1500 strutture passeranno all'assistenza indiretta



L'attacco

Da mesi ci scontriamo sul problema del rapporto con le strutture private accreditate



Le cifre

Considerano i privati ladri o fonte di sprechi eppure questo segmento rappresenta il 60% del settore



L'incontro

Parlerò con il ministro. Intendo tutelare fino in fondo gli investitori seri, i medici e tutti i lavoratori



La trattativa

La scadenza dei decreti commissariali è fissata per domani il 12 ottobre la vicenda al Tar



Ludopatie, D'Amelio promette più fondi



NAPOLI (cm) - "Bisogna riflettere sui nuovi percorsi di trattamento delle dipendenze patologiche. E' tempo di rendere pienamente operativi i Dipartimenti per le Dipendenze e di lavorare a un riordino del sistema integrato dei servizi pubblici e del privato sociale nel campo delle dipendenze": questo l'appello della presidente del Consiglio regionale della Campania, **Rosa D'Amelio** (nella foto) che oggi aprirà i lavori della I conferenza meridionale sulle Dipendenze in programma a partire dalle 10 presso l'Aula magna della Facoltà di Biotecnologie della Federico II. Per la presidente si tratta di "que-

stioni sulle quali il Consiglio regionale della Campania sarà impegnato nei prossimi mesi perché è urgente intervenire sia dal punto di vista legislativo, con leggi regionali che affrontino le nuove dipendenze e aggiornino le norme esistenti, che dal punto di vista amministrativo, con lo stanziamento di maggiori risorse".

© RIPRODUZIONE
RISERVATA

Il progetto

«Terapia del dolore, ora servono più risorse»

Galasso: richieste in aumento
De Simone: nuove tecnologie
per rispondere ai bisogni

Dora Spiniello

L'Azienda ospedaliera «San Giuseppe Moscati» di Avellino aderisce alla giornata nazionale «Cento città contro il dolore», con una due giorni di visite gratuite per i cittadini e un convegno contro la violenza sulle donne ad Atripalda. L'iniziativa «Cento città contro il dolore» dal 2009 viene organizzata dall'associazione territoriale Isal per sensibilizzare e informare la cittadinanza sul dolore nelle sue varie forme e sulle molteplici terapie per contrastarlo.

«Il dolore di un malato - dice Enrico De Simone, direttore dell'Unità Ope-

rativa di Fisiopatologia del Dolore e Cure Palliative, in occasione della presentazione dell'iniziativa, tenutasi presso la sala multimediale del «Moscati» - può notevolmente ridot- to, attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie e dispositivi particolari, i cosiddetti «device». In questo modo, la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie, migliora considerevolmente».

Presenti all'incontro, oltre De Simone, Giuseppe Galasso, direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Moscati, Gaetano Bernardi, presidente dell'associazione Isal di Avellino ed infine Paolo Spagnuolo, sindaco di Atripalda, comune coinvolto nella due giorni. «La terapia del dolore ha bisogno di investimenti. - sottolinea Galasso - Occorre ampliare la spesa economica che spetta al reparto,

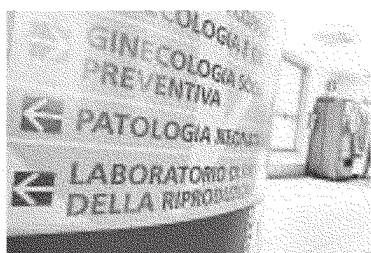
perché le richieste di cure mediche in questo settore sono notevolmente aumentate».

Sabato 1 e domenica 2 ottobre ad Atripalda, in piazza Umberto I, i cittadini potranno sottoporsi a screening gratuiti di cardiologia, dermatologia, urologia, geriatria, nutrizione, ortopedia, fisioterapia, ginnastica posturale, diabetologia ed indagini diagnostiche. Sempre ad Atripalda, presso la Chiesa di San Nicola, sabato 1 ottobre alle 17,30 si terrà il convegno «La donna e la violenza silenziosa».

«Il titolo del convegno - spiega Gaetano Bernardi - rimanda al tipo di violenza perpetrata a danno di una donna, che spesso si consuma all'interno delle mura domestiche e non viene denunciata. La donna, che subisce violenza nella propria casa, è convenzionalmente silente. Nell'ambito del dolore, quindi, l'associazione Isal ha pensato di trattare questo tipo di sofferenza, che per la donna è fisica e psicologica».

Durante il convegno, in aggiunta, sarà possibile acquistare un sacchetto di noci, il cui ricavato sarà devoluto in beneficenza. «La due giorni - continua Bernardi - nasce per sensibilizzare la cittadinanza sulla prevenzione di molte patologie e per parlare della lotta contro la violenza sulle donne. Gli screening gratuiti vogliono essere un'esortazione alla prevenzione. I cittadini, in molti casi, non si sottopongono a visite mediche per mancanze economiche e per disagi sociali».

La presentazione della manifestazione è stata l'occasione per lanciare un appello alle istituzioni affinché l'Azienda ospedaliera «Moscati» riceva i fondi necessari per accogliere un numero maggiore di pazienti. «I pazienti del dolore - dice De Simone - aumentano ogni anno. È un settore che ha bisogno di tecnologie e mezzi, oltre che di risorse umane».



La presentazione Il «Moscati»; in basso, De Simone, Spagnuolo, Galasso e Barnardi

Le giornate
Sabato
e domenica
visite gratuite
e un convegno
ad Atripalda
sulla violenza
alle donne



Liste di attesa ancora senza fine

A Solofra 263 giorni per una visita

I dati

Endocrinologia al «Criscuoli»
Ad Ariano 144 per un esame cardiologico
e a Sant'Angelo 137 per spirometria

La scure dei tagli del nuovo Atto aziendale arriva in un momento già di per sé molto particolare per l'Asl irpina e per i servizi che eroga sul territorio. L'istantanea delle criticità è tutta nei numeri delle liste di attesa. A differenza di quanto accadeva soltanto ad inizio 2016, sul sito web dell'Asl di Avellino ora è possibile rendersi conto - come prescrive la norma - dei tempi medi necessari per ottenere una prestazione e della differenza, spesso abnorme - che intercorre rispetto agli standard fissati dai cosiddetti livelli essenziali di assistenza (Lea). I dati sono aggiornati al mese in corso e descrivono un'offerta tutta da riorganizzare.

Quelli più indicativi, relativi ai tre presidi ospedalieri «Sant'Ottono Frangipane» di Ariano, «Criscuoli» di Sant'Angelo dei Lombardi e «Landolfi» di Solofra. Si tratta dei presidi al centro del taglio di 28 strutture operative complesse contenuto nell'Atto aziendale. Per una visita cardiologica, occorrono fi-

no a 144 giorni ad Ariano, dove ne servono anche 88 per un elettrocardiogramma e addirittura 124 per un eco doppler cardiaco a riposo. Tempi biblici per un consulto cardiologico pure a Sant'Angelo dei Lombardi, 108 giorni, 74 per l'eco doppler e 95 per l'elettrocardiogramma dinamico. Tempi duri, insomma, per chi ha bisogno della sanità pubblica, in un territorio già di per sé difficile, anche dal punto di vista orografico, come quello irpino. I livelli essenziali di assistenza (30 giorni al massimo) non trovano alcun riscontro. Occorrono, infatti, 50 giorni per l'ambulatorio di ortopedia a Solofra e 176 per un controllo protesico elettroacustico ad Ariano. Qui, anche per un esame audiometrico tonale, passa un'eternità: 139 giorni.

Per Neurologia anche 58 giorni al «Frangipane», 55 al «Criscuoli». Non va meglio sulle altre patologie. Chi ha bisogno di una spirometria globale, magari perché asmatico, aspetta - sempre a Sant'Angelo dei Lombardi - fino a 137 giorni, addirittura 142 per la visita pneumologica. Record di attesa ad Ariano per l'eco doppler dei tronchi sovraortici, 252 giorni, che diventano solo - si fa per dire - 86 a Sant'Angelo dei Lombardi.

Anche il «Landolfi» di Solofra è messo male. Una Tc del torace, con o senza mezzo di

contrasto, richiede un'attesa massima di 75 giorni. Con buona pace delle diagnosi precoci, un'ecografia dell'addome può necessitare anche di 59 giorni al «Criscuoli». Qui si aspettano fino a 263 giorni per una visita endocrinologica. Un record assoluto rispetto al quale impallidiscono persino i 149 giorni che servono per la stessa prestazione al «Frangipane». Al distretto di Avellino, invece, spiccano gli 83 giorni necessari per accedere all'ambulatorio di Urologia. Mentre per i diabetici c'è un tempo massimo di 177 giorni di attesa al «Criscuoli». Ultimi record negativi ancora al «Frangipane»: 149 giorni per otorinolaringoiatria e 174 per effettuare una densitometria ossea lombare.

Il quadro, insomma, è dei più allarmanti. È proprio in questo scenario che si inseriscono i nuovi tagli previsti dall'Atto aziendale che il direttore generale dell'Asl di Avellino, Maria Morgante, dovrà approvare definitivamente entro domani. Numeri alla mano, secondo le indicazioni contenute nel decreto 33 del commissario ad acta della Sanità campana, Joseph Polimeni, che riorganizza la rete ospedaliera sul territorio, verranno tagliate ben 28 strutture organizzative complesse.

Si passerà cioè da 74 a 46 primariati. Dal canto suo, Morgante ha ricordato che le scelte compiute erano imposte dalle indicazioni del commissario e che i servizi saranno ugualmente garantiti anche attraverso un piano di riorganizzazione in grado di mettere in rete ospedali e territorio. Ma per la sanità irpina, già in profonda crisi, la sfida è sempre più dura.

f. c.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

De Luca fa appello alla Lorenzin «Tutelare lavoratori e pazienti»

La vertenza

Il governatore deciso ad aprire il confronto con il ministero «I commissari si sbagliano»

Ettore Mautone

È vento di bufera quello che spirava tra Napoli e Roma sulle trattative in corso per sciogliere il nodo dei tetti di spesa attribuiti ai centri privati accreditati. Dal 1° ottobre, in assenza della firma dei contratti con le Asl (allo stato in alto mare) le 1500 strutture che compongono questo segmento assistenziale che assorbe circa il 60% di tutte le prestazioni ambulatoriali e di ricovero in Campania, passerà al regime totalmente privato. Ciò significa che i cittadini dovranno pagare di tasca propria prestazioni di laboratorio, diagnostiche, ricoveri in Case di cura e l'assistenza riabilitativa ai disabili. L'unica alternativa sarà rivolgersi alle strutture pubbliche con tutti i disagi legati a liste d'attesa proibiti-

ve e un'offerta pubblica che, nel caso della riabilitazione, è pressoché residuale.

Dopo il fallimento della mediazione tentata in extremis la scorsa settimana dal presidente della Regione Vincenzo De Luca e a fronte dell'irrigidimento della posizione assunta dai commissari che hanno risposto col pollice verso ai documenti di sintesi proposti per modificare non solo l'entità dei finanziamenti ma anche solo le modalità di assegnazione delle risorse, De Luca è intenzionato a spostare l'asse del confronto sui tavoli romani. Già domani il governatore sarà a Roma dove ha intenzione di porre la questione chiedere al ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

«Stiamo discutendo da mesi con i commissari - avverte De Luca - e ci stiamo scontrando sul problema del rapporto con le strutture private accreditate. Non condivido la posizione assunta dai commissari che considerano i privati tutti ladri o fonte di sprechi intendendo l'assistenza solo pubblica. Una posizione totalmente ideologica e inaccettabile. Parlerò con il ministro Lorenzin e altri esponenti di governo ribadendo che sono nettamente contrario a questa visione politica. Intendo tutelare fino in fondo gli investitori seri anche nel campo della Sanità privata così anche i tanti medici e lavoratori impegnati in questo settore assistenziale».

Intanto il tempo delle trattative stringe. Ma in assenza di novità lo scenario che si profila è molto critico. Laboratori e centri diagnostici dal 1° ottobre passano all'assistenza indiretta ma comunque assicureranno servizi a pagamento. Diverso il discorso per le Case di cura e i centri di riabilitazione che invece, dalla prossima settimana sbarreranno il passo a ricoveri o a trattamenti ambulatoriali e domiciliari e poche famiglie potranno sostenere i costi in regime totalmente privato. I 150 centri di riabilitazione, in mag-



Numeri
Circa 100 mila le persone che potrebbero ritrovarsi senza continuità delle cure nel giro di un mese

gioranza orientati a non firmare i contratti, stanno in queste ore allertando gli uffici legali con l'invio di centinaia di lettere alle Asl in cui comunicano le dimissioni protette dei pazienti. Di casi simili negli ultimi decenni se ne contano un paio. Le Asl impossibilitate a garantire prestazioni su settori sguarniti potrebbero restare silenti. Un iter che si conclude nella tacita accettazione dell'assistenza in accreditamento con recuperi dei costi sostenuti ricorrendo alla carta bollata. Ciò col rischio che si inneschi un'altra spirale di contenzioso che per anni ingolferebbe il sistema facendo lievitare i costi dovuti alle spese legali. D'altro canto con una media di 5-600 disabili seguiti da ciascuna struttura sono circa 100 mila i pazienti che potrebbero trovarsi senza continuità assistenziale nell'arco di un mese. Lo stesso accadrà per i ricoveri e il pronto soccorso in Casa di cura a rischio chiusura.

Una situazione esplosiva che si riverbera anche sul piano occupazionale dove si registra il preavviso di licenziamento di 2 mila unità di personale di vari profili medici e sanitari. La sottostima invece è tale per cui da anni sfiorano nel rapporto tra budget assegnato e numero di prestazioni erogate con un rosso di decine di milioni che ricade sui bilanci aziendali. «In totale tutto il settore delle Case di cura - avverte Sergio Crispino, presidente regionale dell' Aiop, l'associazione che raggruppa le 68 Case di cura campane - risulta sottofinanziato per una fetta di 50 milioni nel 2014 diventati 67 nel 2017 a fronte di una torta di 660 milioni di euro attribuita dai tetti di spesa. I 24,5 milioni in più messi nel piatto dai decreti commissariali? Sono, insufficienti e comunque attribuiti a pioggia, non garantendo una selezione delle strutture che assicurano alta chirurgia, complessità strutturale, strumentale e di personale». Dopo la dichiarazione dello stato di crisi tutto il personale è mobilitato: i medici della Cimop e il comparto (infermieri, amministratori e Oss) che con Cgil Cisl e Uil hanno già dichiarato uno sciopero generale fissato per il 17 ottobre.

quotidiano **sanità**.it

Mercoledì 28 SETTEMBRE 2016

L'Intramoenia non è la causa delle liste d'attesa. E regioni come il Veneto o l'Emilia Romagna lo dimostrano

La relazione negativa tra libera professione e tempi d'attesa esiste solo in una visione truffaldina dell'attività professionale medica. E se queste due linee si incontrano è solo per colpa del sistema di organizzazione ed erogazione delle prestazioni o di carenze del sistema di controllo

Il regista statunitense **Michael Moore** nel presentare a Roma alcuni anni fa il suo documentario sulla sanità degli Stati Uniti ha dichiarato, con il solito tono tra il provocatorio e il beffardo, "Voi italiani per curarvi avete le liste d'attesa. Noi, negli USA, abbiamo eliminato il problema delle file eliminando dal diritto alle cure 50 milioni di poveri che non possono pagarsi il dottore. Un consiglio? Eliminate i poveri dalle liste d'attesa e non aspetterete!".

Le liste di attesa rappresentano una caratteristica strutturale di tutti i sistemi sanitari pubblici, universalistici e solidali ove i pazienti non sono chiamati a pagare le prestazioni di tasca propria e il tempo di accesso ai servizi, e non la disponibilità a pagare, ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda e offerta.

Eppure il problema delle liste d'attesa, e della loro presunta correlazione con la libera professione intramoenia (LPI) dei medici pubblici, emerge periodicamente come un fiume carsico, sempre, però, in un'accezione che identifica in questa ultima il fattore principale determinante la durata delle attese. Da ciò la richiesta di limitare, o vietare del tutto, tale attività ai medici dipendenti avanzata, per più o meno nobili motivi, da diversi pulpiti con lo scopo di captare la gratitudine della gente.

Pochi si fermano a ragionare in modo serio e informato sul problema per una analisi puntuale delle cause, come abbiamo fatto ampiamente in un [precedente articolo pubblicato su QS cui rimandiamo](#). **Continuare a pensare che quello della libera professione sia il meccanismo principale che impedisce ai cittadini l'accesso equo ai servizi sanitari è comunque fuorviante** e mira solo a scaricare le responsabilità che Governo e Regioni si portano addosso.

Dove lo mettiamo il rilevante taglio delle risorse destinate al finanziamento del SSN dal 2011 al 2015? I circa 32 miliardi di tagli calcolati dalle Regioni e sostanzialmente confermati dalla Corte dei Conti, non incidono sui diritti dei cittadini? I pensionamenti del personale (- 7000 medici dal 2009 al 2014 – Conto annuale dello Stato 2015) e le gravidanze senza sostituzione non degradano l'organizzazione dei servizi e non prolungano le liste d'attesa?

La non corrispondenza tra bisogni dei cittadini e flussi finanziari centrali si traduce nelle singole aziende sanitarie in fatti molto concreti: oltre al blocco del turn over, abbiamo le limitazioni degli acquisti di beni e servizi (farmaci, protesi, device, kit diagnostici, kit chirurgici...), il mancato rinnovo delle tecnologie mediche, i ridotti investimenti in formazione del personale. Nessuno ha mai sentito parlare di taglio delle sedute operatorie per mantenere in equilibrio i bilanci aziendali riducendo le spese? Quanto pesa tutto ciò sui tempi d'attesa? Meno del diritto a effettuare la libera professione? E perché mai nessun Catone ne parla?

Il D.Lgs 120/2007 promosso dalla Ministra **Livia Turco** poneva l'obiettivo di un progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di LPI, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima fosse conseguenza di libera scelta del cittadino e non di

raggiungere questo obiettivo. Le Regioni piuttosto si sono distinte per la scelta di riversare sulla sanità (Conferenza Stato-Regioni, 11 febbraio 2016) gran parte del contributo richiesto dal Governo per l'equilibrio della finanza pubblica nel periodo 2017/2019: 3,5 miliardi di € nel 2017, 5 miliardi nel 2018, altrettanti nel 2019, assolvendosi così dall'obbligo di presentare proposte su altri capitoli di spesa del loro bilancio (complessivamente circa 45 miliardi di € di spesa corrente non sanitaria).

Siamo sicuri che queste scelte non incideranno anche nei prossimi anni sulla qualità delle cure, sull'erogazione dei servizi e quindi sulle attese? Eppure già da molti anni il tratto fondamentale della sanità regionalizzata è quello delle ineguaglianze, sia considerando gli esiti delle cure, sia l'offerta dei servizi. Una donna che vive in Campania ha circa tre anni in meno di speranza di vita rispetto a quella che vive in Trentino o in Veneto (Istat, 2015).

L'aspettativa di vita in buona salute oltre i 65 anni è più bassa nelle regioni meridionali rispetto a quelle del centro-nord. La mortalità a 30 giorni per ictus cerebri in Molise o in Campania arriva a essere superiore del 50% rispetto a quella registrata in Toscana o Emilia Romagna ed anche l'accesso a procedure salva vita, come l'angioplastica coronarica in corso di infarto miocardico acuto, vede i cittadini del meridione largamente svantaggiati rispetto a quelli residenti nel resto d'Italia (OECD, 2015), anche per il fenomeno della desertificazione ospedaliera che caratterizza i piani di rientro a cui sono sottoposte le Regioni in cui risiedono.

La ridotta capacità di offerta delle aziende sanitarie, pesantemente e negativamente influenzata dal sistematico "definanziamento" del SSN, ha determinato una crescita importante della spesa privata. Si tratta di un mercato che nelle sue varie componenti ha un valore di circa 35 miliardi di € (Censis, 2016), di cui solo uno è dovuto alla LPI.

Circa 9 milioni di cittadini ogni anno effettuano una prestazione specialistica nel settore privato. Se si indaga il motivo per cui si fugge dall'offerta pubblica, al primo posto, e di gran lunga, troviamo i costi stellari dei ticket sanitari imposti dalle Regioni, un vero e proprio fattore di shift della spesa verso il privato, e solo dopo i tempi di attesa (Eurostat, 2014). Chi vuol impedire ai medici del SSN l'esercizio della libera professione vuole in realtà regalare questa attività alle strutture private, allocando consistenti risorse al di fuori del SSN e contribuendo ad un suo ulteriore impoverimento.

L'attività libero professionale è disciplinata da norme rigorose, legislative e regolamentari, che correttamente applicate costituiscono una matrice organizzativa nella quale le distorsioni e le speculazioni difficilmente sono possibili. Il medico pubblico dipendente effettua la libera professione in strutture individuate dalla o con l'azienda sanitaria, in tempi contingentati e documentati, con tariffe concordate e calmierate, una parte delle quali va alla azienda, con imposizione fiscale certa, con regole definite contrattualmente che presuppongono uno stretto rapporto tra volumi prestazionali libero professionali e quelli istituzionali, perfino per la singola prestazione. Senza contare che una parte dei proventi di questo lavoro svolto al di fuori dell'orario di servizio viene destinato dalla legge a finanziare un piano di riduzione delle liste di attesa.

La relazione negativa tra LPI e tempi d'attesa esiste solo in una visione truffaldina dell'attività professionale medica, e se queste due linee, per così dire, si incontrano, è per colpa del sistema di organizzazione ed erogazione delle prestazioni o di carenze del sistema di controllo.

Non contestiamo che la percezione dei cittadini che attendono anni per accedere ad una prestazione sanitaria in diverse realtà del nostro Paese possa essere quella di un diritto negato, ma occorre rimuovere i fattori determinanti le attese e non spingere per l'abolizione della LPI. Rimaniamo convinti che i determinanti maggiori dei tempi d'attesa vadano ricercati nei ritardi del sistema di organizzazione ed erogazione delle prestazioni in regime istituzionale e nei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociologici dei nostri tempi.

Chiedere l'abolizione della LPI per la presenza di comportamenti truffaldini è come chiedere la chiusura di tutte le gioiellerie per il riscontro di una quota più o meno importante di evasione fiscale in questo settore commerciale.

Infine, si potrebbe utilizzare quanto Stato e Regioni incassano ogni anno dalla LPI, circa 600 milioni di €, per finanziare un ampio e duraturo programma di riduzione delle attese attraverso un incremento dell'utilizzo orario degli ambulatori specialistici, delle attrezzature tecnologiche e delle sale operatorie. Lo strumento contrattuale è quello della libera professione in favore dell'azienda. La defiscalizzazione della

28/9/2016

L'Intramoenia non è la causa delle liste d'attesa. E regioni come il Veneto o l'Emilia Romagna lo dimostrano

Carlo Palermo

Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Troise (Anaa): Finalmente si parla di sanità. Dopo le parole aspettiamo i fatti

panoramasanita.it/2016/09/28/troise-anaa-finalmente-si-parla-di-sanita-dopo-le-parole-aspettiamo-i-fatti/

«E' finito il tempo dei tagli in sanità». Le dichiarazioni del premier Matteo Renzi, raccolte dalle agenzie di stampa durante la sua visita all'ospedale San Raffaele di Milano, sono musica per le nostre orecchie», commenta il Segretario Nazionale Anaa Assomed, Costantino Troise. «Leggere che, secondo il premier, "sulla sanità si è tagliato anche troppo" e che "nel settore sanità l'Italia è fra i paesi più forti del mondo" non può che renderci soddisfatti, perché fa eco a quanto da tempo sosteniamo, con le migliaia di parole dette e scritte in questi anni e con la lunga serie di manifestazioni e lotte dei Medici e dei Dirigenti sanitari, ed a numerose indagini che hanno messo a nudo la crisi della sanità pubblica e del diritto alla salute dei cittadini. La nostra spesa sanitaria in rapporto al Pil non solo "non è più alta di altri Paesi", ma è la più bassa tra i paesi del G7 e si accompagna alla più alta spesa privata, a testimonianza della progressiva diminuzione del perimetro di tutela pubblica. Detto questo, però, non possiamo non ricordare che fino ad ora le rare dichiarazioni sono state sempre smentite dai fatti. Se le parole del premier sono il segno di un reale cambio di passo e di una sincera intenzione di mettere la sanità tra le priorità della politica italiana, lo sapremo presto. Il banco di prova sarà la prossima legge di stabilità che a giorni scriverà nero su bianco i numeri per fermare il definanziamento della sanità pubblica. Ma i medici e i dirigenti sanitari» prosegue Troise «non si accontenteranno di una sanità senza tagli e nemmeno del modesto incremento che, con il più classico dei lapsus, il Presidente sembra annunciare fissando il FSN a 112 miliardi, 1 in meno rispetto al tetto di 113 ritenuto irrinunciabile dal Ministro della salute. Per giocare in serie A, a voler riprendere il parallelo calcistico del premier, bisogna comprare giocatori all'altezza e la nostra sanità, per restare in serie A, ha bisogno di investimenti e finanziamenti adeguati, soprattutto sul suo capitale umano che oggi regge il SSN a dispetto del suo progressivo smantellamento». «Risorse adeguate – è il richiamo dell'Anaa Assomed – sono necessarie anche a quei Medici e dirigenti sanitari il cui contratto di lavoro è bloccato da 8 anni, ma puntualmente taglieggiato da ogni legge finanziaria, ed il cui ruolo è continuamente mortificato malgrado il peso ed il rischio intrinseco al loro lavoro. Ed ai giovani, per liberarli da un precariato ormai stabile che li priva di futuro professionale e personale. La legge di stabilità ci dirà se questo Governo vuole riconoscere anche il valore del lavoro di chi opera in sanità e se nel momento in cui chiede un segnale di cambiamento e di "puntare in alto e sognare in grande" è disposto a fare altrettanto, dando segni concreti di investimento sulle competenze e conoscenze dei Medici e dirigenti del SSN, che è un bene comune da rilanciare e non da liquidare in maniera strisciante».

quotidianos**sanità**.it

Mercoledì 28 SETTEMBRE 2016

Ddl Lorenzin. Farmindustria e Ordini professionali promuovono il testo. L'audizione in commissione Affari Sociali

L'impianto generale del provvedimento riguardante la riforma degli Ordini professionali e la ricerca clinica è stato approvato da Farmindustria, Fnovi, Fofi, Ordine biologi, Società italiana di fisica, Ipasvi e Tsrn. Sugerite solo alcune possibili integrazioni e modifiche per lo più di carattere ordinamentale. Per Farmindustria l'Italia, grazie alle nuova norma, potrebbe diventare "un Hub europeo per la ricerca clinica oltre che per la produzione industriale".

Promosso l'impianto del testo del ddl Lorenzin sulla riforma degli Ordini professionali e le sperimentazioni cliniche. Questo il messaggio arrivato oggi nel corso dell'audizione in commissione Affari Sociali che ha visto per protagonisti tutti i principali attori coinvolti dal provvedimento in esame: da Farmindustria alla Fofi, dalla Fnovi all'Ipasvi, fino ai Tecnici sanitari di radiologia ed ai biologi.

Dal punto di vista della ricerca, il presidente di Farmindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, giudicando il testo "uno strumento efficace per preparare il Paese all'attuazione nuovo regolamento UE 536/2014 sui clinical trial " su questa materia, ha chiesto al Governo solo di accelerare i tempi per la sua definitiva approvazione.

"Se il ddl sarà approvato ed applicato in tempi brevi - ha spiegato Scaccabarozzi - ci saranno benefici per il Paese. Intanto potremo essere più competitivi per attrarre investimenti in ricerca. Si potrà poi mantenere e auspicabilmente incrementare la percentuale di studi clinici effettuati in Italia, che attualmente si colloca al 18,2% sul totale delle sperimentazioni cliniche effettuate in ambito europeo. Infine ci consentirà di richiamare risorse che possono avere forte valenza positiva per i pazienti, che possono entrare in cicli di terapie ai più elevati livelli innovativi; per la crescita professionale dei Ricercatori; come fonte di importanti risorse per il SSN, poiché le imprese del farmaco che promuovono gli studi clinici si fanno carico di tutti i costi ad essi connessi (ospedalizzazione, farmaci, indagini di laboratorio, esami diagnostici, ecc.)".

Il messaggio del presidente di Farmindustria è molto chiaro: "L'industria farmaceutica italiana è già un Hub a livello europeo per quanto riguarda la produzione, con questa norma lo potremo diventare anche a livello di ricerca".

Quanto alla **Federazione dell'Ordine dei farmacisti italiani (Fofi)**, il giudizio positivo sul disegno di legge è stato accompagnato da alcuni suggerimenti riguardanti possibili integrazioni. Tra queste, si segnalano: il potenziamento funzioni di coordinamento per Federazioni nazionali, l'attribuzione alla Federazione di una maggiore autorità di dirimere possibili conflitti tra Ordini, l'introduzione della possibilità di sconfezionamento per le preparazioni galeniche, l'aggiornamento delle tariffe nazionali sulle preparazioni effettuate in farmacia ferme al 1993, e la revisione della farmacopea ufficiale.

L'**Ordine dei biologi** si è invece soffermato sull'importanza del loro riconoscimento di professione sanitaria. A tal proposito è stata richiesta una più esplicita formulazione all'articolo 7, "per evitare successive diatribe con altri Ordini professionali".

I **veterinari della Fnovi**, pur approvando il testo, hanno suggerito la possibilità di riconoscere i tirocini volontari, extracurricolari, effettuati anche presso istituti privati per periodi di tempo contingentati. Promosso

I **Collegi Ipasvi** ed i **Tecnici sanitari di radiologia medica (Tsrn)**, dando il loro via libera al disegno di legge, si sono soffermati in maniera dettagliata su alcune possibili modifiche ed integrazioni da apportare al testo per superare eventuali criticità e difficoltà interpretative.

Infine, la **Società italiana di Fisica (Sif)**, soddisfatta di poter finalmente veder nascere il proprio Ordine, ha chiesto unicamente la possibilità di vedersi coinvolta nella successiva stesura del regolamento.

Video Completo



quotidianosanita.it

Mercoledì 28 SETTEMBRE 2016

Campania. Pubblicato il decreto per la riforma dell'assistenza territoriale: le Uccp al centro del nuovo sistema

La nuova articolazione dell'offerta sanitaria mette al centro le Unità complesse di cure primarie che rappresentano una nuova modalità di erogazione di prestazioni sanitarie territoriali, fondata sulla condivisione dei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali e sul lavoro in team tra diversi professionisti ed operatori socio-sanitari di vari profili della medicina primaria. [Il decreto](#)

Publicato sul bollettino ufficiale della Regione Campania (Burc) n. 63 del 26 settembre 2016 il Decreto commissariale n. 99 del 2016 relativo al "Piano regionale di programmazione della rete per l'Assistenza territoriale" che sarà valido per il biennio 2016 – 2018. Il Piano, [di cui abbiamo pubblicato la settimana scorsa in anteprima la bozza](#), rappresenta la seconda gamba del riordino strutturale della rete sanitaria campana al fianco del piano ospedaliero regionale.

L'attuazione di tutte le forme aggregative della medicina di base dovrà ora attendere il via libera dell'accordo integrativo regionale della Specialistica ambulatoriale (Sumai) senza il quale non è attuabile. "Siamo in attesa di essere convocati – avverte **Gabriele Peperoni** – segretario provinciale di Napoli del sindacato".

Perno centrale della nuova articolazione dell'offerta sanitaria sono le Uccp (Unità complesse di cure primarie) che rappresentano una nuova modalità di erogazione di prestazioni sanitarie territoriali fondata sulla condivisione dei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali e sul lavoro in team tra diversi professionisti ed operatori socio-sanitari di vari profili della medicina primaria.

"Unità che nascono dalla necessità di fornire una risposta adeguata a bisogni di salute sempre più complessi ed alla inappropriata nell'uso del pronto soccorso, facilitando percorsi di cura centrati sul paziente sempre più fragile – dice **Giuseppe Buonomo** che da diversi anni è organizzatore delle prime unità pilota realizzate a Benevento. Per realizzarle è necessario mettere in rete tutti i servizi sanitari e sociali presenti in un territorio ed attivare una struttura centrale di coordinamento e di erogazione di prestazioni dove operano: medici di famiglia, pediatri di libera scelta, assistenti di studio medico, infermieri, specialisti, amministrativi e personale sociale, con disponibilità di strumentazione diagnostica che consenta di gestire la cronicità".

La Asl di Benevento in collaborazione con la Sannium Medica, cooperativa di medici di famiglia ha finora attivato due Uccp: una con sede centrale a Cerreto Sannita organizzata in ambienti riconvertiti nell'ex ospedale territoriale chiuso con il decreto 49 del 2010 (il vecchio Piano ospedaliero), l'altra a San Giorgio del Sannio nella vecchia sede del distretto sanitario appositamente ristrutturata. In entrambi i casi sono stati elaborati progetti per le aree rurali finanziati con fondi della comunità europea (Psr Piano di sviluppo rurale 2007/2013).

"L'Uccp – conclude Buonomo - non è solo l'istituzione e l'attivazione di nuovi presidi e servizi delle cure primarie, ma un nuovo modello gestionale dell'assistenza primaria che si prende cura della cronicità. L'approccio proposto tende a favorire una riorganizzazione generale del percorso di cura in ragione dell'elevato coordinamento tra strutture e servizi ed all'incrementata attenzione al ruolo ed alla centralità del paziente".

Intanto Card (Confederazione associazioni regionali di distretto) e Senior Italia FederAnziani hanno

del nuovo piano sanitario territoriale.

“Card e Senior Italia FederAnziani – avverte **Gennaro Volpe**, presidente nazionale eletto di Card e direttore del dipartimento cure primarie della Asl Napoli 1 - sono impegnati in un progetto di ampio respiro che li vede promotori di una conoscenza concreta del mondo senior nel territorio distrettuale”. “Il distretto – aggiunge - è punto di coordinamento dei vari attori sanitari regionali nel dare una risposta efficace ed efficiente alle esigenze del territorio, principalmente provenienti da pazienti Anziani”.

La stipula della collaborazione con Federanziani ha visto concretamente impegnati Card e Senior Italia FederAnziani, questa estate a Napoli, in un focus group nel quale rappresentanti Card provenienti da tutta Italia hanno offerto il loro contributo nella costruzione di un piano formativo destinato ai direttori di distretto e finalizzato a fornirli una reale conoscenza del contesto senior di riferimento del proprio territorio. Senior Italia, dal canto suo, “attraverso l’esperienza concreta di chi opera sul territorio – si legge in una breve nota - vuole comprendere il fabbisogno informativo ad oggi inespresso e necessario per poter pianificare un vasto piano formativo destinato ai decisori delle attività distrettuali, nell’ambito del progetto International Longevity academy”.

Nell’incontro di Napoli i rappresentanti Card hanno portato la loro esperienza e importanti punti di riflessione sull’attuale struttura organizzativa distrettuale. “Condivisa è stata l’esigenza di dare, a chi partecipa al progetto formativo di Senior Italia, una modalità uniforme di lettura dei bisogni del territorio che parta da un’approfondita conoscenza epidemiologica del contesto di riferimento. Oltre al possesso dei dati è cruciale anche la loro qualità. L’innalzamento dell’età media della popolazione impone -, dichiara il Presidente eletto Card Italia Gennaro Volpe - una riorganizzazione della sanità che veda nel territorio il fulcro dell’assistenza. Bisogna implementare in primis l’assistenza domiciliare e la creazione di strutture territoriali tipo casa della salute, Uccp ecc. che erogano assistenza nelle 24 ore con sempre minor ricorso all’ospedale. Per rendere sempre più sicuro il sistema bisogna puntare anche sull’innovazione digitale con sistemi di telemedicina (teleassistenza, telemonitoraggio e teleconsulto).

Come sottolinea infine il Presidente di Senior Italia FederAnziani **Roberto Messina**, “senza implementazione ed efficientamento dei Distretti, non si potrà mai avere un territorio che prende in carico il paziente. Per tale motivo Senior Italia FederAnziani è vicina ai distretti. Card e Senior Italia FederAnziani sono uniti per far in modo che i distretti siano punto di riferimento per i cittadini, per rendere possibile che il territorio li prenda in carico”.

Ettore Mautone

quotidianossanità.it

Mercoledì 28 SETTEMBRE 2016

Approvata la Nota di aggiornamento del Def. Renzi: "Le risorse per la sanità aumenteranno, ma le cifre le scriveremo nella legge di Bilancio"

Approvata la nota di aggiornamento al Def. Ma sulla sanità ancora nessuna cifra certa sull'entità del fondo sanitario 2017. "Ma le risorse aumenteranno", ha assicurato il premier in conferenza stampa rispondendo a una nostra specifica domanda

Nel 2017 "le spese sanitarie saranno maggiori rispetto al 2016. Quindi metteremo più soldi sulla sanità". Così il presidente del Consiglio **Matteo Renzi** rispondendo a una domanda di *Quotidiano Sanità*, durante la conferenza stampa (**vedi video in fondo all'articolo**) al termine del Cdm che ha approvato la nota di aggiornamento del Def,

Ma sul quantum (saranno 112 mld o 113 mld?) il premier ha però preferito non dare cifre: "Lo diremo in Legge di Stabilità", ha detto.

La Nota di aggiornamento – si legge nel comunicato stampa di Palazzo Chigi - propedeutica alla legge di bilancio che dovrà essere presentata in Parlamento entro il 20 ottobre, aggiorna le stime del Governo sul quadro macroeconomico per l'anno in corso e il triennio successivo nonché gli obiettivi programmatici.

Su questi, modificati rispetto a quelli indicati nel Documento dell'aprile scorso, dovranno esprimersi le Camere, alle quali il documento viene trasmesso.

La tabella con le principali grandezze del quadro programmatico:

	2015	2016	2017
PIL	+0,7%	+0,8%	+1,0%
Indebitamento netto (deficit)/PIL	2,6%	2,4%	2,0%
Debito/PIL	132,3%	132,8%	132,2%

Luciano Fassari

quotidianosanita.it

Mercoledì 28 SETTEMBRE 2016

Manovra. Lorenzin alla Camera non dà cifre: "Per il 2017 risorse in legge di Bilancio. Ministero continuerà a lavorare per fondi personale e farmaci innovativi"

Così il ministro rispondendo a un'interrogazione di Nicchi (SI) che chiedeva certezze sugli stanziamenti del fondo. "Siamo partiti nel 2013 da un livello di finanziamento pari a 107 miliardi di euro per arrivare al 2016 a 111 miliardi di euro. Questi sono i dati di fatto ad oggi, a breve si aprirà, com'è noto, la sessione di bilancio e come Ministro della salute ritengo doveroso continuare a lavorare per obiettivi". E sull'aumento dei ticket nei Lea denunciato dalla Cgil: "Ricostruzioni strumentali"

Oggi question time alla Camera con il ministro **Lorenzin** sulla questione del finanziamento alla sanità per il 2017. Al centro l'ammontare dell'aumento promesso e previsto dall'intesa Stato Regioni di febbraio scorso che sanciva lo stanziamento in 113 miliardi.

Quindi 2 miliardi in più rispetto al 2016. Ma su questa cifra da alcune settimane si sta concretizzando la possibilità di un ripensamento del Governo che, al momento, non intende anticipare gli stanziamenti [rimandando la decisione al momento del varo della legge di Bilancio](#).

Tra gli addetti, anche per questo, si sta facendo strada l'ipotesi che, al massimo, per il 2017 si riuscirà ad ottenere non più di un miliardo rispetto all'anno in corso e quindi un fondo di 112 miliardi.

A conferma che la partita sia ancora aperta e che effettivamente l'aumento di 2 miliardi potrebbe essere ridimensionato, si registra oggi la risposta in Aula alla Camera del Ministro della Salute a [un'interrogazione dell'onorevole Nicchi di Sinistra Italiana](#).

"Quanto al livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato – ha detto Lorenzin - evidenzio che, nonostante la crisi economica, il livello di finanziamento ha sempre mantenuto un andamento tendenzialmente crescente su base annua, siamo partiti nel 2013 da un livello di finanziamento pari a 107 miliardi di euro per arrivare al 2016 a 111 miliardi di euro. Questi sono i dati di fatto ad oggi, a breve si aprirà, com'è noto, la sessione di bilancio e come Ministro della salute ritengo doveroso continuare a lavorare per obiettivi, come è stato fatto negli ultimi due anni. Per il 2017 le priorità devono essere le politiche del personale sanitario e garantire la dispensazione dei farmaci innovativi in particolare di quelli oncologici di nuova generazione con risorse adeguate e certe".

Insomma, sembra di capire che le risorse aumenteranno ma molto probabilmente non di due miliardi.

Altro tema toccato nell'interrogazione di Nicchi quello dei Lea e dell'aumento dei ticket ad essi connesso recentemente denunciato dalla Cgil. Ecco come ha risposto il ministro:

"L'aggiornamento dei nuovi livelli essenziali di assistenza è finalmente realtà dopo quindici anni, il nuovo nomenclatore delle protesi dopo diciassette anni, il nuovo piano nazionale vaccini si appresta ad essere approvato definitivamente insieme ai LEA.

Quanto alle coperture economico-finanziarie del DPCM che include i nuovi LEA. il nomenclatore delle protesi

tecniche dello Stato e delle regioni, durata più di un anno e che ha visto il coinvolgimento delle principali associazioni dei pazienti.

Quanto al tema dei presunti nuovi ticket che secondo alcune ricostruzioni strumentali deriverebbero da aggiornamento dei LEA, chi ha fatto queste affermazioni non ha compreso il contenuto della relazione tecnica positivamente verificata dalla Ragioneria generale dello Stato che accompagna per legge lo schema di DPCM dei nuovi LEA. Infatti con i nuovi LEA non vengono introdotti nuovi ticket né viene innovata la normativa vigente che regola le compartecipazioni.

È evidente che l'introduzione di nuove prestazioni sanitarie nei LEA, ribadisco, per 800 milioni di euro, attualmente escluse e che quindi il cittadino deve pagare di tasca propria comporta, ove previsto dalla normativa vigente, ferma restando l'ipotesi di esenzione, soltanto l'applicazione di un ticket.

Pensate, per fare solo qualche esempio, al valore inestimabile che può avere per un malato di tumore poter finalmente accedere con totali oneri a carico del Servizio sanitario nazionale alle nuove prestazioni di radioterapia inserite nel nuovo nomenclatore, a cominciare dall'adroterapia, oggi garantita solo a pochissimi pazienti residenti in Lombardia ed Emilia Romagna e comunque dietro pagamento del ticket.

Gli altri pazienti sono costretti a pagare 26.500 euro per un ciclo di adroterapia o per una coppia di poter usufruire gratuitamente di un percorso di procreazione medicalmente assistita o poter effettuare un test genetico per diagnosticare precocemente una malattia ereditaria. Trattasi pertanto di pura disinformazione, che non può minimamente scalfire la fondamentale importanza del provvedimento di aggiornamento dei LEA, atteso da troppi anni da milioni di pazienti italiani".