37 trentasette e mezzo

FIALS CONF. S.A.L.

Rinnovamento Sanitario

Mensile della FIALS
Federazione Italiana Autonomie Locali e Sanità

ANNO XXV , Numero 6 Luglio-Agosto 2015



Indice

L' Editoriale 1

La Riforma della PA della Madia... 2

Manovra Sanità 2015 3

Corte dei Conti 5

Dopo i tagli, le misure sull'appropriatezza 5

Infermieri 7

Comma 566 7

Precari 8

Dalle Regioni 9

Dalle Sedi Regionali e Provinciali FIALS 14



SBLOCCO DEI CONTRATTI, ECCO LE CIFRE DEGLI AUMENTI PER IL TRIENNIO 2016/2018

IN TRE ANNI IL GOVERNO DEVE RISPONDERE ALLA SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE, ECCO LE CIFRE ANNO PER ANNO DAL 2016 AL 2018

Dal 1° gennaio 2016 aumento per gli statali

Il 24 giugno è una data importante per i dipendenti della Pubblica Amministrazione. La Corte Costituzionale in udienza, condannò il **Governo** a sbloccare i contratti del pubblico impiego che dal 2011 erano fermi. La Legge Fornero bloccò gli aumenti previsti per il rincaro del costo della vita per tutti i dipendenti statali. Il ricorso contro l'incostituzionalità del blocco della perequazione fu accolto dalla Consulta che il 23 luglio ne ha rese note le motivazioni depositando la sentenza. Da quel giorno, il Governo sta studiando un piano per fare in modo di aumentare gli stipendi ai dipendenti pubblici. Mentre i Sindacati chiedono l'apertura di un tavolo di trattative per stabilire importi e modalità, manifestando anche sotto la sede del **Ministero della Pubblica Amministrazione**, il Governo ha fatto un primo passo rendendo pubblici alcuni dati su cosa intende fare. Immaginiamo che le polemiche saranno feroci.

IL PIANO DEL GOVERNO

Il Ministro dell'Economia Padoan è al lavoro per trovare la copertura finanziaria per un esborso a carico dell'Erario di quasi 13 miliardi di euro. Questa è la cifra che dovrebbe costare al Governo lo sblocco dei contratti in base agli aumenti dei dati Istat. Il provvedimento però sarà scaglionato nel triennio 2016/2018. Il governo pensa di stanziare già con la prossima Leg ge di Stabilità le somme per l'anno 2016. Il progetto dettagliato indica una spesa di 1,7 miliardi di euro per il 2016, 4,2 miliardi per il 2017 e 6,7 miliardi per il 2018. Tradotto in cifre più alla portata di normali lavoratori, come lo sono i 3,5 milioni di dipendenti pubblici, si tratta di un aumento di stipendio da gennaio 2016 di **486 euro annui**, ovvero 37 euro (dovrebbero essere lordi) in più al mese. Per il 2017 si dovrebbero ottenere 92 euro in più al mese e per il 2018 147 euro.

MA I SOLDI DOVE LI PRENDERANNO?

Manco a dirlo, di soldi da spendere il Governo ne ha pochi. Tra clausole di salvaguardia da scongiurare, pareggi di bilancio e promesse di Renzi di cancellare la Tasi e di abbassare il prelievo fiscale, le casse pubbliche piangono. Si può sperare di racimolare qualcosa con la crescita e la ripresa della nostra economia che genererebbe maggiori incassi, o da riduzione di limiti ed austerità da parte della **UE**. Sperare non costa nulla ma la speranza non porta soldi. Affidarsi a dati ipotetici sarebbe rischioso. Senza farsi trasportare dal facile entusiasmo, probabilmente il Governo, con la prossima **Legge di Stabilità** stanzierà importi minimi rispetto alle stime che stiamo trattando, almeno per l'anno prossimo. Ragionando con logica, probabilmente l'aumento medio dei contratti dal 1° gennaio 2016 sarà inferiore alle 37 euro al mese di cui parlavamo prima per poi aumentare negli anni successivi. Bisogna solo attendere ancora qualche giorno, il tempo che il Governo presenti la nuova Finanziaria e tutto sarà più chiaro.

Se queste saranno le cifre messe a disposizione del Governo la risposta dei Sindacati, non escluso lo Sciopero Generale, FIALS in testa non si farà attendere anche e possibilmente in sinergia e accordo con le altre principali OO.SS. del Comparto Sanità.

Giuseppe Carbone
Segretario Generale

L'EDITORIALE

37½ trentasette e mezzo

Mensile della FIALS

Federazione Italiana Autonomie Locali e Sanità

ANNO XXV, numero 6 Luglio-Agosto 2015
Aut. Trib. di Brindisi n. 11/91 del 24/6/91

DIRETTORE
Giuseppe Carbone

DIRETTORE RESPONSABILE
Antonio Grimaldi

REDAZIONE

Daniele Bedetti
Francesco D'Angelo
Bruno Ferraro
Massimo Ferrucci
Sandro Idonea
Michele Losacco
Roberto Maraniello
Massimo Mincuzzi
Fabio Pototshnig
Gianni Recchia
Santo Salvatore
Salvatore Stabile

EDITO DALLA FIALS
Largo Angioli, 10 – Brindisi

Fax: 0831-564.124

Telefono: 0831-523.429
Oppure: 0831-568.356

REDAZIONE SINDACALE
Viale dell'Arte, 85 Sc. A int. 2
ROMA
Telefono 06-35341726

INTERNET
E.mail: fials@fials.it
fialsformazione@fials.it
Web: www.fials.it e www.fials.eu

PROGETTO GRAFICO
Giada Monti

Chiuso in redazione il 23.08.2015

LA RIFORMA DELLA PA DELLA MADIA...

LA RIFORMA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: È LEGGE. ECCO COSA CAMBIA

È stata approvata lo scorso 4 agosto la riforma della pubblica amministrazione voluta dal governo Renzi in Senato. La nuova legge affida al governo 15 deleghe che mirano a cambiare l'aspetto della Pa su molti fronti.

Ma cosa comporta la nuova legge?

INCARICHI E CONCORSI

La retribuzione dei dirigenti, così come il rinnovo degli incarichi, saranno legati al merito. Non ci saranno più incarichi a vita, potranno durare quattro anni estendibili di altri due, con la possibilità di essere licenziati se l'ultimo incarico ricoperto dovesse essere valutato negativamente. Per entrare a far parte della pubblica amministrazione invece non sarà più necessario un voto di laurea minimo, anche se scompare dal decreto la norma "valuta-atenei", che introduceva una valutazione della laurea legata all'ateneo in cui era stata conseguita.

FORZE DELL'ORDINE

Verranno riorganizzate le forze dell'ordine, scomparirà la Forestale, riassorbita probabilmente dai Carabinieri. Per le partecipate e i servizi pubblici locali si prevedono accorpamenti e nuove regole riguardanti le nomine, sempre legate al merito e a criteri di valutazione ancora da definire, oltre che l'introduzione della possibilità di commissariamento nel caso in cui le società siano in perdita.

OPERE

Per le amministrazioni locali che si occupano di tutela dell'ambiente e del paesaggio aumenta da 60 a 90 giorni il tempo in cui esse possono esprimersi sulle opere prima che scatti il "silenzio-assenso". In caso di necessità, per le grandi opere si potranno attribuire poteri sostitutivi al presidente del consiglio, il quale agirà attraverso i prefetti. Taglio del 50% per i tempi burocratici che coinvolgono opere di interesse nazionale e importanti insediamenti produttivi.

AUTHORITY E CAMERE DI COMMERCIO

Le Autorità indipendenti che si sovrappongono a quelle degli uffici ministeriali saranno soppresse e saranno rivisti i criteri per il finanziamento delle stesse Authority, modifica a cui si affianca il livellamento degli stipendi con lo scopo dichiarato di uniformarsi alle altre amministrazioni pubbliche. La riforma prevede anche il taglio del numero delle Camere di Commercio, che passeranno da 105 a sole 60, e il passaggio delle funzioni del PRA al ministero dei Trasporti. Si assisterà anche alla riorganizzazione delle Prefetture e degli uffici periferici, innanzitutto con la creazione del nuovo Ufficio territoriale unico, e alla cessione di alcuni poteri di controllo direttamente alla Presidenza del Consiglio.

NOVITÀ IMPORTANTI PER I DIPENDENTI PUBBLICI CON LA RIFORMA MADIA TRA TRASFERIMENTI, LICENZIAMENTI ED ESUBERI.

La Riforma della PA e come inciderà sui dipendenti

Licenziamenti facili, retrocessioni, qualifiche e trasferimenti sono i punti critici della riforma di Marianna Madia relativa alla Pubblica Amministrazione. Dopo l'approvazione del Senato, con la riforma diventata Legge, il mondo dei dipendenti pubblici è cambiato radicalmente e tra paure dei lavoratori e smentite del Ministero la situazione è particolarmente tesa. I sindacati minacciano azioni perché vedono lesi alcuni diritti del personale statale.

COSA VIENE CONTESTATO?

La riforma ha stabilito criteri più facili per il licenziamento dei dirigenti pubblici Infatti è stato stabilito che anche per loro sarà necessaria una valutazione dell'operato. Il dirigente valutato male, è licenziabile a meno che accetti la retrocessione al semplice ruolo di funzionario. I trasferimenti da un ufficio all'altro della Pubblica Amministrazione saranno consentiti sempre che il lavoratore trasferito mantenga la stessa qualifica nonché lo stesso stipendio della mansione di provenienza. Facile in teoria ma complicato dal punto di vista pratico. Gli stipendi e gli inquadramenti contrattuali, non sono uguali in tutti i comparti della Pubblica Amministrazione. Se si prende a riferimento un dipendente del Ministero con la qualifica più alta, la F7 di 3° livello, lo stipendio è superiore ai 30.000 euro annui. Qualora questo dipendente venga trasferito al comparto Enti Locali, la qualifica paragonabile darebbe la D6 con uno stipendio di poco superiore ai 28.000 euro. La Legge consentirà al dipendente di cambiare qualifica, ma di restare allo stipendio percepito fino ad allora. Il problema è che così facendo, il dipendente si vedrà congelati gli aumenti annuali previsti fino a quando i due stipendi non coincidano come importo e cioè fino a quando, anno dopo anno, lo stipendio del comparto nuovo non raggiunga quello del Ministero.

MA I LAVORATORI SONO TUTELATI?

Sicuramente il problema della mobilità interna alla Pubblica Amministrazione è particolarmente delicata soprattutto alla luce di quello che sta accadendo, per esempio per l'esodo dei dipendenti provinciali verso Comuni, Regioni ed altri Enti Pubblici. Il Ministero ha cercato di rendere il più indolore possibile il cambiamento di comparto. Dal punto di vista economico, lo stipendio percepito non cambierà, il dipendente non ci rimetterà niente.

Lo stesso varrà dal punto di vista pensionistico (vedi articolo sotto). Infatti al dipendente sarà concessa la possibilità di optare per la continua

zione dei versamenti nel fondo previdenziale originario. Il Ministero ha concesso tempo fino al 31 ottobre alle Regioni di stabilire norme e criteri per la ricezione del personale in esubero dalle Province, pena il pagamento di sanzioni per i ritardatari. L'ultima Conferenza Stato-Regioni è stata un vero flop. La Regione Veneto è stata l'unica ad opporsi agli accordi che erano stati trovati dallo Stato e da tutte le altre Regioni. Per la particolarità di funzionamento della Conferenza, che prevede accordi unanimi, tutto è stato bloccato e rimandato a causa di una sola opposizione. Il Ministro però si dice sicura che entro fine ottobre tutto sarà finito facendo leva sulle sanzioni previste per le Regioni che non si mettono in linea con il decreto.

La Madia ha anche detto che nessun dipendente delle Province perderà il lavoro anche se bisogna attendere il 31 dicembre 2016 perché è il termine scelto in cui scadrà la procedura.

PENSIONI AGLI STATALI, ASSEGNI PIÙ BASSI DAL 2016 CON IL CONTRIBUTIVO, ECCO I REQUISITI

IL DECRETO POLETTI E L'INPS SPIEGANO COME SI ANDRÀ IN PENSIONE A TUTTI I DIPENDENTI DELLA PA, COMPARTO PER COMPARTO

Inps, requisiti pensione agli statali

Come per tutti i cittadini, anche per gli appartenenti alla Pubblica Amministrazione, tra riforme e cambi di sistema, tra aumenti di età e di contributi,andare in pensione diventa una corsa ad ostacoli di difficile comprensione. Per Carabinieri, Polizia, Forze dell'Ordine in genere, lavoratori dei Ministeri e della Scuola il decreto legislativo del 22 giugno 2015 che è diventato esecutivo dal 6 luglio del 2015, con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, specifica i requisiti per la pensione per tutti quelli che prevedono di andarci a partire da gennaio 2016.

IL DECRETO IN PILLOLE

Il decreto di cui parliamo è del Ministro Poletti e prevede la revisione triennale dei coefficienti di trasformazione del montante contributivo. Con l'applicazione della Legge Fornero, i coefficenti vedranno la trasformazione passare da ogni triennio ad ogni biennio. Il dato certo e che le pensioni saranno di importo inferiore a quelle che sarebbero state qualora il sistema di calcolo fosse rimasto il retributivo. Infatti una cosa è calcolare la pensione sulle ultime retribuzioni percepite ed una cosa è calcolarla in base all'ammontare dei contributi versati durante gli anni di servizio.

I REQUISITI STANDARD

Nel pubblico, valgono gli stessi requisiti che in qualsiasi altro settore. Quindi dal 1° gennaio 2016, si andrà in pensione di anzianità (anticipata come si chiama oggi) con 42 anni e 10 mesi di contributi a prescindere dall'età e senza penalizzazioni per ogni anno di anticipo rispetto alla soglia dei 62 anni di età. Naturalmente il requisito è di un anno in meno se si tratta di lavoratrici donne. Per la pensione di vecchiaia invece ci vogliono 66 anni e 7 mesi di età. Per i dipendenti della PA, ci sono categorie in cui sono previste deroghe ai requisiti.

I REQUISITI PER CARABINIERI, POLIZIA E FORZE DELL'ORDINE

Per la pensione di anzianità, si potrà uscire dal lavoro con 40 anni e 7 mesi di contributi indipendentemente dall'età anagrafica. Quindi tutti coloro che raggiungono questi contributi dal prossimo 1° gennaio, potranno ritirarsi in pensione.

Si potrà andare in pensione anticipatamente, con 53 anni e 7 mesi di età e con "soli" 40 anni di contributi se questi siano stati versati entro il 2011. Bastano 35 anni di contributi a condizione che si siano raggiunti i 57 anni e 7 mesi di età. Per la pensione di vecchiaia invece, i requisiti cambiano in base al livello raggiunto al momento in cui si lascia il lavoro. Fermo restando il requisito dei 35 anni di contribuzione versata, si potrà andare in pensione a 65 anni come Dirigente Generale, 63 anni come Dirigente Superiore e 60 anni per i ruoli inferiori.



ALTRE DEROGHE

Ci vogliono 65 anni di età per uscire dal lavoro per i dirigenti medici oppure al maturare dei 40 anni di servizio. Magistrati e professori dell'Università di prima fascia vanno in pensione a 70 anni, mentre i ricercatori universitari a 65 anni.

MANOVRA SANITA' 2015

I TAGLI AL FONDO SANITARIO NAZIONALE ORA SONO LEGGE.

Sintesi e commento degli articoli da 9 bis a 9 duodecies della Legge di conversione del D.L. 78/2015

La Camera ha trasformato definitivamente in Legge il D.L. sugli Enti Locali, con l'emendamento del Governo sui tagli al fondo sanitario nazionale: il testo della legge approvata (articoli da 9 bis a 9 duodecies intervengono sulla Sanità). I tagli al fondo sanitario sono pari a 2,352 miliardi l'anno. Si traduce così in legge l'Intesa Stato Regioni del 2 luglio, che ha deciso i settori da colpire per ridurre la spesa sanitaria a partire da quest'anno. Infatti con una precedente Intesa del 23 febbraio scorso, Governo e Regioni avevano concordato che, per dare attuazione alla Legge di Stabilità 2015, i tagli al fondo sanitario fossero di 2,352 miliardi.

I settori colpiti sono: beni e servizi - dispositivi medici, farmaceutica, inappropriatezza (prestazioni di specialistica e riabilitazione), ospedali (chiusura con meno di 40 posti letto, personale, pubblici e privati).

Articolo 9 ter Razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci

Commi da 1 a 9 Beni e Servizi e Dispositivi Medici

Beni e servizi: I Contratti di acquisto devono essere rinegoziati dalle ASL per ottenere un abbattimento dei prezzi e/o dei volumi di fornitura tale da produrre una riduzione del valore complessivo dei contratti del 5% annuo.

Dispositivi medici: le ASL sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere per ridurre i prezzi già concordati per ottenere il rispetto del tetto di spesa per dispositivi medici (il 4,4% della spesa sanitaria complessiva). Previsto un Accordo Stato Regioni, entro il 15 settembre 2015, per stabilire i tetti di spesa delle singole regioni. Per rinegoziare i contratti il Ministero della Salute (tramite il Nuovo sistema informativo) indicherà come parametro di riferimento i prezzi unitari dei dispositivi medici. A regime saranno fissati prezzi di riferimento da parte dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione ANAC. Viene istituito l'osservatorio prezzi dei dispositivi medici per il supporto ed il monitoraggio delle stazioni appaltanti, per controllare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento. Le aziende produttrici di dispositivi medici - in analogia a quanto accade nel settore farmaceutico - devono concorrere al ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto programmato di spesa (il tetto è il 4,4% del FSN), in misura del 40% nel 2015, del 45% nel 2016 e del 50% dal 2017 (in proporzione all'incidenza del proprio fatturato sul totale della spesa per dispositivi medici a carico del SSN).

Commi 10, 11 – Farmaceutica

Entro il 30 settembre 2015 AIFA provvede a rinegoziare con le aziende farmaceutiche per la riduzione del prezzo a carico del SSN dei medicinali (nell'ambito di raggruppamenti terapeuticamente assimilabili). Aifa rinegozia i prezzi dei medicinali biotecnologici alla scadenza del brevetto sul principio attivo (a meno che non si sia già avviata una contrattazione del prezzo relativa a medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile), per ottenere un riduzione del rimborso a carico del SSN. Analoga rinegoziazione del prezzi per i medicinali soggetti a "rimborsabilità condizionata" dopo almeno due anni di commercializzazione, quando i benefici rilevati nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA siano inferiori rispetto a quelli attesi e certificati.

Articolo 9 quater - Riduzione delle prestazioni inappropriate

Commi da 1 a 7 - Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Previsto un Decreto del Ministero della Salute, entro 30 giorni dalla approvazione della legge, che stabilisce le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazione di assistenza specialistica ambulatoriale. Le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità (quindi inappropriate) saranno poste a totale carico del cittadino assistito. Al momento della prescrizione (sullaricetta), il medico dovrà riportare l'indicazione della condizione di erogabilità e/o l'indicazione prioritaria. Nel caso un medico abbia prescritto una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l'azienda sanitaria, dopo aver chiesto al medico spiegazioni, può decidere una riduzione del trattamento economico accessorio per il personale medico dipendente del SSN o degli incentivi per il personale medico convenzionato. Il mancato intervento dell'ente del SSN comporta la responsabilità del direttore generale. Questi interventi obbligano le Regioni

a ridefinire i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per assicurare, per il 2015, un abbattimento almeno del'1% della spesa rispetto all'anno 2014.

Commi 8 e 9 - Riduzione dei ricoveri di riabilitazione inappropriati
Previsto un Decreto del Ministero della Salute, entro 30 giorni dalla approvazione della legge per stabilire i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera. A decorrere dal 2015 per i ricoveri ordinari e diurni clinicamente inappropriati, si riduce del 50% la tariffa fissata dalla Regione (oppure se di importo minore si applica la tariffa media fissata dalla stessa Regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere). Per tutti i ricoveri clinicamente appropriati, in caso si superi la soglia (ndr durata degenza) del DM 18.10.2012 la tariffa per i ricoveri ordinari e diurni, è ridotta del 60%.

Articolo 9 quinquies - Rideterminazione fondi contrattazione integrativa personale dipendente

A decorrere dal 1° gennaio 2015, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale è decurtato di un importo pari ai risparmi di trattamento accessorio derivanti dall''attuazione del regolamento sugli standard ospedalieri e dalle relative riorganizzazioni (riduzioni unità operative, chiusura ospedali con meno di 40 posti letto, ecc).
N.d.R.: Standard Ospedalieri: l'emendamento non interviene circa l'attuazione del Regolamento sui nuovi standard ospedalieri. Ciononostante la Relazione Tecnica che accompagna l'emendamento del Governo richiama anche i risparmi attesi dall'applicazione del Regolamento. Infatti nella Tabella di sintesi della Relazione Tecnica (vedi sotto) i risparmi attesi dall'applicazione dei nuovo regolamento sugli standard ospedalieri vengono quantificati e concorrono a raggiungere l'obiettivo dei 2,352 miliardi di tagli annui. Articolo 9 sexies Potenziamento del Monitoraggio beni e servizi

Articolo 9 sexies Potenziamento del Monitoraggio beni e servizi
Articolo 9 septies - Determinazione del livello di finanziamento del SSN

Comma 1
Per effetto degli interventi sin qui richiamati (Intese Stato Regioni 23.2.2015 e 2.2.2015 ed emendamento del Governo) il livello del finanziamento del SSN è ridotto a decorrere dal 2015 di 2,352 miliardi annui.

Comma 2
Le Regioni e PA possono decidere altre misure purché assicurino l'equilibrio di bilancio con il livello di finanziamento così ridotto (appunto – 2,352 miliardi annui).

Comma 3
Riguarda gli effetti per la Regione Sicilia. Comma 4 - riguarda gli effetti per la Regione Friuli Venezia Giulia. Articolo 9 octies – Regioni e Statuto speciale e Regioni Autonome

Come abbiamo già ricordato subito dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2015, e della relativa Intesa Stato Regioni del 23 febbraio scorso, Il Patto per la Salute "perde per strada" quasi 5 miliardi. E resta tuttora quasi del tutto inapplicato.

L'effetto dei tagli sul Livello di Finanziamento previsto dal Patto Salute sarà:
Anno 2015: scende da 112,062 a 109,710 miliardi di euro (-2,352 miliardi)
Anno 2016: scende da 115,444 a 113,092 miliardi di euro (-2,352 miliardi)

Fatto ancor più grave è che i tagli agiranno anche per gli anni successivi al 2016, aggiungendosi a quelli già stabiliti con le precedenti manovre finanziarie. Lnfatti il Def 2015 prevede ulteriori riduzioni del rapporto spesa sanitaria/PIL fino al 2019. Inoltre le misure definite costituiscono comunque una spending review come "riduzione del danno" per fronteggiare il taglio del finanziamento e non finalizzata ad ottenere risparmi da mantenere nel SSN (come prevedeva il Patto per la Salute) Così si riducono ulteriormente le risorse per garantire beni e servizi ai cittadini e per rinnovare il contratto ai lavoratori.

LA MAPPA DEI TAGLI REGIONE PER REGIONE.

In Sicilia si raggiungono i 193 mln, e la quota si ferma a 190 mln in Veneto. Queste le Regioni più colpite dagli emendamenti governativi recepiti nel maxiemendamento al Decreto Enti Locali approvato al Senato. I tagli per beni e servizi ammontano a 219 mln in Lombardia, e 126 mln in Lazio e Campania. A questi si aggiungono poi le misure sulla farmaceutica, quelle sull'inappropriatezza e i nuovi standard ospedalieri.

I tagli alla sanità da 2,352 mld concordati all'interno dell'intesa Stato Regioni dello scorso 2 luglio si apprestano a diventare legge. Dopo l'approvazione al Senato del maxiemendamento sul Decreto Enti Locali, è di oggi l'annuncio del voto di fiducia alla Camera, sullo stesso testo, già programmato per il prossimo 4 agosto. Come noto questa sforbiciata è il frutto di una serie di misure, tutte già contenute nell'intesa del 2 luglio, che vanno dai tagli ai contratti (già in essere) di acquisto di beni e servizi sanitari e dispositivi medici, al taglio dei primariati in eccesso dopo l'applicazione dei nuovi standard ospedalieri, fino alla chiusura delle convenzioni con le case di cura con meno di 40 letti e l'applicazione ferrea dei nuovi parametri di efficienza negli ospedali, che dovranno lavorare a pieno regime per rispettare i nuovi tassi di ospedalizzazione. A questi si aggiungono, poi, interventi che puntano a contrastare le prestazioni sanitarie considerate inutili o inappropriate nel campo della specialistica ambulatoriale e nella riabilitazione. Infine, altre misure da oltre 300 mln sono previste per la farmaceutica. Ma a livello territoriale come saranno ripartiti questi tagli? Vediamolo insieme. Il peso maggiore ricadrà sulla Lombardia che, complessivamente, vedrà ridurre le sue entrate di 385 mln. A seguire Lazio e Sicilia, rispettivamente con 222,5 e 222 mln. Infine il Veneto con oltre 190 mln. Fanalino di coda la Valle d'Aosta con poco meno di 5 mln. Passando ad analizzare le singole voci di spesa possiamo vedere come, solo nel settore beni e servizi, si registrano per la Lombardia tagli che ammontano ad oltre 219 mln. Le stesse voci di spesa si fermano ad oltre 126 mln per il Lazio e la Campania. Dal nuovo regolamento sugli standard ospedalieri si prospettano 'risparmi' complessivi da oltre 210 mln di euro. In testa alla classifica sempre la Lombardia con 34,3 mln, seguita da Lazio e Campania che si assestano a quota 19,8 mln. Infine, dal contrasto all'inappropriatezza e dalle misure sulla farmaceutica si prospettano 'recuperi di efficienza' rispettivamente per 194,9 mln e 308 mln.



Di seguito il prospetto completo

Regioni	Riparto FSN 2014	% FSN	Prospetto Riparto FSN 2015
PIEMONTE	7.993.414.128	7,5	8.191.845.455,93
V. D'AOSTA	225.292.426	0,2	230.885.164,54
LOMBARDIA	17.555.542.794	16,4	17.991.347.772,13
BOLZANO	886.970.684	0,8	908.989.156,69
TRENTO	928.856.791	0,9	951.915.059,16
VENETO	8.696.062.457	8,1	8.911.936.574,56
FRIULI	2.203.171.152	2,1	2.257.863.448,73
LIGURIA	3.035.036.197	2,8	3.110.379.004,62
E. ROMAGNA	7.927.444.444	7,4	8.124.238.117,26
TOSCANA	6.754.520.683	6,3	6.922.197.283,66
UMBRIA	1.630.639.568	1,5	1.671.119.139,02
MARCHE	2.816.212.272	2,6	2.886.122.917,43
LAZIO	10.151.219.587	9,5	10.403.217.037,72
ABRUZZO	2.389.035.235	2,2	2.448.341.487,19
MOLISE	570.675.874	0,5	584.842.532,91
CAMPANIA	10.128.219.988	9,4	10.379.646.488,57
PUGLIA	7.143.580.328	6,7	7.320.915.082,34
BASILICATA	1.042.970.725	1,0	1.068.861.797,66
CALABRIA	3.473.716.980	3,2	3.559.949.753,90
SICILIA	8.801.966.242	8,2	9.020.469.352,42
SARDEGNA	2.910.662.073	2,7	2.982.917.373,56
TOTALE	**107.265.210.628**	**100,0**	**109.928.000.000,00**

Ripartizione taglio	Ripartizione inappropriatezza	Farmaceutica
175.271.273,12	14.529.988,54	22.960.536,78
4.939.978,05	409.524,18	647.137,12
384.939.687,43	31.911.500,09	50.427.099,05
19.448.570,85	1.612.286,52	2.547.762,78
20.367.005,85	1.688.424,78	2.668.077,77
190.678.215,04	15.807.224,03	24.978.846,17
48.308.846,07	4.004.803,34	6.328.458,84
66.549.117,77	5.516.921,86	8.717.934,43
173.824.758,49	14.410.072,48	22.771.043,36
148.106.105,91	12.277.996,18	19.401.899,87
35.754.968,84	2.964.086,92	4.683.900,92
61.750.974,29	5.119.155,77	8.089.377,63
222.585.387,46	18.452.328,62	29.158.685,76
52.384.280,42	4.342.656,85	6.862.340,73
12.513.187,15	1.037.343,22	1.639.227,52
222.081.076,17	18.410.521,21	29.092.620,98
156.637.001,25	12.985.207,40	20.519.447,16
22.869.177,53	1.895.854,82	2.995.862,26
76.168.053,83	6.314.331,66	9.978.015,05
193.000.363,12	15.999.730,10	25.283.047,57
63.821.971,31	5.290.841,42	8.360.678,24
2.352.000.000,00	**194.980.800,00**	**308.112.000,00**

Regolamento DM70/2015	beni e servizi
15.651.724,69	99.746.881,54
441.140,04	2.811.341,51
34.375.114,09	219.069.176,11
1.736.757,38	11.068.181,67
1.818.773,62	11.590.863,03
17.027.564,60	108.514.972,18
4.313.979,95	27.492.564,30
5.942.836,22	37.873.102,93
15.522.550,93	98.923.670,06
13.225.875,26	84.287.184,88
3.192.918,72	20.348.152,77
5.514.362,00	35.142.479,47
19.876.875,10	126.673.344,00
4.677.916,24	29.811.893,99
1.117.427,61	7.121.254,81
19.831.840,10	126.386.340,45
13.987.684,21	89.142.117,41
2.042.217,55	13.014.848,94
6.801.807,21	43.347.239,43
17.234.932,43	109.836.506,65
5.699.302,04	36.321.083,87
210.033.600,00	**1.338.523.199,98**

Fonte: COMMISSIONE AFFARI SOCIALI

CORTE DEI CONTI

RELAZIONE CORTE DEI CONTI SUGLI ANDAMENTI DELLA FINANZA TERRITORIALE, ANALISI DEI FLUSSI DI CASSA



Testo della delibera n. 25/2015/SEZAUT e documenti allegati

La Reazione scrive, a pagina ...: "Tra il 2008 ed il 2015, la dimensione complessiva delle correzioni di spesa poste a carico degli enti territoriali, per i vincoli imposti dal Patto di stabilità, ha raggiunto i 40 miliardi (pari al 2,4 per cento del Pil), con riduzione dei trasferimenti dallo Stato per circa 22 miliardi (e dei finanziamenti nel comparto sanitario regionale per 17,5 miliardi). Ne è derivato, per gli enti locali, un inasprimento della pressione fiscale, e per le Regioni, a causa di una diversa disciplina del Patto, una compressione delle funzioni extra-sanitarie, con flessione, soprattutto, delle spese di investimento".
NdR la riduzione "cumulata" del livello del finanziamento sanitario raggiunge i 17,5 miliardi nell'anno 2015, una cifra enorme.

I tagli complessivi nell'arco del periodo considerati sono di 56 miliardi (sommando i tagli di ciascun anno), come si può calcolare grazie alla TABELLA ALLEGATA ALLA DELIBERA 25/2015:

Tabella n. 5/APP/PATTO – Effetto cumulato delle manovre 2008-2014 a carico dei trasferimenti ordinari per il Servizio sanitario nazionale

Contributo agli obiettivi di finanza pubblica	Quote annue a carico delle RSO						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
D.L. 112/2008, art.79, co. 1-bis (minor incremento)		2.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
L. 191/2009, art. 2, co. 67 (personale)		466	466	466	466	466	466
D.L. 78/2010, art.9, co.16 (personale)			418	1.132	1.132	1.132	1.132
D.L. 78/2010, art.11, co.5, 7 e 12 (farmaceutica)			600	600	600	600	600
D.L. 98/2011, art. 17, co. 6 (ticket)				834	834	834	834
D.L. 98/2011, art. 17, co. 5 (visite fiscali)					70	70	70
D.L. 98/2011, art. 17, co. 1 e 2 (minor incremento)					2.500	5.450	5.450
D.L. 95/2012, art. 15, co.22 (farmaceutica)				900	1.800	2.000	2.100
D.L. 228/2012, art.1, co.132 (farmaceutica)					600	1.000	1.000
L. 147/2013, art. 1, co. 481 (personale)							540
L. 190/2014, art. 1, co. 398							2.352
Totale concorso in termini di saldo netto da finanziare	*0*	*2.466*	*4.484*	*6.932*	*11.002*	*14.552*	*17.544*

Fonte: elaborazione Corte dei conti - Sezione delle autonomie - Importi in milioni di euro

DOPO I TAGLI, LE MISURE SULL' APPROPRIATEZZA

PRESENTATE DAL MINISTRO LORENZIN AI SINDACATI MEDICI. LE PRIME REAZIONI...

Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha incontrato (il 4 agosto) i sindacati medici sulla recente manovra sanità e sulle nuove norme sull'appropriatezza e la responsabilità del medico. Sono state presentate le linee per il Decreto sull'appropriatezza, previsto entro 30 giorni dalla Legge che ha convertito il DL 78/2015:

DM di individuazione delle condizioni di derogabilità e delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva

In generale:

Il decreto ministeriale riguarderà **180 prestazioni** di specialistica ambulatoriale di oltre 1700 contenute nel vigente nomenclatore (dm 22 luglio 1996) per le quali vengono previsti due tipi di vincolo:
1. CONDIZIONI DI EROGABILITA' – Definiscono limiti e modalità di erogazione. Indicano che l'erogazione della prestazione nell'ambito e a carico del SSN è limitato a specifiche categorie di destinatari, e/o per particolari finalità, condizioni o indicazioni cliniche.
2. INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA – Definiscono i casi in cui la prestazione risulta propriamente utile e appropriata. Rappresentano indicazioni per aiutare il medico prescrittore nella prescrizione appropriata e forniscono alle Asl/Regioni elementi conoscitivi per governare il sistema.

Contrariamente a quanto apparso su alcuni organi di stampa, NESSUNA LIMITAZIONE/INDICAZIONE E' STATA PROPOSTA PER LE VISITE SPECIALISTICHE.

Nello specifico i livelli di appropriatezza riguardano:

A) PRESTAZIONI DI ODONTOIATRIA: già il d.lgs. 1992 prevedeva che sono erogabili a carico del Ssn "i programmi di tutela della salute odontoiatrica **nell'età evolutiva** e l'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di **particolare vulnerabilità (sanitaria e sociale)**". Tutte le Regioni hanno dato seguito a questa previsione e identificano autonomamente le condizioni di erogabilità. Il dm si limita a omogeneizzare le condizioni già applicate definendo esplicitamente i criteri utilizzati e specificando per ciascuna prestazione quali sono i soggetti beneficiari (minori fino a 14 anni, vulnerabili per motivi sanitari, vulnerabili per motivi sociali), lasciando comunque alle Regioni il compito di fissare le soglie di reddito o di ISEE che discriminano la vulnerabilità sociale. Le prestazioni di odontoiatria interessate sono 35/180 (20% circa).

B) PRESTAZIONI DI GENETICA: si tratta di prestazioni molto onerose che vengono prescritte da specialisti ed eseguite una sola volta nella vita. Nel decreto saranno **riservate alle diagnosi di specifiche malattie genetiche definite in un elenco a parte**. Ciò significa che non sarà più possibile prescriverle per una generica mappatura del genoma o ai fini di ricerca. Le prestazioni di genetica interessate sono 53/180 (30% circa) e alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilievo della Società italiana di genetica umana (SIGU).

C) PRESTAZIONI DI ALLERGOLOGIA: si prevede che alcuni test allergologici e le immunizzazioni (cosiddetti vaccini) siano prescritti a seguito di visita specialistica allergologica.

D) LABORATORIO: il provvedimento riguarda:
1. Alcune prestazioni di basso costo (il cui importo stesso è già coperto dall'assistito non esente col ticket) per le quali vengono descritte condizioni di erogabilità (non si possono prescrivere per generici "follow- up" ma solo in base a precise indicazioni cliniche). In particolare il dm prevede che "in assenza di qualsiasi fattore di rischio" (familiarità, ipertensione, obesità, diabete, cardiopatie, iperlipemie, ecc.) il colesterolo ed i trigliceridi siano ripetuti ogni 5 anni.
2. Prestazioni specifiche per le diagnosi ed il monitoraggio di specifiche patologie (es. test del sudore per la fibrosi cistica).

E) TAC E RMN. Si tratta di prestazioni di costo medio/elevato, per le quali si indicano puntualmente le condizioni di erogabilità appropriate, comprensive di un punteggio (da 0 a 10) che indica livello di appropriatezza valutata in base alla documentazione scientifica nazionale e internazio

nale; l'appropriatezza risulta crescente col crescere del valore (0 = appropriatezza minima; 10 = appropriatezza massima). Il provvedimento riguarda esclusivamente **TAC e RMN degli arti e la RMN della colonna "con mezzo di contrasto" per un totale di 9 prestazioni** e alla loro individuazione hanno contribuito esponenti di rilevo della disciplina (già nel 2008 ha lavorato un gruppo di esperti con il coordinamento del Prof Simonetti). Si ritiene che la prescrizione di tali prestazioni secondo i livelli di appropriatezza proposti possa contribuire anche a ridurre le liste di attesa.

F) DIALISI. Le condizioni di erogabilità sono riservate alle metodiche dialitiche di base (domiciliari e ad assistenza limitata) che risultano appropriate solo per pazienti che non presentano complicanze da intolleranza al trattamento e/o che non necessitano di correzione metabolica intensa. Si tratta di 2 prestazioni.

G) PRESTAZIONI DI MEDICINA NUCLEARE. Si tratta di 4 prestazioni di interesse assolutamente specialistico (prescritte dallo specialista) per le quali vengono definite condizioni di erogabilità e indicazioni prioritarie legate a patologie gravi di tipo neoplastico.

IL DECRETO SALUTE DEL GOVERNO RENZI È UN REGALO ALLE COMPAGNIE ASSICURATIVE

Di fatto, il capo del governo di 'centrosinistra', Renzi, e la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, hanno confezionato un Decreto che taglia 180 prestazioni sanitarie.

I poveri non potranno curarsi. Chi invece ha i soldi, o comunque riuscirà a trovarli, sarà costretto a stipulare un'assicurazione. Nessuno lo dice, ma in Italia la spesa sanitaria è tra le più basse d'Europa.

Nelle scorse settimane si è fatto un gran parlare (e scrivere) della riforma della sanità voluta (anzi, come al solito, praticamente imposta) dal governo Renzi. Tante parole e pochi fatti. Se da un lato appaiono giuste e condivisibili alcune indicazioni del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che ha detto: "Nessuna volontà di impedire esami diagnostici, ma solo buonsenso", dall'altro c'è poca chiarezza su cosa realmente farà il governo. E soprattutto quali saranno le conseguenze per gli italiani.
Di certo c'è che il decreto mandato al Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, è stato approvato dal Parlamento, come ormai consuetudine, con il voto sulla fiducia posta dal governo. Una prassi prevista dalla Costituzione solo in casi eccezionali (come pestilenze, epidemie e guerre) e, invece, strausata e forse abusata dal governo (il Presidente della Repubblica ne terrà conto?). Altra cosa certa è che il decreto prevede tagli alla Sanità per 2,3 miliardi di euro concordati tra Stato e Regioni, già previsti dalla legge di Stabilità 2015. Altrettanti tagli dovranno essere fatti nel 2016 e nel 2017.

Per il resto, è tutto un grande, enorme polverone levato intorno a qualcosa che in realtà ancora non esiste. Mancano dettagli importanti che il governo potrà scrivere in seguito, ben lontano dai riflettori e da pressioni mediatiche. L'ennesima dimostrazione che a legiferare, oggi, non è più il Parlamento, ma il governo. Anche la diatriba sulle prescrizioni per gli esami diagnostici, secondo il governo abusati e spesso prescritti senza motivo (quale medico prescrive un esame senza motivo? La Asl di competenza lo chiamerebbe immediatamente a giustificare tale scelta e lo sanzionerebbe pesantemente: cosa che oggi avviene), non si sa che conseguenze avrà. Le analisi 'nel mirino' del governo sono circa 180, come indicato dalla stessa Lorenzin. Tra queste, prestazioni di genetica, odontoiatria, allergologia, Tac, Risonanza magnetica (Rm) agli arti e Risonanza magnetica della colonna con mezzo di contrasto. Ma se si cerca di capire con esattezza cosa voglia fare realmente e concretamente il governo, ecco che si ricade nel limbo normativo: le prestazioni da escludere "saranno infatti indicate in un prossimo decreto in via di preparazione". Secondo Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, le prestazioni che verranno "ridotte" dovrebbero essere "35 odontoiatriche, 53 di genetica, 9 relative a Tac e risonanza magnetica (degli arti e della colonna), 2 di dialisi e 4 di medicina nucleare. La somma delle prestazioni di allergologia e di laboratorio (non differenziate) dovrebbe essere pari a 77".



Numerose le polemiche e i dubbi su cosa verrà scritto nel decreto attuativo. Ad esempio, il decreto approvato prevede che "alcuni test allergologici e le immunizzazioni (cosiddetti vaccini) siano prescritti solo a seguito di visita specialistica allergologica". Il problema è che l'efficacia delle immunizzazioni (vaccini) è ampiamente oggetto di dibattito in letteratura medica. Per quanto riguarda le prestazioni odontoiatriche, poi, il decreto si limita a specificare i soggetti beneficiari, lasciando alle Regioni il compito di fissare le soglie di reddito o di Isee: cosa che potrebbe creare disparità di trattamento da una Regione all'altra. Quanto alla pre scrizione di Tac e Rm, l' "appropriatezza" della prescrizione sarà basata su un criterio non validato (invece di adottare il metodo Rand utilizzato da oltre 20 anni dalle società scientifiche, inclusa l'American College of Radiology). Per non parlare di interventi per i quali la volontà del governo appare poco chiara come nel caso della dialisi:

"Le condizioni di erogabilità sono riservate alle metodiche dialitiche di base (domiciliari e ad assistenza limitata) che risultano appropriate solo per pazienti che non presentano complicanze da intolleranza al trattamento e/o che non necessitano di correzione metabolica intensa". Gli esperti della Fondazione Gimbe (che ha lo scopo di promuovere e realizzare attività di formazione e ricerca in ambito sanitario) hanno definito queste parole oscure e tali da dare luogo a contraddizioni. Secondo autorevoli esponenti del mondo medico "La prima inappropriatezza riguarda la penalizzazione dei medici sui percorsi diagnostico-terapeutici. Esistono infatti evidenze scientifiche che dimostrano l'inutilità di questi provvedimenti.

La seconda inappropriatezza è il voler determinare per decreto, attraverso percorsi burocratici, questioni estremamente delicate che attengono alla cultura professionale medica e all'etica medica. Le linee guida richiedono tempi lunghi e non riteniamo possibile, come si vuol fare, risolvere un problema così complesso in soli 30 giorni." E ha concluso: "Questo è uno schiaffo che ilGoverno ha elargito anche alla Corte Costituzionale". Anche di un altro aspetto, i più hanno parlato poco. Seppur il Governo voglia far intendere che "I 2,3 miliardi non sono tagli, ma mancati aumenti" i ben informati invece comprendono che "I mancati aumenti in sanità sono tagli. In Italia la spesa aumenta in modo minore rispetto ad altri Paesi e lo dice lo stesso Ministro Lorenzin quando afferma 'che tutti i risparmi vanno reinvestiti in sanità'. Il fatto è che in questo Dl Enti locali non si fa così".

Ma non basta.. Il decreto Salute ha interessato anche la "questione" ospedali: oltre al controllo delle strutture in rosso (in pratica, l'ennesimo commissariamento), è previsto l'azzeramento dei ricoveri nelle case di cura convenzionate con meno di 40 posti letto, la riduzione della spesa del personale a seguito del taglio della rete ospedaliera, la riduzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione. Risparmi dovranno venire anche dalla rinegoziazione dei contratti di acquisto di beni e servizi (con la centrale unica di acquisti) e in particolare dei dispositivi medici. Inoltre sarà costituito presso il ministero della Salute un osservatorio sui prezzi dei dispositivi medici (apparecchi, impianti, sostanze) il cui costo non potrà comunque superare il tetto del 4,4 per cento.

OCSE

In effetti, anche di un altro aspetto nessuno ha parlato: il settore della spesa pubblica, pur con mille problemi e difficoltà, in realtà, pesa sui conti pubblici in misura molto minore di quanto già oggi non avviene in molti altri Paesi.

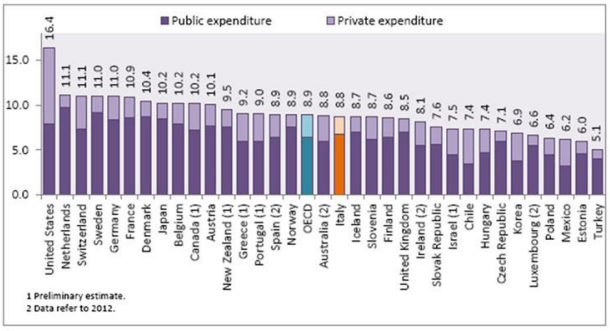
In Francia si spende IL 10,9 per cento del PIL (Prodotto Interno Lordo), in Germania l'11 per cento, negli Stati Uniti il 16.4 per cento. In Italia invece solo L'8.8 per cento. Lo dice l'OCSE che, nel rapporto 'Health Statistics 2015', ha mappato la spesa sanitaria dei 34 Paesi dell'Organizzazione e delle economie emergenti. Secondo l'Ocse, negli ultimi anni, "la spesa sanitaria ha continuato a ridursi in Grecia, Italia e Portogallo. La maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea ha riferito la spesa sanitaria pro capite reale al di sotto dei livelli del 2009".

E questo in controtendenza con quanto avviene altrove: la spesa sanitaria nei Paesi in esame, mediamente, è aumentata. In Italia invece è diminuita e grazie alle misure del governo Renzi il divario che separa il Belpaese dagli altri Paesi dell'area OCSE continuerà ad aumentare. Oggi, in rapporto al PIL, in Italia si spende meno di quanto non si spende in Paesi in crisi come la Grecia o la Spagna.

E chi non ha i soldi per pagare questi servizi sanitari (anche quando prescritti dagli specialisti)? Semplice: non si curerà. A meno ovviamente, come accade già oggi in altri Paesi (come gli Usa), di non aver sottoscritto una assicurazione integrativa ad hoc. Se, da un lato, il decreto Salute ha colpito duramente i cittadini, le Regioni (che saranno oberate di buona parte dei tagli al bilancio previsti dal decreto con la Conferenza permanente Stato-Regioni che si è già era espressa favorevolmente) e le Aziende sanitarie locali (che non sanno che pesci prendere), per contro, a gongolare sono le compagnie di assicurazioni che, grazie a questo decreto, vedranno aprirsi e ampliarsi spazi di mercato finora risicati.

Oltre ai professionisti (che di certo aggiorneranno le proprie polizze assicurative per non incorrere nelle sanzioni) saranno migliaia i cittadini che, per non restare senza possibilità di pagare cure mediche, esami e quant'altro previsto dal decreto Salute, sottoscriveranno polizze ad hoc.

Un mercato che in Italia esiste dal 1999, da quando fu introdotta l'assicurazione sanitaria integrativa, ma che, grazie al decreto Salute, nei prossimi mesi avrà certamente una crescita esponenziale: saranno molti i cittadini che decideranno di sottoscrivere una polizza sanitaria con la quale ottenere il rimborso delle spese mediche e sanitarie sostenute ogni anno e "integrare" i servizi e le prestazioni offerti dalla sanità pubblica. Compagnie di assicurazione che saranno grate al governo per aver creato, da un giorno all'altro, un nuovo mercato e che, grazie al loro giro d'affari, faranno bene anche la Pil ……(e questo certamente al governo non dispiace).



* Excluding capital expenditure.
Source: OECD Health Statistics 2015

INFERMIERI

ARRIVANO GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ, GESTITI DAGLI INFERMIERI

E' STATO FORMALIZZATO UN REGOLAMENTO CHE DEFINISCE I NUOVI STANDARD QUALITATIVI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI E QUANTITATIVI RELATIVI ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA, GIÀ PREVISTO DALLA SPENDING REVIEW DEL 2012.

Tra le novità importanti si registra una diminuzione di 3.000 letti in base ai nuovi standard del 3 per mille per gli acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e riabilitazione. Anche le case di cura private rientrano in questa revisione: infatti dal 1 gennaio 2017 non potranno più essere accreditate quelle con meno di 60 letti per acuti, tranne per le monospecialistiche, che rientrano invece nella definizione della Regione di appartenenza. Ma queste sono solo le novità più periferiche: infatti il Regolamento porta in sé una vera e propria rivoluzione della rete ospedaliera italiana. Ci saranno 3 livelli di ospedale, classificati in base alla complessità e intensità di cura, con reti ospedaliere dedicate alle grandi patologie – infarto, ictus, malattie rare – oltre all'oncologia e pediatria. Il fine è ovviamente quello di ottimizzare la risposta terapeutica e assistenziale. In questo modo si



prendono in attenzione le cosiddette patologie tempo-dipendenti, ovvero quelle per cui la rapida presa in carico, il fattore tempo insomma, risulta fondamentale: emergenza cardiologica (infarto), traumi, ictus. Anche per l'emergenza vengono definiti nuovi criteri: rivista l'intera rete anche qui, che comprende il 118, i punti di primo intervento, diversi tipi di Pronto Soccorso parametrati adesso per bacini di utenza e per tipologia geografica, con indicazioni specifiche per le sedi ospedaliere di zone disagiate. Ma la novità che vogliamo qui mettere in primo piano è l'istituzione di ospedali gestiti dagli infermieri: si tratta di presidi di comunità che serviranno il processo di integrazione ospedale territorio, al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. All'ospedale di comunità viene affidato il mandato di interfacciarsi col presidio ospedaliero ordinario, senza però entrare nella rete ospedaliera, piuttosto inseriti nel governo dei distretti. Quale sarà la missione specifica degli ospedali di comunità? L'erogazione di interventi sanitari potenzialmente erogabili anche adomicilio, ma per i quali, invece, il cittadino viene ospitato nel presidio a causa di impedimenti di vario tipo: familiari non disponibili o esauriti, trattamenti ripetuti nelle giornate che imporrebbero spostamenti quotidiani ripetuti, altro.

L'ospedale di comunità sarà gestito da infermieri, con 15-20 posti letto ciascuno. I trattamenti medici saranno garantiti dai medici di medicina generale o pediatri, oppure da medici dipendenti o convenzionati. **La gestione infermieristica permetterà l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali, portando l'Italia ai livelli organizzativo-assistenziali europei, ma soprattutto garantirà ai cittadini un'assistenza congruente ai propri bisogni, utilizzando appropriatamente i professionisti e le loro competenze.**

COMMA 566



FP-CGIL CISL-FP UIL-FPL FIALS FSI NURSIND NURSING-UP E GLI ORDINI, COLLEGI E ASSOCIAZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE: "BASTA TAGLI, PER CAMBIARE IL SSN SERVE INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E SVILUPPO PROFESSIONALE"

"Basta tagli, per cambiare la sanità serve innovazione organizzativa e sviluppo professionale. Così si rischia solo di mettere in ginocchio i servizi alla salute", FP-CGIL CISL-FP UIL-FPL FIALS FSI NURSIND NURSING-UP e gli Ordini, Collegi e Associazioni delle professioni sanitarie prendono posizione contro il nuovo colpo di forbici previsto dal governo con il dl enti locali: "Il ministro della Salute dia piuttosto una risposta sull'attuazione dell'implementazione delle competenze".
"Siamo i primi a volere un SSN più sostenibile. Ma tagliare non vuol dire razionalizzare. La Sanità ha già messo sul piatto dai tagli lineari oltre 30 miliardi. Non si può chiedere altro se non a scapito della qualità del Servizio Sanitario Nazionale. Serve una vera riorganizzazione dei percorsi di cura e dei processi di lavoro: più integrazione tra le professioni, più adeguatezza nelle prestazioni, più attenzione ai bisogni delle persone, meno sprechi e meno gerarchia. E' così che si generano economie da reinvestire a vantaggio di tutti: operatori e pazienti".
"Il Servizio sanitario nazionale non ha bisogno di altri tagli ma di nuovi assetti organizzativi. Ecco perché chiediamo che il Ministro renda attuativa la norma sull'implementazione delle competenze avanzate, che vuol dire sviluppo professionale per tutte le professioni mediche e sanitarie, e prestazioni migliori da erogare attraverso nuovi mix produttivi. Riorganizzare mezzi, persone e funzioni per razionalizzare la filiera è l'unica strada per garantire ai cittadini e al sistema un reale recupero di efficienza senza ridimensionare i servizi: meno spesa inutile, meno procedure e più investimento nella presa in carico dei pazienti".



"E' ora di finirla con i tagli indiscriminati. Il Ministro dimostri coraggio promuovendo migliore efficienza organizzativa e valorizzando il processo di sviluppo promosso dalle Professioni Sanitarie che hanno accettato la sfida del cambiamento, unica strategia che può ancora rendere sostenibile il SSN".

Segretario Generale
Giuseppe Carbone

PRECARI

STABILIZZAZIONE PRECARI SANITA': LINEE GUIDA CONFERENZA REGIONI

Sono state emanate, recentemente dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome le linee guida per l'applicazione del DPCM 6 Marzo 2015 relativo alla disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario della Sanità.
Si riportano qui di seguito le linee guida.

Si espongono di seguito le indicazioni condivise dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in ordine al DPCM 6 marzo 2015, attuativo delle disposizioni in materia di stabilizzazione del personale del SSN di cui al D.L. 101/2013, convertito nella L. 125/2013. Con le presenti linee guida si intendono fornire canoni interpretativi ed indicazioni operative alle Regioni ed alle aziende ed enti del SSN in relazione ad alcune disposizioni del decreto che potrebbero prestarsi a letture non univoche e ad applicazioni disomogenee, con particolare riguardo a quelle contenute nell'articolo 2, disciplinante le procedure concorsuali riservate, nell'articolo 3, relativo ai limiti per l'attuazione delle procedure concorsuali e nell'articolo 6, comma 4, che individua i requisiti di ammissione alle selezioni del personale medico precario in servizio presso i servizi di emergenza e urgenza.

Articolo 2 (procedure concorsuali riservate)

Preliminarmente si evidenzia che, stante la natura speciale delle procedure di stabilizzazione ed il fatto che, comunque, l'adeguato accesso dall'esterno viene garantito dalle previsioni dell'articolo 3 del DPCM, le stesse procedure non devono conformarsi alle norme in materia di mobilità contenute nell'articolo 30, comma 2 bis, del D.Lgs. 165/2001.

A) Requisiti di accesso

- Considerato che la stabilizzazione riguarda il personale del comparto Sanità e quello appartenente all'area della dirigenza medica e sanitaria, non costituiscono servizi utili per la stabilizzazione quelli resi presso enti di diverso comparto, né sono configurabili stabilizzazioni di dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo.

- Il comma 2 dell'articolo in esame stabilisce che l'anzianità di servizio utile ai fini della partecipazione alle selezioni riservate deve essere maturata con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato anche presso enti del medesimo ambito regionale diversi da quello che indice la procedura. Pertanto non costituisce titolo di accesso alle selezioni il rapporto di lavoro maturato con contratto di lavoro diverso dalla dipendenza, né il servizio, ancorchè prestato con rapporto di lavoro subordinato, maturato in regioni diverse da quella ove ha sede l'ente che bandisce la selezione.

- I soggetti in possesso dei requisiti di stabilizzazione possono partecipare a tutte le selezioni indette dagli enti del SSN della Regione di riferimento.

- L'anzianità di servizio deve essere maturata integralmente nel profilo messo a selezione, atteso che la stabilizzazione, in quanto procedura eccezionale alternativa al pubblico concorso, presuppone necessariamente il possesso di un'esperienza professionale nello svolgimento delle funzioni proprie del profilo di inquadramento. Per quanto riguarda le selezioni per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria dovrà essere conteggiato anche il servizio maturato in disciplina equipollente/affine a quella messa a selezione.

- Il DPCM non comprende tra i requisiti di ammissione alla selezione l'essere in servizio ad una determinata data, ma solo in particolari periodi, anche non continuativi. Conseguentemente sono ammissibili alle selezioni tutti i candidati in possesso dei requisiti previsti dalle norme di legge e dal DPCM anche se non in servizio presso enti del servizio sanitario regionale alla data di indizione del bando o in altra data.

- L'anzianità di servizio a tempo determinato maturata in regime di part time va valutata per intero.

B) Personale in possesso dei requisiti di accesso cui all'articolo 1, comma 519 e 558, della legge 296/2006 e 3, comma 90, della L. 244/2007.

- In relazione ai requisiti di accesso di cui deve essere in possesso il personale in epigrafe, si evidenzia che il comma 2 dell'articolo in esame fa riferimento alle previsioni dell' articolo 1, commi 519 e 558, della legge 296/2006 e 3, comma 90, della L. 244/2007. Dato il carattere eccezionale delle procedure di stabilizzazione tale rinvio deve essere interpretato letteralmente. Ne consegue che non è consentito alle amministrazioni interessate ammettere alle selezioni personale in possesso di requisiti diversi ancorchè fossero previsti dalla disciplina in materia di stabilizzazioni eventualmente approvata dalla Regioni in attuazione delle predette disposizioni legislative statali, che, secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 565, lett. c) della L. 296/2006, non più richiamato dal DPCM, né dal D.L. 101/2013, costituivano solo dei principi di riferimento.

- Le procedure di stabilizzazione previste dall'articolo 1, commi 519 e 558, della legge 296/2006 e 3, comma 90, della L. 244/2007 non riguardano la dirigenza medica e sanitaria, in quanto le leggi citate consentivano la stabilizzazione del solo personale non dirigenziale. Il personale della dirigenza medica e sanitaria stabilizzabile è pertanto solo quello che, alla data del 30 ottobre 2013, aveva maturato almeno tre anni di servizio anche non continuativo negli ultimi cinque anni.

- La relazione illustrativa al DPCM ha chiarito che le procedure di stabilizzazione riservate si applicano anche nei confronti del personale che era in possesso dei requisiti di cui all'articolo 1, comma 519 e 558, della legge 296/2006 e 3, comma 90, della L. 244/2007, ma "che al tempo non era stato stabilizzato nell'ambito delle relative procedure". Ne consegue che le procedure di stabilizzazione devono essere avviate dalle aziende del SSN sia nei confronti del personale che aveva ritenuto di non partecipare alle selezioni riservate previste dalle norme anzidette, sia di quello che, pur partecipandovi, non aveva conseguito l'idoneità. Tale personale deve comunque aver maturato l'anzianità di servizio con rapporto di lavoro subordinato presso enti del SSN ubicati nella regione ove ha sede l'ente che bandisce la selezione.

Articolo 3 (Limiti per l'attuazione delle procedure concorsuali)

L'articolo in esame dispone che le procedure concorsuali "sono avviate, fermi restando gli obiettivi di contenimento della spesa complessiva di personale previsti dalla legislazione vigente, a valere sulle risorse finanziarie assunzionali relative agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, anche complessivamente considerate, nel rispetto della programmazione del fabbisogno , nel limite massimo complessivo del 50%, ….OMISSIS". Al riguardo si precisa che il limite del 50% delle risorse finanziarie assunzionali destinate alle stabilizzazioni non è riferito alla singola procedura concorsuale ma all'intero ambito di tali stabilizzazioni. Il rispetto del limite del 50% delle risorse finanziarie disponibili per le assunzioni costituisce attuazione del principio della garanzia di adeguato accesso dall'esterno, in alternativa alle altre misure disposte dalla normativa vigente, ed in particolare dall'art.35 del D.Lgs. n.165/2001 e successive modificazioni, che pertanto non trovano applicazione. Le regioni soggette ai piani di rientro quantificheranno il predetto limite in rapporto alle risorse finanziarie assunzionali previste dai medesimi piani di rientro.

Articolo 5 (lavori socialmente utili e di pubblica utilità)

Per meglio realizzare le finalità di superamento del precariato e al fine di favorire il reclutamento a tempo indeterminato dei lavoratori socialmente utili di cui all'articolo 2, comma 1 del D.Lgs. n.81/2000 e dei lavoratori di pubblica utilità di cui all'articolo 3, comma 1 del D.Lgs. n.280/1997, nonché nel rispetto delle norme regionali di riferimento, le Aziende ed Enti del SSN, che hanno posti vacanti in organico relativamente alle qualifiche per le quali non è richiesto per l'accesso il titolo di studio superiore a quello della scuola dell'obbligo, procedono all'assunzione – anche con contratto a tempo parziale – di tale personale secondo le modalità operative che verranno definite dalle regioni.

Articolo 6, comma 4 (stabilizzazione del personale medico di emergenza e urgenza)

Il comma in esame consente la stabilizzazione del personale medico dei servizi di emergenza e urgenza con almeno cinque anni di "prestazione continuativa" antecedenti alla scadenza del bando ancorché non in possesso del diploma di specializzazione in medicina e chirurga d'accettazione e d'urgenza."

Considerata la laconicità della disposizione si ritiene utile precisare che:

- I soggetti ammissibili alle procedure di stabilizzazione, in coerenza con le disposizioni del D.L 101/2013 ed alla luce dei richiami al D.Lgs. 368/2001 ed ai "concorsi di cui al presente decreto", che riguardano esclusivamente i rapporti di lavoro subordinato, sono solo quelli che hanno maturato cinque anni di servizio con rapporto di lavoro subordinato.

- Il termine per bandire la procedura concorsuale, in coerenza con quanto previsto per le altre selezioni, è il 31 dicembre 2018.

- Il personale precario eventualmente in scadenza può essere prorogato alle stesse condizioni e con gli stessi limiti stabiliti dall'articolo 4 del DPCM per il personale in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2;

- Il personale interessato deve comunque essere in possesso di una specializzazione, anche se non equipollente o affine a medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

DALLE REGIONI

ABRUZZO: PAOLUCCI: "PRESENTEREMO RICHIESTA FORMALE PER USCITA DA COMMISSARIAMENTO"

Lo ha annunciato l'assessore alla Programmazione sanitaria, Silvio Paolucci. La risposta ufficiale del Tavolo di monitoraggio si avrà, con ogni probabilità, nel mese di settembre. "Esistono tutti i presupposti perché l'Abruzzo sia la prima Regione tra quelle commissariate a rientrare nei ranghi della normalità ed a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza".

"A Roma, in occasione della riunione del tavolo di monitoraggio sui conti della Sanità, lo scorso 23 luglio è stata presentata la richiesta formale della Regione Abruzzo di uscita dal Commissariamento". Lo ha annunciato a margine della conferenza stampa di presentazione del Siren Festival di Vasto, l'assessore alla Programmazione sanitaria, Silvio Paolucci.

I recenti adempimenti hanno riguardato: il potenziamento della rete dell'emergenza-urgenza, la rivisitazione del percorso nascita, l'incremento dell'offerta sanitaria sul territorio e l'esclusione della quota sociale dalla compartecipazione ai ticket sanitari. La risposta ufficiale del Tavolo di monitoraggio si avrà, con ogni probabilità, nel mese di settembre ma secondo Paolucci "esistono tutti i presupposti perché l'Abruzzo sia la prima Regione tra quelle commissariate a rientrare nei ranghi della normalità ed a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza".

BASILICATA: APPROVATO IN CONSIGLIO IL DDL SANITÀ

Confermato il turn-over del 40% rispetto allo scorso anno e quello per le strutture ospedaliere, per il 118 e per le assunzioni obbligatorie delle categorie protette. Definiti i tetti di spesa per laspecialistica ambulatoriale, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza riabilitativa da privato accreditato.

Il Consiglio regionale ha approvato, ieri, a maggioranza (con 12 voti favorevoli di Pd, Pp, Ri e Psi; 4 voti contrari di Pdl-Fi, M5s, Udc; 1 astensione, quella del consigliere Romaniello del Gruppo Misto) il disegno di legge riguardante il Servizio sanitario regionale (Ssr). Il testo definitivo del provvedimento non è ancora stato reso pubblico (in Consiglio sta apportando le modifiche approvate dall'Aula), ma una sintesi dei suoi contenuti è stata diffusa in una nota pubblicata sul sito internet dell'organo legislativo lucano.

"Nello specifico – spiega la nota - l'articolo 1 contiene disposizioni in materia di personale del Ssr e riorganizza in maniera sistematica ed organica norme in materia di personale disseminate in diverse leggi regionali in un'ottica di razionalizzazione e contenimento della spesa. Viene riconfermato il turn-over del personale nella misura del 40% di quello cessato nell'anno precedente e viene comunque riconfermato per le strutture ospedaliere, per il servizio del 118 e per le assunzioni obbligatorie delle categorie protette". Tra le innovazioni più significative, la nota del Consiglio segnala "il comma 4 che prevede che "nel calcolo della spesa del personale per ciascun anno si tenga conto non solo di quelle effettivamente sostenute ma anche di quella spesa, in competenza, programmata e autorizzata nel piano delle assunzioni dell'anno precedente e non realizzatasi per i tempi connessi all'espletamento delle procedure di acquisizione del personale".

Viene inoltre previsto che "le Aziende sanitarie regionali, dopo attenta verifica, possano ricorrere alle prestazioni aggiuntive nel limite massimo del 90% della spesa sostenuta e registrata nel bilancio di esercizio per l'anno 2009 rispetto al 70% già previsto dalla norma regionale. Viene altresì garantita la possibilità di ricorrere immediatamente all'assunzione di personale nel caso di cessazione del rapporto per mobilità in uscita, ovvero per dimissioni". Il disegno di legge prevede, tra l'altro, "il riconoscimento di remunerazioni, ben al di sotto della media nazionale, per i componenti del Consiglio di indirizzo e verifica dell'Irccs Crob di Rionero in Vulture e la specificazioni sulla partecipazione del personale del SSR a commissioni esaminatrici di concorso per la selezione del personale del Servizio sanitario regionale stesso".

"Il disegno di legge – precisa inoltra la nota -, recependo le osservazioni del Governo, definisce tra l'altro, i tetti di spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale, assistenza ospedaliera, assistenza riabilitativa da privato accreditato sostenuta dalle aziende sanitarie locali in attuazione del DL 95/2012". Il disegno di legge, infine, "definisce aggiorna la composizione dei collegi sindacali delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale alle normative nazionali nel frattempo intervenute con la Legge 190/2014".

P.A. BOLZANO: RIFORMA SANITARIA, DEFINITI INDIRIZZI E CALENDARIO. PRIMA BOZZA ENTRO LA FINE DELL'ANNO

La bozza di riforma sarà presentata a fine anno. Tre gli ambiti di azione centrali: una nuova e chiara definizione degli impegni del settore sanitario, la precisazione delle competenze e delle responsabilità, la creazione di una struttura dirigenziale e amministrativa semplificata e più snella.

Via libera ieri, 28 luglio, da parte della Giunta provinciale agli indirizzi e al calendario per la riformulazione della legge provinciale 7/2001 gettando quindi le basi per la riorganizzazione del servizio sanitario. "L'obiettivo – spiega una nota della Regione - è quello di garantire l'assistenza sanitaria all'intera popolazione dell'Alto Adige. Nel quadro della riforma sanitaria, con l'aggiornamento della legge 7/2001 si avvia concretamente la riorganizzazione della struttura amministrativa".

L'assessore alla sanità Martha Stocker ha illustrato alla Giunta provinciale i tre ambiti di azione centrali nella riorganizzazione del servizio sanitario provinciale: una nuova e chiara definizione degli impegni del settore sanitario verso la popolazione, il potenziamento della capacità di intervento del sistema sanitario grazie a una chiara precisazione delle competenze e delle responsabilità nonché la creazione di una struttura dirigenziale e amministrativa più semplificata e più snella. "Si tratta di definire come vogliamo adeguare l'Azienda sanitaria provinciale e la collaborazione con i diversi partner sul territorio, per assicurare alla popolazione l'assistenza sanitaria del futuro", ha sottolineato Stocker. Secondo la quale su questa strada è necessaria anche una chiara suddivisione dei compiti tra la Giunta provinciale (indirizzi sul piano politico), la Ripartizione provinciale Sanità (strategia, pianificazione, controllo) e l'Azienda sanitaria (attuazione operativa). L'assistenza sanitaria dovrà essere assicurata in futuro attraverso il rafforzamento dell'assistenza medica sul territorio e della rete tra gli ospedali, la qualità omogenea, l'appropriatezza e la sostenibilità economica delle prestazioni nonché la definizione chiara dei compiti delle diverse unità di assistenza.

Una maggiore uniformità dell'organizzazione, per contro, sarà avviata - in base alla decisione presa dalla Giunta - mediante l'integrazione dei quattro comprensori sanitari autonomi in una struttura unica e mediante un utilizzo rafforzato delle sinergie. Ulteriori principi fondamentali del riordino riguardano la trasparenza delle decisioni strategiche e una governance orientata anche a criteri di economia aziendale. I criteri per creare un'organizzazione più snella prevedono invece l'attribuzione ben definita delle responsabilità e dei compiti decisionali, la riduzione al minimo dei livelli gerarchici e di interfaccia e infine la sburocratizzazione amministrativa. La Giunta provinciale ha approvato anche il calendario operativo per la riformulazione della legge 7/2001: dopo l'odierna delibera di indirizzo si parte con il lavoro concreto e con la nuova formulazione della legge. Prima della presentazione della bozza a fine anno, le parti sociali, i gruppi di interesse, le organizzazioni sindacali di categoria e le rappresentanze politiche avranno la possibilità di inoltrare proposte e richieste.

CALABRIA: SCURA FIRMA DECRETO PER 607 ASSUNZIONI

In 148 casi si tratta di stabilizzazione di personale interno. Nel complesso si tratta di 18 primari, 256 medici, 2 fisici, 12 farmacisti, 160 infermieri, 125 operatori socio sanitari, 1 fisioterapista, 15 tecnici radiologi, 7 dirigenti amministrativi, 6 dirigenti professionali, 1 avvocato e 4 collaboratori tecnici.

Il commissario ad acta per la sanità della Calabria, Massimo Scura, ha firmato il decreto n.87 del 11 agosto 2015 "Programma Operativo 2013-2015-Azione 10.1.5. Assegnazione obiettivi Aziende-Reclutamento personale" che dà il via alle nuove assunzioni nelle aziende sanitarie e ospedaliere calabresi. La spesa totale dell'operazione è pari a oltre 24 milioni di euro, oltre 11 i milioni stimati di risparmio derivanti dalla cessazione di altro personale nel 2016. Le nuove assunzioni saranno in totale 607, di cui 148 stabilizzazioni interne. Nel complesso, come si legge nella tabella di sintesi, saranno assunti 18 primari, 256 medici, 2 fisici, 12 farmacisti, 160 infermieri, 125 operatori socio sanitari, 1 fisioterapista, 15 tecnici radiologi, 7 dirigenti amministrativi, 6 dirigenti professionali, 1 avvocato e 4 collaboratori tecnici.

CAMPANIA: TRA NOMINE, TAGLI E TETTI DI SPESA. LA FITTA AGENDA DEL GOVERNATORE DE LUCA

Più di 220 milioni di tagli da gestire. Scaduti i manager dell'Asl Napoli 1 e Asl Salerno dove sono in vista nuovi incarichi commissariali. Freno alla spesa per Radioterapia. In attesa del parere del ministero, stop del sub commissario Morlacco alle prestazioni senza nomenclatore.

Tra le cose fatte (come la nomina del nuovo Cda della Soresa, la partecipata regionale che funziona da centrale acquisti per la Sanità, l'avvio della stabilizzazione dei precari e il fondo una tantum per le Politiche sociali da 14,6 milioni di euro approvato in Consiglio regionale), e quelle da fare (la nomina dei nuovi manager della Asl Napoli 1 e della Asl di Salerno i cui direttori sono appena scaduti e la ricomposizione dei vertici di 5 Asl - Avellino, Benevento, Caserta, Napoli 2, Napoli 3 - e di altrettante aziende ospedaliere - Cardarelli, Pascale, Rummo e Aou Federico II e della Sun), l'agenda sanità del presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca è fittissima in questa infuocata estate 2015.

Il governatore attende, inoltre, che il ministero della Salute sciolga le riserve per la nomina, data per imminente, del nuovo commissario per la Sanità regionale. Quel che è certo è che sarà un tecnico di scelta governativa. La legge è cambiata e non potrà più corrispondere al presidente della Regione com'è stato nella precedente legislatura con Caldoro. Ma le urgenze sono anche quelle finanziarie: il tesoretto di circa 243 milioni di euro quale avanzo di amministrazione a consuntivo del 2014 è pressoché evaporato. La Conferenza Stato Regioni ad aprile scorso ha infatti "dimenticato" di ratificare quanto previsto dal Patto per la Salute siglato un anno fa e quanto previsto al comma 601 dalla Finanziaria di quest'anno che prevedevano la revisione dei criteri di assegnazione delle risorse. La correzione della quota procapite secca avrebbe dovuto essere oltre che in base all'anzianità della popolazione anche in relazione allo svantaggio sociale, frequenza dei consumi sanitari per età e sesso, tasso di mortalità e altri indicatori epidemiologici territoriali che avrebbero assicurato un riequilibrio per la Campania. Di fatto per il 2015 e 2016 si torna indietro alla legge Calderoli e così la Campania perde in un sol colpo circa 180 milioni annui ai quali vanno aggiunti altri 222 finiti sotto la scure della spending-review - abbattutasi a monte sulla torta del fondo sanitario - prevista nel Dl Enti locali. Il governatore, insomma, non può certo dormire sonni tranquilli.

Tetti di spesa, freno a quelle per la radioterapia

Sul tavolo del nuovo commissario la prima gatta da pelare sarà poi quella dei tetti di spesa per l'assistenza specialistica, quest'anno precocemente esauriti. A Napoli 2 nord il budget per la Radioterapia è terminato sin dalla metà di giugno e da set tembre toccherà alla maggior parte delle altre aziende campane. Non va meglio

per la dialisi e la diabetologia in convenzione. Si tratta di prestazioni salvavita che, solitamente, la Regione a fine anno assicura attraverso contratti integrativi con le Asl e stanziando extrabudget che per ora tuttavia mancano all'appello. De Luca, peraltro, è intenzionato ad adeguare il budget solo a fronte di una netta riforma dei criteri di prescrizione e di accurati controlli sull'appropriatezza delle prestazioni che peraltro sono sollecitati dalle stesse associazioni di categoria, sindacato radiologi (Snr) in testa. Ma per fare questo ci vuole tempo. Il presidente della Regione sta comunque lavorando allo stanziamento, per la sola diabetologia, di 3 o 4 milioni di euro probabilmente attinti dal fondo disabilità per la quota che non sarà spesa entro fine anno. Restano i disagi per i pazienti: per la Radioterapia il nodo è rappresentato dal mancato adeguamento del nomenclatore tariffario alle innovazioni tecnologiche intervenute negli ultimi anni che hanno comportato la anomala lievitazione della spesa. Per le strutture che hanno investito in tecniche innovative (conformazionali e a 3 D) i prezzi di rimborso hanno raggiunto anche i 20 mila euro (quanto la terapia a protoni) laddove nelle altre regioni non si superano i 13 mila. Di fronte a questa situazione la struttura commissariale è corsa ai ripari: da un lato ha chiesto il nulla osta al ministero per cambiare i criteri di remunerazione e passare ad un sistema a "pacchetti prestazionali standardizzati", come richiesto da almeno un anno dall'Aspat, adottando Drg omincomprensivi che oscillano dai 5 ai 10 mila euro e dunque tarati sull'impegno e l'intensità delle prestazioni da erogare Dall'altro il sub commissario Mario Morlacco ha inoltrato in questi giorni una circolare ai manager e commissari delle Asl per tirare il freno alla spesa. In particolare "Il decreto ministeriale del 18 ottobre del 2012 – scrive il sub commissario – prevede che nelle more di un'organica revisione della definizione dei Livelli essenziali di assistenza e delle correlate prestazioni, con particolare riferimento a quelle di specialistica ambulatoriale, l'aggiornamento tariffario riguarda esclusivamente le prestazioni e le corrispondenti tariffe riportate nel decreto del ministro della Sanità 22 luglio 1996" pubblicato nel settembre di quell'anno. "Da quanto sopra non può ritenersi che le IMRT, IGRT e V-MAT (ossia le terapie consentite dalle moderne tecniche, evolute rispetto alla semplice terapia 3-D ndr) possano al momento far parte del nomenclatore, per cui si pone una questione di erogazione, in regime di rimborso da parte del Ssn, mancando le relative voci. In particolare". Il tariffario del 1996 del resto contemplava la sola tariffa prevista per l'intero trattamento. Il nomenclatore, inoltre, non prevedendo per diversi codici, il termine "intero trattamento" potrebbe dare luogo ad incertezza – scrive ancora Morlacco - ai fini del riconoscimento a carico del Servizio sanitario nazionale, sebbene non sia concepibile che si possa sopperire alle voci mancanti semplicemente moltiplicando il numero di prestazioni in "3D" del nomenclatore. Ciò in quanto si potrebbe arrivare addirittura ad ipotizzare fino a 360 schermature per trattamento pari ad ognuno dei 360 gradi di rotazione della testata con un costo inverosimile, ci circa 21 mila euro, per la sola schermatura".

Pertanto da un lato ci sono i "chiarimenti" sollecitati al ministero e dall'altro, nelle more le Asl sono autorizzate a remunerare le prestazioni di radioterapia, "nei limiti dei tetti di spesa, contemplando una schermatura per ogni singolo trattamento". L'unica concessione - per i centri accreditati che utilizzano tecnologie di ultima generazione - è la possibilità di riconoscere uno spread del 15 per cento sul tetto di branca che ammonta, per il 2015 (in proroga dal 2014), a 17,7 mln di euro (il 30 per cento in più rispetto al 2013, quando era di 13,6 mln di euro). Ciò servirebbe a coprire maggiori oneri relativi alla valorizzazione di questi innovativi trattamenti. Un accantonamento che in sostanza equivale a un extrabudget di 2,4 mln di euro circa che, anche se non utilizzato (ma è difficile) servirà a coprire le prestazioni di Radioterapia. Al contempo è del tutto improbabile che chi ha erogato prestazioni, assorbito risorse e fatturato secondo le modalità stigmatizzate da Morlacco possa poi ottenere il 100 per cento dei rimborsi. Inutile dire che ci sono le premesse per innescare un'altra spirale di contenzioso che solo l'intervento dirimente e immediato del ministero della Salute potrà fugare. Di più: "Un approfondimento separato – conclude la circolare di Morlacco - sarà necessario nel prosieguo in tema di indicazioni cliniche, fabbisogni e procedure autorizzative, per l'installazione di detti impianti". Ciò ovviamente si riverbera sulla qualità delle prestazioni e ha già comportato una levata di scudi delle associazioni dei pazienti e dei centri che hanno investito in uomini e tecnologie. A fronte di apparecchiature moderne la Regione il sub commissario chiede infatti di erogare terapie ormai considerate obsolete. E guarda caso ecco scontrarsi, come di frequente in questi casi, i principi costituzionali al diritto alla Salute (art. 32) e quello relativo al pareggio di bilancio (articolo 81).

Soresa, De Luca chiede risparmi sulle gare per 240 mln

E a proposito di pareggio di bilancio è sempre De Luca, a margine della indicazione del nuovo vertice di Soresa (il neopresidente Gianni Porcelli, già sindaco di Mugnano candidato ma non eletto al consiglio regionale per la lista Campania Libera, l'ex consigliere regionale del Pd Giulia Abbate e l'avvocato irpino Luigi Giugliano che prendono rispettivamente il posto di Francesco D'Ercole, Gennaro Santamaria e Pietro Alfano) a raccomandare l'azzeramento di tutte le gare in corso per circa 800 milioni. "il mio obiettivo – avverte il governatore – è risparmiare su questi appalti almeno il 30 per cento (240 mln) anche perché voglio far uscire la Campania dal commissariamento entro un anno e mezzo. Perché in tema di spesa o ci rimettiamo al pari delle regioni italiane virtuose o sono pronto a siglare protocolli aggiuntivi con quelle regioni per acquistare beni al prezzo da loro concordato. Ovvero, per quanto mi riguarda, Soresa può anche sbaraccare". Sempre riguardo a Soresa sui nuovi vertici pende la pregiudiziale di incompatibilità sollevata dalle opposizioni che invocano l'articolo 32 della legge regionale 11 agosto del 2005 (nello specifico questa indica per i candidati non eletti alle elezioni regionali l'impossibilità di ottenere incarichi pubblici negli otto mesi successivi alla tornata elettorale). Una norma "anti trombati" ripresa dall'articolo 4 della legge 27 luglio del 2012 che potrebbe far tornare l'attrito in Consiglio dove De Luca chiede invece una marcia spedita e una revisione di Statuto e regolamenti per consentire, a tal fine, il voto di fiducia.

EMILIA ROMAGNA: IPASVI: "NEL PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE SIA RICONOSCIUTA AUTONOMIA E COMPETENZE"

I Coordinamento Regionale dei Collegi Ipasvi della regione interviene sulle proposte di organizzazione aziendale e di ridefinizione del modello organizzativo l inerente la struttura di riferimento delle professioni sanitarie. "Sia riconosciuta l'autonomia della linea assistenziale e valorizzato il contributo dei professionisti e degli operatori del comparto per il raggiungimento degli obiettivi aziendali" .

La rilevanza non solo numerica degli appartenenti alle professioni sanitarie (oltre il 70% dell'insieme dei dipendenti) rende fondamentale per il buon andamento dell'Azienda e per un'efficace risposta alla domanda di salute dei cittadini, che il direttore della struttura a cui afferiranno i professionisti sanitari sia inserito strutturalmente nella direzione strategica dell'Azienda e che nell'organizzazione che verrà delineata sia riconosciuta l'autonomia della linea assistenziale e valorizzato il contributo dei professionisti e degli operatori del comparto per il raggiungimento degli obiettivi aziendali". È quanto afferma in una nota Il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI dell'Emilia Romagna, che precisa di seguire "con attenzione e partecipazione il confronto in atto nell'AUSL di Bologna sulle proposte di organizzazione aziendale e di ridefinizione del modello organizzativo inerente la struttura di riferimento delle professioni sanitarie e delle correlate figure inserite nei processi di assistenza". "L'IPASVI dell'Emilia Romagna – conclude la nota - continuerà a seguire attentamente l'andamento del dibattito in corso e a garantire ogni supporto al Collegio Ipasvi della provincia di Bologna e ai Collegi Ipasvi delle provincie della Regione Emilia Romagna in cui si manifestassero accadimenti e dibattiti similari nella convinzione che i professionisti sanitari del comparto devono veder valorizzate le loro competenze gestionali e clinico assistenziali per sentirsi appartenenti alle loro Aziende e per contribuire a creare un buon clima organizzativo.

FRIULI VENEZIA GIULIA: TELESCA: "PRONTO BANDO PER CONCORSO PER 173 INFERMIERI"

"Sono particolarmente felice di avere mantenuto gli impegni che avevamo assunto con questi professionisti, indispensabili per potere erogare una assistenza di alta qualità e vicina ai cittadini". Questo il commento dell'assessore regionale alla Salute dopo l'approvazione del Bando.

L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS) ha deliberato di indire il concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di 173 posti di collaboratore professionale sanitario infermiere, cat. D, da assegnare agli enti del Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia e ha approvato il relativo bando.
"Sono particolarmente felice - dichiara l'assessore regionale alla Salute, Maria Sandra Telesca - di avere mantenuto gli impegni che avevamo assunto con questi professionisti, indispensabili per potere erogare una assistenza di alta qualità e vicina ai cittadini". Il bando sarà tempestivamente inviato per le pubblicazioni di legge al B.U.R. del Friuli Venezia Giulia e, per estratto, sulla Gazzetta Ufficiale. I termini (trenta giorni) previsti per la presentazione delle domande decorreranno dal giorno successivo a quello di pubblicazione del bando sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 4^ Serie Speciale "Concorsi ed esami". Il bando sarà altresì reperibile, dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, sul sito dell'Egas (www.egas.sanita.fvg.it), nonché sui siti degli altri enti del Sistema sanitario regionale interessati alla procedura.

LAZIO: PRONTO SOCCORSO, REGIONE: "ACCESSI SOTTO CONTROLLO GRAZIE A STUDI APERTI NEL WEEKEND"

Secondo i dati della Regione nei primi tre weekend di agosto la rete degli ambulatori di medicina generale aperti nei giorni festivi è stata utilizzata da 2.176 persone. Da dicembre ad oggi si sarebbero rivolte a queste strutture festive 28.510 persone.

"Non si capisce bene quali siano le fonti dalle quali si riforniscono consiglieri regionali dell'opposizione e talune associazioni per affermare che i pronto soccorso siano al collasso. La situazione è invece perfettamente sotto controllo come dimostrano anche i dati pubblicati on line sul sito della Regione Lazio. Come ulteriore dimostrazione c'è anche il fatto che, ad esempio alle 8" di mercoledì "non c'erano ambulanze in attesa" e "le articolazioni territoriali messe in campo per ridurre gli accessi e fornire una valida alternativa ai pronto soccorso si stanno dimostrando ogni giorno più valide e ben gradite dai cittadini". Così la Regione Lazio replica in una nota all'allarme sulle criticità nei Pronto Soccorso. "L'inverno il sovraffollamento in pronto soccorso è attribuito al freddo e alle malattie broncopneumologiche", durante l'estate "non si trova di meglio che indicare, quale ragione delle lunghe attese, il colpo di calore", denunciava in una nota AssoTutela, che dati alla mano parlava di "un aumento degli accessi in pronto soccorso del 4, 5 per cento ma rimane stabile la frequenza delle presenze nei cosiddetti ambulatori del week-end, fortemente voluti da Zingaretti, che non hanno più di 20 assistiti per presidio tra il sabato e la domenica, contro i 1500 del pronto soccorso che, ripartiti tra i vari ospedali, ammontano sempre a centinaia di cittadini in intollerabile attesa di essere curati". Dati smentiti dalla Regione, che precisa: "Nei primi tre week end di agosto la rete degli ambulatori di medicina generale aperti anche nei giorni festivi, è stata utilizzata da 2.176 persone, a conferma di un trend in crescita. Il numero degli accessi, infatti, è uguale a quelli dei mesi invernali, anche se la città si è svuotata per le vacanze estive. Fino ad oggi si sono rivolte a queste strutture festive ben 28.510 persone. Questi i fatti verificati e certificati. Il resto solo polemiche fondate sul nulla".

LIGURIA: MANOVRA SANITÀ, REGIONE PRONTA AD IMPUGNARE DECRETO TAGLI

L'assessore ha assicurato la volontà anche del presidente della Regione Toti "ad assumere un'iniziativa forte perché riteniamo che sia una legge fortemente iniqua verso i cittadini liguri. Speriamo anche che altre Regioni seguano il nostro esempio".

La Regione Liguria è pronta a impugnare il decreto legge del governo sugli Enti locali, approvato in via definitiva martedì, che prevede fra le misure tagli alla sanità per complessivi 2,3 miliardi. Lo ha annunciato l'assessore regionale alla Sanità, Sonia Viale: "Attendiamo che il provvedimento venga pubblicato in Gazzetta ufficiale,

ma ho già parlato con il presidente Toti e siamo decisi ad assumere un'iniziativa forte perché riteniamo che sia una legge fortemente iniqua verso i cittadini liguri. Speriamo anche che altre Regioni seguano il nostro esempio". "Stiamo cercando di capire a quanto ammonteranno i tagli per la nostra Regione, ma quello che risulta per ora è si tratterà di tagli lineari e senza limiti di tempo e questo per noi è davvero preoccupante", ha concluso l'assessore.

LOMBARDIA: IL CONSIGLIO APPROVA LA RIFORMA SANITARIA. ASSESSORATO UNICO E TAGLIO DELLE ASL

La riforma dovrebbe portare risparmi per 300 milioni, da reinvestire nel sistema sanitario regionale. Le attuali 15 Asl saranno trasformate in 8 Ats (Agenzie di tutela della salute). Il presidente della Giunta potrà decidere di riunire sotto l'Assessorato al Welfare anche Salute e Famiglia e Solidarietà sociale.

Dopo mesi di lavoro, settimane di contestazioni, cinque sedute emolteplici aggiustamenti, il Consiglio della Lombardia ha approvato, nella tarda serata di ieri, la prima parte della riforma della sanità regionale. Il testo ha ricevuto il voto favorevole del centrodestra, mentre Pd, Patto civico e M5S hanno espresso voto contrario. Entro fine anno la riforma sarà completata con un secondo progetto di legge (che è già in Commissione) che interverrà in particolare su prevenzione, salute mentale, malattie rare, veterinaria e rapporti con le Università. La Regione Lombardia prevede di recuperare, con la riforma a regime, circa 300 milioni di euro, risorse che saranno poi reinvestite nel sistema sanitario a vantaggio degli stessi cittadini lombardi, in particolare per ridurre i ticket sanitari, le liste d'attesa e le rette delle Residenza Sanitarie per Anziani. Questa prima parte della riforma introduce, tra l'altro, la possibilità di istituire l'assessorato unico al Welfare e il superamento delle aziende ospedaliere, che diventano Asst (Aziende sociosanitarie territoriali) con la riduzione da 15 Asl a 8 Ats (Agenzie di tutela della salute). In una nota diffusa dal Consiglio Regionale, i relatori Fabio Rizzi e Angelo Capelli sostengono che la riforma permetterà una "riduzione sensibile dei costi, un aumento dei controlli, un accesso più facile e veloce a visite ed esami, un aumento della prevenzione". Per ilPresidente del Consiglio regionale, Raffaele Cattaneo, "ha vinto la buona politca, capace di dare vita al confronto e di trovare la sintesi". Il testo approvato non è ancora disponibile, perché - riferiscono dal Consiglio - "totalmente stravolto" rispetto a quello approdato in Consiglio. Lo stesso organo legislativo regionale fornisce comunque una dettagliata scheda con le principali novità introdotte dalla legge. Il progetto di legge "**Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo**" prevede l'integrazione delle strutture della sanità con quelle del sociale, sia a livello centrale (Regione) che a livello territoriale. Questo, come è stato spiegato dai relatori Fabio Rizzi e Angelo Capelli, per adeguare il sistema lombardo alle nuove complessità emergenti come l'allungamento dell'aspettativa di vita e l'aumento della cronicità.

ATS (Agenzie di tutela della salute). Le nuove Agenzie avranno funzioni di gestione, programmazione e controllo, oltre che di supervisione sulla continuità delle cure ai malati cronici e gravi. Spetteranno loro l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie, la negoziazione e l'acquisto delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie. Ne vengono istituite 8 e sostituiscono le attuali 15 ASL: nascono pertanto le ATS Insubria (Varese e Como), Brianza (Monza e Lecco), Bergamo, Brescia, Pavia, Val Padana (Cremona e Mantova), Città Metropolitana (Milano e Lodi) e quella della Montagna (Sondrio, Valtellina e Valcamonica).

ASST (Aziende socio sanitarie territoriali). La legge ne disegna 27: rispetto al documento approvato in Commissione Sanità, vengono aggiunte cinque nuove aziende socio sanitarie territoriali, Niguarda e Gaetano Pini a Milano, Spedali Civili a Brescia, Papa Giovanni XXIII a Bergamo e Crema. Alle ASST spetterà il compito di erogare le prestazioni sanitarie e socio sanitarie: dovranno garantire le prestazioni e le cure territoriali in sinergia con gli ospedali che confluiranno nelle Aziende stesse. L'obiettivo è così quello di passare dalla cura del paziente al "prendersi cura" con continuità del paziente, anche a domicilio. Ogni ASST avrà un direttore generale unico, ma al proprio interno sarà suddivisa in due strutture tra loro distinte che avranno gestione e bilanci separati: il Polo ospedaliero affidato a un direttore sanitario e la Rete territoriale affidata a un direttore sociosanitario. La Regione potrà comunque istituire nuove aziende ospedaliere, secondo i requisiti previsti dalla normativa nazionale vigente

Clausola. Tra le norme transitorie della legge, è prevista una clausola che consente alla Giunta regionale, entro il 30 settembre di quest'anno, di apportare modifiche allo schema territoriale di ATS e ASST approvato oggi, a condizione che le stesse modifiche vengano approvate anche dalla Commissione regionale "Sanità e assistenza". La Regione potrà istituire nuove aziende ospedaliere, secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente.

Agenzia di Controllo. La riforma prevede la nascita di una Agenzia di vigilanza e controllo sull'offerta e l'erogazione delle prestazioni e delle cure sanitarie e sociosanitarie e per prevenire eventuali, possibili criticità, che dovrà in ogni caso fungere da collegamento funzionale con le singole ATS. L'Agenzia sarà costitutia da un direttore nominato dal Presidente della Giunta regionale e da un Comitato di Direzione composto da 3 persone nominate su indicazione della Conferenza dei gruppi regionali di minoranza o estratte a sorte tra 10 nominativi, sempre di indicazione dei gruppi di minoranza. Sarà compito dell'Agenzia rendere pubblici i dati inerenti le attività di vigilanza e di controllo svolte.

Ticket sanitari. Viene introdotta una rimodulazione progressiva dei ticket sanitari in funzione del reddito, sollecitata in particolare dai gruppi di minoranza e già recepita nell'assestamento di bilancio approvato a fine luglio.

Conferenza dei Sindaci. Comprende i Sindaci dei Comuni inseriti in una ATS e interviene esprimendo pareri e contributi in tema di programmazione e di pianificazione sociosanitaria.

Polo pediatrico. La legge istituisce un unico, grande polo pediatrico milanese. Il nuovo "Ospedale del Bambino" nasce a Milano dall'accorpamento di Buzzi, Sacco, Fatebenefratelli e Macedonio Melloni.

Assessorato regionale unico al Welfare. Nel rispetto della legge Bassanini e delle facoltà in capo al Presidente della Giunta regionale, viene istituito l'Assessorato regionale unico al Welfare che comprende i precedenti assessorati alla Salute e alla Famiglia e Solidarietà sociale: saranno scorporate le deleghe al Volontariato e alle Pari opportunità.

Stabilizzazione precari. Nel testo della riforma si indica esplicitamente che, nella definizione dei nuovi contratti per le figure e gli operatori sanitari e sociosanitari lombardi, dovranno essere privilegiate forme che favoriscono la stabilità e la continuità del rapporto di lavoro.

Funzioni non tariffabili e "legge Daccò". Viene eliminata la "legge Daccò" e nel nuovo testo si creano le condizioni per una drastica riduzione delle funzioni non tariffabili, con l'introduzione di nuovi criteri che rendono la non tariffabilità una eccezione sempre più limitata.

"Short list" nomine direttori generali. All'interno dell'elenco delle figure idonee, un apposito Comitato selezionerà un numero ristretto di profili pari a tre volte il numero complessivo delle persone da nominare, all'interno del quale verrà effettuata la scelta.

Odontoiatria. La legge individua inoltre una sezione specifica per il potenziamento delle cure odontoiatriche, che si concretizzerà nel 2016 con il reperimento delle risorse economiche necessarie: oggi si stima che il 65% dei lombardi non va dal dentista, pur avendone necessità, a causa dei costi elevati delle cure.

Formazione. Nella riforma viene introdotto un nuovo capitolo appositamente dedicato all'istituzione presso Eupolis di percorsi formativi specifici destinati alle nuove figure professionali previste e introdotte dalla legge.

Prevenzione. Altri due articoli della legge sono dedicati al potenziamento della prevenzione, e nello specifico adeguano il piano regionale della prevenzione alle nuove normative nazionali e definiscono meglio il ruolo dell'Osservatorio epidemiologico regionale adeguandone compiti e funzioni.

Viene incentivata, anche attraverso una sostanziale semplificazione procedurale, **la prenotazione online di visite ed esami, e viene incrementato di 40 unità il numero delle borse di studio destinate agli specializzandi lombardi.**

Costi e benefici. Regione Lombardia prevede di recuperare, con la riforma a regime, circa 300 milioni di euro, risorse che saranno poi reinvestite nel sistema sanitario a vantaggio degli stessi cittadini lombardi, in particolare per ridurre i ticket sanitari, le liste d'attesa e le rette delle Residenza sanitarie per Anziani (RSA).

MARCHE: ASSEGNATI ALLE STRUTTURE GLI OBIETTIVI PER IL 2015. LOTTA ALLE LISTA D'ATTESA

Il presidente Ceriscioli ha assicurato che i bisogni dei cittadini restano "al centro dell'azione di governo". Infatti "l'obiettivo economico principale di mantenere i conti in ordine deve essere affiancato da un miglioramento delle prestazioni sia in termini di qualità sia in termini di tempi di attesa".
LA DELIBERA

Contenimento dei tempi di attesa, riqualificazione della rete ospedaliera, ammodernamento tecnologico, completamento della rete territoriale. Queste le priorità per i nuovi dirigenti nominati la scorsa settimana dalla giunta regionale. Obiettivi scritti in una delibera approvata nel corso dell'ultima seduta. "In particolare – spiega una nota della Regione - le direzioni generali degli enti sanitari saranno impegnate su: assistenza ospedaliera-emergenza-urgenza, prevenzione, assistenza territoriale, farmaceutica, investimenti, flussi informativi, area informatica". Negli obiettivi rientrano anche le disposizioni di contenimento della spesa sanitaria che provengono dall'intesa Stato-Regioni di luglio relative ai beni e servizi e risorse umane. "I bisogni dei cittadini sono al centro dell'azione di governo - ha spiegato il presidente e assessore alla Sanità e Servizi Sociali, Luca Ceriscioli - l'obiettivo economico principale di mantenere i conti in ordine, pena una decurtazione della quota di riparto delle risorse che spettano al sistema sanitario marchigiano, deve essere affiancato da un miglioramento delle prestazioni sia in termini di qualità sia in termini di tempi di attesa". Nel corso della stessa seduta la giunta regionale ha anche deciso di avviare le procedure per l'appalto del nuovo Centro Unico di Prenotazione, il cui servizio è in scadenza a settembre. "Un altro step importante per agire sulle liste di attesa". Un tavolo tecnico già costituito si occuperà di definire i requisiti per l'accesso alla gara di appalto: "Ho dato l'opportunità di ribadire l'orientamento – conclude Ceriscioli - a passare dal call center al medico, che dovrà gestire direttamente la prenotazione, stabilendo la priorità su quattro settori: oncologici, cardiopatici, nefropatici e diabetici".

MOLISE: L'EX PRESIDENTE IORIO: "DISASTRO SANITÀ, NEGLI OSPEDALI MANCA PERSINO LA CARTA IGIENICA"

Sul suo profilo Facebook, Iorio attacca: "La risposta più diffusa rispetto a questo stato di cose è: "Stiamo aspettando il piano operativo nuovo'. Ma chi lo sta redigendo?. In quanto ad impegni assunti e puntualmente non mantenuti, Frattura ci ha abituati a sentirne di tutti i colori".

"La sanità molisana non è mai stata disastrata così come adesso. Mancano ormai le attività essenziali per garantire i LEA. La mobilità passiva è in aumento ed è davvero difficile, negli ospedali, garantire il personale necessario e persino gli strumenti essenziali per interventi emergenziali. Si rinviano interventi chirurgici in continuazione, almeno per garantire le emergenze. Manca persino la carta igienica!". A denunciarlo l'ex governatore del Molise, Michele Iorio, che dal suo profilo Facebook sferra l'attacco contro l'attuale presidente della Giunta Paolo Di Laura Frattura. "La risposta più diffusa rispetto a questo stato di cose – prosegue infatti Iorio - è: 'Stiamo aspettando il piano operativo nuovo'. Ma chi lo sta redigendo? Il Commissario Frattura sta partecipando all'elaborazione del documento che sembrerebbe essere

la panacea di tutti i mali? Perché ancora non impugna il regolamento Balduzzi? In quanto ad impegni assunti e puntualmente non mantenuti, Frattura ci ha abituati a sentirne di tutti i colori". "A proposito dei precari – prosegue Iorio -, in particolare degli ausiliari (in scadenza tra pochi giorni), aveva assunto un impegno preciso: 'Farò revocare la delibera Asrem per parametrare il fabbisogno del personale alla revisione della nuova pianta organica'. Parole al vento, come tutte le affermazioni fatte da Frattura per guadagnare tempo di fronte alle difficoltà di ogni genere. Quanto durerà ancora il limite di sopportazione dei molisani?", si chiede Iorio in conclusione.



PIEMONTE: UN ANNO DI SANITA' RACCONTATO DALL'ASSESSORE ALLA SANITA' REGIONALE SAITTA

Revisione della rete ospedaliera e programmazione dell'assistenza territoriale, piano per prevenzione, sblocco del turnover e nuovi direttori generali. Queste le azioni messe in campo ed evidenziate dall'assessore alla sanità. "Completato l'intenso lavoro iniziato un anno fa con l'insediamento della Giunta Chiamparino".

"Con l'approvazione, lunedì 27 luglio, delle linee guida che i Direttori delle aziende sanitarie regionali devono osservare nella stesura degli atti aziendali, si completa l'intenso lavoro iniziato un anno fa con l'insediamento della Giunta Chiamparino". E' quanto si legge in una nota dell'assessore alla Sanità, Antonio Saitta, che ha voluto sinteticamente illustrare i principali punti di questo percorso.

Ecco un anno di sanità illustrato da Saitta

La revisione della rete ospedaliera pubblica e privata

A novembre 2014, la Giunta ha approvato la delibera di revisione della rete ospedaliera pubblica e privata del Piemonte, con l'obiettivo di riqualificare la spesa sanitaria e tornare ad investire sul territorio, sulle tecnologie più avanzate e sulla prevenzione. La sanità del Piemonte negli ultimi anni è molto cambiata: la produzione è calata del 3%- senza una contestuale riduzione dei costi- ed è aumentata la mobilità passiva verso altre Regioni, il cui saldo è diventato negativo di 30 milioni nel 2013. La delibera prevede un aumento di posti letto di continuità assistenziale sull'intero territorio:1330 in più, una prima risposta alla richiesta di tante famiglie che, dopo il ricovero ospedaliero chiedono soluzioni per gli ammalati, spesso anziani, prima del rientro in famiglia.

Piano regionale della prevenzione

Il 3 giugno è stato approvato il Piano regionale della prevenzione 2015-2018: un documento complesso, frutto dell'impegno di gruppi di studio che hanno lavorato su dieci programmi per integrare funzioni e competenze presenti nei Dipartimenti di prevenzione delle ASL e nel servizio sanitario regionale.
Il documento è preceduto dall'aggiornamento del profilo di salute della popolazione piemontese ed è accompagnato da strumenti di monitoraggio e di indicatori di risultato. Il Piano ed il rispetto dei contenuti certificati rappresentano un Livello essenziale di assistenza (LEA) per la Regione ed un obiettivo di mandato per i direttori generali delle ASL

La rete di assistenza territoriale

Un atto di programmazione che procederà di pari passo con la revisione della rete ospedaliera, a partire dal 2016: un tassello indispensabile a garantire l'offerta sanitaria adatta ai nuovi bisogni di salute della popolazione del Piemonte. La delibera è del 29 giugno. Il Piemonte, dove vivono il 7 % degli italiani, è una delle regioni più vecchie: nel 2011 gli over 65 erano 1.023.195 e l'indice di invecchiamento (che rapporta gli ultra 65enni al totale della popolazione) era del 23.4%, mentre alla stessa data, in Italia gli over 65 anni erano 12.301.537 pari al 20.3 % del totale della popolazione. Una popolazione che invecchia in condizioni di salute migliori, perché negli ultimi decenni è profondamente mutato lo scenario epidemiologico caratterizzato da un aumento della prevalenza di patologie croniche, di cui in Italia (dati Istat 2011) soffre almeno il 38.6% della popolazione. La cura dei pazienti cronici richiede non tanto un aumento di risorse, quanto piuttosto un'inversione di tendenza culturale perché i pazienti cronici necessitano di risposte integrate e multidisciplinari. Le strutture ospedaliere restano la sede più adatta per la diagnosi e la cura degli episodi acuti, ma le altre prestazioni (visite ed esami specialistici, consumo di farmaci, riabilitazione) hanno sul territorio il luogo più appropriato di erogazione, spesso anche al domicilio stesso dei pazienti: per la diffusione di patologie croniche a rilevante impatto sociale, vogliamo conciliare esigenze di equità e di solidarietà con il quadro delle risorse disponibili. L'assistenza socio sanitaria territoriale rappresenta uno dei tre macro livelli di assistenza in cui si vuole declinare l'offerta del servizio sanitario in Piemonte - insieme alla prevenzione e all'assistenza ospedaliera - attraverso assistenza primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale); assistenza specialistica territoriale; attività erogate dalle strutture distrettuali delle Asl (assistenza domiciliare e residenziale socio-sanitaria ad anziani non autosufficienti, disabili, minori, salute mentale). La delibera individua, tra le linee di azione, la valorizzazione del ruolo dei Distretto come articolazione operativa fondamentale delle ASL per il governo della rete territoriale.

Strutture private, programmazione dei fabbisogni di prestazioni ospedaliere

A luglio, la Giunta ha approvato la delibera di programmazione dei fabbisogni di prestazioni ospedaliere che la Regione pagherà alle strutture sanitarie accreditate private per il prossimo triennio: un quadro che si completa a partire dal Patto della Salute e dal Regolamento attuativo nazionale. Siamo partiti dal budget 2014 di fabbisogni ospedalieri che fornivano i privati, pari a 570 milioni di euro, ed abbiamo operato una contrazione, ma senza mai applicare tagli lineari. Abbiamo recuperato circa 40 milioni, 20 dei quali li abbiamo già destinati a prestazioni di letti di continuità assistenziale ed assistenza domiciliare, la vera grande esigenza che abbiamo registrato.

Le assunzioni di personale: 772 persone entro fine 2015

Il 23 luglio i dirigenti dell'assessorato, incontrando i sindacati di categoria, hanno consegnato la previsione di ingressi a tempo indeterminato di 772 unità di personale, entro il prossimo 31 dicembre. 213 medici, 360 infermieri ostetrici, 129 operatori socio sanitari e 21 medici per il servizio del 118 sono solo alcuni dei numeri del quadro generale che si sta attivando nelle varie aziende sanitarie.

I nuovi direttori generali

La Giunta regionale ha nominato, a fine aprile 2015, i nuovi direttori generali della sanità piemontese. Sedici nomi, fra cui tre donne: quattro i direttori confermati, ma in sedi diverse da quelle attuali, secondo il principio della turnazione. Scelti in base alla professionalità e alla capacità manageriale, sono chiamati, con i direttori sanitari ed amministrativi, a dare concreta attuazione agli indirizzi che la Regione formula in materia sanitaria. L'ultima delibera approvata a fine luglio, le linee guida per gli atti aziendali, stabilisce che, per quanto riguarda le strutture organizzative aziendali, il loro numero deve essere conforme ai parametri fissati dal Patto per la Salute (17,5 posti letto per struttura complessa, 1,31 strutture semplici per struttura complessa). In questo modo in Piemonte i primariati si ridurranno di circa il 30%, il che consentirà non solo nel lungo periodo di risparmiare, ma soprattutto di superare l'eccesso di frammentazione del nostro sistema garantendo ai cittadini reparti più forti e più sicuri.



PUGLIA: EMILIANO SU MANOVRA SANITÀ. "SU TAGLI LORENZIN SCAVALCATA DAL GOVERNO. UN TEMPO CI SI DIMETTEVA PER FATTI DEL GENERE"

Per il presidente della Puglia l'unica spiegazione al taglio alla sanità contenuto nella manovra, nonostante le rassicurazioni di Lorenzin, è che il Governo li abbia inseriti "anche se il ministro della Salute non era convinta". Un episodio grave. "Sono passati sopra al Lorenzin a carro armato".

"E' singolare che il ministro competente non sappia bene come si comporterà il resto del governo su una questione di tagli di risorse". Così ilpresidente della Puglia, Michele Emiliano, intervistato da Radio24, commenta il taglio da 2,352 miliardi alla sanità inserito nel maxiemendamento del governo al dl enti locali. "In realtà – afferma Emiliano - non sappiamo se il governo si sia perfettamente messo d'accordo. Nel senso che il ministro della Sanità ha continuato a dire che non sarebbe stato inserito nel decreto enti locali, invece il governo lo ha inserito e il ministro della Sanità non era molto convinto. Questo spiega tutto". Per Emiliano è comunque un episodio grave. "Il ministro, fino a poche ore fa, non era sicuro che nel decreto enti locali sarebbe stato inserito o meno il taglio. Una volta succedeva che un ministro si sentiva un po' trascurato dal resto del collegio. Non dico che Lorenzin debba dimettersi, ma una volta, per vicende del genere, un ministro probabilmente si sarebbe dimesso, perché si è trattato di passargli sopra a carro armato". Per Emiliano, comunque, si tratta di "un taglio lineare, nel senso che vale per tutti senza distinzioni tra Regioni virtuose e non. Chi, come la Puglia, non è mai stata commissariata" la sanità, "viene colpita come chi ha determinato un buco nel bilancio sanitario". "Un colpo del genere – ha concluso il presidente pugliese - rischia di frustrare tutte le nostre aspettative, per esempio quella di dotare finalmente tutti i nostri reparti di infermieri".



SARDEGNA: RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA, APERTA LA CONSULTAZIONE PUBBLICA

Durerà 60 giorni. Istituzioni regionali e locali, così come tutti i cittadini, sono invitati a presentare proposte sul sito HTTP://WWW.SARDEGNAPARTECIPA.IT Arru: "Solo alla fine di questo percorso la proposta definita della Giunta verrà deliberata e inviata al Consiglio regionale per l'approvazione conclusiva della rete ospedaliera".

Via libera, in Sardegna, alla consultazione pubblica sulla delibera sulla Riorganizzazione della rete ospedaliera adottata dalla Giunta a fine luglio. Istituzioni regionali e locali, e tutti i cittadini, possono inviare il loro contributo attraverso il sito Sardegna ParteciPa (http://www.sardegnapartecipa.it). "La riorganizzazione non è affatto una proposta chiusa – ha affermato in una nota l'assessore della Sanità Luigi Arru - è iniziato, come previsto dalla delibera, un dibattito aperto, ampio e trasparente. In questi giorni sono state spedite dall'assessorato già più di venti convocazioni per incontri ufficiali sia a Cagliari che nei diversi territori della Sardegna, e altre saranno inviate nei prossimi giorni. Contestualmente sul sito tutti i cittadini, indistintamente, potranno partecipare rappresentando esigenze e contribuendo a fornire idee per migliorare questo progetto d'interesse collettivo". L'assessore ha inoltre ribadito che "la proposta di riorganizzazione ha come obiettivo il miglioramento dei servizi sanitari offerti ai sardi, affinché siano di maggiore qualità ed efficienza. Si parte dalla circolarità delle cure con al centro il cittadino, sino alla specializzazione delle diverse strutture presenti nell'isola, rendendole operative sui vari livelli di assistenza". "Solo alla fine di questo percorso - ha concluso il titolare della Sanità - la proposta definita della Giunta verrà deliberata e inviata al Consiglio regionale per l'approvazione conclusiva della rete ospedaliera".
La consultazione pubblica durerà 60 giorni.



SICILIA: DALLA GIUNTA VIA LIBERA ALLE NUOVE LINEE GUIDA DELLA SANITÀ

Con la risoluzione si istituisce gli Ospedali Riuniti salvatando così i piccoli ospedali a rischio chiusura, si sbloccano le piante organiche e si dà il via al piano assunzioni. Entro il 30 settembre le aziende dovranno presentare un piano di riordino dei servizi e le nuove piante organiche per poi procedere al reclutamento del personale.

La giunta regionale riunita ieri, dopo i confronti con l'assessore alla Sanità e la Commissione Sanità all'Ars, ha approvato le linee guida della sanità siciliana. A renderlo noto è un comunicato regionale in cui si spiega che "con la risoluzione la Sicilia istituisce gli Ospedali Riuniti, rendendo possibile il salvataggio dei piccoli ospedali a rischio chiusura. Una scelta condivisa dal Ministero della Salute che permette di realizzare economie di scala evitando la ripetizione dei servizi in ambito territoriale, consentendo di razionalizzare i servizi garantendo altresì la qualità dei livelli essenziali di assistenza (Lea). Si sbloccano inoltre le piante organiche e si da via al piano assunzioni". Entro il 30 settembre le aziende dovranno presentare un piano di riordino dei servizi e le nuove piante organiche per poi procedere al reclutamento del personale.

"Il Governo – ha commentato il presidente della Sicilia, Rosario Crocetta - interviene concretamente per cambiare la sanità siciliana che negli ultimi anni ha smesso di produrre indebitamento e ha determinato utili attraverso l'attento monitoraggio delle aziende sanitarie e la lotta agli sprechi". Adesso il decreto dovrà essere approvato dal Ministero della Salute.

P.A. TRENTO: RIFORMA SANITÀ, CHIUSA CONSULTAZIONE PUBBLICA. BORGONOVO RE: "CONTRIBUTI DEI CITTADINI ARRICCHIRANNO IL PIANO"

Durante la prima fase del progetto "IoPartecipo" erano arrivati circa 200 contributi. La seconda fase di consultazione ha contato 140 nuove proposte, più di 690 commenti e valutazioni, quasi 3.000 persone che hanno visto il sito web e 230 persone (a titolo individuale o collettivo) che hanno dato il proprio contributo attivamente.

Si è conclusa la seconda fase della consultazione pubblica sul Piano per la salute che la PA di Trento aveva lanciato nei mesi scorsi. E il primo bilancio è positivo, per la Giunta Provinciale. "C'è soddisfazione per gli esiti della partecipazione - ha commentato in una nota l'assessore alla salute e solidarietà sociale, Donata Borgonovo Re - che ha visto impegnati il Dipartimento Salute e Solidarietà sociale insieme al Progetto per la Trasparenza e la Partecipazione della Provincia di Trento in un percorso di informazione e promozione della partecipazione, con l'obiettivo di coinvolgere tutti i territori e creare occasioni di confronto e discussione aperta su un tema importante per il futuro del Trentino. Uno degli obiettivi del Piano – ha proseguito l'assessore - è proprio quello di migliorare la competenza in salute dei cittadini, per fare in modo che ciascuno di noi sia responsabilizzato sulle scelte che adotta. Dobbiamo sempre più cercare di raggiungere un'alleanza virtuosa fra cittadini e professionisti, affinché l'intera comunità cresca in salute e il Piano, di sicuro può rappresentare uno strumento strategico per tutelare questo bene, individuale e collettivo, rappresentato dalla nostra salute". Quella sulla salute è la terza consultazione pubblica promossa dalla Provincia autonoma di Trento: lo scorso anno vi è stato l Programma di Sviluppo Provinciale, quindi la consultazione sulla Riforma Urbanistica, infine in ordine di tempo, la consultazione sul Piano per la salute del Trentino che, tra prima e seconda fase, ha registrato un'ampia partecipazione con oltre 1.200 contributi complessivi. In particolare, in questa seconda fase di consultazione (la prima ha visto la partecipazione di esperti, a vario titolo impegnati nel campo della salute, con oltre 200 contributi) sono state 140 le nuove proposte, più di 690 i commenti e le valutazioni, quasi 3000 persone hanno visto il sito web e 230 persone (a titolo individuale o collettivo) hanno dato il proprio contributo attivamente. Tra questi ci sono anche alcuni classi quinte, che hanno discusso alcuni temi del Piano e formulato osservazioni e proposte, associazioni, cittadini, volontari e organizzazioni che hanno presentato osservazioni su stili di vita, alimentazione e territorio in buona salute. Tutti i contributi verranno ora analizzati e valutati con l'obiettivo di arricchire ulteriormente il documento di Piano. "Tra aprile e giugno – spiega una nota della Regione - sono stati oltre 20 gli incontri organizzati in tutte le Comunità di Valle e sui territori. Si è trattato di incontri pubblici per spiegare l'impianto del Piano e di tavoli di lavoro facilitati che hanno messo a fuoco alcuni temi di interesse, raccolto punti di vista, alimentato il confronto tra cittadini, referenti di associazioni, mondo del volontariato e istituzioni. In particolare sono state due le occasioni in cui il mix tra partecipazione online – attraverso il sito web "IoPartecipo" messo a disposizione dalla Provincia – e offline – nel confronto diretto, inclusivo, faccia a faccia - ha facilitato l'interazione in un clima produttivo con buoni risultati. In Valle dei Laghi un laboratorio di partecipazione in stile Ost (Open Space Technology) ha permesso di discutere avendo chiara la relazione tra i determinanti di salute: quell'insieme dinamico e interdipendente di fattori individuali, ambientali, sociali ed economici dai quali risulta lo stato di salute del contesto in cui viviamo. In Paganella una passeggiata in gruppo per parlare di stili di vita sani, alimentazione, attività fisica e salute ha messo il Piano in movimento e offerto l'occasione di approfondire alcuni temi che caratterizzano trasversalmente il documento. Sono solo due esempi di come le metodologie partecipative e i media civici hanno potuto integrarsi, generare valore e permettere alle persone di discutere temi di interesse strategico in modo informato e collaborativo ampliando i punti di vista, mettendo in gioco esperienze e competenze diffuse". Sulla stessa linea anche il seminario del 23 giugno, promosso dall'Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale insieme alla Consulta per la salute e l'Azienda sanitaria, primo di un ciclo di incontri per generare un cambiamento culturale e rafforzare l'alleanza fra cittadini, professionisti e istituzioni. Sul sito web della Provincia di Trento alla sezione "IoPartecipo" - www.provincia.tn.it/IoPartecipo - rimarranno visibili i risultati delle consultazioni pubbliche con aggiornamenti sul percorso di ciascuna iniziativa.

UMBRIA: REPARTI DI DEGENZA INFERMIERISTICA. TAR UMBRIA RESPINGE RICORSO DEI MEDICI

"Ha prevalso il buonsenso", afferma in una nota l'Ao di Perugia commentando la sentenza del Tar contro la richiesta di interruzione dell'attività del reparto di degenza infermieristica avanzata da alcuni sindacati e dall'Ordine dei Medici. Il reparto di 12 letti era stato INAUGURATO IL 4 MAGGIO SCORSO.

"Ha prevalso il buonsenso ed ora pazienti ed operatori sanitari esprimono la loro soddisfazione". In una nota ufficiale, commenta così l'Ao di Perugia la decisione del Tar di "respingere la sospensiva" chiesta dall'Ordine del Medici contro l'attività di degenza a gestione infermieristica attivata nella struttura ospedaliera. "Piena soddisfazione per la decisione presa dal Tar, che garantisce il proseguimento di un'attività assistenziale che continua a garantire confort ed assistenza in sicurezza a pazienti e familiari, nel pieno rispetto delle normative vigenti", è stata espressa anche dal direttore generale Walter Orlandi. Il reparto, di 12 letti, era stato inaugurato il 4 maggio scorso e dopo pochi giorni di rodaggio aveva ospitato pazienti trasferiti da strutture di area medica che dovevano completare le terapie prima delle dimissioni o di essere avviati in strutture preposte per la riabilitazione. "Il nuovo reparto – spiega l'ufficio stampa dell'Ao - ha sensibilmente ridotto e in molti casi annullato il fenomeno del letto aggiuntivo nei corridoi". I 12 posti letto erano stati allestiti in poco tempo, non appena il CREO (Centro di Ricerca Ematologia Oncologica) aveva iniziato l'attività nella nuova sede liberando così spazi per la degenza a gestione infermieristica. "Dopo una settimana di messa a punto dei percorsi assistenziali – ribadisce l'Ao - la struttura aveva accolto sempre più pazienti, permettendo così di elevare l'attività assistenziale e soprattutto di limitare a pochissimi casi, o addirittura ad eliminare i letti aggiuntivi nei corridoi. Ma il sindacati dei Medici e lo stesso Ordine dei Medici di Perugia hanno voluto presentare il ricorso, che il Tar ha respinto per quanto riguarda la sospensione della attività di degenza". Altre decisioni, spiega l'Ao, sono state rinviate all'udienza del 23 Settembre.

VALLE D'AOSTA: DEBITI IN SANITA'. LA VALLE D'AOSTA CONTRO IL CORRIERE DELLA SERA: "DATI E COMMENTI PRIVI DI FONDAMENTO"

Dopo la Regione FRIULI anche la Valle d'Aosta replica all'articolo di SERGIO RIZZO sui debiti record della sanità nelle Regioni autonome. "I dati di bilancio evidenziano come non soltanto l'Azienda non abbia registrato alcuna perdita di gestione, ma come addirittura abbia chiuso i conti con un consistente avanzo di amministrazione, definito nell'importo di euro 5,6 milioni di euro".

L'art. comparso sul Corriere della Sera in data 20/7 luglio 2015, a firma di Sergio Rizzo, evidenzia dati e soprattutto commenti che appaiono sorprendenti nei contenuti nonché destituiti di ogni fondamento nel merito. I dati di bilancio riferiti all'esercizio 2013 e relativi all'Azienda Usl Valle d'Aosta (azienda unica sul territorio regionale) evidenziano come non soltanto l'Azienda non abbia registrato alcuna perdita di gestione, ma come addirittura abbia chiuso i conti con un consistente avanzo di amministrazione, definito nell'importo di euro 5,6 milioni di euro. La struttura dei bilanci aziendali, inoltre, è del tutto rispettosa della normativa nazionale di settore e certificata dai pareri del Collegio Sindacale e della Sezione regionale di Controllo della Corte dei Conti, in ciò adempiendo pienamente al dettato normativo del decreto legislativo 118/2011 che definisce la struttura dei bilanci aziendali ed i relativi oneri informativi nei confronti dell'amministrazione centrale. Le risultanze del bilancio di esercizio in materia sanitaria sono verificabili da qualsiasi cittadino e direttamente reperibili all'interno del sito aziendale da chiunque abbia interesse a verificarle. Soprattutto sorprende l'evidente confusione, operata all'interno dell'articolo, tra debito e risultato di esercizio. Confusione che appare evidente nel momento in cui si utilizzano espressioni quali "buchi di gestione", "disavanzi" o addirittura si intende fare riferimento a debiti che si porrebbero a carico dei cittadini valdostani. uello che il redattore dell'articolo definisce "buco di bilancio" non è altro, in realtà, che la somma del valore del debito iscritto a stato patrimoniale dell'Azienda al 31/12/2013. Il valore del debito iscritto a bilancio di qualsiasi azienda (pubblica o privata che sia) non è un "buco", ma una posta di bilancio da esaminare e capire come qualsiasi altra posta contabile e soprattutto da mettere a confronto con le attività aziendali di segno opposto, ovvero crediti e liquidità finanziaria (denaro giacente sui conti). L'Azienda Usl, come qualsiasi altra azienda pubblica o privata, ha ovviamente dei debiti ancora da pagare alla data di chiusura del bilancio (verso fornitori di beni e servizi, verso personale, verso i medici di medicina generale, verso enti di previdenza, di natura tributaria, ecc) ma ha anche dei crediti ed un fondo cassa di tesoreria. Quindi la solidità dell'Azienda si dimostra sulla base di una lettura globale del bilancio, e le analisi effettuate dalla stessa Sezione regionale di Controllo della Corte dei Conti hanno certificato in maniera indiscutibile come i conti della sanità valdostana siano del tutto in ordine nonché evidenziato, attraverso alcuni indicatori di bilancio, la piena solidità ed affidabilità della sanità valdostana. Non a caso crediti e fondo cassa dell'Azienda sono ampiamente superiori rispetto al debito sul quale si accentra l'attenzione dell'articolo, in ciò dimostrando quanto l'analisi sia non solamente parziale, quanto piuttosto sostanzialmente non fondata su minimi criteri di serietà dal punto di vista economico. La logica dell'articolo, di suddividere una posta di bilancio del tutto normale per il numero di residenti nella regione, in ciò derivandone un debito potenziale pro-capite, è non soltanto da respingere ma soprattutto non è seria. Altrimenti, seguendo la stessa logica dell'articolo, si dovrebbe effettuare la stessa operazione sui crediti della sanità valdostana, in ciò derivandone una conclusione diametralmente opposta rispetto alle conclusioni sensazionalistiche perseguite da chi scrive. Ufficio stampa Regione autonoma Valle d'Aosta

VENETO: ALLARMI SU CHIUSURE OSPEDALI E REPARTI. LA REGIONE CHIARISCE: "NESSUNO RESTA SENZA CURE"

In una serie di comunicati stampa la Giunta fa il punto sul programma di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato negli scorsi giorni. Tra le novità: no all'ospedale unico nel Veneto Orientale, "si investe su Portogruaro e San Donà". Sarà chiusa la cardiochirurgia di Mirano. Coletto: "Nessuno resta senza cure. Sarà rete equilibrata sui bisogni dei cittadini".

Sta facendo discutere il provvedimento approvato recentemente dalla Giunta del Veneto, ma non ancora pubblicata, sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, tanto che la Regione Veneto è dovuta intervenire con una serie di comunicati per smentire o mitigare gli allarmi. Il provvedimento, ha peraltro precisato la Giunta, "richiederà un passaggio formale in Consiglio regionale, trattandosi di una modifica alle schede ospedaliere discese dall'approvazione del nuovo Piano Sociosanitario" e dunque si vedrà se anche in Consiglio si solleverà qualche critica alle scelte della squadra di Zaia. Intanto, in una prima nota il presidente della Giunta, Luca Zaia, ha annunciato che "l'organizzazione strutturale della sanità dell'Ulss 10 del Veneto Orientale si incentrerà sul potenziamento e la specializzazione degli attuali ospedali di Portogruaro e San Donà e non più sulla prospettiva di realizzazione di un Ospedale unico. "Nel 2012 – ha ricordato Zaia – abbiamo affidato al territorio, com'è giusto che sia, il dibattito e l'approfondimento sulle scelte da fare, a cominciare dalla collocazione della struttura. La discussione è stata approfondita e anche a tratti accesa, ma tali scelte non sono ancora arrivate. Ciò significa il che territorio ritiene indispensabile il mantenimento di due presìdi, e quindi ci muoveremo in questo senso". "Quello che avremmo investito sul nuovo ospedale – ha detto ancora Zaia – lo spenderemo per rafforzare e specializzare Portogruaro e San Donà, che saranno ammodernati e perfettamente integrati tra loro. Miglioreremo

così l'offerta di assistenza ai cittadini, elevandola ulteriormente, ma con la qualità potremo anche attivare attrattività extraregionale dal vicino Friuli Venezia Giulia". Quanto agli allarmi del Consigliere regionale e sfidante di Zaia alle ultime elezioni regionali, Flavio Tosi, sulla chiusura delle cardiochirurgie, l'Ufficio Stampa della Giunta ha rilasciato il testo della sbobinatura della frase pronunciata dal Presidente - "La chiusura di cardiochirurgia a Mirano è legata a direttive nazionali e né Mestre né Mirano da sole raggiungono i numeri stabiliti nei parametri. Anche perché siamo particolarmente bravi e chi abita vicino a Mestre o Mirano, senza spostarsi troppo, può andare a farsi curare anche a Treviso, Padova o Vicenza" – evidenziando che "non si tratta infatti di un elenco di cardiochirurgie, ma semplicemente di esempi cardiochirurgie vicine all'area di cui si stava trattando (Venezia-Mestre-Mirano): esemplificazioni utilizzate per esplicitare concetti riguardanti la riorganizzazione della cardiochirurgia in un territorio ben preciso, sulla quale erano intervenuti alcuni dei giornalisti presenti". Dunque, sottolinea ancora l'ufficio stampa della Giunta, "il riferimento a Verona e alla sua cardiochirurgia, la cui valenza è peraltro ben nota al Presidente e alla Giunta regionale, sarebbe perciò stato in questo caso assolutamente decontestualizzato rispetto al tema trattato". Sul destino della cardiochirurgia di Mirano è intervenuto anche l'assessore alla Sanità, Luca Coletto,spiegando che "chiuderà in maniera progressiva, secondo tempi tali da permettere la piena operatività di quella di Mestre e senza togliere nulla all'assistenza ai malati. Nessuno invece toccherà l'emodinamica interventistica, che è un'eccellenza e che resta a Mirano. Non capisco sinceramente l'allarme destato da una previsione presente nelle schede ospedaliere sin dal giorno della loro approvazione a seguito del nuovo Piano Sociosanitario". "Non c'è assolutamente nulla da temere – ha ribadito Coletto – per molti motivi. Da Mirano a Mestre ci sono pochi chilometri, la cardiochirurgia di Mestre sarà in grado di assorbire tutta la richiesta territoriale e anche di fare attrazione extraregionale, a Mirano l'emodinamica è confermatissima, mentre la cardiochirurgia sarà progressivamente assorbita a Mestre, anche perchè non raggiunge la soglia specifica per numero di interventi prevista dalla legge 'Balduzzi' a livello nazionale". "L'organizzazione complessiva che abbiamo dato e stiamo affinando per la cardiochirurgia in tutto il Veneto – ha assicurato Coletto – è efficiente e di altissima qualità scientifica e tecnologica per rispondere a tutte le necessità, anche le più complesse. Con 4.232 interventi effettuati in un anno alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, e negli ospedali di Treviso, Vicenza e Mestre-Venezia nessuno rimane senza cure o attende l'intervento oltre i limiti. E' una rete ben equilibrata sulla base delle esigenze dei nostri cittadini– ha concluso Coletto – siamo a circa una cardiochirurgia per milione di abitanti, quando i parametri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità arrivano a indicare come bacino ideale anche un milione e 200 mila persone".

DALLE SEDI REGIONALI E PROVINCIALI FIALS

FIALS EMILIA ROMAGNA: FIALS DENUCIA IL DOPPIO RUOLO GIOCATO DALLA REGIONE SULLE LISTE D'ATTESA...

Il 5 agosto dopo ben 16 giorni di ritardo rispetto all'incontro tenutosi con CGIL CISL UIL il nostro Assessorato Regionale alla Sanità ha incontrato la FIALS sul tema della "riduzione delle liste d'attesa".

INCREDIBILE MA VERO

Come in un copione di un film, gli attori in questione (il duo BONACCINI VENTURI) prima impersonano il ruolo delle "vittime" (mettendo in evidenza il problema delle liste d'attesa….) poi quello dei "salvatori" (investendo 10 milioni di euro per abbattere le liste di attesa quando a livello nazionale ne faranno mancare 173 milioni per la sola Emilia Romagna per effetto degli ultimi tagli alla Sanità).

Intendiamoci bene: siamo d'accordo e favorevoli a ridurre le liste di attesa ma chiediamoci il perché si sono determinate……

Sono anni che i Governi nazionali (di tutti i colori politici) stanno mettendo in ginocchio le Sanità Regionali, anche quello più virtuose attente ed organizzate come quella della nostra Regione, ed ora che il Governo nazionale ha lo stesso colore politico….. fanno esattamente la stessa cosa…. Tutto questo ha determinato e determina una diminuzione della capacità produttiva delle nostre strutture pubbliche e con esso un aumento delle liste d'attesa. Quando è troppo è troppo!

ORA BASTA

Chiediamo a CGIL CISL UIL di smetterla di fare da sole (i risultati fallimentari sono sotto gli occhi di tutti gli operatori con una carenza di organici che fa "paura" e con contratti scaduti da oltre 5 anni con una perdita di circa 4800 euro medie per operatore) e di convergere con FIALS e con tutti Sindacati Autonomi di buona volontà con azioni e strategie comuni di lotta e di sensibilizzazione come peraltro, recentemente, operato a livello nazionale con la richiesta di applicazione del cd. "comma 556".

In un contesto in cui aumenta:

- l'età media degli operatori a causa della copertura parziale del turn over (attualmente al 25% circa);
- il numero degli operatori cd. "prescritti" cioè con limitazioni (certificate dalle medicine del lavoro);
- il numero delle ore di lavoro straordinarie non remunerate;
- il numero delle ore di ferie non fruite, quindi accumulate dagli operatori;
- il senso di frustrazione degli operatori causato dal mancato rinnovo contrattuale fermo dal 31.12.09

RIMARRÀ INASCOLTATO ANCHE QUESTO APPELLO? SPERIAMO DI NO !

Bologna, 6 Agosto 2015

La Segreteria Regionale FIALS

FIALS LOMBARDIA: SIGLATA PREINTESA PER EROGAZIONE RISORSE AGGIUNTIVE. ACCORDO RESPONSABILE MA DA MIGLIORARE

L'accordo interessa circa 80 mila operatori. "Gli importi sono stati salvaguardati al 2014 nonostante la crisi economica e i tagli, ma restano esigui". Per Fials Lombardia bisogna lavorare affinché, già dal 2016, l'istituto contrattuale delle risorse aggiuntive regionali rappresenti ancor di più uno strumento di raccordo tra gli investimenti per il migliorare le prestazioni sanitarie e il coinvolgimento di tutte le varie professionalità.

"Una scelta responsabile", per Roberto Gentile, Segretario Generale Regionale FIALS della Lombardia, quella di siglare la pre-intesa per l'erogazione di risorse aggiuntive regionali anno 2015 collegate all'attuazione di progetti organizzativi e di razionalizzazione aziendali per garantire un'assistenza più qualificata ai cittadini lombardi. Un accordo che interessa circa 80 mila operatori della sanità lombarda e con il quale, spiega Gentile, "vengono salvaguardati gli importi concordati nel 2014 nonostante il perdurare della crisi economica e i tagli lineari alle Regioni". "Certo – evidenzia il segretario regionale della Fials - gli importi definiti a favore dei dipendenti sono ancora molto esigui dovuto al taglio delle risorse aggiuntive regionali negli anni precedenti, ma riteniamo di dover dare atto alla Regione di aver recuperato risorse economiche per ricompensare l'attività di tutti gli operatori in un periodo che li vede maggiormente impegnati per la forte carenza di risorse umane specie di infermieri ed altri professionisti". Per Gentile, però, "l'istituto contrattuale delle risorse aggiuntive regionali, così come è stato articolato negli anni, deve necessariamente trovare, già dal 2016, una diversa strutturazione perché deve rappresentare, ancor di più, uno strumento di raccordo tra un più consistente investimento di risorse economiche regionali per lo sviluppo ed il miglioramento delle prestazioni sanitarie a favore dei cittadini e la partecipazione ed il coinvolgimento di tutte le varie professionalità ai quali deve essere riconosciuta una retribuzione maggiore rispetto all'attuale ed in rapporto al raggiungimento degli obiettivi programmati e al grado di soddisfazione della domanda sanitaria percepito dai cittadini".

"Tuttavia – prosegue Gentile - la definizione di macro obiettivi regionali, al cui raggiungimento è ancorata l'erogazione delle risorse del 2015, nonché il conseguente sviluppo applicativo degli stessi, impegnerà la Fials, da subito, in un monitoraggio costante e continuo dei risultati che i progetti definiti nella pre - intesa troveranno sul territorio per garantire a tutti gli operatori le risorse economiche aggiuntive definite. La Fials rimane convinta che l'ottimizzazione dei processi regionali di riorganizzazione in atto non possa prescindere e rimanere svincolata dal coinvolgimento diretto della Regione Lombardia per dare risposte certe e risoluzioni rapide alle criticità già riscontrate a livello locale, correlate soprattutto alla mancanza di risorse umane, alla mancata gestione dell'istituto del part time, ai sempre più frequenti dissensi espressi dalle diverse Amministrazioni lombarde per quanto attiene le richieste di mobilità volontaria ed alla stabilizzazione del personale precario". "Solo operando con linee guida definite prioritariamente dalla Regione e Sindacati e monitorate nel tempo - sottolinea Gentile - è possibile acquisire una visione d'insieme di nuove esigenze assistenziali, e porre le Aziende Sanitarie nella condizione di poter risolvere meglio le proprie esigenze organizzative e così operare in modo uniforme e comunque sempre nel rispetto ed a tutela sia delle aspettative sanitarie dei cittadini che del riconoscimento dei diritti economici e professionali dei propri dipendenti". "Si è fermamente convinti - conclude Gentile - che la condivisione di questi aspetti possa rappresentare, senza ombra di dubbio, elemento costruttivo e propositivo a salvaguardia del sistema delle relazioni sindacali a livello regionale, nonché fondamentale strumento per un costante raccordo tra le dinamiche del territorio e la governance regionale e soprattutto essere di stimolo per la definizione del prossimo accordo sulla ristrutturazione della rete ospedaliera e territoriale della sanità lombarda che vede la Fials coinvolta ai tavoli negoziali".

FIALS ANCONA: FIALS SU PRONTO SOCCORSO JESI: SITUAZIONE GRAVE E INSOSTENIBILE, DOVE SONO LE ISTITUZIONI?

Ancora una volta la scrivente segreteria segnala e denuncia come l'Azienda Pubblica di Area Vasta n°2 con i suoi vertici e congiuntamente anche le autorità Locali perseverino nel dimostrare poca sensibilità e scarsa lungimiranza nella salvaguarda della salute e dignità dei cittadini/utenti in un servizio delicato e fondamentale quale il Pronto Soccorso di Jesi.

Il Pronto Soccorso, purtroppo lasciato nei fatti dimostrati e iniziative intraprese alla "deriva" e tenuto esclusivamente " in piedi" grazie allo spirito di abnegazione e sacrificio dimostrato dal personale tutto, che non è più disponibile ad accettare di essere esposto nell'espletamento del proprio servizio istituzionale, a alti rischi professionali e denunce penali che vanno ben al di là di quelli riconducibili e individuabili nella normale attività di lavoro.

Denunciamo e segnaliamo ancora e per l'ultima volta alle Istituzioni preposte e pagate con soldi pubblici, anche per la verifica e controllo per quanto riguarda i servizi di pubblica utilità, quanto segue:

L'utilizzo di due soli ambulatori h.24 al Pronto Soccorso è del tutto inadeguato e insufficiente per i bisogni/necessità assistenziali dell'utenza;

Il rispetto della normativa sulla privacy, è totalmente assente se il degente e i propri familiari sono costretti a stazionare nei corridoi;
Il rispetto della normativa sulla sicurezza, in quanto la barella non può essere considerato un idoneo appoggio per le manovre assistenziali anche elementari, ne un unità di degenza soprattutto quando poi gli utenti rimango anche 13 ore consecutive sopra le stesse;

Il rispetto degli standard minimi di dotazione dell'unità di ricovero, campanello, luce, presa corrente; Il rispetto della normativa sulle dotazioni di personale, legge Donat-Cattin considerando il Pronto Soccorso un unità operativa di SUB INTENSIVA;
Il rispetto della normativa antincendio, basata sulle dotazioni standard di unità di ricovero. Altre norme, giuridiche o di semplice educazione sanitaria, sono legate alla aumentata possibilità di propagarsi di infezioni, alle modificazioni dei parametri ambientali, alla possibilità di errore terapeutico.

La questione è complessa ed articolata, comprendente sia la sfera etico-deontologica che quella giuridica. A tal proposito si richiamano gli articoli del Codice Deontologico dell'infermiere Art .li 3,6,8,9,10,17,26,29,33,47,48,49. Deontologicamente occorre , quindi,vedere se i criteri sono quelli dell' "eccezionalità "oppure no.
Dal punto di vista giuridico, la responsabilità di eventuali cadute è dell'infermiere, ed è certamente una aggravante del reato se la caduta è avvenuta da un mezzo inadeguato e non ritenuto , sempre dalla legge, idoneo a lunghi periodi di degenza. Pertanto laddove il soggetto portatore di responsabilità non abbia la facoltà o possibilità di intervenire direttamente per la risoluzione del o dei problemi, ha l'obbligo di darne comunicazione.

Secondo quanto sopra denunceremo all'autorità competente se non interverranno nel frattempo cambiamenti sostanziali a tal proposito rispetto a quanto non più accade fino ad oggi e non più tollerabile, prendendo atto che si sta lavorando in condizioni critiche e/o con carichi di lavoro non compatibili con i principi ed i criteri della sicurezza e che tale modalità è perpetrata nel tempo. Pertanto ci opponiamo ad una consuetudine pericolosa in cui quotidianamente il personale versa. Questo non è il servizio pubblico che ci aspettiamo da una struttura che è stata "venduta all'opinione pubblica" come un "modello".....,nei fatti, di cosa? Costata tra i 70 e 80 milioni di euro.

Segreteria Provinciale FIALS Ancona

FIALS BARI: FIALS CHEDE AL GOVERNATORE EMILIANO DI MANDAR VIA IL MANAGEMENT INADEGUATO DELL'ISTITUTO ONCOLOGICO

In una recente interrogazione al presidente Emiliano, il gruppo regionale del Movimento 5 Stelle ha sollevato la questione dell'ospedale oncologico Giovanni Paolo II, chiedendo al governatore di fare chiarezza sui problemi dell'ente. Domenico Losacco, rsu per la Fials, presso l'istituto tumori esprime la propria soddisfazione per l'interessamento della politica alle vicende dell'ospedale, dopo mesi e mesi di segnalazioni di disagi e situazioni poco chiare. Losacco lancia un appello al neo governatore Emiliano, che ha tenuto per se la delega alla Sanità. Per il sindacalista, il management dell'ospedale Giovanni Paolo II è inadeguato a svolere il compito per cui è stato chiamato. Se non viene rimosso subito, il rischio è quello di chiudere l'ospedale.

FIALS FERRARA: TRASFERIMENTO DEL PERSONALE SENZA IL LORO CONSENSO, FERRARA CAPOFILA?

A tutt'oggi, solo la CGIL ha firmato il verbale d'intesa interaziendale del 18 giugno 2015. Mentre pubblicamente si "schiera" a favore della mobilità volontaria dei lavoratori, nelle "segrete stanze", a nostro avviso, avvalla le delibere dei neo Direttori Aziendali (DB. n. 76 e n. 96 1 aprile 2015), che negano tale diritto ai dipendenti ferraresi.

Testo delibere :".... In caso di unificazione di Servizi..... con la individuazione di una Azienda capofila, ... può essere assegnato temporaneamente a tale azienda anche il personale dell'altra Azienda ..... 1) non deve essere acquisito il consenso dell'interessato....." La **"Relazione del Direttore Generale al Bilancio preventivo 2015", db. 14 luglio n. 184, dà già per acquisito il consenso dei Sindacati, PREVEGGENZA?**
Testo db. : "...è stato siglato nel mese di giugno 2015 un verbale di intesa tra le Direzioni Aziendali e le Organizzazioni Sindacali del Comparto delle due Aziende Sanitarie .....".

LA SITUAZIONE AD OGGI:

1- la FIALS NON HA FIRMATO ed ha formalmente richiesto IL RITIRO delle delibere n. 76 e n.96, (lett. 27 maggio, 29 giugno e a mezzo stampa), ne ha chiesto una riformulazione rispettosa della normativa regionale e nazionale vigente in materia di mobilità che è VOLONTARIA;
2- gli altri Sindacati non hanno firmato il verbale d'intesa interaziendale, tacciono sulle delibere, E' SILENZIO/ASSENSO?,

3- gli eletti RSU, (15 SU 57), firmano alla spicciolata, unendosi alla CGIL.
LA FIALS è aperta al confronto, ma NON FIRMERA' il verbale interaziendale d'intesa del 18 giugno, NON FIRMARLO, non è di impedimento alla stipula di accordi interaziendali, prova ne è che gli accordi interaziendali sono una realtà da anni.

Il verbale d'intesa interaziendale, così come strutturato, ha l'unica funzione di avvallare le delibere n. 76 e n.96 del 1 aprile 2015, che ne fanno da cornice.

LE DUE AZIENDE SANITARIE FACCIANO UN PASSO INDIETRO, ritirino le due delibere e con esse, la pseudo "interpretazione autentica" che nega la libertà di scelta ai lavoratori. Questione importante, visto che la "temporaneità" può durare da tre a sei anni per sopperire a carenze di personale e/o far fronte a riorganizzazioni/unificazioni di servizi sia Provinciali che di Area Vasta che stanno venendo avanti senza chiarezza.
20-8-2015

La Segretaria Provinciale FIALS

FFIALS LIVORNO: FIALS LANCIA L'ALLARME: LIVORNO PERDERÀ LA DIREZIONE DELL'ASL A SCAPITO DI PISA...

L'ospedale di Livorno diventerà una succursale di Pisa. E proprio a Pisa sarà trasferita anche la sede della nuova maxi Asl della costa che riunisce le aziende sanitarie di Massa, Versilia, Lucca, Pisa e Livorno, che entrerà in funzione dal primo gennaio 2016. L'allarme lo lancia Massimo Ferrucci, segretario provinciale del Fials, il sindacato più rappresentativo in viale Alfieri. E' un'allarme ma anche un attacco, in primis al sindaco Nogarin (che nei mesi scorsi aveva garantito il proprio impegno perché la direzione fosse stabilita a Livorno). «La Conferenza dei Sindaci della provincia di Livorno ed il suo presidente hanno accettato supinamente questa decisione», tuona Ferrucci.

Anche se proprio ieri mattina - durante l'incontro tra l'assessore Dhimgjini e il direttore dell'Asl De Lauretis di cui parliamo nell'articolo in basso - è stato ribadito dall'assessore «il ruolo centrale e di guida che Livorno deve avere nell'ambito delle aziende sanitarie accorpate».

Cabina di regia a Ospedaletto. Nei giorni scorsi si è svolto il primo confronto tra il commissario unico dell'Area vasta nord ovest e le organizzazioni sindacali del comparto sanità presenti nelle Asl di tutto l'ambieto. La riunione è stata convocata ad Ospedaletto nell'edificio occupato dalla Asl 5 e dall'Estar ed è lì, secondo Ferrucci, che sarà collocata la nuova direzione. Col risultato che a Pisa oltre alla sede dell'azienda ospedaliera (Cisanello), ci sarà la cabina di regia di quella territoriale (la maxi Asl). «Una comunicazione ufficiale ai sindacati della collocazione della sede legale della nuova Asl non è stata fatta ma sicuramente non sarà a Livorno - dice Ferrucci -. Non vogliamo alimentare polemiche di basso e logoro campanilismo ma non riteniamo che una provincia di oltre 340mila abitanti e la città con il maggior numero di abitanti in area vasta non avessero i titoli necessari per ospitare la sede legale della nuova azienda sanitaria. Il commissario unico di area vasta a ciò non attribuisce nessuna rilevanza perché annuncia che la direzione si sposterà in ogni ex Asl settimanalmente, il che è possibile in questa fase di transizione ma a regime lo staff e le unità operative di stretta collaborazione degli organi della direzione della nuova azienda si trasferiranno nella sede legale. Non si comprende e non si spiega perché la conferenza dei sindaci e il suo presidente abbiano accettato supinamente questa decisione.

Così si concentreranno gli organi di direzione della sanità nell'area pisana dove avremo la direzione dell'azienda ospedaliera e dell'azienda territoriale. Purtroppo siamo di fronte ad un'altra manifestazione di subalternità ai poteri forti».

Le barelle del pronto soccorso. Poi Ferrucci snocciola i problemi che quotidianamente si trova ad affrontare la sanità livornese: pronto soccorso al collasso fra attese dei pazienti, stazionamento in barella, lunghe osservazioni, frutto di "carenza di operatori e di posti letto" ma anche di "pessima organizzazione". Ricorsi al pronto soccorso che evidenziano " l'incapacità di realizzare strutture esterne (case della Salute) e di potenziare la medicina di iniziativa e l'Adi (assistenza domiciliare integrata)". Le liste di attesa che "nonostante le risorse regionali destinate al loro abbattimento, non hanno registrato nessun miglioramento". Esempio: tempi medi per una mammografia di 446 giorni, per una ecografia mammella di 217, per una risonanza cervello 152, per una ecografia capo e collo 244. «Situazione questa che favorisce il proliferare di centri sanitari privati». Una fotografia spietata che il Fials contrappone alle dichiarazioni del commissario dell'Aea Vasta Nord Ovest, Maria Teresa De Lauretis che aveva parlato di un incremento del personale per l'Asl 6 di cento unità.

Un posto letto ogni 434 livornesi. Il Fials parte dai posti letto: «L'Asl 6 ha il numero più basso di posti letto di tutta l'area vasta. L'azienda livornese (342.995 abitanti) ha un posto letto ospedaliero ogni 434 abitanti mentre nella Asl 1 di Massa (200.325) il rapporto è di un posto letto ogni 334 abitanti e nella Asl 12 Viareggio (164.054) ha un posto letto ogni 289 abitanti; il numero degli operatori sanitari (infermieri e operatori socio sanitari) della Asl 6 è di un infermiere ogni 202 abitanti mentre nella Asl 1 è di un infermiere ogni 169 abitanti. Basta guardare all'interno della costituenda nuova Asl Area Vasta Nord Ovest per dimostrare che è priva di fondamento l'affermazione che la Asl 6 ha personale in abbondanza. Occorre nel confronto tenere di conto, inoltre, della realtà della Asl 6 costituita da quattro ospedali di cui uno situato all'isola d'Elba e di un territorio che si estende per una lunghezza di oltre 100 chilometri».

La De Lauretis ricordi quand'era a Massa. Ferrucci continua: «Ci meraviglia che il commissario della Area Vasta Nord Ovest, già direttore generale della Asl 1, azienda che in passato ha primeggiato per il grande buco di bilancio e mantiene una-percentuale di posti letto superiore alla provincia di Livorno e con parametri di personale maggiori, esprima valutazioni altamente positive sull'operato della ex direzione Asl 6 che stridono con la realtà e sembrano piuttosto una rappresentazione della difesa della "casta" degli amministratori della sanità toscana». 12 milioni di risparmio sul personale. Le puntualizzazioni della De Lauretis non vanno giù al segretario del Fials.

Che sulle assunzioni invita a leggere la delibera del direttore generale n. 434 del 30 giugno 2015 che «indica chiaramente che il costo del personale nel 2014 ammonta a 175.720.000 euro, parametro ben al di sotto del tetto di spesa massimo per il personale stabilito a livello nazionale (costo personale del 2004 diminuito dell'1,4%) pari a € 187.910.000.

Si tratta di una minore spesa di 12.190.000, mentre la Asl 12 Viareggio, la Asl 7 Siena, hanno superato il tetto senza alcuna sanzione. Al 31 dicembre 2014 il personale del comparto tra tempo indeterminato e determinato risulta essere 3.259 unità e al 31 maggio 2015 ridotto a 3.258 unità».

FIALS REGGIO CALABRIA: CGIL-CISL-FIALS DICONO BASTA ALL'IRRESPONSABILE GESTIONE DEL VERTICE DELL'ASP DI REGGIO

"Già da subito -affermano cgil-cisl e fials-malgrado una richiesta di collaborazione rivolta alle organizzazioni sindacali, si era capito che la gestione dell'attuale commissario straordinario dell'asp di reggio calabria sarebbe stata limitata e poco incisiva, mentre le gravissime criticità avrebbero richiesto tempestività e determinazione.L'instabilità della direzione strategica, la perdita di pezzi importanti dopo qualche giorno, come nel caso del direttore amministrativo, le ulteriori forme di collaborazioni non meglio definite ma soprattutto la tendenza a dilazionare l'esercizio del potere decisionale che ha caratterizzato l'azione dell'attuale management dell'azienda sanitaria provinciale reggina sono l'evidente sintesi di questo periodo di gestione poco incisiva.

Tutto ha un limite!" Le organizzazioni sindacali fp cgil, cisl fp e fials "non possono permettere che si vada avanti così e denunciano con forza la paralisi operativa dei presidi ospedalieri e delle strutture sanitarie del territorio, bloccate da incapacità ed inerzia che rischia di compromettere definitivamente quel poco che resta di questa martoriata sanità locale. L'imponente utenza estiva chiede servizi sanitari e non riceve risposte; le strutture sono da terzo mondo, nell'ospedale di polistena e di locri si lotta fisicamente per accedere al pronto soccorso. Magari molti accessi sono inappropriati ma inevitabili considerando che l'asp non offre altro che qualche malandato ospedale.

E anche quando qualcuno riesce a realizzare un punto d'eccellenza, come nel caso dell'unità operativa dialisi del po di locri, ecco che l'inerzia del vertice aziendale rimette tutto in discussione! I pazienti nefropatici – proseguono-provenienti da altre aziende e fonte di entrate economiche per l'asp di reggio calabria, rischiano, infatti, di non poter ricevere le cure per problemi burocratici. L'azienda sanitaria, in realtà, non ha ottemperato a deliberarne la presa in carico, incurante del fatto che i pazienti dializzati se non trattati rischiano la vita. Ed inoltre, rimanda e tergiversa sulla configurazione giuridica delle prestazioni lavorative rese dagli operatori che per assicurare l'assistenza ai dializzati provenienti da altre province sono costretti a raddoppiare i turni di lavoro, senza avere alcuna certezza retributiva.

Gli ospedali generali sono stati dimenticati e perdono pezzi ogni giorno e la direzione strategica dell'asp non si preoccupa minimamente di mantenere compatta una rete ospedaliera concepita per lavorare in simbiosi e rapporto reciproco tra ospedale spoke ed ospedale generale nè si preoccupa di garantire la fornitura dei più elementari presidi sanitari. Non c'è il minimo filtro per l'utenza. Le unità operative ospedaliere -aggiungono- devono sopperire a tutte le carenze organizzative, strumentali e strutturali, nel totale abbandono della direzione strategica. Al "tiberio evoli" di melito porto salvo la chirurgia è chiusa ormai da quasi due mesi, la radiologia esegue solo le urgenze mettendo tutto il servizio esterno in ginocchio e bloccando anche l'attività chirurgica di ortopedia da quasi due settimane. Per non parlare poi della situazione in cui versa il servizio di emergenza urgenza del 118! Le ambulanze presenti sul territorio sono già insufficienti e malfunzionanti e quando una di esse ha un guasto, diventa impossibile governare e soddisfare le richieste di soccorso. Mentre delle 5 nuove ambulanze, il cui acquisto è stato abbondantemente pubblicizzato ed ostentato, non si ha più notizia: sparite nel nulla, per guasto meccanico?

Le ambulanze appena acquistate? Incredibile ma vero! La macchina amministrativa è caratterizzata da un sicuro esubero di personale, che è mal distribuito e mal utilizzato. Non esiste una vera organizzazione dei processi lavorativi. Gli uffici amministrativi sono privi di un sistematico coordinamento ed in qualche caso sono lasciati al controllo di singoli soggetti, che potrebbero approfittare del caos generale (già da tempo ad arte costruito?)

Per portare avanti discutibili intenti. Più volte l'attenzione dei vertici dell'asp è stata richiamata su queste raccapriccianti situazioni che ledono la dignità dei lavoratori e frenano ogni sviluppo organizzativo ma l'atteggiamento dilatorio e accomodante ha prevalso, rafforzando pratiche amministrative poco trasparenti che rischiano di sconfinare nell'illegalità e potrebbero privilegiare gli interessi privati rispetto al bene della collettività. Il tutto a scapito, oltre che degli utenti, di quegli stessi impiegati onesti che restano vittime di un sistema ormai sedimentato e noto a tutti. Una direzione che, pur avendo assunto decisioni coraggiose sul controllo del bilancio e sulla trasparenza dei pagamenti, non interviene però in casi di problematiche gravi, che preferisce mantenere perduranti conflitti interni a supporto di interessi personali, i cui effetti rischiano di ripercuotersi sull'utenza oltre che sugli operatori che restano inevitabilmente coinvolti nelle "faide" di reparto. Una direzione che preferisce – concludono- assumere un atteggiamento irresponsabile ed una incomprensibile scarsa attenzione, piuttosto che intervenire per sradicare persistenti sacche di malcostume che contaminano l'intero tessuto aziendale.

Fp cgil, cisl fp e fials dicono "basta a questa irresponsabile gestione della sanità reggina ed invitano la direzione strategica dell'asp a modificare totalmente le modalità di governo dell'azienda, mettendo in pratica scelte che diano il segnale concreto di un cambiamento essenziale, o a rimettere il mandato loro affidato per il mancato raggiungimento di qualsiasi obiettivo".

FIALS ROMA: FIALS SU PRONTO SOCCORSO: LA REGIONE CHIARISCA IMPEGNO DI 33 MILIONI"

La sezione provinciale del sindacato chiede più informazioni sui lavori di POTENZIAMENTO DELLA SANITÀ ROMANA in vista del Giubileo e sottolinea: "Gli interventi non si possono limitare all'edilizia o all'acquisto di apparecchiature ma è necessario attivare un piano straordinario di assunzioni e di stabilizzazione del precariato".
14 LUG - "Ci sorprende sapere dalla stampa che la Regione Lazio ha dato il via libera all'ammodernamento dei pronto soccorsi degli ospedali romani e che tutti i progetti sono stati approvati e quindi immediatamente cantierabili. Diversamente non risulta invece quali sono gli atti che hanno supportato questa procedura e a quando risalgono i provvedimenti di legge per l'affidamento dei lavori". Ad affermarlo, in una nota, è la segreteria provinciale di Roma della Fials.

"La Regione Lazio e quindi il presidente Zingaretti – prosegue la nota - dovranno chiarire se per la maggioranza dei lavori, peraltro di grossa entità e quindi di importo superiore alla soglia comunitaria, si sia pensato, per l'affidamento, a gare europee. Naturalmente sorge spontanea una domanda: come è stato possibile fare le gare senza avere ancora la copertura economica? Se le gare europee non fossero state fatte ai sensi del Codice degli Appalti, il Presidente della Regione Lazio, On. Nicola Zingaretti ci deve spiegare quali saranno le modalità di affidamento dei lavori e come potranno concludersi gli stessi entro il dicembre prossimo qualora dovessero consistere anche in interventi strutturali che effettuare in due tre mesi sembra francamente difficile".

La Fials sottolinea inoltre che "gli interventi non si possono limitare solo all'edilizia o all'acquisto di apparecchiature ma è necessario attivare un piano straordinario di assunzioni e di stabilizzazione del precariato che opera presso i pronto soccorsi. Infatti – precisa la nota - sarà ineludibile assumere altro personale medico e non per far fronte alle accresciute necessità del Giubileo. Ecco perché chiediamo di fare chiarezza sulle assunzioni del nuovo personale e sarà stabilizzato il precariato. A oggi inoltre non si è a conoscenza di nessuna informativa in merito alla diversa organizzazione dei Dea (Dipartimenti di emergenza e accettazione) interessati dai lavori, in merito alle procedure messe in atto a tutela dei dipendenti e degli utenti per la messa in sicurezza delle aree di lavoro e per la loro delimitazione dalle aree presso cui continueranno a prestare servizio i dipendenti degli Ospedali.

Poiché è stato firmato dal presidente della Regione Lazio un protocollo per la vigilanza sugli appalti con il presidente dell'ANAC, Raffaele Cantone, ci chiediamo - conclude la nota - cosa abbia da dire in merito l'Autorità sulle procedure messe in atto dalla Regione Lazio per l'ammodernamento dei pronto soccorsi romani e se le stesse siano state già oggetto di valutazione o meno dell'Autorità stessa".

SPAZIO RISERVATO ALLE STRUTTURE PROVINCIALI

Arrivederci al prossimo numero di 37½ trentasette e mezzo: se volete scriverci o richiederci argomenti da approfondire, o semplice curiosità, potete scriverci al seguente indirizzo: fials@fials.it