

RASSEGNA STAMPA

di MERCOLEDÌ 31 MARZO 2010

MOIRANO SPIEGA IL CANTIERE IN CORSO**«Adesso bisognerà chiarire di cosa stiamo parlando»**

«La domanda che ci siamo posti e che dobbiamo porci è: cosa vuol dire davvero oggi "definitivamente accreditato"? Su questo c'è davvero molto lavoro da fare».

Risponde così, **Fulvio Moirano**, direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, a chi chiede spiegazioni su qualche dato eclatante contenuto nello studio sull'accreditamento: a esempio quel 54% di strutture private accreditate "ope legis" che dà da pensare. «Abbiamo fatto una indagine molto scrupolosa, ascoltando direttamente le singole Regioni anche in vista della scadenza del 31 dicembre, poi rinviata, con il fatto che esistevano situazioni molto variegata a livello nazionale».

I dati sono sorprendenti: da qui come si prosegue?

Dobbiamo stabilire una volta per tutte cosa si intende per "definitivamente accreditato", dobbiamo sapere cosa c'è dentro questa definizione. In settimana avremo la prima riunione tecnica Ministero-Agenas-Regioni per cominciare a discutere di quali sono i criteri da inserire realmente nell'accreditamento per disporre di un dato di riferimento comune. Da lì partirà un lavoro abbastanza complicato...

L'anno di proroga sarà sufficiente a recupero?

Magari anche alla fine del 2010 qualche Regione sarà ancora nel provvisoriamente accreditato ma quello che temo ancora di più è che il termine "definitivamente" abbia un significato così difforme da Regione a Regione da perdere anche forza. E questo è un problema che dobbiamo porci anche nel confronto europeo.

Che c'entra l'Europa?

Parlamento e Consiglio stanno lavorando a una proposta di direttiva sui diritti dei pazienti in tema di assistenza sanitaria transfrontaliera che si basa sulla creazione di un quadro generale volto a garantire sicurezza, qualità ed efficacia: gli Stati saranno responsabili dell'organizzazione e delle cure fornite per qualsiasi tipo di prestazione, pubblica o privata.

Una spinta in più all'omogeneizzazione, dunque. Ma perché questo lavoro comune arriva tanto in ritardo?

Nel 2004 l'ipotesi di un programma comune non fu condivisa da tutte le Regioni: oggi c'è senza dubbio molto più accordo sulla necessità di individuare livelli garantiti su tutto il territorio nazionale. Il lavoro da fare è tanto: bisogna spingere in primis sull'accreditamento delle strutture private, ma in alcune Regioni, in particolare quelle col piano di rientro, il problema tocca anche le strutture pubbliche. Il problema è che manca, o è gravemente carente quasi ovunque, la definizione della rete dell'offerta, base indispensabile per avviare il processo.

Facciamo qualche esempio.

Il Lazio; l'Abruzzo, che sta provvedendo; il Molise e la Campania, che stanno iniziando a ragionarci; la Calabria, che prevede di definire la rete dell'offerta entro metà maggio; la Sicilia che ha approvato il proprio piano in questi giorni. Credo che nel 2010-2011 tutte queste Regioni dovranno fare delle scelte in materia, anche perché il Patto della salute prevedendo 3,3 letti per acuti ogni mille abitanti e lo 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza impone una riorganizzazione.

Per puntare a cosa?

L'accreditamento andrà avanti disponendo di elementi comuni discussi e condivisi, ma l'accordo con il privato dovrà essere figlio della programmazione. Se definito il fabbisogno la Regione avrà necessità di riconvertire da attività "per acuti" a "lungodegenza" dovrà probabilmente ridefinire anche gli accordi con gli erogatori privati.

S.Tod.

Uno studio Agenas-Regioni fa il punto sullo stato dell'arte dell'operazione in scadenza a dicembre che la Finanziaria ha prorogato a fine anno

Accreditamento in affanno a metà percorso

Status "definitivo" solo per il 39,1% delle strutture private su un totale di 13mila: il grosso lavora solo "ope legis"

A quattro anni dal protocollo Stato-Regioni del 2006 che ha messo a fuoco l'esigenza del passaggio dall'accREDITAMENTO provvisorio a quello definitivo, le strutture private definitivamente abilitate a erogare prestazioni per conto del Ssn sono solo il 39,1% su un totale di circa 13mila tra ambulatori, laboratori analisi, Rsa, strutture di riabilitazione, residenze per disabili, strutture per dipendenze patologiche e psichiatriche. Sono invece ben il 53,9% le strutture accreditate "ope legis", ossia esclusivamente con provvedimento regionale, senza autovalutazione e senza controlli.

A tracciare lo stato dell'arte sul pianeta accreditamento è un Report appena messo a punto dal Gruppo tecnico per l'accREDITAMENTO istituito presso l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e composto anche da tecnici indicati dalla commissione salute (Puglia, Friuli, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Umbria, Calabria, Lazio, Abruzzo), che fa il check Regione per Regione dei cantieri in corso. La rilevazione - effettuata per conto del ministero del Welfare e del Tavolo tecnico degli assessori alla Sanità e realizzata tra il giugno e il luglio 2009 - fornisce il quadro generale della situazione al 31 maggio: nel mirino 13.375 strutture private (escluse le strutture che non hanno stipulato un contratto con il Ssn) e l'attuazione delle disposizioni della finanziaria del 2007, che aveva previsto il passaggio all'accREDITAMENTO definitivo entro dicembre 2009, termine poi prorogato a fine anno dalla Finanziaria 2010.

Fatti i conti con ritardi storici e con l'effetto zavorra nelle Regioni alle prese con i Piani di rientro, dal bilancio dell'Agenas emerge che la più vicina al traguardo è l'Italia nord-occidentale (Piemonte Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria), con una percentuale di accREDITAMENTO definitivo del 70%, che si attesta poi al 66% nelle due isole, scende al 24% nell'Italia centrale (Toscana, Umbria, Marche e Lazio), slitta al 17% nell'Italia nord-orientale (Bolzano, Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna) e crolla al 5%

nell'Italia meridionale (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria). Nell'ambito del campione, le strutture più numerose sono quelle della specialistica ambulatoriale (48%, 6.482 strutture), in particolare ambulatori di radiologia (8%), laboratori analisi (19%), altri ambulatori (21%).

Il 47% (6.349) è rappresentato da strutture residenziali socio-sanitarie (anziani e demenze senili, 20%; riabilitazione e disabili, 15%; dipendenze patologiche, 5%; psichiatria, 7%). Gli hospice e le residenze per malati di Aids rappresentano una quota minima, con 88 strutture (1%), le case di cura sono infine il 4% (544 in tutto). Per quanto riguarda la tipologia di accREDITAMENTO, le strutture accreditate in via definitiva rappresentano come già detto il

39,1% del totale (5.232 in tutto); quelle provvisoriamente accreditate il 37,6% (5.023); quelle attribuite, da alcune Regioni, alla competenza del settore sociale il 6,2% (823); nel restante 17,2% (2.297), categoria "Altro", figurano tutte le situazioni ancora allo stadio di domanda, senza risposte formali e senza verifiche.

Complessivamente a registrare le percentuali più alte di accREDITAMENTO definitivo sono le strutture a esclusiva valenza sanitaria: le case di cura definitivamente accreditate sono il 52% (283 in cifre assolute; si va dal 96% nell'Italia nord-occidentale al 10% dell'Italia meridionale); gli ambulatori sono il 44,9% (2.913; il 100% solo nell'Italia nord-occidentale) e così via.

Riassumendo, dunque, performance decisamente poco soddisfacenti e fuori tempo massimo: quello che è fatto sulla carta (più o meno tutte le Regioni hanno completato il percorso normativo) non è concluso nella sostanza. E sorge un dubbio: come fa la Sicilia a trovarsi al top dell'accREDITAMENTO "definitivo", se ha varato, tra mille polemiche, un ambizioso piano di riordino appena un paio di settimane fa?

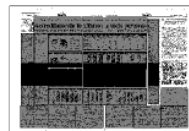
Sara Todaro

Case di cura: il 52% ha già il "patentino"

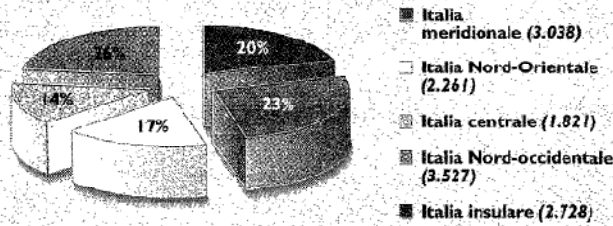
Le scadenze. La Finanziaria 2007 (L. n. 296/2006, articolo 1, comma 796, lettera t) aveva fissato al 1° gennaio 2008 il termine di vigenza dell'accREDITAMENTO transitorio e previsto il passaggio all'accREDITAMENTO istituzionale, definitivo o provvisorio. Il ricorso a quest'ultimo - concesso alle Regioni che avessero completato le verifiche entro il 31 dicembre 2007 - doveva cessare definitivamente entro il 31 dicembre 2009.

Le proposte. Il Gruppo tecnico per l'accREDITAMENTO Agenas-Regioni aveva suggerito l'opportunità di una proroga, fissando, al 1° gennaio 2011 la cessazione degli accREDITAMENTI provvisori delle strutture private ospedaliere e ambulatoriali e al 1° gennaio 2012 di quelli per tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private.

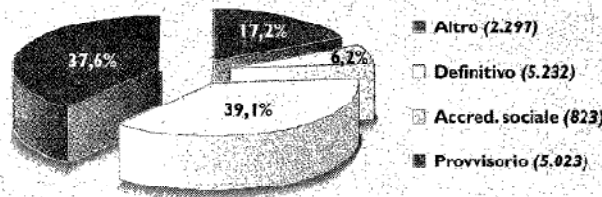
Le scelte. La Finanziaria 2010 (L. n. 191/2009), riprendendo l'indicazione inserita all'articolo 7 del Patto per la salute 2010-2012, ha previsto la proroga unica per il passaggio all'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private, fissando la scadenza ultima al 31 dicembre prossimo. In itinere. Il Patto ha previsto anche l'adozione di una intesa Stato-Regioni per «promuovere una revisione della normativa in materia di accREDITAMENTO e remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tener conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati». Agenas-Regioni e Ministero hanno avviato in questi giorni l'attività propedeutica all'elaborazione di una bozza d'intesa condivisa.



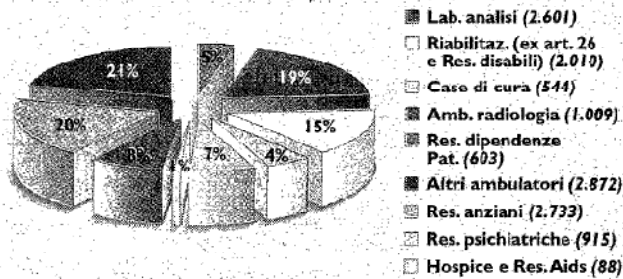
Strutture private accreditate Ssn per area geografica



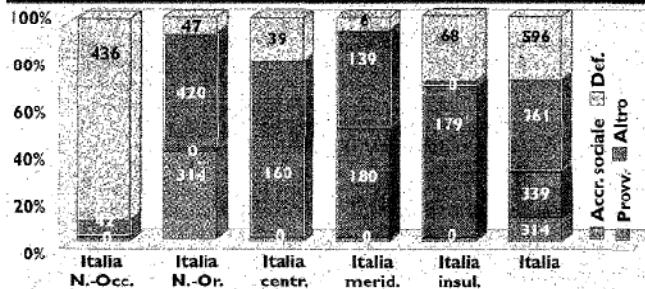
Tipologia di accreditamento Ssn delle strutture private



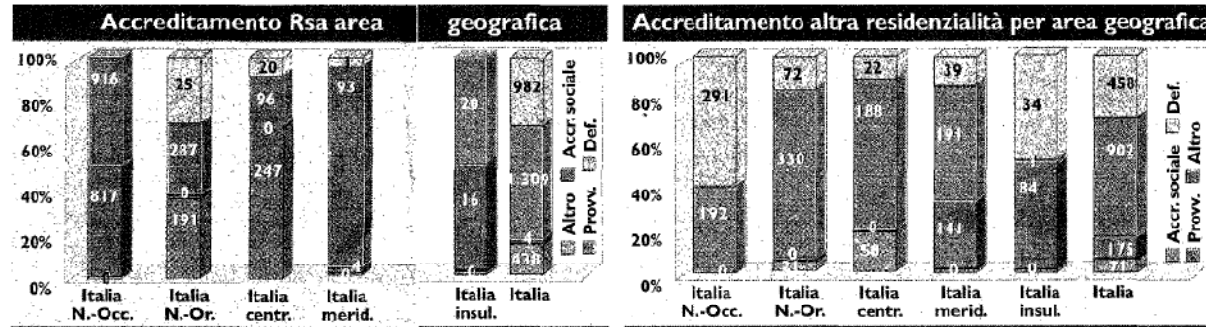
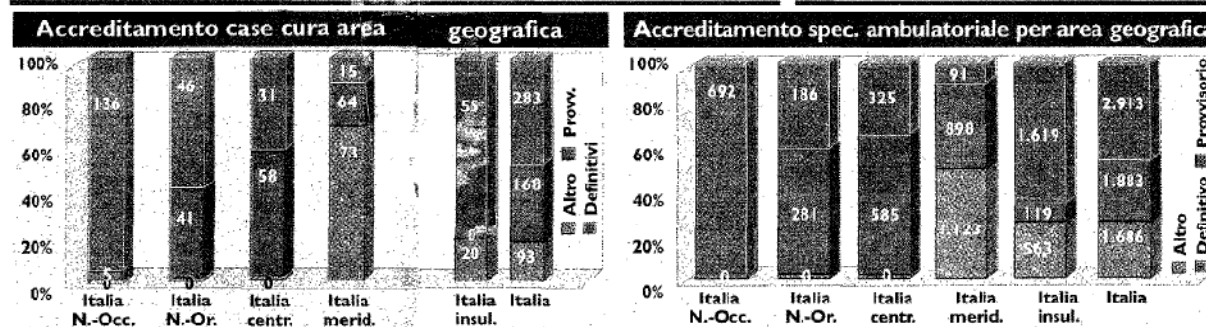
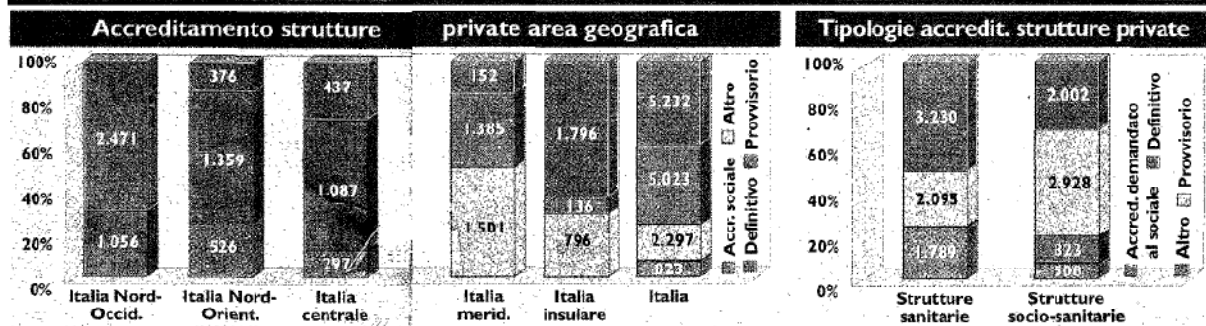
Tipologia delle strutture private accreditate Ssn



Accreditamento della riabilitazione per area geografica



Strutture	Totale	di cui con accreditamento					
		Altro	Altro %	Provvisorio	Provvisorio %	Definitivo	Definitivo %
Case di cura	544	93	17,1%	168	30,9%	283	52,0%
Res. anziani	2.733	442	16,2%	1.309	47,9%	982	35,9%
Riabilitazione (ex art. 26 e Res. disabili)	2.010	653	32,5%	761	37,9%	596	29,7%
Res. dipendenze pat.	603	128	21,2%	244	40,5%	231	38,3%
Res. psichiatriche	915	108	11,8%	614	67,1%	193	21,1%
Hospice e Res. Aids	38	10	11,4%	44	50,0%	34	38,6%
Amb. radiologia	1.009	282	27,9%	276	27,4%	451	44,7%
Lab. analisi	2.691	852	32,8%	740	28,5%	1.099	38,8%
Altri ambulatori	2.872	552	19,2%	867	30,2%	1.453	50,6%
Totale	13.375	3.120	23,3%	5.023	37,6%	5.232	39,1%



Contratto dei medici. Bloccato dalla ragioneria, soluzione urgente cercasi
La nuova legge. Scioglimento per chi è fuori dai parametri di bilancio

Sanità la prima emergenza

Per i neo-eletti conti in rosso, commissari e ora anche rischio decadenza

DISSESTO SUD

Tra Lazio e Mezzogiorno il «rosso» cumulato è arrivato a quota 3,4 miliardi: Polverini, Caldoro e Scopelliti subito al lavoro

Roberto Turno
ROMA

L'ultima (ma non ultima) grana è stato l'altolà della Ragioneria generale al contratto dei medici: costi troppo, hanno mandato a dire all'Aran i tecnici di Tremonti. Ad ore si vedrà. Ma è solo un campanello d'allarme davanti alla valanga sanitaria che governatori vecchi e nuovi si troveranno subito ad affrontare, a partire dai neo eletti o confermati del Sud. La miccia dei conti di asl e ospedali soprattutto nelle regioni sotto tutela, il mistero del federalismo fiscale e dei costi standard, lo spauracchio del (futuribile) fallimento politico con tanto di decadenza dei governatori con la spesa in rosso. E se non bastasse, i livelli essenziali di assistenza (Lea) da rivedere e una nuova manovra sui farmaci allo studio. La sanità, che vale mediamente l'83% dei bilanci locali, è la vera mina vagante da disinnescare per le regioni.

Con un rosso cumulato - tra Lazio e Sud - di 3,4 miliardi nel 2009 certificati al tavolo con Economia e Salute, la spesa pubblica sanitaria si conferma il nodo irrisolto dei conti regionali. Con le regioni già commissariate (Lazio, Campania, Molise, Abru-

zo) o sotto "semplice" piano di rientro (anzitutto Calabria, Sicilia e Puglia) prime in lista. Lo san-

no bene i tre nuovi eletti del centrodestra al Sud, che non a caso proprio alla sanità hanno subito detto di volersi dedicare, da Renata Polverini (Lazio) a Stefano Caldoro (Campania) a Giuseppe Scopelliti (Calabria).

Scopelliti ha ricordato che il governo - come anticipato una settimana fa da Maurizio Sacconi - ha in mente di commissariare la Calabria. E forse, vista la situazione calabrese, neppure gli dispiacerebbe dover prendere decisioni impopolari sotto l'ombrello del governo. Renata Polverini invece ha ripetuto già in campagna elettorale di voler cambiare il piano di rientro dell'ex giunta laziale. Polverini, che sarà la prima donna commissario per la sanità, ha dalla sua la chance concessa da Finanziaria 2010 e «patto per la salute» ai neo governatori: accettare responsabilità ma solo su un proprio piano di risanamento. Salvo che il governo lo accetti. Significherebbe anche chiudere o riconvertire gli ospedali, come il governo ha chiesto al Lazio anche contro le posizioni del centrodestra locale.

Per dire, sarà una sfida per tutte le parti politiche. Con un arbitro, il governo, che vuole e dovrà essere super partes. Ma con problemi immutati sul tappeto. I piani di rientro sono ancora lontani dal traguardo del risanamento, ha ricordato una settimana fa

Ferruccio Razio a Calabria, Molise, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna, anche se non dappertutto allo stesso modo. Ma le difficoltà incombono anche per le regioni "virtuose".

Senza dimenticare la babele regionale e la scommessa di azzerare i gap: una situazione finanziaria che nel 2001-2009 viaggia dai 1.792 euro di debito pro-capite nel Lazio all'avanzo di 162 euro in Friuli; spese per il personale fino al 2008 cresciute a Bolzano dieci volte più che in Veneto o in Piemonte tre volte più che in Sardegna sui farmaci.

Tirare le somme col federalismo sarà una sfida nella sfida. Con l'aggiunta dell'enigma della Lega tra i governatori: il Carroccio potrebbe chiedere proprio la delega sulla sanità, centrosinistra e Sud permettendo. Intanto la Stato-Regioni deve distribuire i 108 miliardi del fondo 2010 e altri 4 miliardi del federalismo fiscale rimasti ai blocchi di partenza da prima delle elezioni. Forse l'unica nota lieta sanitaria per vecchi e neo governatori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

3,4 miliardi
Disavanzo totale 2009
Il «deficit» di asl e ospedali

54,2 euro
Disavanzo pro-capite Italia
Il «rosso» per cittadino nel 2009

252 euro
Disavanzo massimo
Il pro capite massimo realizzato nel Molise nel 2009

11,6 euro
Avanzo massimo
L'attivo massimo realizzato in Umbria nel 2009

1.792 euro
Record di avanzi pro-capite
Dal 2001 al 2009 nel Lazio



Un panel valuterà gestione emergenza H1N1

Un panel composto da 29 esperti indipendenti, chiamati a fare il punto sulla gestione della pandemia innescata dal virus A/H1N1

A istituirlo l'Organizzazione mondiale della sanità, finita a più riprese al centro delle polemiche proprio per le strategie messe in campo per mettere al tappeto l'influenza A. Il comitato di esperti, ha spiegato **Keiji Fukuda** dell'Oms, esaminerà l'operato della stessa Organizzazione mondiale della sanità e dei 193 Stati membri 'arruolati' contro la pandemia. Il risultato del lavoro del gruppo consisterà in un rapporto che dovrà fornire indicazioni per la gestione di possibili crisi future, da consegnare al direttore generale dell'Oms, **Margaret Chan**, per la prossima Assemblea mondiale della sanità, in programma per il mese di maggio. Il report definitivo dovrebbe tuttavia essere pronto solo per l'Assemblea dell'anno successivo. Sotto la lente di ingrandimento del panel, tra le altre cose, le risposte alla pandemia fornite dai diversi Paesi, capire se i rischi sono stati sottovalutati o si è generato troppo allarmismo, valutare l'accesso dei Paesi poveri ai vaccini. «La linea di fondo - ha detto Fukuda, le cui dichiarazioni sono rimbalzate su diverse testate internazionali - è identificare di cosa avremo bisogno per fare meglio in futuro».

Il caso Arrivate a Milano 2 mila scatole di pillole abortive Ru486, domani il debutto Mangiagalli e San Carlo si muovono per ordinarla

Ma dal Comitato etico un sì con riserva

La discussione (tra i bioetici) e il debutto (domani). L'atteso via libera del comitato etico del Policlinico-Mangiagalli alla pillola abortiva Ru486 è arrivato: sul documento da far firmare alle donne per interrompere la gravidanza con il farmaco, però, lo staff di 17 giuristi, medici e farmacisti dell'ospedale ha sollevato ancora dubbi da risolvere subito dopo Pasqua.

Le maggiori perplessità sono state avanzate sulle statistiche internazionali relative agli eventuali effetti collaterali dell'aborto chimico, utilizzato a livello mondiale da più di un milione e mezzo di pazienti.

Alla fine quello che tecnicamente viene definito *consenso informato* è stato approvato, ma — solo — con riserva.

Il viaggio lungo 700 giorni per l'approdo della Ru486 in Italia, comunque, è finito. Lunedì 2.040 scatole di Mifegyne sono state scaricate in un magazzino Dhl di Settala (pronte a ripartire per gli ospedali di tutta Italia); e ieri lo stesso Policlinico-Mangiagalli e il San Carlo si sono mossi per ordinarla. Or-

La scheda

L'arrivo

Lunedì 2.040 scatole di Mifegyne, la pillola per l'aborto chimico, sono arrivate in un magazzino Dhl di Settala, in provincia di Milano



Le regole

Le donne che abortiranno con la Ru486 in Lombardia saranno ricoverate almeno per tre giorni

Il comitato etico

Il via libera del comitato etico della Mangiagalli al *consenso informato* per la Ru486 è arrivato ieri, ma con riserva

mai sembra solo questione di ore: tra oggi pomeriggio e domani i sette primari di Ginecologia di Milano si riuniranno per approvare un protocollo unico per la sua somministrazione e — salvo sorprese — il farmaco che ha scatenato l'anatema del Vaticano entrerà nei primi ospedali della città dalla prossima settimana.

La pillola potrà essere ufficialmente ordinata a partire da domani: la Nordic Pharma, il distributore esclusivo in Italia della Ru486, la consegnerà poi nel giro di 24-48 ore («Siamo pronti a collaborare con l'Agenzia italiana del farmaco per monitorare gli effetti della sua somministrazione», fa sapere Marco Durini, direttore medico di Nordic Pharma). In linea con le indicazioni del Consiglio superiore di Sanità, le donne che prenderanno la Ru486 in Lombardia saranno ricoverate per almeno 3 giorni (il tempo considerato necessario per completare l'interruzione di gravidanza in ospedale, contro le 6-8 ore di ricovero per l'aborto chirurgico). Il Pirellone ha previsto posti letto ad hoc.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Angelini e Neuromed, accordo per 5 aziende

La società molisana acquista a patto che ci siano gli accreditamenti



CHIETI. Trecentosessanta cinque giorni: un anno. Oggi compie un anno la vita senza stipendi dei lavoratori di Villa Pini, la clinica privata di Chieti in crisi. In coincidenza con questa amara ricorrenza, oggi la vertenza delle aziende del gruppo Angelini vivrà un'ennesima giornata cruciale.

In mattinata, infatti, è previsto un summit dal prefetto di Chieti, **Vincenzo Greco**, al quale dovrebbero partecipare, oltre a una delegazione dei lavoratori e dei sindacati, anche gli altri tre prefetti abruzzesi e l'assessore regionale alla Sanità, **Lanfranco Venturoni**. Subito dopo l'incontro in prefettura, i lavoratori si riuniranno in assemblea nella sala del consiglio provinciale di Chieti.

Intanto, ieri sera, è stato raggiunto un accordo fra il gruppo Angelini e la società molisana Neuromed per l'affitto e il successivo acquisto di cinque strutture, SanStefar, Cicala, Sana-

trix, Maristella e Santa Maria. L'intesa è subordinata al fatto che queste aziende godano degli accreditamenti da parte della Regione.

L'accordo fra il gruppo teatino della sanità privata e la società molisana sarà sicuramente al centro dell'incontro di oggi in prefettura, nel corso del quale sarà discusso anche l'allarme lanciato dai sindacati riguardo ai malati trasferiti dai centri psichiatrici del gruppo Angelini nelle Rsa della regione. «Chi pagherà le compartecipazioni chieste per l'assistenza a malati che per la gran parte sono pazienti senza famiglia?», chiede **Angela Scottu** della Cgil.

Preoccupazione sullo stato delle cose viene espressa anche dalla Cisl. «Chi finora ha pagato il prezzo di questa crisi sono stati solo i lavoratori», dice **Davide Farina**.

Commissione UE: Paola Testori-Goggi nominata capo direzione salute

31 MAR – *Un altro nome italiano arriva ai vertici della Commissione europea, e per la prima volta si tratta di una donna: Paola Testori-Goggi investita oggi dell'incarico di responsabile della direzione generale salute e consumatori (Sanco) della Commissione Ue. Già vice presidente della stessa divisione dal 2007. Testori-Poggi è stata in passato consulente presso il gabinetto di Emma Bonino, allora commissario Ue, e membro del gabinetto del vicepresidente Filippo Pandolfi, commissario responsabile della scienza e della ricerca.*

Nata a Como ma milanese d'adozione, Testori-Goggi, 57 anni, biologa, è arrivata in Commissione Ue nel 1983 per occuparsi della legislazione comunitaria sui rischi industriali e sul controllo dei prodotti chimici pericolosi. Prima di entrare a far parte della Dg Salute e tutela dei consumatori nel 1999, ha lavorato per due anni e mezzo come consulente presso il gabinetto di Emma Bonino, allora commissario responsabile della tutela dei consumatori e della sicurezza alimentare, dove ha contribuito alla gestione delle crisi della mucca pazza e della diossina. Dal 1990 al 1992, Testori-Goggi ha fatto parte del gabinetto del vicepresidente Filippo Pandolfi, commissario responsabile della scienza e della ricerca, dove si è occupata di programmi di Ricerca e Sviluppo riguardanti le scienze della vita e l'ambiente. Attualmente l'Italia conta sulla presenza di altri quattro direttori generali ai vertici della Commissione europea: Marco Buti alla Direzione generale Affari economici e finanziari, Fabio Colasanti a quella della società dell'informazione, Stefano Manservigi alla Direzione generale per lo sviluppo e Marco Benedetti alla guida del servizio interpreti. Colasanti, in pensione dal primo aprile, sarà sostituito dall'attuale direttore generale della Sanco, Robert Madelin.