

## RASSEGNA STAMPA Martedì 3 settembre 2013

Statali, pensione senza rinvio  
**IL SOLE 24 ORE**

Casse e operatori in allerta  
**IL SOLE 24 ORE**

Sulle polizze un "taglio" retroattivo  
**IL SOLE 24 ORE**

Autunno caldo: i punti in discussione per cambiare la sanità  
**DOCTOR NEWS**

Riparto FSN. Lorenzin: "Nel Patto della Salute vi saranno nuove procedure"  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Piccoli ospedali. Anao a Lorenzin: "Non si riforma la sanità senza medici e i dirigenti sanitari"  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Piani di rientro. Le verifiche (con più ombre che luci) di Abruzzo, Lazio e Molise  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Rc obbligatoria, i chirurghi accelerano sul tavolo ministeriale  
**DOCTORNEWS**

Test di ammissione, la carica dei 115 mila  
**CORRIERE DELLA SERA**

La Tac si fa a mezzanotte "Ospedali sempre aperti per abbattere le liste d'attesa"  
**LA REPUBBLICA**

**La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali**

# Statali, pensione senza rinvio

Nel decreto sulla Pa stop al contenzioso di chi vuole restare in ufficio fino a 70 anni

**David Colombo**

ROMA

■ Non c'è solo l'allungamento fino a fine 2015 della validità dei vecchi requisiti pensionistici (pre-riforma Fornero) per gestire il personale in soprannumero o eccezionale della Pa. Il dl 10/2013, già trasmesso al Senato, contiene infatti una norma di interpretazione autentica che intende scongiurare la possibilità che i dipendenti pubblici possano rimanere in servizio fino a 70 anni. La norma, contenuta nei commi 4 e 5 dell'articolo 2, chiarisce che le amministrazioni «devono» procedere al pensionamento di tutti i dipendenti che hanno maturato il requisito entro il 2011 e fa salvi i limiti previsti nei diversi

ordinamenti. In pratica si dà forza di legge primaria a un dispositivo che era già stato espresso in una circolare (la n. 2/2013) dal Dipartimento Funzione pubblica, condotto dai ministeri dell'Economia e del Lavoro, ma che poi annullata dal Tar Lazio (n. 2446/2013). Bisogna insomma evitare che il contenzioso che s'è aperto dopo il varo della riforma delle pensioni si consolidi con danno economico per amministrazioni obbligate a gestire al ribasso il costo del personale.

A impugnare gli atti di pensionamento sono soprattutto alti dirigenti e professori universitari, che per resistere alla procedura di collocamento a riposo avevano opposto l'articolo 24 comma 4 del decreto "Salva Italia". La scelta di attribuire valore di legge primaria a questa misura è chiarita nella Relazione che accompagna il decreto, un testo in cui si segnala che sono arrivate anche pronunce favorevoli all'orientamento espresso nella circolare della Funzione pubblica da parte del Tar dell'Emilia Romagna (n. 201 del 2013) e del Veneto (n.

303 sempre di quest'anno).

Un'altra norma di interpretazione autentica arriva con il comma 6 dello stesso articolo 2 del decreto e riguarda i prepensionamenti previsti dalla spending review (articolo 2 comma 11 dl 95/2012). Si chiarisce in questo punto che la risoluzione del rapporto di lavoro ha «carattere obbligatorio» per il personale in possesso dei requisiti pre-riforma. In pratica un ulteriore rafforzamento di un orientamento di cui fino a oggi non si è sperimentata la praticabilità concreta e che invece viene ritenuto essenziale «per gestire il processo di assorbimento degli esuberi in maniera ordinata e senza costi di contenzioso per le amministrazioni».

Nel 2012, stando ai dati forniti dall'Inps nell'ultimo Rapporto annuale sulle nuove pensioni ex Inpdap, sono state 109.076 le nuove pensioni. La Cassa dove è stato registrato il più alto numero di nuove liquidazioni è quella dei trattamenti pensionistici statali (58%) seguita dalla Cassa pensioni dipendenti degli enti locali (38%). Naturalmente da quei dati di flusso non è compreso alcun prepensionamento legato alla spending review. Se si guarda agli importi complessivi dei nuovi assegni erogati dall'Inps ad ex dipendenti pubblici - intesi come media delle prestazioni dirette e indirette - si scopre che questi variano dai 4.549 euro mensili per la Cassa pensioni sanitari (sono il 3% delle nuove prestazioni sorte nel 2012) ai 1.502 euro mensili della Cassa pensioni insegnanti. Gli importi medi più elevati si registrano nell'ambito della magistratura (8.225 euro mensili), settore seguito dall'Università (3.546 euro) e delle Forze Armate (2.614 euro). Ma se in quest'ultimo caso l'età media alla decorrenza del pensionamento è attorno ai 59 anni, per i magistrati si sale al 68,7 mentre per l'Università a 65,1. So-

lo per il personale delle aziende autonome (1.311 pensionamenti l'anno scorso) si è riusciti ad andare oltre, con un'età media al momento dell'incasso del primo versamento Inps di 72,2 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I numeri****LA DINAMICA**

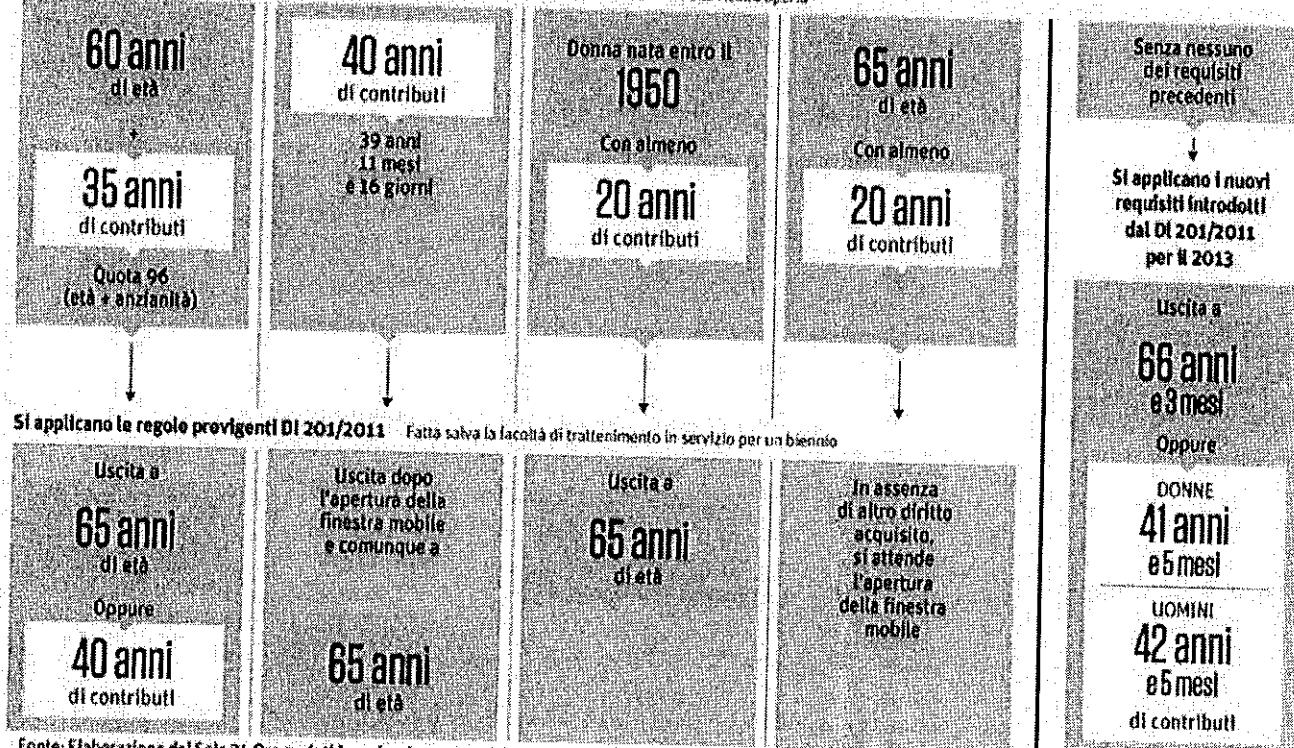
Le cessazioni per limite di età o di servizio registrate nel pubblico impiego negli ultimi anni

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ETÀ MEDIA	62,59	62,15	62,16	62,11	61,80	61,78
DONNE					55.649	8.707
UOMINI					42.998	34.896
Enti territoriali	32.208	37.647	31.844	7.094	12.885	4.149
Enti territoriali	6.857	8.203	5.885	1.133	2.041	5.737
Stato	21.146	10.408	7.056	8.080	10.413	12.521
Enti territoriali	7.53	7.540	7.056	8.080	12.885	4.149
Enti territoriali	1.399	13.496	11.366	15.491	20.413	12.521
Stato						

**LE REGOLE PER L'USCITA**

La disciplina del pensionamento in base ai requisiti raggiunti il 31 dicembre 2011

Requisiti al 31/12/2011 Per i soggetti con requisiti perfezionati entro il 2011 la finestra mobile risulta aperta



Fonte: Elaborazione del Sole 24 Ore su dati Inps-Inpdap

Le reazioni. Dopo il decreto legge

# Casse e operatori in allerta

Marco Ilo Conte

■ «Giù le mani dalla previdenza». Il taglio delle detrazioni alle polizze Vita e infortuni disposto dal decreto 102 ha messo in allerta enti previdenziali e fondi pensione per una pluralità di ragioni: la decisione viene letta come un'inversione di tendenza rispetto alle scelte che negli scorsi decenni hanno incentivato il risparmio previdenziale destinato al Welfare individuale, nelle diverse forme, dai contratti assicurativi alla previdenza complementare ai fondi sanitari. Inoltre, crea un precedente che tiene in allarme gli investitori istituzionali italiani.

«È una mossa miope - dice Andrea Camporese, presidente di Adepp, l'associazione delle Casse dei profes-

sionisti -: in un paese in cui va decrescendo il tasso di copertura del primo pilastro, ossia dello Stato, ridurre l'incentivo al risparmio individuale non aiuta certo né i singoli né la collettività, che domani si troverà con fasce di popolazione in difficoltà. Fino a 40 anni i lavoratori difficilmente si interessano e chiedono informazioni sul proprio destino previdenziale: e questo è il segno di una scarsa cultura e di scarsa consapevolezza sul proprio futuro».

C'è il timore che il patrimonio delle Casse possa cadere sotto un'analogia scure? «Gli enti versano ogni anno decine di milioni di euro l'anno di Imu; abbiamo soddisfatto i criteri di sostenibilità a 50 anni, sopportiamo una doppia tassazione come fossimo uno strumento finanziario invece che di previdenza, veniamo considerati in questi casi privati ma soggetti pubblici quando si tratta di spending review; inoltre, sul nostro patrimonio immobiliare paghiamo decine di milioni di euro di Imu. Giunti a questo punto il messaggio che mi sento di dare è: non venite a bussare al nostro portone».

La guardia resta alta anche se il provvedimento in questione non tocca direttamente gli strumenti previdenziali come fondi pensione ed enti di primo pilastro, ma anzi riguarda strumenti per certi versi considerati "concorrenti" nelle scelte di risparmio dei cittadini, come i contratti assicurativi di ramo I.

Il punto in discussione è il messaggio che viene dato al mercato: «Il mio timore di fronte a questo tipo di misure - dice Sergio Corbello, presidente di Assoprevidenza - è che producano un effetto di alta disaffezione per il sistema oltre che per gli strumenti in questione, a fronte

di un gettito modesto o comunque non coerente con la qualità dell'operazione. Il rischio è che molti risparmiatori vengano disincentivati al risparmio, che è invece la base di ricchezza di ogni paese e, in particolare, del nostro. Inoltre - aggiunge Corbello - queste iniziative fanno temere che a fronte di necessità di cassa contingenti, forme strutturali di risparmio di lungo periodo, e definite da tempo, possano essere messe in dubbio».

L'industria assicurativa, ovviamente, si trova spiazzata dal decreto in vigore da sabato scorso e che va a incidere sui versamenti dell'anno in corso. «Si tratta di una sorpresa "molto negativa" per il settore e per i circa 6,5 milioni di contribuenti che hanno sottoscritto polizze vita - si limita a commentare Dario Focarelli, direttore generale dell'Ania, l'associazione delle imprese assicurative -. È un brutto segnale - aggiunge - anche per una previdenza che sempre di più supplisce al calo del Welfare».

# Sulle polizze un «taglio» retroattivo

Resta immutata solo la deducibilità dei versamenti per i fondi pensione e la sanità integrativa

**Lorenzo Lodelli**  
**Benedetto Santacroce**

■ Polizze infortuni e malattia con detraibilità fiscale ridotta con effetto retroattivo dal 2013. È questo uno degli effetti indotti dal decreto Imu, che per sterilizzare la prima rata della specifica imposta cerca risorse in ogni piega dell'ordinamento.

L'articolo 12 del Dl 102/13 è intervenuto, infatti, sui limiti alla detrazione dei premi assicurativi disciplinati dall'articolo 15, comma 1, lettera f) del Dpr 917/86 disponendo, con una norma già valida per l'anno d'imposta in corso, il dimezzamento della detraibilità dei premi versati per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte o invalidità permanente, che passa dagli attuali 1.291,14 euro a 630 euro per il periodo d'imposta in corso alla data del 31 dicembre 2013, per scendere ancora a 230 euro dal periodo d'imposta 2014. Il secondo comma estende, poi, tali

limiti anche ai contratti di assicurazione sulla vita e sugli infortuni stipulati o non rinnovati entro il 31 dicembre 2000.

Ancor prima di valutare il contenuto e la condivisibilità della scelta di intervenire sulle predette polizze, bisogna evidenziare la problematica connessa alla retroattività della disposizione. In effetti, essa, in aperta "deroga" rispetto a quanto stabilito dallo Statuto dei diritti del contribuente, ha fissato la riduzione per la detrazione dei premi assicurativi con effetto già dal 2013 e così andrà a colpire anche i premi versati nei primi mesi dell'anno. Lo Statuto, infatti, sancisce che i rapporti tra amministrazione finanziaria e contribuente devono essere improntati ai principi della trasparenza e collaborazione disponendo, all'articolo 3 ("Efficacia temporale delle norme tributarie"), il divieto di emettere disposizioni con carattere retroattivo ed aggiungen-

do altresì che per i tributi di carattere periodico (quali Irpef ed Ires) «le modifiche introdotte si applicano solo a partire dal periodo d'imposta successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore delle disposizioni che le prevedono».

Questa modalità di intervento, anche se espressamente derogata dallo stesso articolo 12 del Dl 102/13, costituisce un ulteriore esempio di come i diritti del contribuente vengono dal legislatore regolarmente disartesi.

Sul piano, poi, del contenuto

la disposizione in questione stabilisce una riduzione delle agevolazioni fiscali riservate ai premi versati per i contratti di assicurazione disciplinati dall'articolo 15, comma 1, lettera f) del Dpr 917/86. Si tratta:

- dei contratti aventi ad oggetto il rischio morte, nei quali rientrano sia quelli che prevedono l'erogazione della prestazione in caso di morte, sia quelli che prevedono l'erogazione anche in caso di permanenza in vita (in tale secondo caso si può beneficiare della detrazione solo per la parte del premio riferibile al rischio morte);
- dei contratti aventi ad oggetto il rischio d'invalidità permanente, sia se causata da infortuni sia se deriva da malattia;
- dei contratti aventi ad oggetto il rischio di non autosufficienza che assicurano il rischio di non autosufficienza nel compimento in modo autonomo degli atti della vita quotidiana;
- dei contratti di assicurazione sulla vita sottoscritti entro il 31 dicembre 2000.

Ai premi corrisposti in relazione a detti contratti il tetto massimo di detraibilità quindi passerà da euro 1.291,14, riconosciuto per l'anno d'imposta 2012, ad euro 630, previsto per il periodo d'imposta in corso alla data del 31 dicembre 2013, per poi ridursi ulteriormente fino ad euro 230 a decorrere dal peri-

odo d'imposta 2014.

Restano esclusi dalla norma in questione i premi versati in relazione ai contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione sottoscritti dall'1 gennaio 2001 aventi prevalente contenuto finanziario per i quali non è, già, a oggi previsto alcun beneficio fiscale in termini di detraibilità.

Un discorso diverso, invece, va fatto per i contributi e premi versati per le forme pensionistiche complementari e per i contributi di assistenza sanitaria integrativa, esclusi dalla norma in questione, e per cui è invece prevista, entro determinati limiti, la deduzione dal reddito complessivo Irpef. Tale deduzione non è stata toccata dalla normativa in questione con la conseguenza che restano valide le deduzioni previste dal Tuir e più specificatamente:

- per i contributi e premi versati alle forme pensionistiche complementari (cosiddetto fondi pensioni) l'articolo 10, comma 1, lettera e bis) del Dpr 917/986 stabilisce che sono deducibili dal reddito complessivo Irpef fino ad un massimo di euro 5.164,57;
- per i contributi di assistenza sanitaria integrativa l'articolo 10, comma 1, lettera e bis del Dpr 917/986 stabilisce che sono deducibili dal reddito complessivo Irpef fino ad un massimo di euro 3.615,20.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Sotto la lente del Fisco**

Tipologie di polizze interessate e non interessate dai tagli alla detraibilità dei premi assicurativi

**PREMI ASSICURATIVI COLOPITI DALLA LEGGE DI DEDRAZIONE**

» Assicurazione oggetto rischio morte (premio erogato solo in caso di morte)

» Assicurazioni oggetto invalidità permanente (sia da infortuni che da malattia)

» Assicurazioni con oggetto non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

» Assicurazioni sulla vita con capitalizzazione dei premi versati stipulate prima del 31.12.2000

2012  
Dedrazione del 19%  
sui premi versati  
fino a euro2013  
Dedrazione del 19%  
sui premi versati  
fino a euro2014  
Dedrazione del 19%  
sui premi versati  
fino a euro**1.291,14****630****230****630€****Dedrazione 2013**

Per il periodo d'imposta 2013 la detrazione massima consentita dall'articolo 12 del nuovo decreto legge 103/13 sui premi versati per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte o invalidità permanente è più che dimezzata rispetto ai 1.291,14 euro previsti in precedenza. Per il periodo d'imposta 2014 la detrazione scenderà fino a 230 euro. Il secondo comma estende tali limiti anche ai contratti di assicurazione sulla vita e sugli infortuni stipulati o non rinnovati entro il 31 dicembre 2000.

**69,7 miliardi****Il valore dei premi vita**

La somma costituisce quanto versato alle compagnie assicuratrici nel 2012. Circa 41 miliardi detratti fiscalmente dai contribuenti.

**400 milioni****L'obiettivo dell'Eario**

È l'incremento previsto dal Fisco per il 2013. Si tratta di una cifra destinata a raddoppiare per il 2014 (a invarianza di mercato).

**6 milioni****I sottoscrittori**

Sono i risparmiatori in possesso di queste polizze, per la cui diffusione il traino fiscale è sempre stato considerato una componente fondamentale.

**PREMI ASSICURATIVI NON COLOPITI**

» Assicurazioni sulla vita stipulate dal 1° gennaio 2001 con capitalizzazione dei premi versati. Per tali tipi di contratto non era previsto alcun beneficio fiscale in termini di detraibilità dei premi fiscali.

**PREMI DEDUCIBILI ED ESCLUSI DAL PROVVEDIMENTO**

» Contributi e premi versati per forme pensionistiche complementari (fondi pensione)

» Contributi versati ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale

Ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera a-bis) del Dpr 917/1986, restano deducibili dal reddito complessivo Irap, fino a un massimo di euro

Ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera a-bis) del Dpr 917/1986, restano deducibili dal reddito complessivo Irap, fino a un massimo di euro

**5.164,57****3.615,20**

## Autunno caldo: i punti in discussione per cambiare la sanità

Dopo la pausa estiva, è fitto il calendario di impegni che attendono il ministero Beatrice Lorenzin e le autorità sanitarie di Stato e Regioni. Il piatto forte è senz'altro costituito dal Patto per la salute, tappa essenziale per la riforma del Servizio sanitario nazionale, con i dieci gruppi tecnici, ciascuno dei quali sarà coordinato da una o due amministrazioni regionali. In questo ambito spicca la discussione su fabbisogno Ssn (Lea) e costi standard, a cui si aggiungono il monitoraggio e la verifica degli adempimenti regionali, gli standard dell'assistenza ospedaliera, la mobilità interregionale e transfrontaliera, l'edilizia sanitaria, il rinnovo delle convenzioni, l'assetto dell'assistenza primaria, farmaceutica e dispositivi, la prevenzione e la ricerca, l'integrazione sociosanitaria e la gestione delle risorse umane. Un altro capitolo importante riguarda il piano di chiusura degli ospedali più piccoli e meno sicuri. Nella lettera indirizzata al Mattino pochi giorni fa, **Beatrice Lorenzin** ha annunciato che il documento che ridisegna la sanità in Italia è pronto.

Uno degli impegni del ministro della Salute sarà quello, promesso ma non semplice, di reperire i due miliardi di euro necessari a scongiurare l'introduzione di nuovi ticket per il prossimo anno.

Come ripetutamente sollecitato nei mesi scorsi dalle principali sigle sindacali, c'è poi il problema del rinnovo del contratto di lavoro per il personale sanitario, ancora fermo al 2009.

Intanto, verrà sottoposto al Parlamento il Ddl Lorenzin che, prendendo le mosse da quelli proposti dai ministri precedenti, Fazio e Balduzzi, introdurrà molte novità, a partire dalla riforma degli ordini professionali sanitari.

Ma i punti di discussione per il prossimo autunno sono davvero numerosi: nuovo sistema di remunerazione della filiera del farmaco, obbligo assicurativo per i sanitari, ddl sulla donazione del corpo post mortem, sulle malattie rare e sul riconoscimento dell'omeopatia e della medicina tradizionale cinese e infine la proposta di istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficienza e l'efficacia del Ssn.

# quotidianosanità.it

Martedì 02 SETTEMBRE 2013

## Riparto Fsn. Lorenzin: “Nel Patto della Salute vi saranno nuove procedure”

*Parole pronunciate dal Ministro nel corso di una visita in Liguria e in risposta anche alle richieste dell'assessore Montaldo che chiedeva di velocizzare l'iter per il riparto del Fsn 2013, tenendo anche in considerazione il numero di anziani.*

“Abbiamo il patto della salute che è il nuovo piano regolatore della sanità in cui entreranno delle fonti di riprogrammazione del riparto, tenendo conto che stanno entrando in vigore i cosiddetti costi standard. E questo cambierà alcune procedure nel riparto dei fondi, non nel quantum, ma nell'individuazione dei criteri, per affiancare il fondo alla qualità del servizio, ridurre gli sprechi e aumentare l'efficienza dei servizi”. Così il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, a Genova per visitare gli ospedali della Liguria.

Riguardo al tasso di anzianità della popolazione (la Liguria è una delle Regioni con più anziani) sui rimodulare il riparto il ministro ha specificato: “Alcune regioni chiedono più fondi per i giovani. Serve buon senso, non soltanto le statistiche”.

Infine il Ministro ha espresso il suo apprezzamento per l'Ist di Genova: “È uno dei centri di ricerca più importanti d'Italia. È una realtà che vogliamo valorizzare, anche grazie agli accorpamenti fatti. È un punto di riferimento per la Liguria e il Nord dell'Italia. Deve continuare a lavorare bene”.

# quotidianosanità.it

Martedì 02 SETTEMBRE 2013

## Piccoli ospedali. Anaaao a Lorenzin: "Non si riforma la sanità senza i medici e i dirigenti sanitari"

*Il vice presidente del Sindacato Lavecchia pone una domanda al Ministro dopo il suo annuncio di un documento di riforma dei piccoli ospedali: "Non crede sia poco credibile, se non illusorio, riorganizzare la sanità italiana senza, o peggio, contro i Medici e le altre professionalità del mondo sanitario, sistematicamente esclusi dai confronti sul Patto per la Salute?"*

Il sindacato dei dirigenti medici interviene sulla questione piccoli ospedali dopo la lettera in cui il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin ha comunicato, attraverso la stampa, che "è già pronto il documento che ridisegna la sanità in Italia". Soprattutto nei confronti dei piccoli ospedali

Al Ministro l'Anaaao Assomed, vuole rivolgere una domanda, confidando in una sua risposta: non crede sia poco credibile, se non illusorio, riorganizzare la sanità italiana senza, o peggio, contro i Medici e le altre professionalità del mondo sanitario, sistematicamente esclusi dai confronti sul Patto per la Salute?

"Ai Medici e ai dirigenti sanitari – afferma il Vice Segretario Nazionale Anaaao Assomed, Mario Lavecchia - interessa soprattutto poter lavorare in sicurezza, sia per curare al meglio i malati sia per dare serenità a tutti gli operatori che lavorano in ospedale. Il numero dei posti letto di per sé non è un indice di sicurezza o di qualità delle prestazioni erogate. Lo è invece avere standard organizzativi adeguati sia di personale sia di servizi, correlandoli alle popolazioni di riferimento del singolo ospedale e quindi alla casistica afferente".

L'Anaaao Assomed si è dichiarata da sempre disponibile a portare il proprio contributo su questa materia, ma stiamo ancora aspettando che finalmente si definiscano dopo i LEA anche i LEO (livelli essenziali organizzativi) a cui vincolare Regioni ed Aziende sanitarie nei loro processi di riorganizzazione spesso dettati esclusivamente da ragioni economiche.

"Nel frattempo – prosegue la nota - i contratti di lavoro rimangono al palo, la normativa su riposi e orario di lavoro non viene rispettata, indifferenti anche ai richiami della Europa, la necessità di una legge sulla responsabilità professionale e sulla riduzione del rischio clinico continua ad essere elusa".

"Dopo il segnale positivo – conclude il comunicato - , ancorché tutto da verificare, dei provvedimenti sul precariato, assistiamo ad una preoccupante disattenzione nei confronti del ruolo e della professionalità di quanti continuano a garantire con sacrifici crescenti la tutela della salute dei cittadini. Una politica ondivaga sembra quella con cui dovremo confrontarci".

# quotidianosanità.it

Martedì 02 SETTEMBRE 2013

## Piani di rientro. Le verifiche (con più ombre che luci) di Abruzzo, Lazio e Molise

***Negativi gli esiti per Lazio i cui conti per il 2013 si profilano peggiori delle aspettative e per il Molise dove si profila un disavanzo di 18 mln nel 2013 ed è stato bloccato il turnover fino al 2016. Meglio sui conti l'Abruzzo che chiude in attivo il 2012. Ma nonostante ciò permangono alcune criticità su accreditamento e tempi di pagamento.***

Dopo Calabria e Piemonte ecco che dal Ministero della Salute vengono pubblicate le sintesi dei verbali di verifica trimestrali per altre tre Regioni sottoposte a Piano di rientro: Abruzzo, Lazio e Molise.

Ecco le sintesi:

### Molise. I conti sono sempre in rosso. Blocco del turnover fino al 2016

Il 16 luglio 2013 si è svolta la riunione congiunta tra il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con la Regione Molise.

Con riferimento alla documentazione trasmessa in attuazione del Piano di Rientro e dei successivi Programmi Operativi, gli Organismi di Monitoraggio hanno evidenziato il persistere di numerose criticità peraltro già emerse nelle precedenti riunioni di verifica. Alla luce di questo hanno concluso chiedendo alla Gestione Commissariale della Regione Molise di porre in essere, nel minor tempo possibile, tutte le azioni di risanamento che ad oggi avrebbero già dovuto essere approntate. Rimangono in attesa di una nuova bozza di Piano Operativo 2013-2015 che tenga conto delle indicazioni ministeriali e ne sottolineano l'urgenza vista che risulta oramai trascorsa la prima parte dell'anno 2013.

Nello specifico gli Organismi di Monitoraggio hanno rilevato che:

-In merito alla riorganizzazione delle reti assistenziali, l'ospedalizzazione totale per il 2012 presenta un consistente decremento mantenendo però ancora un livello superiore a quello di riferimento nazionale. Analogi andamenti negativi sono rilevabili nel valore della degenza media pre-operatoria che si mantiene, nel 2012, al di sopra del valore medio nazionale (2,42 vs 1,85). La dotazione totale di posti letto, in diminuzione dal 2009 e pari a 4,54 posti letto per 1.000 abitanti residenti al 1 gennaio 2013, risulta superiore al valore di riferimento nazionale (3,7 p.l. per 1.000 ab). Tale eccesso riguarda sia il numero di posti letto per acuti che quello destinato all'assistenza post-acuzie, entrambi superiori ai valori previsti. L'erogazione di assistenza territoriale evidenzia valori positivi in linea con quelli attesi come valori adeguati e in costante aumento dal 2009. Apprezzabili risultano anche le attività dedicate alla prevenzione con particolare riferimento agli screening oncologici. In ultimo ancora inadeguata si presenta la dotazione di posti letto presso strutture residenziali e semi-residenziali destinate alla popolazione anziana non autosufficiente.

-Ancora incompleta risulta la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e di quella

laboratoristica. Per la rete territoriale è prioritario che la Regione indichi l'attuale offerta assistenziale per pazienti non autosufficienti, anche anziani, distinta per regime residenziale e semiresidenziale oltre che per intensità assistenziale, e quali azioni intenda avviare per monitorare l'andamento della riorganizzazione nell'area della non autosufficienza.

-In relazione al Piano Sanitario Regionale 2013-2015 risultano ancora poco chiari i meccanismi di attribuzione dei posti letto alle strutture pubbliche e private a causa di una inadeguata metodologia di determinazione del fabbisogno. Inoltre occorre procedere tempestivamente a regolamentare il fenomeno della mobilità sanitaria soprattutto per quanto attiene la Fondazione Giovanni Paolo II e la struttura Neuromed per la quale è ancora da completarsi la procedura di riconoscimento del carattere scientifico.

-Ancora carenti nell'istruttoria risultano i provvedimenti di accreditamento delle strutture socio-sanitarie.

-Elevato permane il livello di contezioso espresso in particolare dalle principali strutture private accreditate a diretta gestione regionale. Si è ancora in attesa dell'atto Aziendale dell'ASrem.

-A consuntivo 2012 la Regione Molise presenta un disavanzo, prima delle coperture, di 54,764 mln di euro e, dopo le coperture, residua un disavanzo non coperto di 32,951 mln di euro. Considerando la perdita del 2011 e precedenti non coperta, residua una perdita non coperta per il 2012 e precedenti di 87,694 mln di euro. La percentuale di disavanzo si convalida pari all'8,9% ben al di sopra della soglia del 5% considerata di riferimento per l'obbligatorietà della sottoscrizione di un piano di rientro. Considerando anche i disavanzi pregressi, la percentuale di disavanzo risulta pari al 17,9%.

-Per l'anno 2013 si prefigura il manifestarsi di un disavanzo non coperto di 18 mln di euro a cui deve aggiungersi tutta la situazione di disavanzo pregresso non coperto.

-I pagamenti dei fornitori sono superiori agli 800/1000 giorni.

-In merito alla richiesta di deroga al blocco del turn-over ai sensi dell'art. 4 bis del DL 158/2012, la struttura commissariale non ha provveduto ad inoltrare la documentazione richiesta e si è evidenziato che è nuovamente operativo il blocco totale fino al 31/12/2015 in conseguenza del mancato raggiungimento dell'equilibrio sull'anno 2012.

### **Abruzzo, nel 2012 i conti sono a posto ma i tempi di pagamento rimangono alti**

Il 25 luglio 2013 si è svolta la riunione congiunta tra il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con la Regione Abruzzo.

L'incontro, convocato per l'esame dei conti economico e patrimoniale consuntivi per l'anno 2012 e dell'andamento dei conti del I trimestre 2013, nonché per la verifica dei provvedimenti di attuazione del Piano di Rientro e degli adempimenti ha evidenziato quale criticità primaria il mancato invio - da parte della struttura commissariale della Regione Abruzzo - del Programma Operativo 2013-2015. Nonostante i ripetuti solleciti da parte degli Organismi di monitoraggio, allo stato attuale la Regione Abruzzo si presenta senza una cornice di contesto del SSR per gli anni 2013-2015.

Nello specifico gli Organismi di Monitoraggio hanno rilevato che:

-In merito all'erogazione dei LEA si evidenzia un decremento dell'ospedalizzazione totale dal 2009, il cui tasso si colloca - nel 2012 - lievemente al di sopra del valore di riferimento nazionale (165 vs 160). Si osserva inoltre una consistente riduzione del ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, se erogati in modalità ordinaria (con un valore – per l'anno 2012 – pari a 21,05 a fronte del valore

nazionale di riferimento pari a 23) e dell'ospedalizzazione della popolazione ultrasettantacinquenne. Il valore della degenza media pre-operatoria, indicatore di efficienza nella gestione del percorso preoperatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica, si mantiene per il 2012 lievemente al di sopra del valore medio nazionale (1,96 vs 1,85).

- La dotazione di posti letto è nel complesso in linea con il valore medio nazionale.
- Per quanto riguarda l'erogazione di assistenza territoriale, gli indicatori evidenziano una dotazione di posti letto inferiore ai parametri di adeguatezza individuati dal comitato LEA sia presso strutture residenziali per anziani che presso strutture tipo hospice.
- Importanti e gravi criticità si rilevano nell'erogazione di servizi per la prevenzione con particolare riferimento agli screening oncologici.
- In relazione allo stato di attuazione del Piano di Rientro e specificatamente per quanto inerente la rete ospedaliera è da completarsi il piano delle riconversioni previste con l'attribuzione delle relative funzioni assistenziali e la riorganizzazione dei punti nascita. È necessaria la completa attivazione delle strutture dedicate ai malati terminali (hospice) e dovranno essere intraprese iniziative per implementare l'assistenza residenziale agli anziani.
- Anche in merito alla rete laboratoristica si attende il completamento del percorso intrapreso in particolare nella definizione delle modalità di determinazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali tenendo conto dei criteri di appropriatezza ed efficienza. Si resta in attesa inoltre di una relazione di aggiornamento sullo stato della riconversione dei laboratori dei PTA di Gissi, Casoli e Guardiagrele in Punti Prelievo e del completamento delle attività previste nelle ASL di Pescara e Lanciano-Chieti.
- Sulla rete di emergenza-urgenza si permane in attesa di chiarimenti sulla convenzione con la Regione Emilia Romagna, sulla Centrale Unica, sui collegamenti funzionali tra le varie strutture per garantire la continuità assistenziale con particolare riguardo alle reti tempo-dipendenti. In materia di cure primarie si è in attesa di aggiornamenti sui Piani Attuativi Aziendali e sul livello di implementazione dei nuovi livelli organizzativi.
- Per quanto riguarda il numero di strutture semplici e complesse di ciascuna azienda si è in attesa del già richiesto atto che le attribuisce numericamente coerentemente agli standard definiti dal Comitato LEA.
- In relazione all'accreditamento si registra un ritardo nelle procedure e si sollecita pertanto la Regione a procedere con maggiore rapidità.
- In materia di applicazione del tariffario nazionale di cui al DM 18/10/2012 si segnala il persistere nei provvedimenti adottati delle stesse criticità già osservate in precedenza.
- A consuntivo 2012 la Regione Abruzzo presenta un avanzo, prima delle coperture, di 9,160 mln di euro. Dopo il conferimento del differenziale sul debito al 31/12/2005, pari a 3,991 mln di euro, presenta un avanzo di 5,169 mln di euro. Considerando le risorse preordinate a valere sulla massimizzazione delle aliquote fiscali, pari a 42,040 mln di euro, di rileva un avanzo di 47,209 mln di euro.
- Con riferimento allo stato patrimoniale si evidenzia la fragilità delle informazioni contabili che la Regione ha inviato e pertanto si ribadisce la necessità di ricevere bilanci consolidati definitivi e regolarmente approvati dalla Giunta Regionale entro i termini di legge. A seguito di ciò ci si riserva di condurre l'istruttoria sullo stato patrimoniale 2012 in occasione della prossima riunione di verifica.
- I tempi medi di pagamento sono tutt'ora superiori ai sei mesi.

**Lazio. Si registra una inversione di tendenza con riferimento alla stima del risultato d'esercizio 2013 che appare peggiore del preconsuntivo 2012.**

Il 30 luglio si è svolta la riunione congiunta tra il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con la Regione Lazio.

Gli Organismi di Monitoraggio, in relazione alla proposta di Programma Operativo 2013-2015, redatta in coerenza, a grandi linee con gli indirizzi forniti dai Ministeri affiancanti ed inviata senza tutti gli allegati richiesti nella riunione dello scorso 17 aprile 2013, avevano evidenziato la necessità di integrare il documento anche con il riferimento alle aree di erogazione dei LEA nelle quali sono presenti criticità e avevano richiesto l'invio di una versione definitiva. Gli Organismi, nel corso della riunione, in merito alla nuova versione del P.O. inviata dalla struttura commissariale è stato rilevato che quest'ultimo non è stato aggiornato così come richiesto e presenta ancora diverse criticità. Ciò è indicativo di una non corretta gestione dei rapporti con i Ministeri affiancanti e con i Tavoli di verifica che ricevono un documento che presenta tutt'ora criticità già segnalate. Gli Organismi di Monitoraggio invitano la struttura commissariale a prendere i provvedimenti necessari al fine di evitare la compromissione dei risultati attesi per gli anni 2013 e seguenti.

Nello specifico gli Organismi di Monitoraggio hanno rilevato che:

- In merito all'erogazione dei LEA si evince un decremento dell'ospedalizzazione totale a partire dal 2009 che, pur mostrando margini di riduzione ed un lieve incremento nell'ultimo biennio, è ancora al di sopra del valore medio nazionale di riferimento (178,9 vs 160) e si accompagna ad un decremento del tasso di dimissione della popolazione anziana e del ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, se erogati in modalità ordinaria.
- Il valore delle degenza media pre-operatoria, indicatore di efficienza nella gestione del percorso preoperatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica, pur mostrando segnali di decremento nel tempo si mantiene, nel 2012, al di sopra del valore medio nazionale (2,25 vs 1,85).
- La dotazione totale di posti letto, in diminuzione dal 2009, risulta comunque ancora superiore al valore di riferimento, per effetto soprattutto di un eccesso di posti letto per le acuzie rispetto al parametro di riferimento (3,18 posti letto per 1.000 abitanti vs 3,0 p.l. per 1.000 ab.).
- Per quanto riguarda l'erogazione di assistenza territoriale, si evidenzia una dotazione ancora inadeguata di posti letto presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti e di posti letto per l'assistenza residenziale psichiatrica, valori che ad oggi non mostrano segnali di incremento.
- In riferimento all'erogazione di servizi afferenti all'area della prevenzione, si evidenziano criticità soprattutto nel settore degli screening oncologici, come peraltro si evince dalla bassa quota di popolazione residente che ha effettuato test in programmi organizzati.
- Nella valutazione dell'erogazione dei LEA si è evidenziato un notevole miglioramento soprattutto relativamente agli indicatori sul tasso di ospedalizzazione e sul costo percentuale dell'assistenza farmaceutica tale da portare il punteggio della cosiddetta Griglia LEA da 132 nel 2010 a 152 nel 2011. E' da considerarsi dunque superata l'inadempienza per il 2010 mentre per l'anno 2011 si attende il concretizzarsi di azioni volte a superare le criticità per quanto concerne gli indicatori delle coperture vaccinali e gli screening.
- Con riferimento agli adempimenti permangono, per l'anno 2010, inadempienze relative a: posti letto, accreditamento, certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare

spese non obbligatorie. Per quanto riguarda il 2011 permangono inadempienze con rinvio al piano di rientro per: acquisto di beni e servizi, mantenimento erogazione dei LEA, posti letto, contabilità analitica, accreditamento, riorganizzazione rete laboratoristica; e inadempienze relative a: obblighi informativi, implementazione percorsi diagnostico-terapeutici, LEA aggiuntivi, certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie, sistema FSE, attività trasfusionale. Per l'anno 2012 l'istruttoria è ancora in corso.

-Si registra la soppressione, con legge regionale 4/2013, dell'ASP e il trasferimento delle sue competenze alla Giunta Regionale e all'azienda RME con riferimento alle analisi epidemiologiche.

-Si ritiene non più procrastinabile stabilire il fabbisogno effettivo sulla base del quale procedere alla rimodulazione dell'offerta assistenziale.

-In merito alla rete dell'emergenza, anche in relazione alle criticità legate alla gestione del 118, si chiede un aggiornamento sulla riorganizzazione complessiva del servizio con obiettivi e tempistiche definite.

-Per quanto concerne l'accreditamento si resta in attesa del completamento delle procedure e si ribadisce la necessità che tutte le strutture che erogano prestazioni a carico del SSR siano accreditate.

-In merito alla rete laboratoristica si registrano ritardi nell'attuazione del percorso di riorganizzazione.

-In relazione al settore del contenzioso si chiede di conoscere quali tempestive iniziative la struttura commissariale voglia intraprendere per governarlo in maniera adeguata.

-Si richiama l'urgenza di procedere al rinnovo del protocolli d'intesa con tutte le università statali e non statali.

-In riferimento al Programma Tessera Sanitaria si rileva il superamento delle criticità.

-Non è stato possibile effettuare una valutazione del consuntivo 2012 in quanto i dati trasmessi risultano carenti dell'istruttoria preliminare da parte della Regione e della struttura commissariale nella sua interezza e presentano iscrizioni passibili di modifiche e necessitano di approfondimento in merito a possibili errori di contabilizzazione. Si registra il ritardo con cui è stato trasmesso lo stato patrimoniale consuntivo 2012 che sarà quindi esaminato nella prossima riunione di verifica.

-Si registra una inversione di tendenza con riferimento alla stima del risultato d'esercizio 2013 che appare peggiore del preconsuntivo 2012.

## Rc obbligatoria, i chirurghi accelerano sul tavolo ministeriale



L'obbligo di assicurarsi è rimandato ad agosto 2014 per i medici. Ma purtroppo la proroga, prevista solo per le figure sanitarie nel decreto del fare, non servirà a riavvicinare i giovani laureati a specialità impegnative o ad una carriera in pronto soccorso. Lo teme **Marco D'Imporzano** presidente del Collegio Italiano Chirurghi (Cic). E rischia di servire a poco pure il recente documento di Fnomceo in tema di Rc medica che sollecita una revisione delle norme che distinguono tra

ambito civile e penale, ma soprattutto un tavolo ministeriale per discutere dell'obbligo assicurativo: quel tavolo che, ricorda D'Imporzano, «l'ex ministro della salute Renato Balduzzi istituì ma il successore Beatrice Lorenzin fin qui non ha riproposto». Pure il Cic sollecita il tavolo: serve a ritrovare norme che l'Italia ha varato ma non promulgato. «La soluzione dei problemi l'Italia l'aveva già progettata nel 2008 con il ddl 50 promosso dai senatori Tomassini, Malan e Saccomanno e approvato all'unanimità in commissione sanità al Senato», spiega D'Imporzano. «La bozza è stata bloccata in Commissione Bilancio al Senato per motivi di copertura, e probabilmente per l'opposizione delle compagnie assicurative. Peccato perché parte da un presupposto fondamentale: prima di obbligare ogni medico ad assicurare il rischio professionale occorre che tutti i medici siano messi sullo stesso piano e che il rischio sia coperto in prima istanza dalla struttura non solo nelle strutture pubbliche ma anche nel privato convenzionato. Oggi occorre intervenire qui in tempi rapidi se non vogliamo che le specialità a più alto rischio di contenzioso siano appannaggio di medici che arrivano da paesi in via di sviluppo».

**Università** Si parte oggi con Veterinaria, domani le Professioni sanitarie. Ultima prova il 10 per tentare di entrare ad Architettura

# Test di ammissione, la carica dei 115 mila

Presa d'assalto Medicina: sono il 23% in più rispetto al 2012 gli aspiranti cainici bianchi

**ROMA** — Test d'ingresso per Psicologia a La Sapienza di Roma, ma anche per Economia a Torino e a Padova, Ingegneria al Politecnico di Milano e Farmacia a Genova e a Firenze. Per questi corsi di laurea, e per molti altri, sono i singoli atenei a decidere se stabilire il numero chiuso, se realizzare un test a scopo selettivo o orientativo, e infine anche la data. Ma sono soprattutto quelli nazionali predisposti dal ministero per le facoltà a numero chiuso a tenere banco e a mandare in fibrillazione migliaia di studenti. Si parte oggi con Veterinaria, si continua domani con le Professioni sanitarie, si proseguirà il 9 con Medicina e Odontoiatria, infine l'ultima è il 10 per gli aspiranti architetti.

Quest'anno il Miur ha contato 114 mila 557 neodiplomati che si sono iscritti ai corsi di laurea ad accesso programmato. C'è quindi da registrare un sostanziale aumento, più 23 per cento di iscritti ai quiz per Medicina, più 38 per cento per Veterinaria. Come ogni anno, bisognerà attendere il giorno del test per i numeri definitivi: nel 2012 dai dati divulgati dalle singole università gli iscritti a Medicina erano stati 81 mila ma poi se ne sono presentati 68 mila. La sorpresa potrebbe esserci, comunque, e le cifre potrebbero venire confermate perché, dicono al ministero, se «lo scorso anno le iscrizioni erano gestite a livello locale, quindi si

potevano verificare per motivi opportunistici doppie o triple iscrizioni», quest'anno tutto è gestito a livello nazionale e le cifre sono quindi controllate al vertice.

Difficile entrare in uno dei corsi di laurea ad accesso programmato. Anche quest'anno Medicina e Odontoiatria è stata presa d'assalto da 84 mila 165 aspiranti medici (18 mila in più rispetto all'anno scorso), che dovranno battersi per uno dei «soli» 10 mila 157 posti disponibili complessivi. Gli esperti di Alpha Test, i cui dati sono stati pubblicati da Skuola.net, hanno calcolato il rapporto tra candidati e posti disponibili. In sostanza, per Medicina e Odontoiatria, su 10 mila 157 posti, il rapporto posti disponibili-candidati è in media di 1 a 8, siamo praticamente allo stesso livello del 2012; per Veterinaria, una brutta sorpresa, con soli 825 posti disponibili il rapporto è addirittura di 1 a 13 (mentre lo scorso anno era di uno a sei); per Architettura, invece, una buona notizia, lo scorso anno era di 1 a 4, quest'anno, con 8 mila 787 posti disponibili, il rapporto è di uno a due, in pratica uno su due ce la farà.

Sarà dunque molto importante per i candidati poter contare sul bonus maturità introdotto in via definitiva dal ministro Profumo e modificato dall'attuale ministro Maria Chiara Carrozza per renderlo meno di-

somogeneo. Il bonus è quel punteggio ulteriore che si potrà sommare al punteggio ottenuto al test ma solo se il voto ottenuto all'esame di maturità è almeno pari a 80 e almeno pari all'80esimo percentile di riferimento. Il sistema è complesso e anche quest'anno ha dato origine a molte disparità: per esempio, uno studente dell'Avogadro di Roma di una certa sezione ha conseguito il diploma con 93 ma non avrà il bonus mentre il suo compagno di un'altra sezione ha ottenuto 6 punti con lo stesso risultato. Lo stesso ministro Carrozza ha ammesso che occorrono ulteriori modifiche e ha già avviato il lavoro di una commissione. L'Udu, unione degli studenti universitari, che da sempre protesta contro il numero chiuso e contro i test d'ingresso considerati una «lotteria», sta predisponendo «un ricorso collettivo nazionale per impugnare bonus maturità e numero chiuso».

Ma quanto costa accedere ai quiz d'ingresso per il numero chiuso? Skuola.net ha pubblicato il costo medio per gli aspiranti medici. «Tentare il sogno di diventare medici o dentisti — è scritto sul sito — è costato in media 54 euro. Così l'introito stimato proveniente dai circa 84.000 aspiranti medici odontoiatri sarà di circa 4,5 milioni di euro, che corrisponde a circa 440 euro per ogni posto messo a disposizione».

**Mariolina Iossa**

**I costi di iscrizione**

I calcoli di Skuola.net:  
«Iscriversi alla prova  
costa in media 54 euro»

**Il bonus maturità**

Per i candidati sarà  
fondamentale contare  
sul bonus maturità

**I punti****Le sessioni per le facoltà  
a numero chiuso nazionale**

**1** Ad aprire le prove per le facoltà statali a numero chiuso sono i test di Veterinaria oggi. Quelli per le Professioni sanitarie sono in programma domani. Il 9 settembre è il turno di Medicina e Odontoiatria, il 10 tocca ad Architettura. Chiudono il 17 settembre gli aspiranti studenti di Scienze della Formazione primaria

**La nuova valutazione  
delle domande**

**2** Cambia rispetto allo scorso anno la tipologia e il valore delle domande. A Medicina, per esempio, quelle di cultura generale diventano 5 su 60 (lo scorso anno erano 20 su 80). I candidati otterranno 1,5 punti per ogni risposta esatta; - 0,4 punti per ogni risposta sbagliata, 0 punti per ogni risposta in bianco

**Le facoltà più difficili  
in rapporto ai candidati**

**3** Per Medicina e Odontoiatria, stando al rapporto tra iscritti ai test e posti disponibili, entrerà un candidato su 8. Più difficile l'ammissione a Veterinaria, dove entra uno su 13 (lo scorso anno il rapporto era di uno a sei). Ad Architettura, infine, il rapporto è di uno a due (l'anno scorso era di uno su 4)

**La graduatoria online  
sul sito del Ministero**

**4** Gli ammessi verranno valutati su scala nazionale, non più regionale o interregionale. Gli esiti verranno comunicati entro il 23 settembre per Medicina e Odontoiatria, il 17 per Veterinaria e il 24 per Architettura. La graduatoria sarà pubblicata sul sito <http://accessoprogramma-to.miur.it> il 30 settembre

# La Tac si fa a mezzanotte “Ospedali sempre aperti per abbattere le liste d’attesa”

*Ieri il via in Veneto, seguiranno le altre regioni*

## La storia

**Tac a mezzanotte, sanità by night  
per abbattere le liste di attesa**

**I nuovi orari  
vanno incontro  
anche alle esigenze  
di chi lavora  
fino a tardi**

CORRADO ZUNINO

**L**ASANITÀ dinotte, operano a tarda sera, è più di un protocollo d'intenti, più di una delibera di giunta. È un fatto. Dall'uno settembre (scorso) una fetta consistente del Veneto ha orari molto lunghi.

**D**UE ospedali a Verona, il Borgo Roma e il Borgo Trento, i principali presidi di Vicenza e la sua Asl nell'alto entroterra, quindi il Policlinico e il Sant'Antonio di Padova già applicano la rivoluzione. L'azienda ospedaliera patavina numero 16, per dire, ha appena avviato le aperture straordinarie degli ambulatori: Tac, risonanze magnetiche, ecografie vengono fissate fino a mezzanotte. Ora anche nel fine settimana. I primi pazienti con il fuso orario allungato si sono presentati al Policlinico e al Sant'Antonio domenica scorsa e per i prossimi test diagnostici dalle 20 alle 24 ci sono già duemila prenotazioni. Holter ed elettrocardiogramma si faranno al primo piano del monoblocco, negli ambulatori di cardiologia. Tac e risonanze all'Istituto di radiologia, piano terra del Policlinico. Per contenere i costi non ci sarà raddoppio dei turni per gli amministrativi. In alcuni casi, e sono le visite offerte dalle Asl, il ticket si

pagherà dopo il ritiro del referto.

Il Veneto che cura dopo il tramonto nasce da un voto della giunta guidata da Luca Zaia, che ha messo a bilancio 26 milioni per le nuove tecnologie e in cambio delle prestazioni straordinarie offre 30 milioni (complessivi) ai medici volontari. Il governatore leghista vuole provare a tirar giù i tempi di attesa per visite e esami consentendo ai lavoratori di non prendere un permesso per farsi visitare e ai ragazzini di non saltare scuola. A Verona gli ospedali di Borgo Roma e Borgo Trento offriranno — il lunedì e il mercoledì dalle 20 alle 23, il sabato dalle 14 alle 20 e la domenica dalle 9 alle 12 — ecocardiocolor doppler, ecografie convenzionali, visite oncologiche, chirurgia pediatrica, pneumologia, geriatria (c'è anche l'ambulatorio Alzheimer e quello per l'osteoporosi), dermatologia, endocrinologia, neurologia. Una gamma larga. Presto, si prevede, in questa fascia oraria si otterranno servizi di medicina interna e chirurgia della mano. Sono 300 ore di prestazioni specialistiche in più ogni mese. Altrove, tenendo conto delle risorse, due ospedali vicini saranno aperti in straordinario notturno a settimane alterne. Nell'Asl dell'Alto vicentino, partita con i turni allungati a febbraio e comprendente gli ex padiglioni di Thiene e Schio, in un mese si sono fatte otto Tac in più. L'ospedale San Bortolo di Vicenza punta addirittura a una radiologia no-

stop, aperta 24 ore su 24. In provincia si è iniziato anche prima. Al Mater Salutis di Legnago le sessioni notturne e festive per gli esami di radiologia si fanno dal 15 luglio e il servizio è pronto anche a Bussolengo.

Sul fronte economico nella regione ci si è mossi in modo sparso: ogni singola Azienda sanitaria ha deciso quanto investire. I sindacati chiedono "tariffe di straordinario" uniche, ma per ora non si sono opposti all'operazione.

A Milano la trasformazione oraria è stata avviata nel 2010, ospedale per ospedale, senza un impianto generale proposto dalla Regione. Al neurologico Besta i chirurghi ora lavorano fino alle otto di sera, prima si arrivava alle 14. Oggi si contano mille duecento interventi l'anno, tutti delicati: duecento in più. L'ospedale Galeazzi e il Policlinico San Donato Milanese fissano gli esami nel weekend. «Abbiamo a disposizione macchinari molto costosi», spiegano alla divisione di Neurochirurgia del Besta, che ha importato l'idea direttamente da Pittsburgh, «dopo cinque anni vengono dichiarati vecchi senza che siano stati utilizzati al massimo». Meglio allungare gli orari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dai 1 Settembre 2013 in diversi ospedali del Veneto sono partiti i servizi serali-notturni e domenicali:



TAC



Risonanze magnetiche



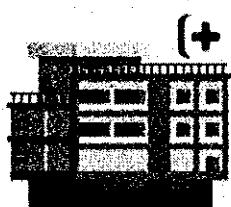
Ecografie



Holter



Elettrocardiogramma



Sono possibili test diagnostici dalle ore 20 alle 24

Alcuni ambulatori sono aperti la sera, il sabato e la domenica offrono visite mediche specialistiche:



Oncologia



Chirurgia pediatrica



Pneumologia



Geriatria



Dermatologia



Endocrinologia



Neurologia

### VENETO

Vicenza e provincia

Verona e provincia

Padova

### VENEZIA

### in Lombardia

diversi ospedali offrono servizi serali-notturni dal 2010:

- Ospedale neurologico Besta di Milano
- Reparto di radiologia del Galeazzi di Milano
- Policlinico San Donato Milanese
- Policlinico di Milano a Prato

tutti gli ambulatori

### Le liste d'attesa

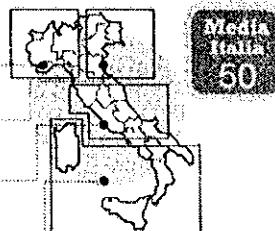
Valori medi in giorni, ospedali pubblici

Radiografie	61
Mammografia, angiografia, coronografia	89
Elettrocardiogramma	48
Ecografia	44
Endoscopia (gastro, colon, bronco)	46
Pet (oncologia)	40

### Le attese nelle macroaree italiane

Valori medi in giorni, ospedali pubblici

Nord ovest	51
Nord Est	46
Centro	54
Sud e Isole	48



fonte: Ministero Salute 2010