

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 02.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Regione Marche

del 29 Aprile 2011

ANSA

estratto da pag. 1

ANSA- SANITA": CICCIOLO, DA GOVERNO 108 MLN IN PIU" ALLE MARCHE

ANSA- SANITA": CICCIOLO, DA GOVERNO 108 MLN IN PIU" ALLE MARCHE
SANITA": CICCIOLO, DA GOVERNO 108 MLN IN PIU" ALLE MARCHE (ANSA) -
ANCONA, 28 APR - ""Lo stramaledetto governo Berlusconi, quello della macelleria sociale, ha assicurato alle Marche 41 milioni di euro in piu" per il fondo sanitario e 67 milioni di euro aggiuntivi per la prevenzione e la spesa qualificata in farmaci e lotta all'"Aids"". Lo ha detto il vice coordinatore regionale del Pdl Carlo Ciccioli, vice presidente della Commissione sanita" della Camera, secondo il quale ""il problema a questo punto non e" reperire nuove risorse, ma rottamare la classe dirigente politico-amministrativa della sanita" marchigiana"". Per Ciccioli queste le cifre ""reali"" dei finanziamenti statali: 2 miliardi e 657 milioni nel 2010, 2 miliardi e 765 milioni nel 2011 (+108 milioni), a fronte di una richiesta di 2 miliardi 750 milioni (quindi piu" bassa di 15 milioni). Risorse aggiuntive per circa 500 milioni (486,5 mln) ""compenseranno eventuali aumenti di ticket, se dovessero essere istituiti"". Dunque, argomenta il parlamentare, perche" la Regione non conferma ""centinaia di contratti del personale sanitario medico e infermieristico, non da" seguito al ricambio generazionale dei medici e riduce i servizi erogati ai cittadini?"". (ANSA). COM-MOR/SA 28-APR-11 19:32 NNNN

del 29 Aprile 2011

Il Messaggero AN

estratto da pag. 35

Ciccioli: alla Sanità di Spacca più soldi di quanto richiesto

ANCONA – Tagli sanità, Ciccioli torna ad attaccare la Regione. «E' stato appurato che il governo Berlusconi, quello della macelleria sociale, ha assicurato alle Marche 41 milioni in più per il fondo sanitario e 67 milioni in più per la prevenzione e la spesa qualificata in farmaci e la lotta all'Aids - tuona il vice presidente commissione Sanità della Camera - Se vogliamo an-

dare alle cifre: 2.657 milioni nel 2010, 2.765 milioni nel 2011 (+108 milioni) a fronte di una richiesta di 2 miliardi 750 milioni, quindi di 15 milioni in meno. Arriveranno poi altre risorse aggiuntive per circa 500 milioni (486,5 per essere precisi) per compensare eventuali aumenti di ticket, se dovranno essere istituiti». Allora il deputato Pdl si chiede perché non vengono confermati «centinaia di contratti del personale sanitario medico e infermieristico, perché non c'è il ricambio

generazionale dei medici, e perché vengono ridotti i servizi erogati ai cittadini. Dov'è - prosegue Ciccioli - il buco della spesa anomala che i dirigenti della Regione non riescono a controllare e l'assessore non riesce nemmeno ad identificare?».

Ciccioli parla poi della «malaspesa, che purtroppo incide fortemente anche nelle Marche. Si tratta di locazioni di immobili privati,

mentre esistono immobili di proprietà non sfruttati e

non ristrutturati adeguatamente per le funzioni sanitarie. Poi ci sono le nomine dei soliti consulenti che non sono altro che favori politici a potenti degli apparati del Pd. E poi tutta una lunga serie di acquisti incauti, fatti in stock per risparmiare ma poi rivelatisi fallimentari. Il problema, a questo punto, non è trovare nuove risorse ma rottamare la classe dirigente politico-amministrativa del settore sanitario regionale».

Sanità news



IL BIOLOGO PUO' PRESCRIVERE DIETE ALLE PERSONE SANE, MA CHI E' SANO LO DECIDE IL MEDICO

0001

(Sn) - Roma, 21 apr. - I biologi possono prescrivere diete, previo, pero', un accertamento delle condizioni del paziente che deve essere effettuato dal medico. Lo ha chiarito il ministro della Salute Ferruccio Fazio, rispondendo al question time alla Camera. La questione relativa alle competenze del biologo in relazione a tale materia, ha spiegato Fazio, e' stata esaminata dal Consiglio superiore di sanita': "Si afferma dunque - ha chiarito il ministro - che mentre il medico-chirurgo puo' prescrivere diete ai soggetti sani e malati, il biologo puo' elaborare diete nei confronti sia dei soggetti sani sia dei soggetti cui e' stata diagnosticata una patologia ma previo accertamento delle condizioni fisio-patologiche effettuato dal medico". Il biologo, ha proseguito Fazio, "puo' inoltre elaborare in autonomia consigli nutrizionali al fine del miglioramento del benessere della persona che ne fa richiesta". I pareri del Ccs, ha quindi sottolineato Fazio, "vanno considerati come attivita' interpretativa di valore tecnico-scientifico. Quindi, allo stato attuale - ha concluso - non necessitano linee guida per definire gli ambiti di competenza del biologo-nutrizionista" (Sn)

Secondo le nuove regole proposte dall'assessore regionale sarebbe rivisto l'elenco dei papabili

Nomine Asl, saltano due candidati "Condannati dalla Corte dei conti"

Mazzoni e Bellingoni sono stati sottoposti a procedimenti contabili

PIERO RICCI

PER una questione legata all'intramoenia, Claudio Mazzoni ci sta rimettendo 75mila euro. E gli poteva anche andare peggio. Chi è Mazzoni? Imolese di 55 anni, è tra i trenta top manager che da qui a qualche settimana potrebbero essere chiamati dalla giunta Vendola a guidare una delle sei aziende sanitarie locali o delle due aziende ospedaliere. Ma — stando alle anticipazioni dell'assessore alle Politiche della salute, Tommaso Fiore — Claudio Mazzoni è seriamente candidato a finire nella lista nera dei dieci supermanager che, pur avendo sgobbato sei mesi tra i banchi dell'Università di Bari per partecipare al corso di formazione per direttori generali, hanno un curriculum "macchiato" da disavventure giudiziarie nell'ambito della pubblica amministrazione. E tra le "macchie" che sgualciscono il curriculum di Mazzoni, c'è la condanna che la Corte dei conti dell'Emilia Romagna ha emesso (anche nei confronti di altri cinque dirigenti) nel luglio scorso e che gli addebita un danno erariale di 75mila euro per dolo contabile. Mazzoni, che è stato direttore generale della Asl di Forlì, ha stipulato contratti con due strutture accreditate per eseguire nei laboratori pubblici esami richiesti dalle due case di cura e svolti direttamente dai medici della Asl come liberi professionisti. Una fornitura dal pubblico al privato che il privato pagava al pubblico. Solo che la somma incassata dal-

la Asl, veniva girata ai medici che continuavano a percepire l'indennità di intramoenia.

Ma non è l'unica pecca che si frapponrà tra Mazzoni e le Asl pugliesi. In Toscana, i giudici contabili lo hanno condannato a risarcire 47mila euro per una spesa «inutile e dannosa» relativa a un impianto solare progettato per fornire energia pulita e a basso costo all'ospedale quando era il direttore amministrativo della Asl di Empoli.

Alla Regione Pugliasanno. Nel Consiglio del 30 marzo scorso, è stato il consigliere del Pdl, Maurizio Friolo, a segnalare un paio di casi limite per sfidare dall'opposizione la giunta Vendola sulla questione morale nella lista dei top manager sanitari. E anche senza fare nomi, Friolo citò il caso di Mazzoni e quello di un altro papabile, Maurizio Bellingoni che da direttore generale dell'agenzia sanitaria delle Marche è finito sotto inchiesta nel 2009 perché avrebbe ritoccato un bando per una consulenza da 270mila euro per favorire qualcuno a lui vicino. Per quel caso, Bellingoni, in lizza nel 2006 per diventare il segretario regionale di Rifondazione comunista nelle Marche, fu costretto a dimettersi da assessore al Comune di Ancona nell'estate di due anni fa.

Dopo la denuncia in aula, Friolo è tornato sull'argomento per rilanciare la sua campagna: «Forse è il caso di rivedere gli esiti di quella selezione, recuperando professionalità pugliesi di qualità e di assoluta trasparenza». Sarà difficile, anche perché sulla lista nera di Fiore, hanno messo il loro sigillo Sergio Blasi e Sebastiano De Feudis, segretari regionale rispettivamente del Pd e dell'Italia dei Valori.

Contratti con le Asl, l'Aiop insiste: Non firmiamo

Prima vertice, ieri, tra la struttura commissariale e l'associazione di categoria delle Case di cura private Schiavone: non c'è sostenibilità finanziaria

ETTORE MAUTONE

Fari puntati sull'azzeramento del debito pregresso. Primo vertice, ieri, a Palazzo Santa Lucia, tra le associazioni di ca-



Sergio Crispino

tegoria della Sanità privata accreditata e la struttura commissariale. La applicazione del budget e dei relativi tetti di spe-

sa del 2011 viaggiano, infatti, di pari passo con l'attuazione della manovra finanziaria deputata a venire a capo dello sbilancio pregresso.

Sotto la lente l'ormai famigerato decreto 12 del 21 febbraio del 2011. Decreto che ha sinora trovato insormontabili ostacoli burocratici per la sua traduzione in atti concreti: ossia pagamenti liquidi, ove le condizioni finanziarie delle Asl lo consentano e certificazioni del pregresso. A fare da apripista è l'Aiop con il presidente regionale Sergio Crispino accompagnato da Vincenzo Schiavone questa volta in ve-

ste di responsabile dell'associazione di categoria di Caserta.

Il 2 maggio sarà la volta delle associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale rappresentata da una dozzina di sigle.

Nei giorni successivi si prosegue con la riabilitazione.

La novità è che nonostante il parziale marcia indietro del sub-commissario Mario Morlacco, sulla possibilità di concedere i 60 giorni promessi per le ulteriori trattative promesse sul budget dei tetti di spesa (ipotesi smentita nel vertice di mercoledì scorso con Confindustria) l'Aiop resta ferma sulle posizioni peraltro comuni alla maggior parte delle associazioni di categoria, ossia la impossibilità di procedere alla stipula dei contratti vista la sostanziale non sostenibilità finanziaria dello schema proposto.

Una situazione che è legata a doppio filo alla necessità di immettere la liquidità necessaria a sbloccare almeno una parte delle spettanze arretrate del settore.

Altre alchimie finanziarie, compresa la sbandierata certificazione del credito, sono considerate infatti, insufficienti.

Fondi per la sanità attesi dallo Stato per competenza al 31 dicembre 2009

Fondi per la Sanità non erogati dallo Stato alla Regione Campania (situazione al 15 settembre 2010)	milioni di euro	Totale
Saldo Fsn 2006 (5% del riparto Cipe)	429	
Saldo Fsn 2007 (3 per cento del riparto Cipe)	264	
Saldo Fsn 2008 (3% del riparto Cipe)	270	
Saldo Fsn 2009 (3% del riparto Cipe)	273	
Contributi di affiancamento per l'esercizio 2008	217 (302 - 85 milioni erogati a febbraio 2010)	
Contributo di affiancamento per l'esercizio 2009	248	
Subtotale fondi statali destinati alla spesa corrente annuale:	1.701	1.701 di cui 1.021 erogati tra novembre e dicembre 2010
Residuo prestato a 30 anni del ministero dell'economia:		
Quota già riconosciuta ammissibile nella riunione del 18 novembre del 2008	134	
Quota residua fino all'importo massimo previsto dal contratto di prestito	180	
Subtotale fondi statali residui in c/ripiamo al 31 dicembre del 2005:	314	314
Fondi statali a destinazione vincolata	190	190 (in corso di accertamento)



quotidiano **sanità.it**

Calabria. Scopelliti: “Investiti 123 milioni di euro per potenziamento ospedali”

È stato lo stesso presidente della Regione, nel corso di una conferenza stampa, ad illustrare nel dettaglio il programma di potenziamento funzionale ed innovazione tecnologica delle Aziende ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria. Gli investimenti sono stati resi possibili attraverso oltre 107 mln di euro dell'ex art. 20, ai quali si aggiungono oltre 5,6 mln di quota regionale e oltre 10 mln da altri enti.

02 MAG - Un investimento che ammonta a 123 mln di euro per il potenziamento e l'innovazione tecnologica delle Ao di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria. Ad illustrare il programma elencando nel dettaglio le cifre investite, è stato lo stesso presidente della Regione, Giuseppe Scopelliti, nel corso di una conferenza stampa che si è svolta nei giorni scorsi a palazzo Alemanni di Catanzaro.

Vediamo nel dettaglio gli investimenti.

Cosenza. Qui l'importo complessivo degli investimenti ammonta a 41.500 mln di euro, destinati all'adeguamento del plesso principale "Annunziata" ed al potenziamento tecnologico (15 milioni); all' adeguamento normativo del presidio "Mariano Santo" e al suo potenziamento tecnologico (12,4 milioni di euro); al completamento del padiglione di dermatologia oncologica del "Mariano Santo" (2,07 milioni); all'adeguamento di alcuni edifici del presidio "Annunziata" (12 milioni).

Catanzaro. I fondi qui investiti sono pari a oltre 29,398 milioni, necessari per il completamento dell'area emergenza del "Pugliese" ed al suo adeguamento tecnologico (oltre 9,3 milioni di euro); alle ristrutturazione e adeguamento antincendio dello stesso presidio (5,6 milioni); agli acquisti apparecchiature per "Pugliese" e "De Lellis" (4,38 milioni); al completamento lavori in entrambi i presidi (1,61 milioni); ed infine al potenziamento della radioterapia oncologica dell'Azienda (8,4 milioni).

Reggio Calabria. I progetti qui finanziati sono stati sei, per un importo di poco superiore ai 52,28 milioni di euro. Si tratta di adeguamento normativo e tecnologico dei "Riuniti" (15 milioni); del completamento del presidio "Morelli" (10 milioni); del Reparto Cardiochirurgia dei "Riuniti" (oltre 18 milioni); finanziamenti anche per la banca del cordone ombelicale e terapie cellulari (1,25 milioni); investimenti sul pronto soccorso e sul polo onco-ematologico del "Morelli" (3 milioni); ed infine realizzazione della Pet (5 milioni).

Scopelliti infine, nel corso dell'incontro, ha illustrato il contenuto di una missiva, inviata ai Ministeri della Salute, dell'Economia ed al Dipartimento della Protezione civile, nella quale si dichiara di voler autorizzare, in forza dell'Opcm 3635/2007 "il trasferimento delle risorse necessarie a carico dello stato" anche per le strutture ospedaliere di Polistena, Melito p.s., Gioia Tauro, Locri, Lamezia, Tropea, Soverato, Crotona, Vibo Valentia, Rossano, Cetraro, Castrovillari, Corigliano e Paola.

Regione Già ripartita la corsa ai posti lasciati liberi. Prova di forza interna per le correnti di Pdl e Lega

Le nuove pagelle ai manager E riparte il valzer della sanità

Dopo Pezzano lascia anche il direttore del San Paolo: via alle nomine

45

manager
tra Asl,
ospedali
e Aree in
Lombardia



Negli ultimi mesi del 2010 i manager sanitari devono essere apparsi più impegnati a difendere la poltrona in scadenza che a mandare avanti Asl e ospedali. È quello che emerge dalle pagelle consegnate ieri dal Pirellone ai 45 direttori generali della Sanità. I punteggi, assegnati con un decreto firmato dal direttore generale dell'assessorato, Carlo Lucchina, sono in diminuzione per 4 manager su 5. Una batosta, in netta controtendenza rispetto all'anno scorso quando un so-

Voti più bassi

I punteggi assegnati dalla Regione sono in diminuzione per 4 manager su 5

lo dg s'è visto ridurre il voto.

Giochi fatti: e partite politiche che ricominciano. Sono quelle che si sono aperte all'interno di Pdl e Lega per la sostituzione di manager in due posti chiave appena lasciati liberi. Uno è il San Paolo, con Andrea Mentasti (Lega), diretto alla Sacbo (la società dell'aeroporto di Orio al Serio). L'altro è l'Asl di Milano 1 dopo l'uscita di scena di Pietrogino Pezzano (Pdl in quota Paolo Berlusconi), dimissionario dopo la

mozione di sfiducia del Consiglio regionale per le foto in compagnia di due boss della 'ndrangheta.

Nella graduatoria sono in ascesa, paradossalmente, tre manager mandati in pensione con la tornata di nomine dello scorso dicembre: Alberto Scinini, Luigi Corradini e Giuseppe Spata (da marzo, a riprova delle sue capacità manageriali, nuovo subcommissario alla Sanità del Lazio). Vanno bene, poi, i vertici di ospedali periferici: Marco Votta (Valtellina), Claudio Garbelli (Melegnano), Amedeo Amadeo (Seriate), Cesare Ercole (Treviglio). Gli ultimi due dg sono stati anche riconfermati nello stesso posto per altri 5 anni. Antonio Mobilia del San Carlo e Amedeo Tropicano del Gaetano Pini sono i (super) promossi di Milano.

Al top della classifica c'è come sempre Pasquale Cannatelli, il manager del Niguarda vicino a Cl. Astro nascente della Lega appare, invece, Mara Azzi che dall'ospedale di Desenzano è stata messa alla guida dell'Asl di Bergamo: è lei la manager in quota al Carroccio con il voto più alto. I punteggi sono assegnati per il 60% sulla base del raggiungimento di obiettivi tecnici e per il 40% per il gradimento politico. Tra le voci prese in considerazione, la qualità dei servizi; la corretta

gestione economico-finanziaria; l'efficienza organizzativa; lo sviluppo dei sistemi informatici; le ristrutturazioni edilizie.

Ma adesso i riflettori sono puntati soprattutto sulle due nomine da rifare. Con ogni probabilità, non cambieranno gli equilibri politici raggiunti dopo estenuanti trattative a dicembre: il San Paolo in quota Lega, l'Asl di Milano 1 al Pdl. Ma le prove di forza interne ai partiti non mancano. Per fare uno sgambetto all'assessore alla Sanità, Luciano Eresciani, una corrente della Lega può puntare a spargliare le carte e a prendersi la poltrona dell'Asl 1. Mentre bisogna capire chi tra Cl e Pdl laico vincerà la partita per la sostituzione di Pezzano. Sono attese, in ogni caso, due *new entry*. O magari un ripescaggio come Ambrogio Bertoglio (apprezzato per le sue capacità di dialogo), fuori dal giro di valzer di dicembre.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le pagelle

Punteggio massimo 100

Asl	Voti
Mara Bonelli Lecco	88,6 ↓
Roberto Cannatelli Genova	88,5 ↓

Roberto Antonozzi Como	88,4 ↓
Franco Merlo Azzurri Mantova	88,3 ↓
Blauro Locarelli Milano Città	88,2 ↓
Emilio Inzaia Lodi	88,1 ↓
Pietro Gino Pezzano Monza e Brianza	88 ↓
Giuseppe Sciacca Brescia	87,9 ↓
Bernardo Pallecchia Milano 2	87,9 ↓
Simona Mariani Pavia	87,9 ↓
Pierluigi Zoli Varese	87,9 ↓
Luigi Bivelli Sondrio	87,8 ↓
Arnaldo Foschini Val Camonica	87,8 ↓
Roberto Testa Bergamo	87,8 ↓
Cristiano Gentì Milano 1	87,4 ↓

Aziende ospedaliere	Voti
Pasquale Cannatelli Niguarda	90,3 ↓
Francesco Benetti MIVCP	90,2 ↓
Mara Azzi Desenzano	90,1 ↓
Giuseppe Rossi Lodi	90 ↓
Andrea Merzetti Como	89,7 ↓
Ennio Dotti Legnano	89,5 ↑
Alberto Zoli AREU	89,5 ↓



CORRIERE DELLA SERA *cronaca* **Milano**

29-APR-2011

Diffusione: n.d.

Lettori: n.d.

Direttore: Ferruccio de Bortoli

da pag. 7

Walter Bergamaschi - Varese	89,3	↓
Fiergino Spaggiari - Cremona	89,3	↓
Alberto Scarni - MI/Sacco	89,1	↑
Giuseppe Calaisano - MI/San Paolo	89,1	↓
Ambrogio Bologna - Lecco	89	↓
Luigi Abboni - Crema	89	↑
Maurizio Amadori - Vimercate	89	↓
Marco Vota - Valtellina	89	↑
Luca Stucchi - Mantova	88,9	↓
Fabio Russo - Chieri	88,8	↓
Luigi Conzatti - MI/Fatebenefratelli	88,8	↑
Giovanni Michiara - Cortignone	88,8	↓
Amadeo Irodano - MI/Pini	88,8	↑
Claudio Carbelli - Madignano	88,8	↑
Luigi Santillo - Pavia	88,8	↓
Antonio Nobilia - MI/San Carlo	88,8	↑
Amadeo Arriola - Seniate	88,8	↑
Arnaldo Cocchi - Gallarate	88,3	≡
Cesare Erzide - Treviglio	88,3	↑
Carmelo Coppini - Brescia	88,2	↓
Giuseppe Costa - Monza	88,2	↑
Carlo Bonometti - Bergamo	87,9	↓
Pietro Zola - Busto Arsizio	87,9	↓

D'ARCO

Sanità La decisione è stata presa in "autotutela". Barbara Cittadini (Aiop): paghiamo argomentazioni pretestuose e infondate

Russo sospende il budget ai centri convenzionati

PALERMO. L'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, ha deciso di sospendere «in autotutela» l'efficacia del decreto con il quale viene assegnato il budget 2011 alle case di cura convenzionate.

«Si è costruita una strumentalizzazione politica e mediatica – ha detto l'assessore alla Salute – per un provvedimento amministrativo che fa parte di una precisa logica di sistema, adottato nell'interesse esclusivo degli utenti, che non favorisce in alcun modo le cliniche private e che è il frutto di approfondite riunioni e di concertazioni sindacali con tanto di verbali pubblici che chiunque può consultare. Ed è grave che a sostegno di certe tesi vengano pubblicati dati palesemente falsi che travisano la realtà».

«È necessario innanzitutto smentire i dati che sono stati pubblicati su un quotidiano – ha affermato ancora Massimo Russo -. Le case di cura convenzionate nel corso degli ultimi 5 anni hanno avuto una riduzione

ne del budget complessiva di 38 milioni di euro, pari al 7%. Si è passati, infatti, dai 499 milioni di euro del 2006 ai 461 del 2011».

L'assessore regionale alla Salute ricorda «che si è trattato delle decurtazioni imposte dal Piano di Rientro e che sono anche stati tagliati gli extrabudget che venivano generosamente concessi dai precedenti Governi regionali. Anche i convenzionati esterni hanno subito nell'ultimo triennio i pesanti tagli imposti dal Piano ed è giusto che adesso possano vedere riconosciuti i propri sacrifici: il relativo decreto sarà pronto nei prossimi giorni e probabilmente, se i due decreti fossero stati emanati contemporaneamente, non ci sarebbe stata nessuna sorpresa e nessun sospetto».

«L'aumento delle tariffe delle prestazioni per le case di cura su cui è montata un'altra incomprendibile strumentalizzazione – spiega ancora Massimo Russo – è stato concesso "una

tantum", d'accordo con le organizzazioni sindacali dei lavoratori, per consentire il pagamento ai dipendenti delle case di cura dei benefici economici contrattuali del periodo economico 2006-2010 che oltretutto gravano sulla Regione solo per il 40% mentre il restante 60% è a carico degli stessi lavoratori (20%) e delle case di cura (40%)».

«Il provvedimento è analogo a quello già adottato da numerose regioni italiane», ha concluso l'assessore regionale alla Salute.

«Spiace registrare che, in seguito ad argomentazioni pretestuose e infondate, legate ad una disinformazione sulla natura del provvedimento, l'assessore Russo sia stato costretto a sospendere, in autotutela, l'efficacia del decreto con il quale sono stati determinati gli aggregati di spesa per le case di cura per l'anno 2011, afferma Barbara Cittadini, presidente dell'Associazione italiana ospede-

rità privata, commentando la decisione

«Nessun favoritismo – ha ribadito il presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata– nei confronti della casa di cura, ma solo mistificazioni su conti pubblici, su numeri facilmente riscontrabili sulla Gazzetta della Regione siciliana. Le case di cura, al contrario di quanto si legge in dichiarazioni faziose, nel 2007 avevano un finanziamento per la media ed alta specialità, pari a 499 milioni di euro. Al termine del piano di rientro, nel 2009, questa somma si era ridotta a 442 mln. Un taglio medio di 57 milioni l'anno, applicato per un triennio, che ha messo in forte difficoltà strutture che avevano appena affrontato ingenti investimenti per l'adeguamento agli onerosi requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale».

Il coinvolgimento delle strutture sanitarie nelle inchieste. «Alla Kentron avevamo revocato l'accreditamento»

“Stretta sulle cliniche private”

L'assessore Fiore sugli scandali: “Inimmaginabili quei legami con la politica”

SORPRESA alla Regione per gli sviluppi dell'inchiesta sugli accreditamenti delle strutture sanitarie private, come Cbh e Kentron. L'assessore Tommaso Fiore: «Finora sapevamo che si indagava sul cattivo comportamento degli uffici, oggi sappiamo che s'indaga su un livello diverso». Nichi Vendola è sorpreso che tra le indiscrezioni sia finita la legge che proroga l'accreditamento della Cbh. Ed è stretta sulle cliniche: «La ragione — spiega Fiore — è che non ci sono più fondi. I privati si rivolgono alla Procura sperando di eliminare la concorrenza, a dimostrazione che non c'è solo l'uso politico della giustizia o l'uso giudiziario della politica».

PIERO RICCI A PAGINA 11

Fiore: “Stretta sulle cliniche private non immaginavo quelle commistioni”

L'assessore: “Alla Kentron avevamo revocato l'accreditamento”

PIERO RICCI

C'È SORPRESA alla Regione Puglia per gli sviluppi dell'inchiesta sulla sanità che riguardano gli accreditamenti delle strutture sanitarie private. Quelle della Cbh, il colosso della sanità privata che fa capo a Max Paganini. Come quella della Kentron. C'è sorpresa nei corridoi della Presidenza della giunta regionale, come in quelli dell'assessorato alle Politiche della salute. «Finora sapevamo che si indagava sul cattivo comportamento degli uffici, oggi sappiamo che s'indaga su un livello diverso», osserva l'assessore Tommaso Fiore.

Sull'umore non è molto diverso: il

“Ci sono poche richieste nuove e la ragione è che non ci sono più fondi”

governatore pugliese, Nichi Vendola, dicono sia sorpreso che nel turbine delle indiscrezioni sulle indagini che riguardano la sanità pugliese, sotto osservazione possa finire una legge come quella che “proroga” l'accreditamento della Cbh. Dietro quella decisione, c'è tutta una partita legata ai ritardi della ristrutturazione dell'ex ospedale “Cotugno”: di mezzo c'è la Mater Dei, la clinica occupata dall'I-

stituto oncologico e per la quale le casse pubbliche pagavano un canone alla proprietaria Cbh. Il trasferimento ritardato nella nuova sede avrebbe impedito alla Cbh di adeguare i locali occupati dall'Oncologico in tempo per l'accreditamento, da qui l'idea di barattare una proroga con la rinuncia a un contenzioso che avrebbe visto la Regione soccombere. E anche il ruolo di Nino Messina, all'epoca del fatto dirigente dell'Ares, che conversò al telefono con Mario Malcangi, il segretario dell'allora assessore alla sanità Alberto Tedesco, sul lungomare non è considerato «border line». Il manager, ancor oggi che ha lasciato la Regione per passare nel management del “Miulli”, è considerato «persona

capace e affidabile». Era tra i vertici della Casa Sollievo della Sofferenza quando approdò all'Ares. Poi dall'Ares fu promosso direttore d'area dell'assessorato alla sanità, il numero due, dopo l'assessore. È andato via anche di là per passare al “Miulli”. E una ragione dev'esserci se al suo posto oggi persiste l'interim di Ma-



Diffusione: 11.992

Lettori: 63.000

la Repubblica BARI

Direttore: Ezio Mauro

29-APR-2011

da pag. 2

rio Aulenta, il controllore del bilancio che tiene le briglie dei conti della sanità.

Così come per la Kentron, il centro di riabilitazione del Barese passato alle cronache come la struttura che ha ottenuto l'accreditamento prima di essere completato. «Forse qualcuno dimentica che quel centro è stato messo sotto sequestro dalla magistratura e dalla stessa magistratura dissequestrato», ricorda Fiore. «Dopo il dissequestro — aggiunge l'assessore — dalla Kentron è partita una seconda procedura per riottenere l'accreditamento. E secondo quanto prescrive la legge regionale ha ottenuto l'accreditamento. Quindi prima di porsi la domanda sui motivi che hanno portato al secondo accreditamento, c'è da chiedersi perché c'è stato il dissequestro».

La partita degli accreditamenti è ancora aperta. «Ci sono le strutture provvisoriamente accreditate che entro il 2012 devono completare l'iter per l'accreditamento istituzionale — osserva — ma ci sono poche richieste nuove e la ragione è che non ci sono più fondi». Lavorare con la Regione, insomma, conviene di meno. Lo sanno i vecchi accreditati che non possono più sfiorare i tetti loro assegnati, lo sanno i nuovi. E se alla fine spuntano nuovi filoni d'inchiesta, la ragione è proprio nell'esiguità delle risorse a disposizione: i privati s'ammazzano — questa la tesi dell'assessore — e si rivolgono alla procura sperando di eliminare la concorrenza a dimostrazione che «non c'è solo l'uso politico della giustizia o l'uso giudiziario della politica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidianosanita.it

Piemonte. Esenzione ticket: rinviato al 1° giugno a vvio del nuovo sistema

Slitterà di un mese l'entrata in vigore del nuovo metodo di certificazione del diritto all'esenzione per reddito del pagamento del ticket per le visite. La Regione ha spiegato che la proroga è dovuta al "controllo di alcuni aspetti organizzativi, al fine di evitare disagi burocratici, e dunque inutili disagi ai cittadini".

02 MAG - La Regione Piemonte ha deciso di rinviare al 1° giugno 2011 l'entrata in vigore del nuovo metodo di attestazione del diritto all'esenzione per motivi di reddito dal pagamento del ticket per visite ed esami. □ Secondo quanto previsto da un decreto ministeriale, al fine di combattere l'evasione in questo settore, il 1° maggio si sarebbe dovuti passare dall'attuale autocertificazione ad un sistema automatico in grado di consentire all'Agenzia delle entrate e al Ministero delle finanze di verificare che siano effettivamente coloro che appartengano alle fasce meno abbienti a non compartecipare alla spesa sulle prestazioni sanitarie. □ La Regione ha invece oggi annunciato la proroga di un mese dell'attuale sistema, spiegando che questa decisione è stata dettata dalla "necessità di verificare e mettere a punto con maggiore precisione alcuni aspetti organizzativi, anche in accordo con i medici di medicina generale, al fine di evitare disagi burocratici e disagi ai cittadini, i quali saranno tempestivamente informati delle nuove modalità non appena fissate in via definitiva".

POLITICA
e tensioni

Case di cura convenzionate Russo sospende budget 2011

Accusato di favorire le cliniche, l'assessore retrocede per «auto-tutela»

ANTONIO FIASCONARO

PALERMO. E' un «dietrofront» a tempo quello compiuto ieri dall'assessore per la Salute, Russo, che ha deciso di sospendere «in auto-tutela» l'efficacia del decreto con il quale viene assegnato il budget 2011 alle case di cura convenzionate in Sicilia. «Si è fatta una strumentalizzazione politica e mediatica - ha spiegato Russo - per un provvedimento amministrativo che fa parte di una precisa logica, adottata nell'interesse esclusivo degli utenti, che non favorisce le cliniche private e che è il frutto di approfondite riunioni e di concertazioni sindacali con tanto di verbali pubblici che chiunque può consultare. E' grave che, a sostegno di certe tesi, vengano pubblicati dati palesemente falsi che travisano la realtà».

L'assessore ha pure spiegato che «le case di cura convenzionate nel corso degli ultimi cinque anni hanno avuto una riduzione del budget complessiva di 38 milioni di euro, pari al 7%. Si è passati, infatti, dai 499 milioni di euro del 2006 ai 461 del 2011. Si è trattato delle decurtazioni imposte dal Piano di rientro e che sono anche stati tagliati gli extra-budget che venivano generosamente concessi dai precedenti governi regionali».

Anche i convenzionati esterni hanno subito nell'ultimo triennio i pesanti tagli imposti dal Piano ed è giusto che adesso possano vedere riconosciuti i propri sacrifici: il relativo decreto sarà pronto nei prossimi giorni e probabilmente, se i due decreti fossero stati emanati contemporaneamente, non ci sarebbe stata alcuna sorpresa e alcun sospetto».

Russo ha spiegato, inoltre, che «l'aumento delle tariffe delle prestazioni per le case di cura, su cui si è montata un'altra incomprensibile strumentalizzazione, è stato concesso una tantum, d'accor-

do con le organizzazioni sindacali dei lavoratori, per consentire il pagamento ai dipendenti delle case di cura dei benefici economici contrattuali del periodo economico 2006-2010 che, oltretutto, gravano sulla Regione solo per il 40%, mentre il restante 60% è a carico degli stessi lavoratori (20%) e delle case di cura (40%)».

Sembra, comunque, che il «nodo del contendere» sia quello legato alla cosiddetta continuità assistenziale. In tal senso, Russo ha pure sottolineato che «quanto alla facoltà concessa alle cliniche di svolgere attività ambulatoriale, è appena il caso di aggiungere che già ventisei case di cura erano state accreditate, in passato, per svolgere questo tipo di attività e che, al decreto, deve fare seguito un successivo provvedimento con il quale si disciplina l'attività. Tutti i provvedimenti sono perfettibili, ma non accetto l'accusa che stia lavorando per garantire gli interessi di una o dell'altra categoria e i risultati ottenuti, insieme alla credibilità nazionale che la Sicilia ha saputo conquistarsi, sono la migliore testimonianza di come abbiamo saputo riscattare l'immagine compromessa della nostra terra. La logica che ha ispirato il sistema è quella di garantire al paziente la continuità assistenziale ed evitare che sia costretto a pagare di tasca propria le visite specialistiche che precedono e spesso seguono i ricoveri nelle case di cura private: in questo modo si accorceranno i tempi di ricovero, si ridurranno le inapproprietezze dei ricoveri, sarà ampliata l'offerta al cittadino e contestualmente si ridurranno le liste d'attesa».

Sulla vicenda è intervenuta Cittadini, presidente dell'Aiop: «Spiace registrare che, in seguito ad argomentazioni pretestuose e infondate, l'assessore sia stato costretto a sospendere l'efficacia del de-

La difesa. «Sono stati pubblicati dati palesemente falsi che travisano la realtà: queste strutture, negli ultimi cinque anni, hanno subito una riduzione di risorse»



**CORRIERE
DEL VENETO**

Sanità, il buco si trasforma in utile «Evitati commissariamento e Irpef»

Attivo di 12,5 milioni, ma almeno tre dg rischiano. Zaia: «Merito del lavoro di squadra». E ora si punta a chiudere i piccoli ospedali. Il Pd: «Spese rinviate»

VENEZIA — La sanità veneta non sarà commissariata e, almeno per quest'anno, non tornerà l'addizionale Irpef. Dopo mesi di passione, a causa di un disavanzo nel terzo trimestre 2010 schizzato a 861 milioni per poi scendere a 518 nel quarto, il colpo di scena finale: i conti si chiudono con un utile di 12.521.448 euro. «Succede per la prima volta—gongola il governatore Luca Zaia, che risponderà con questi numeri alla lettera di richiamo del premier Silvio Berlusconi — è merito di un grande lavoro di squadra e del piglio manageriale con cui i direttori generali hanno lavorato per raggiungere gli obiettivi di contenimento della spesa. Sono stati tagliati i costimanon i servizi, non sono aumentati i ticket ed è rimasta la copertura di 103 milioni per le prestazioni extra livelli essenziali di assistenza. Ora il Veneto è al top nel rapporto qualità-spesa». Cinque le realtà in utile: alle Usl di Thiene, Pieve di Soligo e Treviso, già virtuose nel 2009, si aggiungono l'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, la sorpresa di Asolo, capace di recuperare oltre 21 milioni, e il record di Bussolengo, che ha azzerato un deficit di 42,5 milioni.

«**Abbiamo saputo governare una situazione difficile**— spiega Luca Coletto, assessore alla Sanità — grazie alla sinergia tra giunta, tecnici e dg. Stiamo ristrutturando un settore delicato, la sfida è di riorganizzarlo con l'approvazione del nuovo piano sociosanitario, che mira a coniugare l'eccellenza con il contenimento dei costi». Le 24 aziende hanno risparmiato un totale di 100 milioni, tirando su bollette, gare, farmaceutica, ma anche rispettando il blocco di assunzioni e investimenti imposto dal segretario della Sanità, Domenico Mantoan, deus ex machina della rincorsa. Ora però per mantenere il risultato e non ricominciare la solita via crucis, bisogna recuperare altre risorse (oltre ai 66 milioni tolti ai privati), chiudendo qualche ospedale. «Salve» le province di Padova, Treviso e Vicenza, con Venezia in bilico, la Regione punta amettere mano tra il Veronese, il Polesine e Belluno. Anche perché dal 2011 il Veneto deve cominciare a pagare il miliardo e 155 milioni di ammortamenti, dilazionati in rate fino al 2038 dal ministero dell'Economia. La prima è di 60 milioni, le successive di 44. «Ma non le verseremo a Roma — chiarisce Mantoan— bensì alle Usl, per ricapitalizzarle e consentire loro di ricominciare ad investire. Sono soldi da trovare nel bilancio regionale e da aggiungere a quelli ricevuti dal fondo sanitario nazionale. Stiamo poi rivedendo l'organico delle aziende: ad alcune sarà confermato, ad altre aumentato e a un ulteriore gruppo diminuito, ma nessun lavoratore perderà il posto, ci saranno dei trasferimenti ».

Peggio potrebbe andare ai dg che non hanno rispettato gli obiettivi: la giunta, con la delibera sul ripiano approvata ieri, ha dato mandato al presidente di adottare provvedimenti nei confronti degli inadempienti. Ora iniziano le verifiche, ma i nomi a rischio sono sempre quelli di Antonio Padoan, Adriano Marcolongo e Maria Giuseppina Bonavina, rispettivamente a capo delle Usl di Venezia, Rovigo e Verona. Pare invece rientrato l'allarme per Antonio Alessandri (Vicenza), che ha tagliato 10 milioni. La commissione Sanità chiede inoltre che vengano vietate ai direttori generali «esternazioni su ipotesi programmatiche che rischiano di alimentare un dibattito fuorviante ». Tornando agli investimenti, Zaia vi inserisce il nuovo ospedale di Padova: «Si farà, lasciamo il tempo alla commissione tecnica di operare una scelta consapevole, in termini scientifici, assistenziali e finanziari ». Un quadro generale che non convince il Pd. «Il risultato in attivo è un artificio contabile, frutto di spostamenti di spesa ad anni successivi», attacca il consigliere Claudio Sinigaglia. «Nessuno spostamento e nessuna furbata», replica Zaia.

«Sinigaglia non vincerà mai il Nobel per l'Economia—aggiunge Coletto—nel tentativo di gettare fango sullo straordinario risultato ottenuto, dice una serie di gravi inesattezze».

Michela Nicolussi Moro

30 aprile 2011

La Rassegna Stampa di FederLab Italia

SANITÀ**Budget alle cliniche private, stop al decreto**

PALERMO. L'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, ha deciso di sospendere "in autotutela" l'efficacia del decreto con il quale viene assegnato il budget 2011 alle case di cura convenzionate. «Si è costruita una strumentalizzazione politica e mediatica - ha detto - per un provvedimento amministrativo che fa parte di una precisa logica di sistema, adottato nell'interesse esclusivo degli utenti, che non favorisce in alcun modo le cliniche private e che è il frutto di approfondite riunioni e di concertazioni sindacali con tanto di verbali pubblici che chiunque può consultare. Ed è grave che a sostegno di certe tesi vengano pubblicati dati palesemente falsi che travisano la realtà. E' necessario innanzitutto smentire i dati che sono stati pubblicati sul quotidiano "La Repubblica". Le case di cura convenzionate nel corso degli ultimi 5 anni hanno avuto una riduzione del budget complessiva di 38 milioni di euro, pari al 7%. Si è passati, infatti, dai 499 milioni di euro del 2006 ai 461 del 2011».

I SOLDI DELLA REGIONE

IL TITOLARE DELLA SANITÀ PARLA DI «STRUMENTALIZZAZIONI». L'ATTO PREVEDE UN AUMENTO DEL BUDGET DEL 3%

Fondi alle cliniche private Russo sospende il decreto

● L'assessore: ma è nell'interesse degli utenti, non favorisce case di cura

Il decreto prevedeva per le case di cura private 16 milioni di euro in più rispetto al 2010 e la possibilità di aprire ambulatori specialistici. Scontro con il presidente della commissione Sanità Laccoto.

Giuseppina Varsalona

PALERMO

Marcia indietro sul decreto che prevedeva per le case di cura private 16 milioni di euro in più rispetto al 2010 e la possibilità di aprire ambulatori specialistici. All'indomani delle polemiche suscitate dalla firma del provvedimento, l'assessore alla Salute, Massimo Russo, ha ritirato il decreto. Il titolare di piazza Ziino è un fiume in piena. Non accetta le critiche e picchia giù duro. Parla di «strumentalizzazione politica e mediatica per un provvedimento adottato nell'interesse degli utenti, frutto di riunioni e di concertazioni sindacali». Il decreto della discordia, com'è già stato battezzato, prevede un aumento del budget per le case di cura del 3,2% rispetto al 2010, pari a 16 milioni di euro in più rispetto al 2010. Si passa, quindi, a 461 milioni e 975 mila euro. «Un aumento, questo, che riguarda anche gli specialisti convenzionati», sottolinea Barbara Cittadini, presidente Aiop Sicilia. Due i fronti con cui l'assessore ha dovuto fare i conti: l'accusa di favorire le case di cura convenzionate, «immuni dai tagli previsti dal Piano di rientro al contrario degli specialisti» e la questione che riguarda la possibilità per le cliniche «di erogare, all'interno del budget prestazioni ambulatoriali». Snocciola i dati Russo, perché le cliniche non avrebbero avuto nessuno sconto. «Negli ultimi 5 anni - spie-

ga - hanno subito una riduzione del budget complessiva di 38 milioni di euro, pari al 7%. Si è passati, infatti, dai 499 milioni di euro del 2006 ai 461 del 2011». Ecco qualche particolare: «Nel 2008 il taglio è stato di 55 milioni perché si è dovuto recuperare quello non operato nel 2007 dal precedente governo - continua - mentre nel 2009 sono stati dati 56,5 milioni di euro in meno». Solo nel 2010 i primi incrementi del budget «grazie agli ottimi risultati economico-finanziari conseguiti con il Piano di Rientro».

Sotto accusa anche un altro provvedimento dell'assessorato, che prevedeva un aumento del 2,2 per cento del rimborso per i ricoveri. Russo replica, dicendo che sarebbe stato concesso «per consentire il pagamento ai dipendenti delle cliniche dei benefici economici contrattuali del periodo economico 2006-2010». Quanto, invece, alla facoltà concessa

alle cliniche di svolgere attività ambulatoriale risponde la Cittadini: «Una possibilità nata dall'esigenza della Regione di assicurare la continuità assistenziale ai pazienti come previsto nei sistemi sanitari efficienti. Spiace che sia sospeso un provvedimento immaginato a garanzia di quei pazienti che oggi si confrontano con un'assistenza sanitaria frammentata ed un percorso di cura non integrato».

Un decreto, quello ritirato da Russo, che aveva fatto andare su tutte le furie anche il presidente della commissione Sanità all'Ars, Giuseppe Laccoto che, accusando Russo di non averlo informato, ne aveva chiesto il ritiro. Alla base del comportamento dell'assessore la constatazione «che questo decreto è di pertinenza assessoriale e non riguardando logiche di programmazione, non era obbligatorio l'esame della commissione». (*GVA*)



L'assessore regionale alla Sanità Massimo Russo. FOTO FUCARINI

Ritaglio ad uso esclusivo del destinatario. non riproducibile.

www.federlabitalia.com



REGIONE VENETO

Sanità

In attivo il bilancio 2010. Zaia: prima volta da sempre e senza intaccare i servizi ai veneti grazie a grande lavoro di squadra

Venezia, 29 aprile 2011

“Per la prima volta da sempre il bilancio consolidato della sanità veneta per il 2010 si è chiuso con un utile di 12 milioni 521 mila 448 euro”. Il dato definitivo è stato ufficializzato oggi dal presidente della Regione Luca Zaia, nel corso del consueto punto stampa seguito alla seduta di giunta nella quale è stata approvata la delibera di “determinazione delle risultanze contabili del bilancio consolidato del servizio sanitario regionale per l’esercizio 2010”.

“Un risultato eccezionale – ha commentato Zaia – dal quale consegue che quest’anno non ci sarà l’addizionale Irpef e non dovrà scattare alcun commissariamento nazionale nei riguardi del Veneto, come da tempo e da più parti paventato. L’abbiamo ottenuto – ha aggiunto il presidente – con un grande lavoro di squadra, per il quale vanno ringraziati prima di tutto l’assessore alla sanità Luca Coletto, il segretario regionale alla sanità Domenico Mantoan, i tecnici regionali, i direttori generali delle Ullss, ciascuno dei quali ha dato il proprio contributo lavorando con impegno sulla definizione dei precisi indirizzi operativi per il contenimento della spesa loro assegnati”. “Tutto questo – ha detto Zaia – senza toccare nemmeno uno dei servizi offerti ai veneti, senza disporre dell’addizionale Irpef, senza aumenti dei ticket sanitari, ed erogando 103 milioni di prestazioni extra Livelli Essenziali di Assistenza”. “Ora affrontiamo nuove sfide – ha aggiunto Zaia – come il varo del nuovo piano sociosanitario regionale oramai imminente, ma oggi il messaggio è forte e chiaro: la sanità veneta è nelle regioni al top per quanto riguarda il rapporto tra qualità dei servizi e loro costi. E’ in buona salute e pronta a ricoprire il suo ruolo di best practice a livello nazionale”.

“Da subito – ha detto da parte sua Coletto – abbiamo adottato una linea di massima trasparenza e di totale coinvolgimento dei direttori generali in un cammino difficile, ma portato a compimento con risultati obiettivamente straordinari. Ora – ha aggiunto – ci concentriamo sulla riforma del sistema sanitario veneto, che punterà a renderlo più moderno, più rispondente alle necessità di salute della popolazione, ed ancora più attento all’ottimizzazione della spesa”. La delibera approvata oggi conferisce peraltro allo stesso Zaia il mandato di verificare il rispetto, da parte dei direttori generali, dei limiti di costo assegnati dalla Giunta regionale e di adottare i provvedimenti conseguenti. Zaia e Coletto hanno posto anche l’accento sulla partita degli ammortamenti e sulla ricapitalizzazione delle aziende sanitarie per la parte riguardante gli investimenti, che verrà attuata in forza dell’accordo del marzo scorso raggiunto con il ministero dell’economia, al tavolo di monitoraggio nazionale sull’andamento della spesa sanitaria nelle Regioni (il cosiddetto “tavolo Massicci”). L’accordo prevede che il totale degli ammortamenti non sterilizzati accumulatisi dal 2001 ad oggi, pari ad 1 miliardo 150 milioni di euro, venga spalmato in rate annuali dal 2011 al 2038. Per il 2011 la rata sarà di 60 milioni, le altre saranno di 44 milioni all’anno. Si tratta di fondi che non dovranno essere reperiti all’interno del fondo sanitario nazionale, ma all’interno del bilancio regionale, e che verranno progressivamente riassegnati alle aziende per ricapitalizzare la loro capacità d’investimento.

Data:
domenica 01.05.2011

IL GIORNALE
DELL'UMBRIA

Estratto da Pagine

LA NOVITÀ

Esami e ticket, giro di vite sull'esenzione

PERUGIA - Entra in vigore oggi ma sarà operativa da domani la norma secondo la quale dovranno essere i medici che prescrivono l'esame specialistico e ratificare l'esenzione del paziente dal pagamento del ticket. Un giro di vite per cercare di arginare un'emorragia che ogni anno fa uscire dalle casse del sistema sanitario nazionale centinaia di migliaia di euro. L'esenzione dal pagamento degli esami specialisti viene garantita a chi non supera una determinata soglia di reddito oppure a chi si affetto da particolari patologie che richiedono l'effettuazione di analisi specialistiche. E' malcostume piuttosto diffuso quello di comunicare il proprio regime di esenzione al momento della prenotazione dell'esame al Cup, anche in assenza dei requisiti necessari, soprattutto per quanto riguarda la soglia del reddito. Da domani, invece, entreranno in vigore le nuove procedure secondo le quali non basterà più una autocertificazione per ottenere l'esenzione dal pagamento del ticket per visite ed esami specialistici. Esenzione che dovrà invece essere specificata sulla ricetta e firmata dal medico. Anche se su questo punto, i sindacati di categoria hanno acceso un momento di profondo confronto, sottolineando che dovrebbero essere le Asl a controllare e non i medici di base.