

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 08.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Balduzzi: "Più appropriatezza, per evitare che cali la fiducia nella qualità dei servizi sanitari"

In un momento in cui siamo in presenza di un temuto rallentamento della crescita, è indispensabile fare dell'appropriatezza il faro che illumina tutta la materia della sanità, evitando che il contenimento della spesa comporti un venir meno della fiducia nella qualità dei servizi

07 FEB - Pubblichiamo ampi stralci dell'editoriale del ministro della Salute **Renato Balduzzi**, appena pubblicato sull'ultimo numero della rivista dell'Agenas, Monitor.

È fuori di ogni dubbio che il nostro dettato costituzionale attribuisca una centralità e una forza speciale al diritto alla salute, laddove, nell'articolo 32, viene espressamente riconosciuto come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, ed è opportuno sottolineare che si tratta dell'unico diritto che viene definito come tale in tutto il dettato costituzionale, a conferma del realismo, oltre che della saggezza, del nostro costituente, ben consapevole dell'importanza del bene salute nella vita personale e collettiva.

La legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, i decreti di riforma del 1992 e del 1993 e la riforma attuata con il d.lgs n. 229 del 1999 (da leggersi in controluce con il nuovo assetto costituzionale determinato dalla revisione costituzionale del 2001), rappresentano, visti nel loro complesso, un percorso articolato, ricco di modifiche e arricchimenti, volto a definire sempre meglio ciò che era stato sancito nel dettato costituzionale.

Il nostro Servizio sanitario "garantisce la tutela del diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana" e, senza dubbio, si può ravvisare proprio nel rispetto di questi principi la sua bontà di fondo.

Ma, nonostante queste ottime premesse, come tutte le macchine che marcano da tanto tempo a pieno regime, il sistema sanitario necessita di opportuni interventi di manutenzione.

Questi interventi saranno al centro del rinnovo del Patto per la salute, dove si potrà sperimentare ancora una volta l'intesa e l'accordo di leale collaborazione fra il Governo e le Regioni su come tenere insieme un buon servizio sanitario (che eroghi prestazioni di qualità) con il problema delle risorse.

Essenziale in proposito è il ruolo del criterio di appropriatezza: è dimostrato che la stessa prestazione, effettuata con una modalità di erogazione più appropriata (penso, ad esempio, al regime di day hospital piuttosto che a quello di ricovero), determina non solo un miglior risultato e minori rischi, ma anche una maggiore efficienza organizzativa e un minore costo.

In un momento in cui siamo in presenza di un temuto rallentamento della crescita, è indispensabile fare dell'appropriatezza il faro che illumina tutta la materia, evitando che il contenimento della spesa comporti un venir meno della fiducia nella qualità dei servizi. Altrimenti, si ridurrebbe il grado di soddisfazione del cittadino in modo considerevole, come accade in presenza di un razionamento delle prestazioni, dell'allungamento dei tempi di attesa o di un'eccessiva compartecipazione alla spesa.

In quest'ottica, è importante l'attuazione del federalismo fiscale, portando a compimento il processo di federalismo sanitario, per fare in modo di assicurare un equilibrio tra le prestazioni e i costi.

Per inciso, occorre ricordare che l'attuazione del federalismo fiscale in materia sanitaria si colloca nell'ambito

dell'articolo 119 della Costituzione, ed, emblematicamente, l'articolo 19-ter del decreto legislativo n. 229 del 1999 già delineava, in un contesto riformatore, l'idea di federalismo sanitario.

Anche per quanto concerne, poi, i Piani di riqualificazione e di rientro, previsti per le Regioni che si trovano in condizione di deficit sanitario, occorre garantire un sempre maggiore equilibrio tra profilo economico finanziario e qualità dei servizi.

Si tratta, in sostanza, di adempiere ad un impegno che le Regioni si sono assunte, in una forma nuova di governo condiviso della sanità.

È fondamentale, inoltre, migliorare le regole ed il rapporto che esiste tra valutazione politica e vertici sanitari: una costante manutenzione del sistema prevede, fra l'altro, di operare – in accordo con le competenti Commissioni parlamentari – per l'individuazione di regole trasparenti e chiare per una corretta relazione tra professionista sanitario e paziente, in particolare sui temi dell'alleanza terapeutica e della giustizia riparativa.

Rivedere le regole significa anche lavorare per una maggiore trasparenza delle nomine politiche perché, se è vero che in sanità, probabilmente, alcune nomine di ispirazione politica non possono essere evitate, esse devono, tuttavia, essere più trasparenti e rispondere a requisiti più precisi.

Un discorso a parte merita il percorso di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, i Lea, che ormai da diverso tempo sono oggetto di revisione. Anche in questo caso, si tratta di ricorrere ad un intervento di manutenzione, portando a termine il completamento dei cosiddetti nuovi Lea: essi consentiranno di assicurare una risposta coerente ai bisogni sanitari in un regime di equilibrio finanziario e di risorse che sono già state ridotte.

Ciò vuol dire che, inevitabilmente, alcuni livelli diventati costosi e obsoleti si perderanno, ma, nello stesso tempo, se ne acquisteranno di nuovi, evitando che per ogni nuovo bisogno si intervenga episodicamente, ma operando all'interno di un ragionamento complessivo che alla fine consenta il soddisfacimento del bisogno e l'equilibrio dei conti.

In questo quadro, dovranno certamente entrare a far parte dei nuovi LEA altre malattie rare, la disabilità, le nuove emergenze che si sono manifestate in sanità in questi ultimi anni.

Nel compiere questa operazione sarà inevitabile che qualcosa debba essere ripensato, senza ridurre le garanzie ma, appunto, salvaguardando l'appropriatezza.

Renato Balduzzi

Ministro della Salute

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Emilia Romagna. Giunta conferma Ripa Di Meana come Dg dell'Ausl di Bologna

La proposta sarà ora sottoposta per il parere formale all'Ufficio di presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna. Lusenti: "Abbiamo proposto il rinnovo per la valutazione positiva del lavoro fatto".

07 FEB - La giunta regionale dell'Emilia-Romagna ha proposto di confermare per altri quattro anni come direttore generale dell'Azienda Usl di Bologna Francesco Ripa Di Meana. Medico, 61 anni, Ripa Di Meana è a capo dell'Azienda Usl bolognese dal 2008. La proposta della giunta sarà ora sottoposta per il parere formale, come previsto dalla prassi, all'Ufficio di presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna; il decreto di nomina verrà poi adottato dal presidente della Regione Vasco Errani.

"Abbiamo proposto il rinnovo dell'incarico per la valutazione positiva del lavoro fatto durante il primo mandato - ha commentato l'assessore alle Politiche per la salute **Carlo Lusenti** -. Siamo certi che il dottor Ripa Di Meana saprà continuare nel percorso positivo avviato nei rapporti con le istituzioni locali, nella valorizzazione della collaborazione dei professionisti, sempre al fine di migliorare i servizi ai cittadini. Resta obiettivo centrale anche la collaborazione in ambito di Area vasta e quindi con le altre Aziende sanitarie della provincia di Bologna e di Ferrara".

Tra gli obiettivi di mandato indicati dalla delibera per il direttore generale dell'Azienda Usl di Bologna, ci sono il consolidamento della rete ospedaliera provinciale in una logica di sistema, la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute, la garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso azioni di rimodulazione dell'offerta e appropriatezza prescrittiva, il completamento e l'attivazione degli interventi già previsti dal Programma straordinario investimenti in sanità (con particolare riferimento al padiglione G dell'Ospedale Bellaria di Bologna). Alla direzione generale è chiesto poi di predisporre un piano per il miglioramento della complessiva efficienza gestionale, da definire in sinergia con le altre Aziende sanitarie dell'Area metropolitana, da sottoporre alla giunta regionale entro il 31 maggio 2012, con l'approvazione precedente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. A Ripa Di Meana è poi chiesto di garantire l'equilibrio economico-finanziario assicurando il rispetto del vincolo di bilancio, così come annualmente definito dalla giunta regionale in sede di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale.

Nato a Roma nel 1951, Francesco Ripa Di Meana è medico specialista in medicina del lavoro e in statistica e programmazione socio-sanitaria. Dopo una lunga esperienza di direzione di progetti di collaborazione internazionale in Brasile e in Mozambico per conto dei ministeri Affari Esteri e Sanità, ha assunto la direzione di Aziende sanitarie in Lazio e in Emilia-Romagna: prima direttore generale dell'Azienda Usl di Piacenza per sei anni, e successivamente, negli ultimi quattro anni, direttore generale dell'Azienda Usl di Bologna.



Patto tra Regioni. Lavori in corso su farmaci e Lea

DI REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 7 FEBBRAIO 2012

Sono previsti dalla manovra estiva varata dal governo Berlusconi i nuovi ticket annunciati per le Regioni con i conti in rosso che non centeranno gli obiettivi di risparmio previsti dai piani di rientro dal deficit. Nuovi ticket che attualmente sono al vaglio della Conferenza Stato-Regioni che, nel nuovo Patto per la Salute, intende mitigare la portata del provvedimento e graduare l'intensità della compartecipazione al reddito delle famiglie oltre che rimettere in moto il cantiere di un servizio sanitario da parametrare non solo sui tagli ma anche sulla nuova griglia dei Lea (Livelli essenziali di assistenza).

Il livello di finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato viene incrementato dello 0,5 per cento nel 2013 e dell'1,4 per cento nel 2014, fissando così a priori il tetto massimo al quale potrà arrivare il finanziamento nei primi due anni di applicazione dei costi standard sanitari che scatteranno proprio a partire dal 2013. Qualora non si dovesse raggiungere un'Intesa tra Stato e Regioni la manovra specifica le quote percentuali e le aree di risparmio. Per il 2013, il 30 per cento dei risparmi si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 40 per cento dagli interventi sulla spesa farmaceutica, un altro 30 per cento dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici. Per il 2014, invece, la parte del leone è affidata ai nuovi ticket che dovranno da soli garantire il 40 per cento dei risparmi. Per il resto il 22 per cento si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 20 per cento dagli interventi sulla spesa della farmaceutica territoriale, il 15 per cento dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici e il restante 3 per cento da altre misure sul personale.

I tagli, rispetto ai mancati aumenti, del fondo nazionale ammontano dunque a 7,5 mld.

Per la Campania la scure è di circa 750 milioni (10%) che dovrebbe scattare dal 2014 mentre già dal 2012 potrebbe sfumare la copertura di 486,5 milioni per la mancata introduzione del ticket di 10 euro sulle ricette per le visite specialistiche e la diagnostica (introdotto nel 2007 ma mai applicato).

Attualmente l'esborso è di 56 euro, (36 di base più 10 euro decisi a livello nazionale e altri 10 euro decisi su scala regionale). A partire dal 2013 è prevista dunque l'introduzione di nuovi ticket anche sui farmaci e sui codici bianchi al pronto soccorso aggiuntivi a quelli già esistenti (50 euro per i codici bianchi in Pronto soccorso e 3,5 euro su ricetta e farmaci).

Le Regioni potranno in ogni caso adottare provvedimenti di riduzione se trovano alternative che rispettino l'equilibrio economico-finanziario. Sempre per la farmaceutica, entro il 30 giugno 2012 dovrà essere emanato un regolamento, su proposta del Ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze, che definisca le procedure per porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale sfioramento del tetto di spesa nella misura massima del 35% (oggi lo sfioramento della farmaceutica ospedaliera è totalmente a carico delle Regioni).

In assenza del regolamento l'Aifa, dovrà rimodulare il tetto per la farmaceutica territoriale al 12,5% della spesa complessiva (anziché al 13,3% attuale) il cui sfioramento è oggi a carico delle aziende farmaceutiche in base al comportamento prescrittivo delle regioni con il miglior risultato sui generici. A decorrere dal 1 gennaio 2013 si sarà anche un tetto di spesa massima pari al 5,2 per cento della spesa complessiva per l'acquisto dei dispositivi medici e per le protesi sanitarie a carico del Ssn.

FederLab Italia

La sanità In attesa del commissario, Caropreso e Annunziata promuovono uno screening sui costi del personale

Svolta all'Asl, il Pdl scarica Bortoletti

**Ultimatum del cavese Baldi
«Risposta ai cittadini
entro la fine di febbraio»**

Alessio Fanuzzi

Un altro giorno senza Maurizio Bortoletti, il 47esimo da quando il commissario straordinario dell'Asl ha lasciato gli uffici di via Nizza. Mentre i subcommissari Caropreso e Annunziata continuano a lavorare per garantire la gestione ordinaria della prima azienda sanitaria d'Italia, crescono i malumori per il mancato insediamento bis del colonnello dei carabinieri in attesa del nulla osta dal ministero della Difesa. Dopo i ripetuti attacchi del centrosinistra, anche nel Pdl c'è chi comincia a storcere il naso. Il primo è il consigliere regionale Giovanni Baldi, da sempre considerato vicino al presidente della Provincia Cirielli di cui fu anche assessore alla Sanità prima dello sbarco a palazzo Santa Lucia. «Entro la fine di febbraio dobbiamo dare una risposta ai cittadini», avverte Baldi pur esprimendo apprezzamento per la gestione della coppia Caropreso-Annunziata. «Ma i subcommissari sono vincolati alla presenza del commissario», continua il consigliere di Cava de' Tirreni chiedendo al governatore Caldro di «decidere entro la fine di febbraio chi sarà il successore di Bortoletti». Se non è la fine della luna di miele tra il colonnello di Padova e Cirielli poco ci manca. Certo, «se Bortoletti torna ci fa piacere», ammette Baldi, ma la sensazione è che anche l'ala salernitana del Pdl abbia scaricato il commissario fantasma tanto che il segretario generale della Fp Cgil Arturo Sessa esulta perché «anche il Pdl ha finalmente preso coscienza che la sanità è stata

abbandonata al proprio destino».

Con o senza il colonnello, la macchina organizzativa dell'Asl procede senza sosta: in attesa del vertice di oggi con il presidente di Federfarma Accarino, Caropreso

e Annunziata hanno chiesto un'anticipazione di cassa alla tesoreria dell'azienda. Al tavolo con i farmacisti, i subcommissari cercheranno un'intesa per mettere fine alla sospensione del servizio Cup e scongiurare la serrata. «Attiveremo la procedura dello sciopero se non avremo risposte certe e impegni precisi», avverte però Accarino.

Nel planning quotidiano delle due sigle della sanità, poi, è previsto anche l'incontro con l'azienda ospedaliera per lo scambio di informazioni sulla dotazione organica. C'è da fare uno screening del personale, in particolare di quello transitato dall'Asl all'ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, passaggio necessario alla definizione del conto economico in discussione a Napoli e che a breve dovrà essere presentato ufficialmente alla Regione prima e al ministero della Salute poi. Sempre in tema di bilancio, sono ancora in sospenso le informazioni sulle sopravvenienze passive, i fondi di accantonamento e il costo del personale. In particolare, c'è stata un'anticipazione di cassa per gli ospedali satelliti dell'azienda ospedaliera tra Cava de' Tirreni, Mercato San Severino e Castiglione di Ravello c'è stata un'anticipazione di cassa e bisogna pareggiare i conti tra Asl e azienda così da facilitare la messa a punto delle informazioni da fornire venerdì in Regione.

Sempre a Napoli, è stata avviata la fase istruttoria della questione Salerno che ha portato all'istituzione di un tavolo di crisi. Rappresentanti della dirigenza medi-

ca e del comparto di Smi, Fials e Cisl hanno predisposto insieme ai funzionari regionali il fascicolo contenente la documentazione che sarà discussa al tavolo con Coppola e Caldro. Gran parte di questa documentazione riguarda le delibere firmate da Bortoletti in qualità di commissario straordinario dell'Asl sui trasferimenti in entrata, la designazione di consulenti e il conferimento di incarichi dirigenziali.

(ha collaborato Simona Paolillo)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



”
L'affondo
 Il consigliere regionale all'attacco: non possiamo più aspettare il nulla osta del colonnello

FederLab Italia

Meno visite per la crisi Si studia il ticket a rate



VENEZIA — Sempre più veneti a causa della crisi rinunciano a curarsi perchè non possono permettersi il ticket su visite ed esami. Gli ambulatori hanno

registrato un calo nelle prenotazioni del 10%-12%, perciò le Usl chiedono alla Regione se sia possibile rateizzare il ticket. «Chiederò ai miei tecnici di verificare», dice l'assessore Coletto. Intanto i medici di base hanno ritirato lo sciopero in programma per domani.

A PAGINA 6 Nicolussi Moro

Il caso Boom di domande di esenzione. Ma lo Stato impone 25 euro ai codici verdi e 48 ai bianchi

Crisi, i veneti chiedono il ticket a rate La Regione: «Studiamo come fare»

Troppo cari i nuovi balzelli, negli ambulatori crollano le prenotazioni

VENEZIA — E' uno dei risvolti più tristi della crisi: sempre più veneti non riescono a pagare il doppio ticket su visite ed esami (36,15 euro di base più 10 per ricetta), perciò non si curano. Emerge da un monitoraggio condotto dalla Regione a partire dallo scorso 8 agosto, giorno in cui sono entrati in vigore i nuovi balzelli su specialistica (la giunta Zaia l'ha ridotto a 5 euro per i redditi inferiori a 29 mila euro) e Pronto soccorso (25 euro ai codici bianchi). Tutti gli ambulatori hanno registrato un calo di prenotazioni del 10%-12%, soprattutto nelle zone più colpite dalla chiusura di fabbriche e aziende, come le province di Venezia e Treviso.

«Disoccupati, cassintegrati e in genere una fascia di popolazione che va allargandosi non possono permettersi di versare 50, 60, 90 euro per una serie di accertamenti, perciò rinunciano — conferma Giampaolo Fagan, direttore dell'Anisap, sigla degli ambulatori convenzionati —. Sono diminuite anche le sedute di fisioterapia: il carico dei 10 euro sulla specialistica è pesante. E così tanti malati preferiscono tirare avanti con i farmaci, che sono a carico del Servizio sanitario nazionale. Oppure non ritirano i referti. Le Usl possono rivalersi inviando a casa dell'inadempiente il conto della prestazione completa, ma noi dovremmo tentare causa e non conviene, troppe spese. L'unica autotutela è di chiedere il pagamento in anticipo, al momento della prenotazione».

L'altra soluzione, proposta dai pazienti, è di poter onorare la tariffa a rate o alla fine del mese, quando arriva lo stipendio. Diverse Usl, con Mirano e Adria in testa, hanno chiesto alla segreteria regionale della Sanità

se sia possibile introdurre la rateizzazione, ma non sarà

COMPUTIME

semplice, la legge parla chiaro: il ticket va versato subito. «Io non mi arrendo — dichiara l'assessore alla Sanità, Luca Coletto — chiederò ai miei uffici di trovare un sistema per offrire questa possibilità ai cittadini in difficoltà. Oggi si compra tutto a rate, il servizio pubblico deve adeguarsi alla nuove necessità della gente, anche perchè la salute è un diritto universale. Le ultime manovre governative la stanno privatizzando ma per me le cure vanno garantite a ogni utente, a maggior ragione a quelli più fragili. E poi il Veneto ha sempre dato tanto per pagare i debiti delle altre Regioni — insiste Coletto — ora è giusto che protegga le proprie fasce deboli. Faccio fare subito un controllo per verificare la possibilità di consentire il pagamento dilazionato del ticket».

I tecnici della Sanità sono al lavoro su altri due fronti: la concessione di nuove esenzioni (le richieste dalla scorsa estate sono aumentate in modo esponenziale) e la selezione di una serie di cure odontoiatriche da garantire in ospedale a prezzi calmierati. Quest'ultimo è un progetto firmato proprio da Coletto, in risposta alle tante famiglie costrette a rinunciare a portare i bambini dal dentista per l'alto costo delle prestazioni.

Interventi-tampone che però si scontrano con l'ennesima mazzata sferrata da Roma. Lo scorso 28 dicembre una nota del ministero della Salute impone alle Regioni di fare cassa introducendo il ticket di 25 euro anche sui codici verdi al Pronto soccorso. Il Veneto aveva già approvato una delibera che prevede questa opzione solo per i pazienti classificati come codici verdi in

FederLab Italia

entrata ma trasformati in bianchi in uscita, ma l'ennesimo diktat governativo ha costretto Palazzo Balbi a una «deviazione». L'allegato della delibera del 29 dicembre scorso prevede 25 euro a carico dei codici verdi, per un incasso stimato dal ministero in 14.069.663 euro, che rientrano nei 110.134.385 euro richiesti al Veneto per quest'anno. Le altre voci che compongono l'importo totale sono appunto i ticket sulla specialistica e nuove tariffe per la Radiologia. «Nello stesso provvedimento specifichiamo di aver impugnato davanti alla Consulta tutti i nuovi balzelli — precisa Coletto — in attesa di sentenza dobbiamo rispettare le disposizioni centrali, altrimenti siamo a rischio Corte dei Conti».

Ma Roma ha tirato le orecchie alla Regione anche per un altro escamotage, quello di far pagare ai codici bianchi 25 euro di «sanzione» e basta, ritenuti già com-

pressivi dei 23 euro di visita. Il ministero la ritiene una pratica illegale, quindi invita la giunta Zaia, per ora decisa a resistere, a sommare le due voci, portando la gabello a carico dei codici bianchi a 48 euro. «Sì, così poi la gente oltre a non andare a farsi visitare eviterà anche il Pronto soccorso, creando enormi problemi di salute pubblica — sbotta Giuseppe Cicciù, presidente regionale del Tribunale del Malato, che sta elaborando un documento con una serie di richieste da depositare a Palazzo Balbi —. E' roba da terzo mondo costringere i malati a pagare, per di più nella terra della tanto decantata eccellenza. Invece di perdere tempo a parlare di ospedali hub e spoke, la Regione corra ai ripari prima che succeda la catastrofe».

Michela Nicolussi Moro

Il trend

I convenzionati: «Molti rinunciano a curarsi, tirano avanti con i farmaci o non ritirano i referti»



Visite e ticket



36,15 euro
TICKET DI BASE



TICKET SULLA SPECIALISTICA

10 euro per i redditi maggiori o uguali a 29.000 euro;
5 euro per i redditi inferiori a 29.000 euro



7.962.991
NUMERO RICETTE ROSSE IN VENETO ALL'ANNO

per un incasso ticket di 79.629.910 euro

PRESTAZIONI: tra ambulatoriali e ospedaliere il Veneto ne fornisce 60 milioni l'anno

IN CALO: dalla scorsa estate le prenotazioni per visite ed esami di laboratorio hanno subito un calo del 10%-12%



TICKET SUL PRONTO SOCCORSO

25 euro i codici bianchi
25 euro i codici verdi

COMPUTIME

Palazzo Balbi
tra i malati
e il governo



Oggi tutto si paga a rate, il servizio pubblico deve adeguarsi alle esigenze di gente che, come noi, ha sempre compensato i debiti del resto d'Italia

Luca Coletto assessore alla Sanità

FederLab Italia

Liste di attesa da record
per le visite specialistiche

► a pagina 17

*Per eseguire l'Ecodoppler bisogna aspettare 106 giorni
Due mesi prima di poter fare un'ecografia all'addome*

Liste di attesa, tempi record in Valtiberina

► **VALTIBERINA**
Tre mesi e mezzo o anche quasi due per eseguire una visita ambulatoriale.

Sono questi i tempi di attesa rispettivamente per sottoporsi ad una visita specialistica Ecocolordoppler, ecomammaria e Pneumologica, presso le strutture della Usl8 in Valtiberina.

Un tempo lunghissimo e inaccettabile per gli utenti. Secondo la tabella dei tempi di attesa (aggiornata al primo febbraio) per eseguire le visite ambulatoriali spiccano alcune criticità già conosciute e altre nuove.

Per eseguire un Ecocolordoppler arterioso venoso in Valtiberina si attendono 106 giorni, il dato più alto di tutta la provincia (12 giorni in Valdichiana, 10 in Casentino, 7 in Valdarno e 6 ad Arezzo).

Per un'ecomammaria si attendono invece 103 giorni (il peggiore assieme al Casentino con 170, 27 in Valdarno, 25 Valdichiana ed Arezzo) e per un'ecoaddome se ne attendono 55 giorni (dato più alto assieme al casentino con 60, 29 in Valdarno, 10 Valdichiana e Arezzo).

Per una visita Pneumologica si attendono invece 50 giorni, anche

questo il dato più alto della provincia (45 in Valdarno, 40 in Casentino, 25 ad Arezzo, 5 in Valdichiana). Un calvario per chi ha necessità di eseguire le prestazioni e che si vede costretto a rivolgersi ad uno specialista privato. C'è però anche un altro fatto del tutto nuovo. Al Cup della Valtiberina si accettano prenotazioni solo per prime visite pneumologiche, non per controlli (si intende controllo dopo un anno dalla prima visita, ndr) per i quali l'utente si deve recare con l'impegnativa del medico di famiglia ad Arezzo al distretto socio-sanitario in via Guadagnoli.

A Sansepolcro l'unico pneumologo disponibile è presente solo il venerdì e se qualcuno avesse un'urgenza dovrà contattare il medico di famiglia che valuterà la reale necessità e contatterà a sua volta lo pneumologo. Ma nel caso in cui il controllo sia solo di routine, sembra non ci sia scampo: il soggetto dovrà recarsi ad Arezzo.

Gli utenti dal canto loro sono davvero infuriati. "E chi non avesse auto e nemmeno qualcuno che lo possa accompagnare? E gli anziani cosa fanno? - si chiede la gente -. Dovrebbero prendere l'auto-

bus per Arezzo e poi il bus per il istretto. Una cosa assurda. Ancora una volta la nostra zona viene colpita e svantaggiata".

Vi sono anche altri esami la cui lista di attesa oscilla intorno ai due mesi scarsi, come Ecoaddome con 55 giorni (60 in Casentino, 9 Valdarno e 10 Valdichiana e Arezzo) e Gastroscofia con 45 giorni (70 ad Arezzo, 60 in Valdarno e 40 in Casentino e Valdichiana); alta l'attesa anche per la visita urologica per cui bisogna attendere 40 giorni, dato più alto della provincia (15 giorni in Valdarno e Valdichiana, 10 in Casentino e 5 ad Arezzo).

Nel quadro non certo confortante, ci sono però anche alcuni dati incoraggianti come quello per eseguire una colonscopia che, nonostante si attenda oltre un mese, 35 giorni per l'esattezza, è assieme alla Valdichiana con 25 giorni il dato

più basso della provincia (120 giorni in Arezzo, 70 e 80 in Valdarno e Casentino).

Nel complesso comunque si tratta di criticità importanti che l'azienda sanitaria dovrà risolvere quanto prima, e in modo definitivo. ◀

Monia Mariani



FederLab Italia

SANITÀ. I laboratori contavano nel Bresciano 23 punti prelievo ed eseguivano 6,5 milioni di esami l'anno. A gennaio l'acquisizione da parte del gruppo leader in Europa

«Fleming» diventa «Synlab» e si espande

Dopo aver consolidato la posizione in Lombardia, la società ha mosso i primi passi verso Verona e Firenze. Poi toccherà al Lazio e alla Puglia

Lisa Cesco

Era Fleming, ora è Synlab: hanno cambiato insegna, i laboratori di analisi che sulla nostra provincia contano 23 punti prelievo e oltre 6,5 milioni di esami l'anno. Tecnicamente si chiama «re-branding», operazione che ha preso il via all'inizio del 2012 dopo l'acquisizione di FlemingLabs da parte del gruppo Synlab, leader in Europa nei servizi di diagnostica di laboratorio, con quartier generale in Germania e 260 sedi sparse in 20 Paesi.

Per Synlab Italia, forte di un fatturato di 60 milioni di euro, il nuovo anno segna anche l'avvio di una fase di espansione fuori dalla Lombardia - dove sono presenti gli ambulatori storici di Brescia, Milano, Como, Lecco, Bergamo e Monza -, per costruire un network nazionale nella diagnostica di laboratorio. I primi passi si sono mossi su Verona e Firenze, con due laboratori che sono entrati a far parte del gruppo, men-

tre le prossime mosse interessano il Lazio e la Puglia.

Nonostante la crisi, la scelta è chiara: investire risorse in Italia, con l'acquisizione di laboratori regionali riconosciuti su cui implementare il modello organizzativo del gruppo, garantendo elevati standard di qualità.

La nostra città avrà un ruolo preminente nella costruzione del network, perché «Brescia si svilupperà come "laboratorio-core", punto di riferimento nazionale negli esami di alta specialistica, in grado di offrire un ampio ventaglio di tipologie analitiche e di ricevere campioni da esaminare provenienti da tutta Italia», spiega Giovanni Gianolli, ceo di Synlab Italia.

Con questo obiettivo ci si concentrerà sul know-how e sulle competenze, sfruttando le specializzazioni maturate in allergologia, anatomia patologica, biochimica, biologia molecolare, istologia e citologia, immu-

nometria, ematologia, farmacologia e conferma droghe, tossicologia e fertilità.

GIÀ OGGI, DEGLI OLTRE 6,5 milioni di esami l'anno eseguiti nel centro Synlab bresciano, oltre la metà sono effettuati nell'ambito del service di laboratorio per più di 800 clienti costituiti da altri laboratori privati o laboratori di cliniche e ospedali collocati sull'intero territorio nazionale. Con la fusione nel network di Synlab, inoltre, saranno disponibili 6mila tipologie di analisi, grazie ai collegamenti attivati con gli altri laboratori internazionali (il servizio di medicina di laboratorio di Synlab è accreditato con il servizio sanitario della Regione Lombardia). Anche dal punto di vista occupazionale Brescia ricopre un ruolo centrale, dando lavoro a circa 350 persone sulle 700 totali impiegate in Italia da Synlab.

«Da Londra a Dubai, i laboratori del gruppo avranno le me-

desime modalità di accettazione e refertazione, per evitare differenze interpretative che possono derivare da metodiche e strumenti di analisi diversi - dice Roberto Colombo, direttore medico di Synlab Italia. -. Obiettivo da perseguire sarà la totale uniformità». ●

Brescia
sarà un punto di riferimento nell'alta

specialistica

GIOVANNI GIANOLLI
AMMINISTRATORE DELEGATO

Da Londra a Dubai, le stesse modalità di accettazione e refertazione

ROBERTO COLOMBO
DIRETTORE MEDICO SYNLABITALIA



FederLab Italia

SEVERINO (UNIONE INDUSTRIALI): «REGIONE IMMOBILE, 500 MILIONI DI CREDITI, 100 AZIENDE IN BILICO»

Sanità privata al collasso: 4mila posti a rischio

di Mario Pepe

NAPOLI. Sanità privata, centinaia di imprese rischiano il collasso. A lanciare l'allarme è il presidente della Sezione Sanità dell'Unione industriali di Napoli, Giovanni Severino, che punta l'indice contro la Regione colpevole, a suo dire, di «immobilismo sul fronte della risoluzione del debito pregresso». Secondo l'imprenditore «nel solo 2011 il Governo centrale ha stanziato per la sanità in Campania più di nove miliardi e mezzo di euro. A quanto ammontano le risorse inviate all'Asl Napoli 1? Continuano ad essere insufficienti rispetto al fabbisogno?». Severino si chiede anche «chi è il responsabile dei mancati pagamenti alle centinaia di imprese private accreditate della città di Napoli, che effettuano circa quattro milioni di prestazioni annuali e lamentano ben 500 milioni di crediti non riscossi?». E ancora: «Chi sarà il responsabile del fallimento del comparto, con la chiusura di centinaia di aziende e la conseguente perdita di quattromila posti di lavoro?». A giudizio dell'esponente dell'Unione industriali partenopea, si registra «la totale mancanza di erogazioni da parte dell'Asl Napoli 1 e l'immobilismo della Regione

Campania sul fronte della risoluzione del debito pregresso». Di qui un timore: «La cosiddetta razionalizzazione della spesa sanitaria avrà come esito dei fallimenti, visto che è tutto tranne che un piano di rientro dal debito». Severino, per questo, rivolge «insieme a tutti gli altri vertici delle principali associazioni rappresentative delle imprese del settore un appello al buonsenso: evitiamo che la cattiva gestione delle risorse pubbliche continui a distruggere una parte vitale del tessuto produttivo locale». A puntualizzare cifre e numeri, onde rassicurare le imprese, è il subcommissario Achille Coppola: «Per quanto riguarda l'Asl Napoli 1, per il mese di febbraio sono stati stanziati 50 milioni più altri 99 che dovrebbero assicurare il saldo delle competenze. Tra l'altro, il commissario Mario Morlacco sta procedendo ad una revisione del piano di riparto che, così com'è ora, in effetti produce delle penalizzazioni per la Napoli 1. Tra l'altro, un paio di settimana fa a Roma c'è stato un incontro proprio sul piano di rientro al termine del quale c'è stato l'impegno, entro un termine non

superiore ai quattro mesi, ad erogare un miliardo e mezzo di fondi». Intanto, Anna Petrone, vicepresidente della commissione Sanità del consiglio regionale, chiede che «si attivi in tempi brevi un tavolo interistituzionale tra tutte le istituzioni a diverso titolo coinvolte per favorire, dopo la decisione di chiudere gli Opg in tutta Italia, un graduale e dignitoso inserimento dei pazienti nelle Sir dei Dipartimenti di Salute mentale e delle Asl». L'esponente del Pd pone l'accento sulla vicenda dopo la decisione del Parlamento di chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari nel 2013 ed al relativo contenzioso che in questi giorni vede protagonisti il Comune di Salerno e la Asl. «La decisione della chiusura degli Opg va accolta con grande soddisfazione - è l'opinione della Petrone - in tal modo verrebbe risolta una grave ingiustizia. Su Salerno mi sono già espressa e sono favorevole ad un graduale inserimento di questi pazienti nelle Sir dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Asl». **Il subcommissario Coppola: «Per quanto riguarda l'Asl Napoli 1, per il mese di febbraio sono stati stanziati 50**

milioni più altri 99 che dovrebbero assicurare il saldo delle competenze. E da Roma c'è l'impegno ad erogare un miliardo e mezzo»





Roma: nota struttura sanitaria evade il fisco, 3 denunce

CLINICA ROMANA EVADE FISCO – Anche i migliori sbagliano, nota clinica capitolina evade il fisco. Di stamane la notizia diramata in una nota dalle **Fiamme gialle** che una delle cliniche più rinomate della capitale ma soprattutto dell'Italia avrebbe **evaso il fisco** per un importo complessivo pari ai 14 milioni di euro. Ad aver eseguito gli accertamenti la Guardia di Finanza romana. Al momento il nome della struttura sanitaria non è noto, unica cosa certa è che tre persone sono state denunciate.

Nello specifico l'indagine ha rivelato che la clinica, nonostante i rimborsi da parte di **Asl e Comune di Roma**, non ha adempiuto agli obblighi di dichiarazione ai fini delle imposte sui redditi (oltre 14 milioni di euro), dell'Iva e dell'Irap (oltre 2,5 milioni di euro), tanto meno al versamento all'Erario delle relative imposte. L'**accusa** rivolta nei confronti dei tre denunciati è quella di false comunicazioni agli organi sociali, omessa presentazione delle dichiarazioni fiscali e indebita compensazione di imposte. Qualche giorno fa il direttore generale dell'Agenzia delle Entrate, **Attilio Befera**, ha annunciato la sua lotta senza tregua all'evasione fiscale e presentato i nuovi strumenti per stanarla. I controlli fiscali sui contribuenti saranno ancora più numerosi e approfonditi, mentre il nuovo redditometro, annunciato nei mesi scorsi, sarà operativo dal prossimo giugno.

L'Agenzia delle Entrate ha in programma verifiche più mirate e frequenti, perché **"l'idea che i controlli possano scattare in ogni momento spinge i contribuenti a una maggiore onestà fiscale"**, ha spiegato Befera. Inoltre, "con il controllo dei conti bancari può partire la grande svolta. Ormai siamo in grado di verificare la posizione di tutti – ha continuato il direttore dell'Agenzia delle Entrate -. Dopo le dichiarazioni dei redditi di giugno scatterà un'operazione di controlli massivi".



Regione, vertice sui costi della sanità, Rixi (Lega): “Gestione carente, nessun controllo qualità”

Genova. “Sono usciti dei dati interessanti, alcuni si conoscevano, altri no. Il vero problema è che l'accordo che la sanità ligure vuol fare con le aziende convenzionate è viziato da alcuni aspetti”.

Così Edoardo Rixi, capogruppo della Lega Nord in Regione Liguria, fa il punto sul vertice che si è tenuto oggi a palazzo Fieschi. Argomento del dibattere è stata la sanità della nostra regione. Alla riunione, presenti il presidente Burlando, l'assessore alla Salute Montaldo, il presidente della giunta Monteleone e numerosi consiglieri di maggioranza ed opposizione, si è discusso principalmente di costi e di convenzioni con le aziende private. E proprio lì Rixi punta il dito: “Non si capisce come mai nella gestione diretta dei posti letto, ad esempio sulla disabilità o sugli anziani, la gestione diretta costi sei o sette volte di più rispetto a quella convenzionata. Eppure molto spesso i posti convenzionati non vengono assegnati da parte delle Asl, che preferiscono gestire i posti direttamente oppure inviare persone fuori dalla regione”.

“Manca – conclude Rixi – un controllo qualitativo sulle prestazioni delle aziende sanitarie convenzionate e bisognerebbe ampliare le convenzioni ed il mercato. Insomma, controllare che ci sia una qualità omogenea su tutto il territorio regionale. Non c'è alcun criterio di premialità”.

Un esempio per tutti, conclude Rixi: “Consideriamo la situazione del centro trapianti del San Martino. L'intenzione della giunta è quella di ridimensionare la struttura per usarla per trapianti molto complessi. Sono molto critico su questo. Il problema vero, ancora una volta, è che manca una efficace gestione dei costi ed un adeguato controllo qualità”.

La sanità e il *Fiscal Compact*. Un'occasione "obbligata" per ridefinire i Piani di rientro

Il recente nuovo trattato europeo sulle politiche fiscali imporrà all'Italia scelte forti, anche nel settore della salute. A partire dalla capacità di riqualificare realmente spesa e servizi locali. In primo luogo nelle regioni sottoposte a Piano di rientro dal deficit sanitario

07 FEB - Gli impegni assunti in sede comunitaria, tra i quali l'insediamento nella Costituzione del pareggio di bilancio e il ripianamento progressivo del debito pubblico - che saranno entrambi sanzionati in caso di inadempienza con le misure previste nel nuovo Trattato UE (fiscal compact) - impongono un cambio radicale nelle politiche delle salute.

Un'esigenza non più trascurabile sarà, quindi, quella di incidere sensibilmente sui comportamenti delle regioni, troppo diverse nel governo della spesa sanitaria. Una aspettativa del federalismo fiscale con i suoi costi standard che entreranno in vigore il 2013.

Ci vorrà, pertanto, uno scatto di reni che non ha eguali nel sistema della salute, super impegnato con i cosiddetti piani di rientro, cui sono sottoposte 10 regioni che contano oltre 29 milioni di cittadini, pari a circa la metà della popolazione nazionale. Tutto questo senza contare quell'altra parte del Paese che arranca nel quadrare i propri bilanci e che ha verosimilmente "addolcito" qualche deficit di troppo allo scopo di apparire virtuosa.

Ci sarà un bel da farsi per il governo Monti, impegnato com'è in un difficilissimo percorso di recupero della posizione debitoria della Repubblica, peraltro rendicontata per difetto. Vuoi per il debito non ancora emerso dall'universo degli enti locali. Vuoi per le passività delle società partecipate sottaciute ai vari livelli istituzionali. Vuoi, infine, per le minusvalenze plurimilionarie che emergeranno a seguito della dismissione dei derivati, attraverso i quali una parte ben individuata del sistema bancario ha imbrogliato le istituzioni, stante una burocrazia spesso colpevole. In una simile situazione diventa insopportabile ogni improvvida esecuzione delle politiche salutari da parte delle regioni. La eccessiva tolleranza di ieri, consentita da controlli - anche ministeriali - non propriamente all'altezza dei loro compiti, dovrà segnare il passo in favore di un rinsavimento gestionale che si renda garante di un corretto governo della spesa. Propedeutica a tutto questo sarà certamente la programmazione, quella vera, che (ahinoi!) ha lasciato da tempo il posto alle aride politiche di ripianamento.

Dunque, ci sarà bisogno di trasformare gli attuali piani di rientro del deficit/debito pregresso in tipici strumenti pianificatori di ampio respiro, così come originariamente intesi dal legislatore del 2004, che li ha nominalmente definiti programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei servizi sanitari regionali. Insomma, all'attuale logica squisitamente ragioneristica dovrà subentrare una nuova, attraverso la quale dovrà essere l'investimento in ammodernamento a fungere da strumento produttivo di una maggiore economicità e di un migliore servizio. Il tutto magari assistito da una agenzia nazionale, cui potere affidare la gestione del debito pregresso, proprio per questo abilitata ad essere parte essenziale in un instaurando processo di negoziazione del dovuto.

Un modo per ridare protagonismo al servizio pubblico e assicurare la migliore produttività godibile per la collettività in termini di percezione dei Lea da rideterminarsi. Ma anche per dividere il problema di ieri dal progetto del domani ed esprimere correttamente le valutazioni relative sulle responsabilità.

Solo così, investendo oggi per ottimizzare il SSN, si avrà modo di realizzare quella sanità normale, uniformemente diffusa e forte delle necessarie eccellenze.

Il governo Monti, forte com'è dei suoi saperi, saprà vincere la sfida e rendere godibile una sanità intelligente e finanziariamente sostenibile. Ovviamente qualche sacrificio in più a carico dei (molto) abbienti sarà inevitabile.



Sanità, debito irrisolto: in vista decine di fallimenti

DI ETTORE MAUTONE – MERCOLEDÌ 8 FEBBRAIO 2012

Al palo il piano dei pagamenti per i fornitori di beni e servizi. Gianni Severino, presidente della sezione di settore degli industriali punta il dito contro Asl Na 1 e Regione

Il nodo irrisolto della Sanità regionale è il piano dei pagamenti per l'azzeramento del debito pregresso. Un piano che riverbera anche sui conti della spesa corrente visto che la tendenza ad accumulare mensilità non pagate ai fornitori di beni e servizi permane nonostante il ruolino di marcia del piano di rientro dal deficit. Una papata bollente che ricade soprattutto nelle mani delle imprese sanitarie che operano con la Asl Napoli 1 centro. Dopo farmacisti e centri di riabilitazione a scendere in campo è Confindustria Napoli.

"Nel solo 2011 il Governo centrale ha stanziato per la sanità in Campania più di 9 miliardi e mezzo di euro – avverte Gianni Severino, presidente della sezione sanità dell'associazione". A quanto ammontano le risorse inviate dalla Regione all'Asl Napoli 1 Centro? si chiede Severino. Quel che è certo è che tra stanziamenti ordinari e finanziamenti straordinari le rimesse regionali per le Asl metropolitana continuano ad essere insufficienti rispetto al fabbisogno. Chi è il responsabile dei mancati pagamenti alle centinaia di imprese private accreditate della città di Napoli, che effettuano circa 4 milioni di prestazioni annuali e lamentano ben 500 milioni di crediti non riscossi? Chi sarà il responsabile del fallimento del comparto, con la chiusura di centinaia di aziende e la conseguente perdita di quattromila posti di lavoro? i dilemmi di Severino che dipinge una situazione a tinte nerissime per il settore. Uno scenario che registra la totale mancanza di erogazioni da parte dell'Asl Napoli 1 e l'immobilismo della Regione Campania sul fronte della risoluzione del debito pregresso. Per Severino la cosiddetta razionalizzazione della spesa sanitaria avrà come esito i fallimenti. E' tutto tranne che un piano di rientro dal debito. "Rivolgo – conclude – insieme a tutti gli altri vertici delle principali associazioni rappresentative delle imprese del settore, un appello al buon senso: evitiamo che la cattiva gestione delle risorse pubbliche continui a distruggere una parte vitale del tessuto produttivo locale".

La Regione è consapevole. Il presidente della Regione Stefano Caldoro dal suo blog rilancia la proposta del fondo di garanzia nazionale.

I ritardi delle Asl

- Napoli 1 Centro: 1.676 Giorni
- Az. Osp. S. Sebastiano Di Caserta: 1.414
- Az. Osp. Univ. Federico II 1.321
- Az. San. Loc. Di Salerno 1.157
- Az. San. Loc. Napoli 2 Nord 992
- Az. San. Loc. Di Caserta 937
- Az. Osp. Ii^ Uds Di Napoli 802
- Az. Osp. V. Monaldi E Cotugno 768
- Az. Osp. Osp. Riun. S.G Dio-R. D'aragona 745
- Az. Osp. Cardarelli 682
- Az. San. Loc. Napoli 3 Sud 673
- Irccs I.N.Tumori Fond. G. Pascale 519
- Asl Benevento 1 469
- Az. Osp. Santobono – Pausilipon 434
- Azienda Sanitaria Locale 349

- Az. Osp. S. Giuseppe Moscati 156
- Az. Osp. G. Rummo 106

Le prime due aziende peggiori pagatrici della Campania sono anche fanalino di coda in Italia. Nel 2011 i tempi medi di pagamento delle fatture dei fornitori in Campania sono di 771 giorni contro i 299 della media italiana

FederLab Italia

Le proposte di Assobiomedica per saldare le fatture inevase: nel 2011 attese di 307 giorni

«I debiti del Ssn pagateli così»

La Camera vota la delega: sei mesi per risolvere il nodo dei ritardi

FORNITORI

Le industrie biomedicali riunite nell'associazione di Assobiomedica provano a tirarsi fuori dal baratro degli eterni tempi di attesa a cui sono condannate in Italia dove nel 2011 in media ci sono voluti oltre 300 giorni per farsi pagare una fattura. E così per rientrare dei 5,5 miliardi che le Regioni devono alle associate di Assobiomedica arrivano quattro proposte già inviate al premier **Mario Monti** e al ministro dello Sviluppo economico **Corrado Passera**: dalla dismissione degli immobili dello Stato o delle Regioni all'assegnazione di titoli non negoziabili, dalla trasformazione dei contributi in crediti d'imposta al ricorso alla Cassa depositi e prestiti.

Secondo Assobiomedica i tempi medi di pagamento si sono attestati nel 2011 a 307 giorni di media, 10 in più rispetto all'anno prima e 15 in più nei

confronti del 2009. E con due Regioni che si confermano leader delle fatture dimenticate nei cassetti: la Calabria con 974 giorni, il Molise con 903. Il record dei record è comunque dell'Asl di Crotona: a ottobre 2011 rimborsava le imprese fornitrici dopo 1.582 giorni.

«La nostra proposta - ha dichiarato il presidente di Assobiomedica, **Stefano Rimondi** - è innanzitutto quella di ricercare insieme con il Governo e con le Regioni un punto d'intesa». «Se si volesse agire con l'assegnazione di titoli - spiega a esempio Rimondi - si potrebbe pensare a emissioni dedicate, a breve scadenza, non negoziabili così le imprese creditrici potrebbero monetizzare con istituti finanziari convenzionati con il ministero dell'Economia, che potrebbero costituirli in garanzia collaterale alla Bce ottenendo i finanziamenti all'1% già in atto».

Assobiomedica nel documento inviato al Governo suggerisce che il rientro dei debiti

accumulati potrebbe avvenire anche con ricorso ad altri strumenti: «Si potrebbe destinare - spiega l'Associazione di Confindustria - una parte della prevista operazione di dismissione del patrimonio pubblico al rimborso di parte del debito verso i fornitori, attraverso la costituzione di un fondo immobiliare che emetterebbe titoli garantiti dal patrimonio conferito, con assegnazione di una quota del ricavato al pagamento dei debiti». Da considerare anche una «spending review» dei cosiddetti contributi alla produzione in modo che una parte di questi, esclusi quelli destinati ai servizi essenziali, «possa essere trasformata in crediti d'imposta».

Assobiomedica suggerisce infine come quarta opzione il coinvolgimento della Cassa depositi e prestiti a cui vendere un pacchetto di partecipazioni azionarie di controllo di società detenute dall'Economia. La Cassa - spiegano da Assobiomedica - grazie all'incremento patri-

moniale «potrebbe attivare una leva finanziaria per pagare l'acquisto allo Stato. Questo a sua volta impiegherebbe la somma nell'acquistare suoi titoli sul mercato, creandosi spazio per l'emissione di nuovi titoli il cui ricavato sarebbe destinato ai creditori».

Il pressing di Assobiomedica per arginare le eterne attese nei pagamenti arriva proprio mentre la Camera ha approvato una modifica al Ddl comunitaria che concede sei mesi di tempo al Governo per recepire la direttiva Ue che abbrevia i tempi per saldare le fatture. Nel decreto delegato che dovrà essere scritto si dovrà disciplinare la materia rispettando però

quanto previsto da Bruxelles: per pagare merci e servizi la Pa avrà 30 giorni di tempo o al massimo 60 in «casi eccezionali» per i debiti di Asl e ospedali.

Marzio Bartoloni

Le quattro opzioni suggerite da Assobiomedica
L'assegnazione di titoli a breve scadenza

Pensare a emissioni dedicate, a breve scadenza, non negoziabili. Le imprese creditrici li potrebbero monetizzare con istituti finanziari convenzionati con il ministero dell'Economia, che potrebbero costituirli in garanzia collaterale alla Bce ottenendo i finanziamenti all'1% già in atto

La costituzione di un fondo immobiliare

Destinare una parte della prevista operazione di dismissione del patrimonio pubblico al rimborso di parte del debito verso i fornitori, attraverso la costituzione di un fondo immobiliare che emetterebbe titoli garantiti dal patrimonio conferito, con assegnazione di una quota del ricavato al pagamento dei debiti

La trasformazione dei contributi in crediti d'imposta

La proposta di Assobiomedica è che una parte dei contributi alla produzione, facendo salvi quelli destinati al sostegno di servizi essenziali, può essere trasformata in crediti d'imposta

L'intervento della Cassa depositi e prestiti

Vendere alla Cassa depositi e prestiti un pacchetto di partecipazioni azionarie di controllo di importanti società detenute dal ministero dell'Economia. La Cassa, grazie all'incremento patrimoniale, potrebbe attivare una leva finanziaria per pagare l'acquisto allo Stato. Questo a sua volta impiegherebbe la somma nell'acquistare suoi titoli sul mercato, creandosi spazio per l'emissione di nuovi titoli il cui ricavato sarebbe destinato ai creditori

Ritardatari e virtuosi

Regione	Azienda	Giorni attesi
LE PEGGIORI		
Calabria	Az. San. Prov. Crotone	1.582
Campania	Az. San. Loc. Napoli I Centro	1.484
Campania	Az. Osp. S. Sebastiano di Caserta	1.363
Campania	Az. Osp. Univ. Federico II Napoli	1.297
Calabria	Az. Osp. di Cosenza	1.242
Media Italia ottobre 2011		304
LE MIGLIORI		
Trentino A.A.	Asl Brunico	69
Lombardia	Az. Osp. Bolognini Seriate (Bergamo)	70
Lombardia	Az. Osp. Osp. Maggiore Crema	76
Lombardia	Az. Osp. Desenzano del Garda (Desenzano)	77
Lombardia	Az. Osp. Luigi Sacco Milano	79

Fonte: Assobiomedica 2012

I giorni di ritardo: confronto dicembre 2010-dicembre 2011 e scoperto a dicembre 2011

Regioni	Dic. 2011	Dic. 2010	Δ	Scoperto dic. 2011 (000 €)	% scoperto
Valle d'Aosta	106	105	1	5.762	0,1
Piemonte	282	228	54	436.103	8,0
Liguria	199	167	32	133.957	2,5
Lombardia	113	108	5	295.696	5,4
Trentino A.A.	85	75	10	26.674	0,5
Veneto	278	262	16	450.197	8,2
Friuli V.G.	99	73	26	49.110	0,9
Emilia R.	287	263	24	452.597	8,3
Toscana	259	198	61	310.339	5,7
Marche	157	93	64	80.023	1,5
Umbria	149	150	- 1	47.611	0,9
Abruzzo	199	204	- 5	112.492	2,1
Molise	903	763	140	114.255	2,1
Lazio	396	402	- 6	690.726	12,6
Campania	795	745	50	932.386	17,1
Basilicata	146	127	19	23.823	0,4
Puglia	350	312	38	424.652	7,8
Calabria	974	858	116	459.005	8,4
Sicilia	296	264	32	287.424	5,3
Sardegna	312	255	57	132.346	2,4
Italia	307	278	29	5.465.179	100,0

▶ Uomini e Salute ◀

Direzione sanitaria: a Caserta c'è Paternostro

Franco Bottino, manager dell'ospedale San Sebastiano completa la squadra che lo affiancherà per tre anni nel governo dell'azienda ospedaliera. Tra oggi e domani le altre Asl

Tra oggi e domani si completa, con la indicazione dei direttori sanitari e amministrativi, la squadra di vertice di sette Asl guidati da manager di nuova nomin. Ieri l'ultima decisione del direttore generale dell'ospedale San Sebastiano di Caserta Franco Bottino che designa alla direzione sanitaria **Diego Paternostro**, (in quota Pdl area **Paolo Romano**, presidente del consiglio regionale che in Terra di Lavoro vede il proprio bacino elettorale). Una decisione che riequilibra la situazione dopo la fuga in avanti del manager della locale Asl **Paolo Menduni** che una settimana fa designa al vertice sanitario **Gaetano Danzi**, espressione di una scelta autonoma che Menduni rivendica in nome di una designazione, quella che lo ha portato dalla Capitale al vertice di una Asl Campana, che risponde sì a logiche politiche ma su scala nazionale (Menduni è espressione dell'area ex An Pdl che si riconosce nel sindaco di Roma **Gianni Alemanno**).

Paternostro prevale su **Franca Cosima Cincotti** (in quota Udc) primario in pensione di Anestesia e rianimazione dell'azienda ospedaliera, ex docente universitario e in passato sub-commissario sanitario dell'Asl di Caserta che a questo punto sembra fuori dai giochi.

La nomina di Paternostro a Caserta segue a ruota a quella di **Luigi Patrone**, in quota Udc alla direzione amministrativa. Patrone è una vecchia conoscenza della sanità campana per essere stato a lungo a capo della direzione amministrativa del Cardarelli all'epoca della direzione generale affidata ad **Enrico Iovino** e per essere stato, nel 2008, al vertice della direzione amministrativa della Asl Napoli 1 (durante la direzione di **Giovanni Di Minno**). Nomine che si intrecciano a doppio filo con le scelte che, a stretto giro, entro un paio di giorni è pronto a compiere il manager della Asl Napoli 3 sud **Maurizio D'Amora**: qui alla direzione sanitaria dovrebbe approdare quasi certamente **Giuseppe Russo** (in quota Pdl, Noi Sud). Non c'è incertezza sulla direzione amministrativa.

I manager in scadenza

Azienda	Direttore Generale	Direttore sanitario	Direttore amministrativa
• Asl Napoli 1:	Maurizio Scoppa	Ermesto Esposito	Carlo Bruno
• Asl Napoli 2 nord:	Giuseppe Ferraro	Agnese Iovino	Nicola Cantone
• Asl Napoli 3 sud:	Maurizio D'Amora	(da nominare)	(da nominare)
• Asl Caserta:	Paolo Menduni	Gaetano Danzi	(da nominare)
• Asl Salerno:	Maurizio Bortoletti	Sara Caropreso	Merisa Annunziata
• Asl Avellino:	Sergio Florio	(da nominare)	(da nominare)
• Asl di Benevento:	Michèle Rossi	(da nominare)	(da nominare)
• Ospedale di Avellino:	Giuseppe Rosato	(da nominare)	(da nominare)
• Ospedale di Benevento:	Michèle Rossi	(da nominare)	(da nominare)
• Ospedale di Caserta:	Franco Bottino	Diego Paternostro	Luigi Patrone
• Cardarelli	Rocco Granata	Patrizia Caputo	Daniela Giurazza
• Santobono	Anna M. Minicucci	Enrico De Campora	Salvatore Guetta
• Monaldi-Cotugno-Cto	Antonio Giordano	Antonella Troplano	Nicola Silvestri
• Ospedale Rummo	Nicola Boccalone	(da nominare)	(da nominare)
• Ruggi di Salerno	Attilio Bianchi	Virginia Scafarto	Lucia Musti
• Aou Federico II	Giovanni Persico	(da nominare)	(da nominare)
• Aou Sun	Pasquale Corcione	Maurizio Di Mauro	Elio Costa
• Pascale	Tonino Pedicini	Sergio Lodato	Loredana Cici

A Salerno e Napoli ci sono ancora commissari in carica fino al prossimo luglio

ACCREDITAMENTI - Tornano le autocertificazioni.

Desta una dura reazione politica la notizia anticipata dal *Denaro* relativa alle modifiche in arrivo alla legge regionale licenziata a fine anno. Il decreto attuativo della struttura commissariale mette da parte le certificazioni riasciute dalle Asl relative ai titoli necessari per presentare le istanze e riepuma la prassi dell'autocertificazione disciplinata dalle norme per la semplificazione amministrativa.

A puntare il dito è **Vincenzo D'Anna** (nella foto) parlamentare del Pdl deputato di Popolo e territorio e presidente dell'associazione di categoria Federlab Italia. "Ai cronici ritardi dei pagamenti, al persistente deficit del bilancio sanitario, alla mancata attuazione del piano ospedaliero regionale si aggiunge una nuova pagina fatta di confusione e di approssimazione nelle procedure per l'accreditamento definitivo delle strutture sanitarie private" - tuona D'Anna che è anche componente della commissione Affari sociali di Montecitorio.



Asl di Avellino, task-force per la semplificazione

Semplificazione procedure, l'Asl Avellino istituisce un gruppo di lavoro formato da esperti in materia. Il fine è quello di snellire e velocizzare i processi inerenti gli atti e le prestazioni erogate. L'azienda sanitaria irpina, guidata dal direttore generale **Sergio Florio** (nella foto a lato) intende in questo modo produrre uno strumento che sia in grado di modernizzare e semplificare i rapporti tra pubblica amministrazione, cittadini e imprese nella direzione dettata dai nuovi provvedimenti in materia varati dal governo. L'Asl Avellino, quindi, ritiene indispensabile e necessario semplificare tempi e modalità di intervento per definire in maniera omogenea i percorsi interni, nonché i raccordi tra cittadini e l'Asl stessa, tra gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di servizi pubblici o privati. Gli ambiti che saranno coinvolti saranno principalmente quelli riguardanti il



dipartimento di Prevenzione, che ha un maggiore impatto con l'utenza, e quelli che regolano i raccordi con le strutture sanitarie e sociosanitarie che operano nell'ambito territoriale. Il gruppo di lavoro istituito dall'Asl Avellino sarà coordinato da **Lorenzo Labate** (nella foto a destra) dirigente dell'Asl Napoli 1. Nominati, poi, altri tre componenti del gruppo di lavoro: ne faranno parte **Arnaldo Falato**, dirigente dell'Asl Benevento, **Maria Luisa Pascarella** e **Alessandra Antocicco**, entrambe dirigenti dell'Asl Avellino. Tale commissione, in prima istanza, redigerà gli atti di indirizzo e successivamente formulerà proposte organizzative e migliorative anche nell'ottica dell'emanazione, a breve, del nuovo atto aziendale. Il gruppo di lavoro, inoltre, potrà avvalersi del contributo tecnico degli operatori aziendali afferenti ai servizi di volta in volta interessati.

