

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 08.06.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

► Regione. 8 ◀

Privati, pagamenti Asl: via libera di Morlacco

Parte oggi all'indirizzo delle Asl una nota della Regione per il pagamento, entro il 20 giugno, del fatturato relativo alla mensilità di gennaio 2011. In pista anche la modifica, a stretto giro, del decreto commissariale n. 24 del 2011 per il corretto calcolo del valore medio per prestazione (case mix).

È ancora - per la macroarea di specialistica ambulatoriale - il calcolo del costo medio per prestazione da assegnare alle singole strutture e da riferire al valore medio calcolato per la branca specialistica di appartenenza di ciascuna struttura accreditata. Sono queste le principali novità che emergono dal tavolo regionale che si è concluso poco fa a Palazzo Santa Lucia tra il sub-commissario **Mario Morlacco** e le associazioni di categoria dei centri sanitari provvisoriamente accreditati. Sotto la lente della struttura commissariale anche le procedure per il trasferimento delle

L'accordo in pillole

- **Stipula dei contratti:** effettuato entro il 31 maggio 2011
- **Pagamenti:** acconto di gennaio del 2011 entro il 20 giugno con successivi acconti, del 70 per cento, mese per mese, fino a dicembre
- **Debito pregresso:** da definire entro giugno attraverso un apposito tavolo tecnico e una modulistica standardizzata che dovrà essere utilizzata da ciascun centro accreditato
- **Nuovo decreto:** apposito decreto commissariale che integrerà in lo schema contrattuale contenuto nei decreti n. 23, 24 e 25 del 2011

In caso di mancato rispetto del presente accordo per tre mensilità consecutive, è istituito sin d'ora un Tavolo paritetico di confronto

strutture provvisoriamente accreditate, il monitoraggio delle prestazioni di Odontoiatria e la modifica dei requisiti per l'autorizzazione delle strutture private specializzate per l'effettuazione delle indagini tossicologiche sui lavoratori.

Riguardo al trasferimento delle strutture provvisoriamente accreditate quelle già in esercizio, ovvero munite del decreto di autorizzazione sindacale (delibera 7.301 del 2001) provvisoria-

mente accreditate, possono trasferirsi in ambiti territoriali diversi compresi nell'azienda sanitaria locale, fatto salvo la comunicazione alla Asl e alla Regione per la dovuta notifica del trasferimento effettuato. Per le prestazioni di Odontoiatria il tavolo tecnico previsto dalla delibera n. 97 del 2011 per il monitoraggio ed il calcolo delle prestazioni odontoiatriche sarà integrato con il rappresentante delle associazioni di categoria delle strutture di odon-

toiatra e del Sumai (specialisti esterni). Riguardo, infine, alle droghe di abuso ed esami tossicologici, in pista la modifica della delibera n. 133 del 12 aprile scorso. Modificato l'atto deliberativo n. 133 del 2011 riguardante la definizione dei requisiti per l'autorizzazione delle strutture private specializzate per l'effettuazione delle indagini tossicologiche sui lavoratori. Il protocollo operativo è contenuto nella delibera n. 1.448 del settembre del 2009. "I laboratori di analisi saranno distinti in due livelli - avverte **Vincenzo D'Anna** (Federlab) - il primo relativo alle determinazioni di screening e il secondo con laboratori di secondo livello che possono eseguire determinazioni di screening e successive analisi di conferma, ovvero analisi quantitative delle droghe di abuso aventi valore di conferma del test di screening

Et. Mau.



Sanità, centri privati: entro giugno sblocco ai pagamenti

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 7 GIUGNO 2011

Il pagamento, entro il 20 giugno, del fatturato relativo alla mensilità di gennaio 2011. La modifica, a stretto giro, del decreto commissariale n. 24 del 2011 per il corretto calcolo del valore medio per prestazione (case mix). E ancora – per la macroarea di specialistica ambulatoriale – il calcolo del costo medio per prestazione da assegnare alle singole strutture e da riferire al valore medio calcolato per la branca specialistica di appartenenza di ciascuna struttura accreditata. Sono queste le principali novità che emergono dal tavolo regionale che si è concluso poco fa a Palazzo Santa Lucia tra il sub-commissario Mario Morlacco e le associazioni di categoria dei centri sanitari provvisoriamente accreditati. Sotto la lente della struttura commissariale anche le procedure per il trasferimento delle strutture provvisoriamente accreditate, il monitoraggio delle prestazioni di Odontoiatria e la modifica dei requisiti per l'autorizzazione delle strutture private specializzate per l'effettuazione delle indagini tossicologiche sui lavoratori.



Ammortizzatori sociali, alla Campania prima tranche di 60 mln

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 7 GIUGNO 2011

E' stato siglato a Roma dal ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Maurizio Sacconi e dall'assessore al Lavoro della Regione Campania Severino Nappi, l'accordo per l'anno 2011 sugli ammortizzatori sociali in deroga a favore dei lavoratori in cassa integrazione e in mobilità della Campania. L'accordo, preceduto da un'intesa regionale con tutte le parti sociali, che ha stabilito nuove linee guida di gestione del sostegno al reddito, integrandole anche con forme di riqualificazione e ricollocazione dei lavoratori, stabilisce l'erogazione a favore della Campania di una prima tranche di 60 milioni di euro da parte dello Stato. Complessivamente si è previsto il trasferimento di almeno 120 milioni di euro.

IL DENARO.it

Buco Asl, 248 mln da recuperare entro giugno



REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 7 GIUGNO 2011, POSTATO IN:

Superato lo scoglio del rating ed evitato il declassamento del merito di credito della Campania (certificato da parte dell'agenzia internazionale Standard & Poor's) l'inversione di marcia del debito e la riduzione dello sbilancio (con una spesa sanitaria in calo dell'1,6 per cento) lasciano ben sperare per i conti di Asl e ospedali campani da qui al 2012.

Standard & Poor's prevede che la Campania "ridurrà fortemente il numero dei contenziosi sul fronte del debito sanitario al fine di normalizzare, entro il 2012, il flusso dei pagamenti ai fornitori". Di più: "La Campania conterrà la crescita della spesa corrente entro il tetto dello 0,4 per cento annuo tra il 2010 e il 2012 rispetto ad una crescita media annua pari al 3,9 per cento tra il 2006 e il 2009, principalmente per effetto del controllo della spesa sanitaria". Il nodo da sciogliere dei conti in rosso della sanità resta, dunque, quello dei pignoramenti che creananche ingenti residui passivi e un disallineamento tra il dato di cassa e quello contabile.

IL DISALLINEAMENTO

Il disallineamento tra il dato di cassa reale (conto corrente) della Regione ed il saldo contabile (legale) è un fenomeno legato ai ritardi nelle regolarizzazioni delle carte contabili. Il fatto dunque è che la tesoreria "contabile" non coincide con la tesoreria "reale" a causa di pagamenti per i quali occorre verificare accuratamente la sussistenza delle ragioni di credito. In considerazione dell'entità del fenomeno, tale variazione avrebbe influenzato l'avanzo di amministrazione e quindi gli equilibri del bilancio dell'Ente. Per ovviare a questo problema la prassi adottata è stata l'inserimento di passività di pari importo (residui passivi), a partire dal 2003, in modo da azzerare l'effetto finanziario del progressivo depauperamento della cassa.

PIANO DI RIENTRO

Proprio sul fronte caldo della spesa sanitaria la giunta regionale è impegnata, ai tavoli romani, ad un serrato confronto con i due ministeri vigilanti (Salute e Finanze) per garantire la liquidità necessaria per riallineare la cassa con i pagamenti". Misure che hanno comportato anche scelte impopolari, come l'introduzione dei ticket su farmaci e diagnostica e il blocco del turn-over del personale. Uno sforzo premiato a dicembre scorso con il via libera a 1,7 mld di fondi di affiancamento e un successivo imprevisto stop al saldo di 700 mln tutt'ora fermo nelle Casse dello Stato.

700 MLN DA INCASSARE

Lo scorso 21 aprile il tavolo di verifica sul Piano di rientro si è espresso, infatti, negativamente sui conti della sanità regionale, trattenendo le ultime tre tranches, una del 20 e le altre due del 10 per cento ognuna, del fondo di affiancamento da 1,7 miliardi liberato a fine 2010. In totale fanno 700 mln. Una partita, quella dei fondi di affiancamento, molto più ampia (vedi tabelle a pag. 32).

Il debito residuo sulla gestione 2009-2010 di 248 mln e il mancato accordo con i privati, oltre a una serie di nodi irrisolti, bloccano l'erogazione del 20 per cento degli 1,7 miliardi liberati dal governo a ottobre. Il primo nodo irrisolto

www.federlabitalia.com

è quello relativo al risultato di gestione. Se lo sbilancio del 2009 è stato quasi annullato grazie alle risorse derivanti dal Fas (322 mln) a segnare rosso è il quarto trimestre 2010 che – dopo il conferimento delle risorse derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali e dopo l'aggiunta delle risorse derivanti dall'intesa del 18 dicembre 2010 per i ripiani dei policlinici a gestione diretta, fa registrare un disavanzo non coperto di 248,8 mln di euro. In tali termini c'è il rischio di un ulteriore incremento fiscale per l'anno in corso e il permanere del blocco del turn-over per il personale del servizio sanitario fino al 31 dicembre del 2013. A verbale risulta che sono solo parzialmente completati gli obiettivi previsti dal Piano piano ospedaliero regionale.

CONTRATTI AL PALO

A pesare anche la mancata sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati – e che hanno invitato i propri associati a non stipulare i contratti relativi all'anno 2011 a causa della mancanza di idonee garanzie in ordine alla remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate.

Così in merito all'adozione del Piano ospedaliero (che nella precedente riunione di verifica era stato valutato positivamente), si resta in attesa di ulteriore documentazione dell'effettiva attuazione dello stesso, anche sotto il profilo dell'impatto economico-finanziario.

Parzialmente conclusa anche l'effettiva rideterminazione dei fondi contrattuali e ritardi nella produzione della documentazione definitiva prevista entro il 31 dicembre 2010 e 28 febbraio scorso. Un cenno anche alla legge finanziaria regionale impugnata perché non concordata con la struttura commissariale.

DIRETTORI GENERALI

E ancora: la Regione deve procedere alla nomina dei direttori generali delle aziende e dei conseguenti direttori amministrativi e sanitari superando la fase commissariamento delle stesse che si protrae ormai da un biennio. "In tale stato di cose non è possibile erogare alcuna spettanza residua" (340 mln entro fine aprile ndr).



Servizio sanitario promosso

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 7 GIUGNO 2011

I pazienti italiani apprezzano i medici ed il personale ospedaliero, promossi dal 70 per cento dei cittadini che sono stati assistiti personalmente o hanno avuto familiari ricoverati. Anche in questo ulteriore sondaggio, l'Italia appare una confederazione costituita da tre stati separati: gradimento alto al Nord (80 per cento), sufficiente al Centro (63 per cento) ed al Sud (60 per cento). Giudizio positivo anche sulla qualità delle cure e delle prestazioni offerte da queste strutture sanitarie, giudicata soddisfacente dal 72 per cento degli intervistati. Con le solite differenze tra Nord (82 per cento), Centro (68 per cento) e Sud (57 per cento). Ciò significa che la metà degli intervistati al sud ha un giudizio negativo sulle cure che riceve in Ospedale. Tutti d'accordo, Nord-Centro e Sud: meno graditi, per tutti, il vitto, l'organizzazione, il comfort, l'igiene e l'informazione, seppure le percentuali di cittadini soddisfatti non scende mai al di sotto del 50 per cento. Più penalizzati, anche in questo caso gli ospedali meridionali con giudizi negativi superiori alla media.

L'ospedale pubblico resta, secondo i dati, il punto di riferimento per gli assistiti che lo hanno utilizzato.

Ma è un pilastro dell'assistenza anche per tutti gli altri cittadini: tra i servizi socio-sanitari a cui, secondo il campione, il Governo dovrebbe prestare più attenzione, si collocano ai primi posti, con la stessa percentuale, l'assistenza agli anziani, le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera. Per quanto riguarda poi la soddisfazione dei cittadini per i singoli servizi del Ssn, si registrano, in media, buone percentuali di gradimento per l'assistenza medica di base su tutto il territorio nazionale (67 per cento).

Alto ovunque, invece, il livello di insoddisfazione (88 per cento) per le liste d'attesa. Strutture, ricoveri e assistenza ospedaliera soddisfano in media il 53 per cento degli italiani, con un divario enorme tra Nord (69 per cento) e Sud (33 per cento).



SANITA': RUSSO, SICILIA CHIUDERA' 2011 CON SOLI 97 MLN DEFICIT

(AGI) - Palermo, 7 giu. - "La Sicilia sara' in grado di chiudere il 2011 con un deficit sanitario di appena 97 milioni di euro". Lo ha detto l'assessore alla Salute della Regione siciliana, Massimo Russo, intervenendo alla "Giornata del diritto costituzionale per la tutela della salute" organizzata a Palermo dall'Associazione Dossetti. "Siamo orgogliosi di questo risultato -ha aggiunto- siamo ben lontani dalle centinaia di milioni di euro e dal 900 milioni di deficit strutturale che prima del 2008 avevano portato la Sicilia alle soglie del commissariamento. Al deficit sanitario -ha concluso Russo- e' stato possibile negli anni scorsi far fronte attraverso le addizionali Irap e Irpef dei siciliani. Dal 2012 pero' la Regione siciliana potra' ridurre le addizionali e consentire di immettere ricchezza nel circuito economico". (AGI) Pa5/Rap/Mzu

<http://www.diritto-oggi.it/archives/00058088.html>

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Fazio: "In sanità si possono risparmiare circa 10 miliardi"

"Con i Piani di rientro si può arrivare a 5 miliardi di risparmio, e anche a 10 superando le inefficienze ovunque", ha detto il ministro intervenendo all'annuale convegno di Farmindustria dedicato a "legalità ed efficienza in sanità". Anche per Dompé l'efficienza porterebbe un freno a "quell'85% di spesa sanitaria che in questi anni ha continuato a crescere, mentre la spesa farmaceutica è ferma da tempo". E il comandante dei Nas rivela che sono in corso indagini in sanità per un danno erariale da 475 mln, la metà dei quali relativi a ricoveri riabilitativi nella zona di Roma.

07 GIU - Fare il punto sulla realtà dei controlli attivi per la sanità italiana, in termini politici, amministrativi e anche di polizia giudiziaria. È questo lo scopo del convegno che da quattro anni a questa parte Farmindustria dedica a "legalità e efficienza in sanità", con l'obiettivo, riassunto dal presidente dell'associazione dell'industria farmaceutica Sergio Dompé, di "ridurre le leggi e moltiplicare i controlli per azzerare gli sprechi e utilizzare al meglio le risorse".

E la carrellata di interventi che si sono susseguiti nella giornata di oggi, moderati da Roberto Turno, ha mostrato come in effetti il sistema di controlli in questi anni si sia effettivamente sviluppato, tanto da spingere Dompé a concludere invitando i diversi attori del sistema a valorizzare il proprio lavoro incontrandosi anche fuori dagli schemi già fissati, per velocizzare gli interventi e le decisioni, poiché, ha sottolineato il presidente di Farmindustria, "abbiamo un enorme nemico: il tempo". Probabilmente la speranza di Farmindustria è anche quella di non essere coinvolta nella prossima manovra economica: "Per la sostenibilità del Ssn occorre concentrarsi sugli altri capitoli di spesa, che sono l'84% del totale, aumentando l'efficienza di tutto il sistema sanitario" ha detto Dompé ai giornalisti, ricordando come la spesa farmaceutica complessiva sia rimasta negli ultimi dieci anni sostanzialmente stabile all'1,1% del Pil, mentre le altre voci sono cresciute dal 5% al 6,6%.

A rappresentare il management sanitario sono intervenuti Lino Del Favero, Anci Federsanità, e Fulvio Moirano, Agenas. Tre i nodi intorno ai quali si è sviluppato il ragionamento di Del Favero: la correlazione tra equilibrio economico e qualità del servizio, dimostrata analizzando le diverse realtà regionali; la necessità di riorganizzare la rete ospedaliera, che soprattutto al Sud è ancora rappresentata spesso da piccole strutture; l'utilità di rispettare la partizione della spesa nelle tre macroaree secondo le percentuali previste dal decreto sui costi standard, ovvero 5% alla prevenzione, 44% all'ospedale e 51% al territorio. Il risparmio che si può ottenere utilizzando in modo efficiente le diverse possibilità è evidente, ha detto Del Favero, perché "se curo un paziente in ospedale mi costa 1.000 euro al giorno, mentre in una struttura riabilitativa può costare 2-300 euro e sul territorio poco più di 100".

Il direttore dell'Agenas ha invece fatto riferimento allo studio pubblicato sul numero 27 della rivista dell'Agenzia, nel quale si definiscono i volumi ottimali di prestazioni per ciascuna Unità operativa, applicando i quali si può migliorare l'efficienza della rete ospedaliera. Moirano ha anche preannunciato due lavori svolti dall'Agenas e che saranno pubblicati a breve. Il primo riguarda la gestione del personale e mostra come "la parte variabile degli stipendi sia distribuita a pioggia quasi ovunque", perdendo, ha sottolineato Moirano, la possibilità di stimolare le eccellenze professionali. Il secondo studio riguarda gli outcomes dei servizi sanitari e replica il lavoro già svolto lo scorso anno su 50 indicatori di esito, inviato però soltanto alle amministrazioni regionali come strumento per migliorare le proprie strutture.

Si sono poi susseguiti tre rappresentanti delle istituzioni preposte al controllo per legge. Il presidente emerito della Corte dei Conti, Mario Ristuccia, ha ricordato come si siano già ottenuti risultati attraverso i controlli amministrativi, quantificabili in almeno un miliardo e mezzo di euro. Non solo inefficienze ma vere e proprie truffe ai danni del Ssn sono invece l'oggetto delle indagini condotte dalla Guardia di Finanza, rappresentata dal colonnello Fabrizio Martinelli: nel triennio 2008-2010 ci sono state 7.149 persone denunciate e 1.468 soggetti deferiti alla Corte dei Conti per danni erariali valutati in 1,6 miliardi di euro. Su un terreno affine si muovono anche i Nas che nel 2010 hanno sequestrato 3 milioni di pezzi di medicinali e 4 milioni di dispositivi medici a vario titolo illegali. Il comandante dei Nas, Cosimo Piccinno ha inoltre rilevato

www.federlabitalia.com

che le inchieste e le indagini attualmente in corso, con l'Operazione damage control, sono riferite ad un danno erariale complessivo di 474 mln di euro, dei quali 236 mln relativi soltanto ai ricoveri riabilitativi nella zona di Roma.

A chiudere il convegno, l'incontro i rappresentanti della politica. Ignazio Marino (Pd), presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, ha sottolineato come sia difficili intervenire con efficienza quando i Lea in uso sono ancora quelli approvati nel 2001. "Siamo quindi fermi a dieci anni fa nella definizione delle cure che il Ssn è tenuto a garantire a tutti – ha detto Marino – mentre il progresso tecnologico ha cambiato ormai radicalmente la nostra sanità. La mancata approvazione dei nuovi Lea viene motivata dalla destra con la mancanza di risorse, ma allo stesso tempo la spesa farmaceutica è stata ridotta di 600 milioni di euro all'anno".

Il ministro Ferruccio Fazio non ha fatto previsioni sull'approvazione dei nuovi Lea, ma ha aperto il suo intervento dicendo che "il nocciolo del problema è il governo dell'appropriatezza", declinata sui diversi settori: personale ("il turn over è necessario, con le dovute flessibilità"), beni e servizi ("occorre riflettere sull'impiego dei farmaci innovativi, che hanno fatto crescere la spesa farmaceutica ospedaliera da 2,4 a 4 mld di euro"), prestazioni ("forse tra pochi giorni pubblicheremo la ricerca sugli esiti") e governo del sistema, ovvero la definizione dei percorsi sanitari per patologia.

"Grazie ai Piani di rientro possiamo arrivare ad un risparmio della spesa sanitaria di circa 5 miliardi – ha detto il ministro – e calcolando le inefficienze, rivelate dal confronto tra le Regioni, possiamo ipotizzare, a spanne, un contenimento della spesa di circa 10 mld".

Sanità. Le previsioni del ministro

Fazio: risparmi per 10 miliardi con il federalismo

ROMA

Almeno 5 miliardi in meno di spesa col buon governo (quando sarà a regime) nelle regioni sottoposte a piani di rientro dai debiti di asl e ospedali. E altri 5 miliardi dalla lotta a sprechi e inefficienze in tutto il Ssn. Dal federalismo e dai costi standard, ma non solo, il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**, aspetta risparmi miliardari: «A spanne - ha detto ieri - possiamo ipotizzare un contenimento della spesa sanitaria di circa 10 miliardi».

E che contro sprechi e truffe sia necessario tenere alta la guardia, lo hanno testimoniato la Guardia di Finanza e i Nas in occasione del convegno «Federalismo in Sanità: legalità ed efficienza», organizzato ieri a Roma da Farindustria: in tre anni, hanno annunciato, sono stati denunciati danni erariali superiori a 2 miliardi. La Guardia di Finanza nel 2008-2010 ha scoperto 4.900 frodi per 184 milioni, con 1.468 persone segnalate alla Corte dei conti per 1,6 miliardi di danni erariali. Mentre presunti danni all'erario per 475 milioni negli ultimi due anni - tra assenteismo, false esenzioni, medici compiacenti, appalti irregolari - sono stati denunciati dai Nas con un'inchiesta, ancora in corso, che ha rivelato 250 milioni di danni al Centro Italia, 190 milioni al Sud e 35 al Nord. «Basta parlare di truffe al Ssn - ha spiegato il generale Cosimo Piccinno, comandante dei Nas -, sono truffe ai cittadini, a ognuno di noi».

Truffe e cattiva gestione che federalismo fiscale e costi standard dovrebbero contribuire a stroncare. Anche con dimissioni, ineleggibilità e in-

terdizione decennale dalle cariche pubbliche per gli amministratori, manager di asl inclusi. Sanzioni che per Fazio, come ha proposto il ministro della Semplificazione, Roberto Calderoli, potrebbero anche essere estese ai membri del Governo: «Da medico e da professore universitario ho sempre proposto di verificare il rendimento».

«È giusto che gli amministratori che lasciano i conti rosso rispondano dei propri atti davanti ai cittadini», ha concordato il presidente di Farindustria, Sergio Dompé. Che non ha mancato di rilevare come la spesa farmaceu-

DANNO ERARIALE

I Nas hanno scoperto nel 2009-2010 truffe per 475 milioni tra false esenzioni, appalti irregolari e assenteismo

tica - il 16% di tutta la spesa sanitaria - sia almeno da dieci anni chiamata per prima in causa nei tagli alla spesa. Si guardi anche altrove, ha detto Dompé nel promuovere la strategia di bonificazione della spesa che i costi standard dovrebbero portare. Con tutte le avvertenze del caso, ha però rilevato Ignazio Marino (Pd), presidente della commissione d'inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza del Ssn: «Che federalismo può essere se non tiene conto delle urgenze del Paese e i livelli essenziali di assistenza sono fermi a dieci anni fa?».

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: 1.767.000

Diffusione: n.d.



Dir. Resp.: Bruno Angelico

08-GIU-2011

da pag. 4

Sanità, frodi e sprechi per 2 miliardi

Negli ultimi tre anni

I Nas hanno accertato illeciti per 475 milioni di euro. La Guardia di Finanza per 1,6 miliardi. Un conto che pesa sulle tasche dei cittadini.

Roma

Milioni di euro bruciati in frodi a danno del servizio sanitario nazionale e quindi dei cittadini. Nel corso di due anni, il 2009 e il 2010, i carabinieri dei Nas hanno scoperto frodi per 475 milioni per danno erariale presunto. A questi si aggiungono 1,6 miliardi di euro accertati dalla Guardia di Finanza per il triennio 2008-

2010. La Sanità resta terreno di razzie per guadagni illeciti. A cui si aggiungono sprechi dovuti alla cattiva gestione: si calcola che arrivino a 35 milioni nelle regioni del Nord, 250 al Centro e 190 al Sud.

I danni all'erario

Nel triennio 2008-2010 sono stati effettuati dalla Guardia di finanza 4.911 interventi anti frodi nel servizio sanitario nazionale e denunciati all'autorità giudiziaria 7.149 persone, accertando frodi per 186 milioni di euro. Sono stati anche deferiti alla Corte dei Conti 1.468 persone e segnalati alla stessa danni erariali per 1,6 miliardi di euro, ha riferito il colonnello della Guardia di finanza, Fabrizio Martinelli. (CITY)

Lettori: n.d.

laDiscussione

08-GIU-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Antonio Falconio

da pag. 9

PARLA L'ASSESSORE RUSSO

La Sicilia nel 2012 avrà solo 97 milioni di “rosso”

«La Sicilia sarà in grado di chiudere il 2011 con un deficit sanitario di appena 97 milioni di euro». Lo ha detto l'assessore regionale alla Salute, Massimo Russo, intervenendo alla “Giornata del diritto costituzionale per la tutela della salute” organizzata a Palermo dall'Associazione Dossetti.

«Siamo orgogliosi di questo risultato - ha aggiunto - siamo ben lontani dalle centinaia di milioni di euro e dal 900 milioni di deficit strutturale che prima del 2008 avevano portato la Sicilia alle soglie del commissariamento. Al deficit sanitario - ha concluso Russo - è stato possibile negli anni scorsi far fronte attraverso le addizionali Irap e Irpef dei siciliani. Dal 2012 però la Regione siciliana potrà ridurre le addizionali e consentire di immettere ricchezza nel circuito economico».

L'annuncio è stato dato neanche un mese dopo le forti critiche che il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**, aveva rivolto al sistema sanitario siciliano della giunta Lombardo. Fazio aveva parlato di «forti criticità nel sistema sanitario della Sicilia». Il ministro aveva evidenziato come la maggior parte degli impegni non sono ancora stati realizzati, permane una percentuale di assistenza ospedaliera elevata, stenta ad avviarsi il riordino del sistema e la spesa farmaceutica è nettamente superiore rispetto al tetto di riferimento.

Russo aveva però risposto a tono: «Al **ministro Fazio** abbiamo risposto con i dati e con numeri, perché è difficile porsi sul piano delle menzogne. Mi chiedo però cosa sia cambiato in Sicilia, perché sul piano amministrativo nulla è mutato dal suo giudizio positivo dei mesi scorsi, forse, però, è cambiato qualcosa nella politica. Noi vogliamo ripristinare un sistema di regole, perché la sanità non può essere territorio di scorribande per fini affaristici e clientelari. Tutti hanno il diritto di critica - ha concluso Russo - ma noi vogliamo essere giudicati sui fatti e sui numeri».

.....
salute

Truffe alla Sanità, un affare da 184 milioni

DA ROMA **LUCA MAZZA**

Semplificare le leggi per snellire le procedure.

Aumentare i controlli per ridurre sprechi e inefficienze. Gestire meglio le risorse disponibili prendendo come modello le eccellenze. Il salto di qualità di cui ha bisogno il sistema sanitario nazionale passa necessariamente attraverso queste tre operazioni. Obiettivo finale: evitare una sanità disomogenea tra Nord e Sud, che viaggi a una, due o tre velocità man mano che dal Mezzogiorno si sale lungo lo Stivale.

Il convegno "Federalismo in Sanità: legalità ed efficienza", organizzato da

Farindustria, è servito per affrontare il tema della salute cercando di trovare soluzioni possibili alle criticità più urgenti. Negli ultimi quattro anni, ad esempio, cinque Regioni - tutte del Meridione e dove risiede il 38 per cento della popolazione italiana - hanno accumulato il 90 per cento dei disservizi sanitari. Proprio il federalismo, in questo senso, potrebbe rappresentare una potenziale opportunità per migliorare il sistema. Dando più autonomia nella gestione agli enti locali si potrebbe correlare la spesa e la responsabilità di chi la effettua.

Il federalismo però, come sostiene il presidente di Farindustria Sergio Dompé, da solo non può bastare. «Occorre superare la logica dell'esclusivo contenimento della spesa farmaceutica, che rappresenta solo il 16 per cento del totale di quella sanitaria, - afferma Dompé - e concentrarsi anche sul restante 84 per cento. Per mantenere gli standard di salute è necessario inoltre garantire un accesso rapido alle terapie innovative».

Anche per il ministro della

Salute **Ferruccio Fazio**, la ricetta per migliorare le difficili condizioni di molti ospedali italiani si basa su trasparenza e tecnologia, tenendo comunque sempre d'occhio le spese. «Grazie al piano di rientro - ha detto Fazio - si può arrivare a un risparmio di circa 5 miliardi di euro. Nel nostro sistema ci sono certamente degli sprechi - ha aggiunto - ma resta comunque uno dei migliori a livello europeo».

Un'attenzione particolare va però rivolta ai controlli per garantire la legalità. Vanno aumentati, ma anche agevolati se si vogliono ridurre truffe, commercio di farmaci contraffatti e casi di cattiva gestione delle strutture sanitarie. «Nel triennio 2008-2010 - ha annunciato il colonnello Fabrizio Martinelli, responsabile dell'ufficio tutela delle uscite e dei mercati della Guardia di Finanza - abbiamo denunciato all'autorità giudiziaria 7.149 persone e accertato frodi alla sanità per 184 milioni». Numeri a cui vanno aggiunti quelli forniti da Cosimo Piccinno, comandante dei carabinieri per la Tutela della salute: «Soltanto lo scorso anno nella sanità e nella farmaceutica sono stati effettuati 156 arresti e sono state chiuse per illeciti 498 strutture». I controlli insomma ci sono, come testimoniano queste cifre. Ma potrebbero essere ancora più efficaci se, come chiedono le forze dell'ordine, tutte le Asl fossero obbligate a presentare dei bilanci conformi.

Nel 2010 effettuati 156

arresti e 7mila denunce

Farindustria: tecnologie

e federalismo dei servizi

le risposte agli sprechi

e alle carenze del sistema



Sanità, indagato il commissario di un'altra Asl

Dopo Plastino, Secretò (To4) nel mirino dei pm
A Chivasso avrebbe favorito una clinica privata

ALBERTO GAINO

L'undicesimo indagato dello scandalo della Sanità è un altro commissario straordinario, Renzo Secretò, designato al vertice dell'Asl To4 (Ivrea, Ciriè, Chivasso) a fine dicembre, come gli altri. È accusato di abuso d'ufficio, per aver favorito la clinica Villa Maria Pia con la convenzione fra l'ospedale di Chivasso e lo stesso gruppo privato.

L'inchiesta ha virato decisamente sulla gestione del servizio di emodinamica da parte di un'équipe medica di Villa Maria Pia nella struttura pubblica e con macchinari pubblici. Gian Piero Chieppa, legale di Secretò, è ottimista: «Per i pm, il dottor Secretò avrebbe dovuto bandire una gara, avrebbe anche violato il piano sanitario di rientro delle spese, e mancava il parere del direttore sanitario di Chivasso. Sono fiducioso perché il Maurizio disse di no alla convenzione, mentre il San Giovanni Bosco neppure ha risposto. Il macchinario prendeva la muffa: non si poteva fare altrimenti».

Secretò era stato sentito nei giorni scorsi da testimone. Medesimo ruolo che ieri ha rivestito in procura il cardiologo Gaetano Senatore, nominato da Secretò il 7 marzo direttore della «struttura complessa di cardiologia degli Ospedali Riuniti del Canavese», al fine di avviare l'emodinamica anche ad Ivrea. Scontato l'argomento delle due ore trascorse dal primario con i pm Paolo Toso e Stefano Demontis: si vuol capire perché sia stato accantonato con la nuova gestione dell'assessorato regionale alla sanità il precedente progetto di creare

un'unica équipe medica per la gestione a turno dell'emodinamica nei tre poli ospedalieri dell'Asl To4.

Del contestato servizio avviato a inizio maggio a Chivasso ha parlato ai pm Paolo Monferino, direttore generale dell'assessorato: «Volevo eliminare sei emodinamiche in regione. Personalmente avrei smontato le strumentazioni di quella di Chivasso e le avrei trasferite dove vi fosse più necessità». L'iniziativa fu presentata il 2 mag-

Nuove testimonianze sul caso dei pannoloni

I magistrati: aggravata la posizione dei farmacisti

gio da «Asl Informa» con la previsione di 318 interventi ogni anno di coronografia e 212 di angioplastica. L'assessore Ferrero dichiarò: «Abbiamo chiesto al commissario di individuare la soluzione migliore». L'ad di Villa Maria Pia, Carlo Di Giambattista, parlò della collaborazione fra pubblico e privato.

E' l'ora dei conti: Secretò sostiene di aver risparmiato il 25 per cento rispetto ad analoghe soluzioni con centri pubblici. L'ex assessore Eleonora Artesio contesta quei calcoli. Si profila una questione di fondo: se con i tagli i privati debbano sostituirsi al servizio pubblico. Un po' ciò che doveva accadere, secondo Gambarino, con i rapporti privilegiati fra l'assessorato e Federfarma.

Nei confronti suoi e di Luciano Platter (presidente piemontese dell'associazione dei farmacisti) e Marco Cossolo (segretario torinese) il pm Demontis ha scritto nel parere al gip sulle ri-

chieste di arresti domiciliari del primo e scarcerazione degli altri due: «Le esigenze di custodia cautelare si sono aggravate anziché affievolirsi. Gli indagati hanno cercato di piegare gli interessi pubblici al fine di accrescere il proprio peso politico nelle categorie di appartenenza». Aggiunge: «È stupefacente che si siano difesi con dati non rispondenti al vero».

Il magistrato afferma ciò non solo in base ai conti dell'accordo con Federfarma sui pannoloni per incontinenti per cui Ferrero aveva revocato la gara d'appalto già bandita da 21 giorni (come si sa la Regione ci avrebbe rimesso pure sul costo medio mensile dei prodotti per utente venduti in farmacia nel 2010: 28,59 euro). Sono le testimonianze di Ponzetti e Leri (Scr), Bertino e Comberiati (ufficio legale della Regione), Bonferrari e Chiò (assessorato) ad aver arricchito il quadro d'accusa.

Emilia Chiò ha messo a verbale: «Partecipai a una riunione in piazza Castello in cui venne raccomandato di esplicitare nella delibera di revoca della gara il vantaggio economico per la Regione dall'accordo con Federfarma. Gambarino rispose che la trattativa era in corso, che cifre non se ne potevano fare». Avevano già concordato 30 euro mensili per paziente.



Lettori: 164.000

ItaliaOggi

08-GIU-2011

Diffusione: 86.892

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

da pag. 27

BREVI

In Lombardia tempi ridotti nei pagamenti alle imprese del sistema sanitario. Il Fondo socio sanitario istituito dalla regione nel 2007, per ottimizzare la gestione dei pagamenti ai fornitori del sistema sanitario lombardo, ha infatti portato alla progressiva contrazione delle tempistiche di pagamento dai 280 giorni iniziali agli attuali 90 giorni. Lo afferma Finlombarda, gestore del Fondo che a oggi ha erogato più di 8,2 miliardi di euro a circa 12.700 imprese e ha gestito circa 2,9 milioni di documenti contabili, tra fatture e note di credito. L'iniziativa, prevede la centralizzazione dei flussi finanziari di tutte le Aziende sanitarie in Finlombarda, quale unico soggetto pagatore, e la successiva realizzazione dei pagamenti direttamente ai fornitori. In sostanza, la logica del Fondo prevede il pagamento diretto ai fornitori di Asl e Ao con un significativo impatto in termini organizzativi e gestionali.

Lettori: n.d.

**IL MATTINO
NAPOLI**

08-GIU-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Virman Cusenza

da pag. 41

La sanità, il caso La nuova struttura dovrà assorbire Loreto Mare, Ascalesi e San Gennaro

Ospedale del Mare, Caldoro accelera

**Ultimatum al commissario
«Entro tre mesi sbloccare
i cantieri e completare l'opera»**

Livio Coppola

In Regione scatta l'offensiva per sbloccare il cantiere dell'Ospedale del Mare. Il governatore Stefano Caldoro non vuole più attendere, e ha fissato in tre mesi i tempi della risoluzione del vecchio contenzioso con l'azienda che sta realizzando l'opera. Tre mesi in cui il commissario ad acta Ciro Verdoliva dovrà riportare il regime ordinario dei lavori, con l'obiettivo di consegnare la struttura entro il 2014.

La vicenda dell'Ospedale di Napoli est è ormai vecchia di cinque anni. I lavori sono partiti nel 2006, e i tempi di consegna si prevedevano in principio per il 2008. Poi un susseguirsi di intoppi tecnici e vicende giudiziarie (compresa un'inchiesta sui costi dell'appalto, che ha coinvolto 12 funzionari ed è ancora in via di svolgimento) ha di fatto rallentato il cantiere a più riprese, fino a fermarlo per tutta la prima parte del 2011. La Giunta Caldoro si è trovata a inizio mandato con un commissariamento ad acta già sancito dai predecessori a maggio del 2009. Da allora il commissario Verdoliva non ha mai cessato l'incarico, più volte prorogato e ora nuovamente prolungato di tre mesi. Ma stavolta si tratta di un'ultima tranche, con una missione precisa: trovare una risoluzione del contenzioso aperto con l'Ati, capeggiata dalla Astaldi, titolare dell'appalto di costruzione. Un contenzioso nato dall'ipotesi di aumento dei costi di realizzazione, e che ora vede Regione e Azienda contendersi circa 70 milioni di euro. La querelle ha prodotto ovviamente uno stallo generale, tanto che negli ultimi sei mesi il cantiere è rimasto praticamente abbandonato, nonostante la struttura sia già stata in buona parte messa in piedi. Da qui l'accelerata imposta da Caldoro, con la ricerca di un compromesso con l'Ati che porti alla ripresa dei lavori entro fine agosto. «C'è uno sforzo importante da parte della Regione per proseguire nella realizzazione dell'Ospedale del Mare - spiega il consigliere del Governatore

per la sanità, il senatore Raffaele Calabrò - Il provvedimento con cui si va a prorogare per tre mesi l'incarico del commissario Verdoliva va assolutamente in questa direzione. In queste settimane l'unico obiettivo sarà quello di risolvere pacificamente il contenzioso con i costruttori e di andare avanti con i lavori già in estate, in modo da rispettare la tabella di marcia per una struttura che è parte integrante e fondamentale del nostro Piano Ospedaliero».

Le aspettative sono alte, a Santa Lucia come in città. L'Ospedale del Mare dovrà diventare Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale, e una volta ultimato andrà ad assorbire personale e competenze di ben tre nosocomi cittadini: Loreto Mare, Ascalesi e San Gennaro, tra i più frequentati dai pazienti partenopei. Ospedali vecchi, questi, ma destinati a funzionare in toto fin quando il mega-presidio di Napoli orientale non sarà a regime. Il Piano prevede due anni di lavori più uno di allestimenti, il tutto a partire dallo sblocco del cantiere. «Il 2014 è l'anno in cui l'Ospedale dovrà essere funzionante, e abbiamo fiducia nel rispetto di questo termine - continua Calabrò - l'opera nonostante tutto è a buon punto, sono stati anche già montati i capitelli anti-sismici, dunque una volta risolti i problemi economico-giuridici si andrà avanti rapidamente per arrivare all'inaugurazione. Chiaramente tutti gli Ospedali destinati alla dismissione continueranno ad operare completamente fin quando la nuova struttura non sarà a disposizione».

Il progetto prevede 450 posti letto, 18 sale operatorie e un Centro traumatologico di eccellenza, strutture che occuperanno 145 mila metri quadri comprensivi di un parcheggio da 1300 posti auto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La richiesta
Dalla giunta
arriva un
aut aut:
«La struttura
deve essere
terminata
entro il 2014»**



Ma anche la cattiva gestione contribuisce a sottrarre disponibilità **Sanità, oltre due miliardi persi in frodi sprechi e caccia alle truffe**



La Sanità resta terreno di razzie per guadagni illeciti

Mariano Parise
ROMA

Centinaia di migliaia di euro bruciati in frodi a danno del servizio sanitario nazionale, o ancora meglio, come fa notare il comandante dei Nas Cosimo Piccinno, a danno dei cittadini. Nel corso di due anni, il 2009 e il 2010, i carabinieri dei Salute hanno scoperto frodi per 475 milioni per danno erariale presunto. A questi se ne aggiungono 1,6 miliardi di euro accertati dalla Guardia di Finanza per il triennio 2008-2010.

La Sanità resta terreno di razzie per guadagni illeciti ma non è solo il crimine a rubare risorse: la cattiva gestione contribuisce a sottrarre disponibilità, soprattutto

nelle regioni in rosso. Fra gli sprechi delle regioni in deficit e sprechi gestionali da correggere, ha stimato il ministro della Salute Ferruccio Fazio, si potrebbero risparmiare 10 miliardi di euro. E fra misure di controllo della spesa, piano di rientro e rafforzamenti dei controlli, grande importanza, per il ministro, è quella di tracciare un disegno della Sanità che ottimizzi l'offerta.

L'occasione per puntare i riflettori sui grandi temi della legalità e dell'efficienza è stato un convegno organizzato da Farmindustria.

I procedimenti sono ancora in corso, ha spiegato Piccinno, ma colpisce il fatto che oltre la metà è avvenuto nelle regioni centrali.

Infatti 35 milioni di danno sono conteggiati nelle regioni del nord, 250 al centro e 190 al sud. Nel triennio 2008-2010 sono stati effettuati dalla Guardia di finanza 4.911 interventi anti frodi nel servizio sanitario nazionale e denunciati all'autorità giudiziaria 7.149 persone, accertando frodi per 186 milioni di euro. Sono stati anche deferite alla Corte dei Conti 1.468 persone e segnalati alla stessa danni erariali per 1,6 miliardi di euro, ha riferito il colonnello della Guardia di finanza, Fabrizio Martinelli.

«È un federalismo sanitario insufficiente che non tiene conto delle urgenze del nostro Paese e non tiene conto di altri dati significativi – ha spiegato il senatore Pd, Ignazio Marino – come l'inappropriatezza delle cure mediche, preoccupante in alcune regioni come la Campania, dove il tasso di ospedalizzazione il più alto d'Europa (235 persone ogni mille residenti); oppure le difficoltà di chi non si può permettere le cure: il 10,9% dei nuclei familiari italiani ha rinunciato a terapie mediche essenziali per motivi economici».

Intanto, sullo sfondo compaiono le nubi di una nuova manovra economica che il presidente di Farmindustria, Sergio Dompè, non nasconde di temere per il suo settore. «È stato così sempre nelle ultime leggi finanziarie. Per la sostenibilità del servizio sanitario nazionale – ha detto a margine di un convegno sul federalismo nella sanità – occorre concentrarsi sugli altri capitoli di spesa (che sono l'84% del totale), aumentando l'efficienza di tutto il sistema sanitario». 4

I COSTI DELLA SANITÀ

Cliniche, legittimi i tetti di spesa

Il Consiglio di Stato accoglie la tesi della Regione: taglio programmato

di Antonio De Frenza

PESCARA. Erano legittimi i tetti ai budget 2008 delle cliniche private stabilite dalla Regione. Lo ha deciso il Consiglio di Stato che ha accolto l'impugnativa della Regione contro le sentenze del Tar Abruzzo che avevano dato ragione ai ricorsi delle case di cura contro la delibera 3/2008 firmata dall'allora commissario alla sanità **Gianni Redigolo**.

Il Tar Abruzzo aveva in particolare censurato «il ritardo con il quale l'amministrazione stabilisce i limiti di spesa», sottolineando al contrario l'esigenza di una «istruttoria partecipata», cioè di una concertazione della programmazione di spesa, in base alle esigenze delle strutture. In un primo tempo le sentenze non erano state impugnate dal commissario Redigolo perché l'Avvocatura dello Stato aveva sconsigliato il ricorso. Subentrando a Redigolo **Gianni Chiodi** ha deciso diversamente, sottoponendo la questione al Consiglio di Stato.

Il quale, accogliendo la tesi della Regione, ha ribaltato il giudizio del Tar Abruzzo, osservando che le case di cura al momento di programmare l'attività 2008 non potevano ignorare che la sanità regionale è sottoposta a piano di rientro e che i budget 2008 e 2009 erano già stabiliti dal piano, anche se non in maniera dettagliata, clinica per clinica. Dunque le cliniche dovevano sapere che per il 2008 il budget per il privato sarebbe stato di 101 milioni. E se le case di cura non conoscevano la propria quota, sostiene il Consiglio di Stato, avevano a disposizione informa-

zioni sufficienti (budget totale e posti letto) per programmare l'attività, e per non ritrovarsi a fine anno non coperti dal budget.

Con la sentenza del Consiglio di Stato cade di conseguenza anche l'opposizione all'altro aspetto della delibera che prevedeva la sospensione dell'accreditamento alle strutture che non avessero sottoscritto i contratti.

Secondo la Regione il Consiglio di Stato ha stabilito un principio importante: ossia che un atto di programmazione regionale non deve essere deciso necessariamente l'anno prima ma, seguendo un determinato cronogramma, può essere preso anche nel corso del periodo di riferimento. Nella propria azione di programmazione, conclude il Consiglio di Stato, la Regione deve avere dunque le mani libere rispetto ai propri fornitori. Un principio stabilito dallo stesso piano sanitario vigente, in base al quale è il fornitore ad adeguarsi alla domanda di servizi della Regione, e non la Regione a doversi adeguare all'offerta di servizi dei fornitori, come era sempre accaduto quando le spese per la sanità, pubblica e privata, si pagavano a pie' di lista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gianni Chiodi

Le principali cliniche in Abruzzo	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Villa Pini (Chieti) in affitto al gruppo Albano Terme di Nicola Petrucci ■ Centri San Stefor (Abruzzo-Molise) in affitto al gruppo Albano Terme di Nicola Petrucci ■ Villa Serena (Città Sant'Angelo) di Cassiano Patrizzi ■ Spatocco (Chieti) di Pierangeli Spatocco ■ Pierangeli (Pescara) di Pierangeli 	<ul style="list-style-type: none"> ■ San Raffaele (Sulmona) della Foschini Angelucci ■ Ini (Castello di Farnate) ■ Rsa De Cesaris (Spoltore) in affitto Coop. Ambra (Emilia Romagna) ■ Villa Letizia (L'Aquila) di Enrico Vintoni ■ Sanatrix (L'Aquila) - CHIUSA ex Angelucci ■ Nuova Salus (Toscanico) di Lupa Di Lorenzo ■ Santa Maria (Avezzano) ex Angelucci - CHIUSA ■ Di Lorenzo (Avezzano) della famiglia Di Lorenzo ■ L'Immacolata (Celano) del gruppo Gemelli



Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.



Dir. Resp.: Antonio Padellaro

08-GIU-2011

da pag. 5

NUOVI DISPOSITIVI DUPLIFAX

CARTA D'IDENTITÀ E TESSERA SANITARIA: E LA PRIVACY SPARISCE

di **Daniele Martini**

Il signor Rossi ha una malattia cronica e per motivi suoi non gli va di farlo sapere in giro. È un suo diritto. Quando compra le medicine, va nella farmacia di un altro quartiere, presenta la tessera sanitaria, paga e arrivederci e grazie. Con la nuova carta d'identità elettronica che il governo sta introducendo, farà molta più fatica a difendere la sua privacy. Cosa c'entra la carta d'identità elettronica con le malattie del signor Rossi? C'entra, c'entra. A sorpresa, infatti, la nuova carta sarà duplex: carta d'identità classica e tessera sanitaria. Quando in futuro il signor Rossi acquisterà le medicine, sarà costretto a mettere in piazza tutti i suoi dati: la foto, l'indirizzo, l'età, lo stato civile, la professione.

La nuova carta nasce bifronte e anche "verde" e non perché somiglia alla green card americana, anzi è la sua negazione. Nasce verde perché frutto della regia della Lega. I ministri leghisti dell'Interno e della Semplificazione legislativa, Roberto Maroni e Roberto Calderoli, hanno preso di petto la faccenda e per lanciare il nuovo tipo di carta multifunzione non si peritano a buttare via il lavoro e la sperimentazione precedenti durati un decennio, con risultati lusinghieri, costati decine di milioni di euro. Per una volta tanto l'Italia era partita con il piede giusto puntando sul sistema rodato della banda ottica, la stessa tecnica adottata dagli americani per la produzione in 13 anni di oltre 30 milioni di green card, le tessere famose nel mondo perché ritenute inviolabili.

Da Aosta a Parma alla Puglia fino ad oggi sono state consegnate agli italiani la bellezza di 4 milioni e passa di carte con banda ottica e non risulta che neanche una di esse sia mai stata duplicata o falsificata. Nonostante ciò questa tecnologia viene messa da parte e al suo posto i due ministri introducono un sistema basato su semplici chip, con un grado di affidabilità giudicato assai inferiore dagli esperti del ramo.

Perché lo fanno? Perché nonostante tutte le parole spese a fa-

vore della sicurezza, Maroni e Calderoli affossano le carte ritenute inviolabili per tirare la volata a quelle giudicate meno affidabili? Perché nonostante le ristrettezze di bilancio non esitano a buttare al vento le decine di milioni spesi fino ad ora dai contribuenti italiani per la sperimentazione e la produzione? Perché promettono ai cittadini che la nuova carta sarà gratuita pur sapendo che la sua produzione avrà un costo enorme per le casse pubbliche?

LA FACCENDA delle carte d'identità mette in movimento interessi enormi e i leghisti intendono gestirla a modo loro. In gioco ci sono 1,5 miliardi di euro per le prime fasi di avvio e produzione che diventeranno 2,5 nel giro di un decennio. Una montagna di quattrini, tanti affari e tante commesse. Già circolano i nomi delle aziende in pole position, a cominciare dalla lombarda Ghirlanda. Si tratta di imprese che lavorano nell'ambito delle carte magnetiche, ma ad un livello inferiore, con le tessere del tifoso o quelle sanitarie, prodotti di livello tecnologico generalmente modesto e di valore assai più contenuto rispetto al super business delle carte d'identità. A queste aziende la Lega sta regalando una prateria di opportunità.

L'ultimo passaggio prima del via definitivo al nuovo sistema sarà l'approvazione da parte del governo dei decreti attuativi con i quali sarà sancita anche l'emarginazione di fatto del Poligrafico dello Stato, l'unica struttura in Italia in grado di padroneggiare la tecnica della banda

ottica avendo investito 11 anni fa per il brevetto dalla californiana Lasercard. A quel punto l'esecutivo berlusconian-leghista avrà completato l'inversione ad U rispetto agli impegni presi per le carte elettroniche dai precedenti governi, in particolare proprio da quelli di centrode-

stra.

Il primo di questi impegni risale addirittura al 7 novembre 2001 quando Berlusconi informava per lettera il sottosegretario all'Interno Antonio D'Alì che Lucio Stanca e Claudio Scajola, ministri dell'Innovazione e dell'Interno, avevano insistito «sull'urgenza della realizzazione del progetto della banda ottica incorporata nella carta d'identità elettronica». E D'Alì prontamente chiedeva quante carte avrebbe dovuto distribuire nel 2002.

IL 29 LUGLIO 2005 il Poligrafico dello Stato sollecitava la produzione nel 2006 di almeno 8 milioni di carte con la banda ottica. E nello stesso periodo la Commissione prezzi del ministero dell'Economia di Giulio Tremonti giudicava congruo il prezzo di 25 euro per ogni singola carta fissato dal Poligrafico dello Stato. Dopo questi pronunciamenti, sulle carte elettroniche cominciarono a piovere ricorsi e rallentamenti, fino allo stop imposto il 25 giugno 2008 da Calderoli con la proroga per 10 anni di tutte le carte d'identità in circolazione, su supporto cartaceo o di plastica. A molti quella decisione parve la pietra tombale. Invece era solo un diversivo in vista del nuovo affare. Il gigantesco affare della carta d'identità elettronica di marca leghista.

Regista dell'operazione la Lega. In gioco ci sono 1,5 miliardi di euro solo per le prime fasi di avvio



LA TABELLA DI MARCIA. Delega fiscale prevista da settembre

Manovra in cantiere, Fazio calcola: dalla Sanità risparmi da 10 miliardi

ROMA

Il percorso si conferma quello già tracciato: in questo mese la manovra da 40 miliardi fino a raggiungere il pareggio di bilancio nel 2014, poi a settembre la delega fiscale. Non ci sarebbero dunque variazioni rispetto a quanto già annunciato dopo il chiarimento ad Arco

tra la Lega, il premier e il ministro dell'Economia. Questo mentre il ministro della Salute Fazio dice che «il sistema sanitario nazionale può risparmiare dai 5 fino ai 10 miliardi di euro l'anno».

L'intervento sui conti arriverà dunque a metà mese (probabilmente la prossima settimana) per far sì che il Parlamento lo licenzi entro luglio e soprattutto per arrivare il 20 giugno prossimo all'Ecofin con un percorso triennale blindato. Poi, ma solo a settembre, dovrebbe arrivare la richiesta di delega al governo per la riforma fiscale. Certo prima dovranno essere «digeriti» i risultati dei quattro tavoli tecnici che ci stanno lavorando e ci sarà il confronto con le parti sociali. Non dovrebbe prendere corpo l'ipotesi di spezzare in due la manovra da 40 miliardi con un intervento subito (5 miliardi) ma solo sul 2011. Il ministro del Welfare Sacconi continua a negare che ci sarà un intervento per portare a 65 anni l'età pensionabile delle donne che lavorano nel privato così come già avvenuto nel pubblico. Anche il percorso fiscale appare arduo: l'aumento dell'Iva (non sui beni di prima necessità) darebbe nuove risorse. Ma, fanno notare i commercianti, deprimerebbe i consumi a scapito di una già debole ripresa. ♦



Regione. Un'efficace manovra per il rientro dal debito richiede la verifica costante sui «correttivi» in atto

Certezze sui costi sanitari

di **Roberto Arbore**

La presidenza della Regione ha annunciato, all'inizio di aprile, i positivi risultati del tavolo tecnico con i ministeri vigilanti (Mef e Salute) per il Piano di rientro dal debito sanitario. Più in particolare è stato dichiarato che «Il tavolo ha accertato il disavanzo 2010 in 1.044 milioni di euro contro un disavanzo 2009 pari ad 1.419 milioni». Un differenziale di deficit così commentato dalla Regione: «In pochi mesi è stato ridotto il deficit di circa 400 milioni di euro eliminando sprechi e senza intaccare la qualità dell'offerta sanitaria». Questi i numeri comunicati alla stampa ai quali si aggiunge una valutazione della Governatrice incentrata sul trade off "riduzione sprechi-mantenimento qualità dell'offerta sanitaria".

Il sistema delle imprese è ovviamente interessato a un successo delle annuali manovre correttive dei conti sanitari regionali, atteso che solo in questo modo si potrà avviare quel percorso di riduzione della maggiorazione Irap, penalizzazione sempre più insostenibile per il tessuto produttivo in un quadro di persistente difficile congiuntura economica. In questo quadro è fondamentale che la Regione persegua scrupolosamente la contabilizzazione dei costi evitando così profili di incertezza sul reale stato. Si configurerebbe infatti come rischiosa ogni eventuale sottostima dei costi nel bilancio regiona-

le, presupposto di indesiderati effetti di "trascinamento".

Ciò premesso ci sembra utile focalizzare l'attenzione sul quadro di sintesi tendenziale-programmatico della Regione Lazio afferente l'evoluzione della spesa sanitaria per gli esercizi finanziari 2011 e 2012. In proposito va sottolineato che il dato del disavanzo 2010 - così come rilevato nella riunione del Tavolo tecnico del 6 aprile scorso - è pari non a 1,044 ma a 1,135 miliardi. Valore - calcolato al netto di ammortamenti e costi capitalizzati - che dovrebbe scendere, stando agli obiettivi programmatici della Regione, a 760,58 e 506,04 milioni rispettivamente nel 2011 e 2012. Disavanzo il secondo - che determinerebbe al suo raggiungimento la fine, tecnicamente, della gestione commissariale della sanità laziale e il conseguente ritorno nell'alveo della normalità.

"Rebus sic stantibus", diventa quindi essenziale monitorare, innanzitutto, la dinamica della spesa sanitaria nel 2011 verificando - rispetto alla spesa tendenziale stimata dal Tavolo pari ad 1,138 miliardi - se gli interventi correttivi stanno avendo effettivamente "in progress" gli effetti finanziari programmati. In cifre, si tratta di

realizzare nel corrente esercizio finanziario una manovra correttiva sui conti sanitari pari a 378,148 milioni per portare, come detto sopra, il valore tendenziale al programmatico di 760,58 milioni di euro.

È interessante rilevare - disaggregando il dato globale di questa correzione dei conti - che il contributo della riduzione dei costi interni (190,706 milioni di euro) sopravanza quello del decremento dei costi esterni (152,074). Combinato disposto al quale va aggiunto un incremento di ricavi netti - pari a 35,368 milioni - per raggiungere il totale della manovra correttiva 2011 corrispondente a 378,148 milioni di euro. Superato ormai il primo quadrimestre 2011 crediamo che sia importante che la Regione fornisca una informazione

su come sta evolvendo la spesa, basandosi sui dati dei conti economici degli oltre 20 centri di costo, in cui si articola il Servizio sanitario regionale, che affluiscono mensilmente alla Regione. Una informazione che "fotografi" in progress - nell'ambito dei due aggregati, costi interni e costi esterni - lo stato dell'arte delle singole poste di bilancio in cui questi ultimi si articolano.

Responsabile Rapporti Economici Confindustria Lazio



Confermata la manovra fra dieci giorni

DA ROMA

Il percorso si conferma, all'indomani del vertice di Arcore, quello già tracciato: a giugno la manovra da 40 miliardi utile per il pareggio di bilancio nel 2014, non prima di settembre la delega fiscale (che in un primo tempo si pensava potesse vedere la luce già a giugno).

L'intervento sui conti arriverà dunque a metà mese, probabilmente la prossima settimana, per far sì che il Parlamento lo approvi entro luglio e soprattutto per far presentare Tremonti il 20 giugno, alla prossima riunione Ecofin, con un percorso triennale blindato. Solo a fine estate dovrebbe arrivare invece la richiesta al Parlamento di una legge-delega per il Fisco. Prima dovranno essere "digeriti" i risultati dei 4 tavoli tecnici che ci stanno lavorando e ci dovrà essere l'auspicato passaggio di confronto con imprese e sindacati. Il gruppo di lavoro che analizza i regimi di favore, gli sconti e le detrazioni ha classificato una ventina di regimi «speciali» e si è aggiornato tra due settimane: in totale si è arrivati a valutarne 60 che potrebbero essere rivisti, su 476 oggi esistenti.

Non dovrebbe prendere corpo nemmeno l'ipotesi di spezzare in due la manovra da 40 miliardi, con un intervento subito (5 miliardi) ma solo sul 2011. Cifra che comunque do-

vrebbe essere confermata per l'anno in corso, necessaria com'è a rifinanziare alcune spese (missioni all'estero, esenzione ticket...).

Il tema forte, tuttavia, rimane ancora dove reperire le risorse. Moltissime le ipotesi sul campo: il ministro del Lavoro, Maurizio Sacconi, continua a negare che ci sarà un intervento per portare a 65 anni l'età pensionabile delle lavoratrici private (come già

avvenuto nel pubblico). Riforma che però avrebbe il pregio di garantire alle casse dello Stato circa 1 miliardo l'anno. Resta sempre in piedi il capitolo della lotta all'evasione. Le autonomie locali non sarebbero in ballo, mentre ha colpito ieri la frase del ministro

Ferruccio Fazio sui possibili «10 miliardi l'anno» di risparmi nella sanità. Come sempre, c'è poi chi in Parlamento rispolvera i "vecchi" condoni: con la riforma del processo civile alle porte, un ripulisti preventivo potrebbe aiutare. E soprattutto resta la voce dei tagli ai ministeri: stavolta, però, sarebbero molto più selettivi.



Federalismo sanitario, Sergio Dompé: "È un'opportunità, non c'è rischio balcanizzazione"

"In questi anni molto è cambiato e il federalismo è divenuto una reale opportunità per la Sanità". Sono chiare le parole del presidente di Farindustria, Sergio Dompé, nel commentare il tema del convegno promosso dalla stessa associazione confindustriale "Federalimo in sanità: legalità ed efficienza", tenutosi oggi a Roma presso Palazzo Marini.

Opportunità federale - Un'opportunità, secondo Dompé, che supera di gran lunga il rischio di balcanizzazione che il moltiplicarsi dei modelli sanitari a livello regionale potrebbe generare. "È vero il contrario – sottolinea il presidente degli industriali del farmaco – dal momento che stiamo parlando di **uno dei migliori sistemi sanitari europei** nel rapporto qualità/prezzo/prestazione. Certo ci sono delle situazioni in cui esiste effettivamente un'offerta sanitaria deficitaria". Da un lato, infatti, ci sono i costi, che vanno dai 1850 euro l'anno per cittadino del sistema sanitario lombardo agli oltre 3000 euro l'anno di alcune regioni del Sud. Dall'altro, c'è la qualità dei servizi offerti: **non sempre un volume di spesa maggiore garantisce un miglioramento delle prestazioni.**

Responsabilità e costi - La chiave "è – prosegue Dompé – la responsabilizzazione degli enti regionali e locali, unita a una corretta gestione delle risorse disponibili. Bisogna correlare la spesa e la responsabilità di chi la effettua. Perché non accada più che **cinque Regioni con il 38% della popolazione accumulino il 90% dei disavanzi sanitari**, come è accaduto tra il 2006 e il 2010". Da una gestione più oculata si potrebbero ricavare delle risorse rilevanti: è possibile ipotizzare **da un minimo di 4 a un massimo di 5,5 miliardi di euro uniformando i costi della sanità** "non ai migliori – ricorda Dompé - ma alla media delle regioni che spendono con maggior appropriatezza. Le quali sono spesso a volentieri anche quelle che offrono i migliori servizi".

Esigenza democratica - "Le regioni – sottolinea il presidente di Farindustria – devono compiere uno sforzo verso una maggiore coesione di intenti. Non va dimenticato che **la sanità è uno dei pilastri della democrazia**". Dalla qualità di un servizio sanitario è quindi, in qualche modo, un indice per misurare i progressi del processo di democratizzazione del paese.

Efficienza – Per migliorare l'efficienza e, soprattutto, limitare le disfunzioni dei sistemi regionali bisognerebbe, conclude Dompé **"legare un costo standard a un servizio standard**, in modo da poter vedere tanto le carenze quanto le eccellenze, razionalizzando a livello gestionale le prime e generalizzando le seconde.

Sanità, frodi e sprechi per 2 miliardi

Negli ultimi tre anni i Nas hanno accertato illeciti per 475 milioni di euro. La Guardia di Finanza per 1,6 miliardi. Un conto che pesa sulle tasche dei cittadini.

Milioni di euro bruciati in frodi a danno del servizio sanitario nazionale e quindi dei cittadini. Nel corso di due anni, il 2009 e il 2010, i carabinieri dei Nas hanno scoperto frodi per 475 milioni per danno erariale presunto. A questi si aggiungono 1,6 miliardi di euro accertati dalla Guardia di Finanza per il triennio 2008-2010. La Sanità resta terreno di razzie per guadagni illeciti. A cui si aggiungono sprechi dovuti alla cattiva gestione: si calcola che arrivino a 35 milioni nelle regioni del Nord, 250 al Centro e 190 al Sud.

I danni all'erario

Nel triennio 2008-2010 sono stati effettuati dalla Guardia di finanza 4.911 interventi anti frodi nel servizio sanitario nazionale e denunciati all'autorità giudiziaria 7.149 persone, accertando frodi per 186 milioni di euro. Sono stati anche deferiti alla Corte dei Conti 1.468 persone e segnalati alla stessa danni erariali per 1,6 miliardi di euro, ha riferito il colonnello della Guardia di finanza, Fabrizio Martinelli.

<http://city.corriere.it/cronaca-napoli.shtml>

16 Giugno, mobilitazione della Cgil per la sanità in Campania

Dalle pagine di Repubblica l'appello dei medici del Loreto Mare, rilanciato dal sindacato di categoria



NAPOLI - Carenza di strutture, blocco del turn over, impossibilità di assicurare i livelli essenziali di assistenza: quanto riportato stamane sulle pagine di Repubblica dai medici del Loreto mare, è uno spaccato che alla nostra organizzazione e a quanti hanno cura dello stato del welfare sul nostro territorio è chiaro da tempo come attestano le nostre continue denunce". E' quanto si legge in una nota diffusa da CGIL e FP Campania.

ATTEGGIAMENTO IRRESPONSABILE DI CALDORO. "E' inaccettabile - continua la Confederazione - l'atteggiamento irresponsabile del Commissario Caldoro e della Giunta Regionale - che mette a serio rischio il diritto alla salute e all'assistenza dei cittadini e fa gravare pesantemente la propria incapacità decisionale e gestionale sugli addetti".

RISPOSTE IMMEDIATE. "Sono necessarie risposte immediate che siano adeguate alle necessità del comparto e della cittadinanza, che smettano di gravare sulle fasce più deboli e di mascherarsi da strumenti a loro sostegno, come fa ad esempio la farsa della rimodulazione delle fasce di contribuzione per i ticket". "Per questo e per la sanità in Campania la CGIL scenderà compatta in piazza con una mobilitazione il 16 giugno davanti a palazzo Santa Lucia".

http://www.campaniacentro.it/home.asp?ultime_news_id=975

► Regione. 7 ◀

Nomine della Sanità, lavori in corso

Sergio Florio favorito nella corsa per la Asl Napoli 1
Varato il nuovo schema di contratto dei direttori generali

ETTORE MAUTONE
TANIA SABATINO

Nomine Asl, lavori in corso. E' un nodo intricato quello che si profila all'orizzonte per il presidente della giunta regionale **Stefano Caldoro**. Tra i problemi posti dal tavolo di verifica interministeriale sui conti di Asl e di ospedali nella seduta dello



Sergio Florio

scorso 21 aprile c'è anche il termine della gestione commissariale delle aziende partita nel 2008 con la legge 16 che ha rivoluzionato l'assetto e gli ambi-

ti delle aziende sanitarie locali. Se da un lato la gestione commissariale dovrebbe protrarsi fino al prossimo 31 luglio, in base ai contratti siglati a marzo scorso, dall'altro, anche alla luce del risultato elettorale, potrebbe verificarsi una brusca accelerazione. Senza dubbio va colmato subito il lungo vuoto amministrativo al vertice della Asl Napoli 1 che è rimasta nella mani del capoarea dell'assessorato **Mario Vasco** dopo che **Achille Coppola** ha lasciato le redini per assumere l'incarico di sub-commissario.

Il governo della Asl Napoli 1, per ammissione dello stesso governatore **Caldoro**, è determi-

nante ai fini del risanamento dei conti della sanità campana. Tramontata l'ipotesi di nominare un graduato della Guardia di finanza, sulla scorta di quanto attuato (con successo peraltro) a Salerno, si pensa a pesacare tra le migliori risorse che la regione già dispone sul campo. A tal proposito le quotazioni maggiori sono quelle di **Sergio Florio**, commissario al timone della Asl di **Avelino**, che spianerebbe la strada a un sostituto di stretta fede demitiana in **Irpinia** a sugello di un'alleanza politiche determinante per **Palazzo Santa Lucia**.

Arrivano i nuovi schemi di contratto per il direttore generale, quello amministrativo e quello sanitario di Asl ed aziende ospedaliere. Modifiche effettuate anche in relazione a quanto disposto dalle norme per il piano di rientro che assegna a ciascun referente il raggiungimento di obiettivi specifici.

Fa parte delle responsabilità del direttore generale l'obbligo di stilare in piano di intervento in cui specifichi le azioni intraprese, i tempi, le fasi di realizzazione ed i risultati attesi. E' prevista una verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il direttore generale può recedere autonomamente dalla carica per una giusta causa e con un congruo anticipo.

Decreto ospedali, i sindacati vanno all'attacco

Cgil e Uil: Morlacco chiuderà Bisaccia e Sant'Angelo. Foglia: falso, è terrorismo psicologico

Cgil, Cisl e Uil incontrano a Napoli il subcommissario alla Sanità, Mario Morlacco, e il manager dell'Asl di Avellino, Sergio Florio. Alla fine, sono durissime le dichiarazioni dei segretari provinciali della Cgil e della Uil, Vincenzo Petruzzello e Franco De Feo. Interpellato direttamente sulla possibilità di accorpamento dell'ospedale di Bisaccia all'azienda ospedaliera «Moscato» di Avellino, Morlacco avrebbe dichiarato: «Questo decreto non esiste. Gli ospedali di Bisaccia e Sant'Angelo chiudono». «Ancora una volta gli amministratori e i cittadini sono stati presi in giro dalla politica, con le dichiarazioni del commissario Morlacco si fa finalmente chiarezza e purtroppo si confermano i timori della Cgil», è l'accusa di Petruzzello. Per Bisaccia e Sant'Angelo dei Lombardi ci sarebbe, dunque, la conferma che diventeranno unità di primo soccorso. «Il piano non è stato e non sarà modificato. E di questo sbandierato decreto di accorpamento non c'è alcuna traccia in Regione Campania. Quindi il destino delle strutture di Sant'Angelo dei Lombardi e Bisaccia è quello immaginato in un primo momento», rincara De Feo.

«Terrorismo psicologico». La replica è di Pietro Foglia, consigliere regionale dell'Udc: «Ancora una volta una parte del sindacato, piuttosto che collaborare nell'obiettivo comune di dare una soluzione ai problemi del territorio della provincia di Avellino, preferisce fare del terrorismo psicologico che altro risultato non ha se non quello di determinare condizioni di confusione nella pubblica opinione. Quanto loro riportano non ha riscontro nella realtà. Anzi, si attribuiscono al subcommissario per la sanità campana, dottor Mario Morlacco, parole che non ha mai pronunciato». Foglia dice di aver sentito il subcommissario Morlacco e che lui ha confermato di non aver alcuna difficoltà a firmare il provvedimento con il quale si prevede l'accorpamento dell'ospedale di Bisaccia all'azienda ospedaliera «Moscato» all'esito delle verifiche tecniche che in questi giorni si stanno effettuando. «A questo punto, è lecito chiedersi se c'è qualcuno che è contrario alla definizione di questo provvedimento», aggiunge Foglia: «È giusto che, a fronte dello sforzo che si sta compiendo, sia chiaro alla pubblica opinione, e una volta per tutte, che c'è qualcuno che vuole risolvere i problemi dell'Irpinia e qualcun altro, invece, che gioca ad intorbidire le acque, creando stru-

Lo scontro
Petruzzello
e De Feo:
confermati
i timori
Il consigliere:
attribuite
le parole

mentalmente casi che non esistono. Agiorni i fatti diranno chi aveva ragione e chi no, chi prende in giro l'Irpinia e chi, invece, ne ha a cuore le sorti».

Cgil e Uil difendono la loro versione. «Gli unici finanziamenti - osserva Petruzzello - sono previsti per gli ospedali di Ariano e Solofra. È necessario a questo punto che la provincia di Avellino si mobiliti e non subisca passivamente l'ennesima offesa e mortificazione. La politica ancora una volta ha voluto prendere tempo senza trovare soluzioni, illudendo amministratori locali e comunità. La Cgil porterà avanti la sua battaglia in tutte le sedi, sostenendo l'azione legale dei sindaci dei comuni dell'Alta Irpinia. La politica ha voluto ancora una volta mortificare la provincia di Avellino, anche con il doppio gioco delle promesse. Contro questo atteggiamento la Cgil sarà spietata e pronta ad ogni battaglia al fianco dell'Irpinia e dei suoi cittadini».

Franco De Feo: «Altro equivoco da chiarire riguarda lo sblocco del turn-over per l'azienda ospedaliera avellinese. Ebbene, i commissari ci hanno confermato che resterà bloccato per il momento. Unica nota positiva, la costituzione di un tavolo provinciale, prevista per la prossima settimana, a cui siederà anche il commissario dell'Asl di Avellino, Florio. E in quell'occasione il sindacato cercherà in tutti i modi di ristabilire un equilibrio rispetto all'utilizzo delle risorse umane nelle strutture irpine».

re. av.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Federalismo, Marino: al palo i livelli di assistenza

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 7 GIUGNO 2011

Un federalismo sanitario insufficiente che non tiene conto delle urgenze del nostro Paese. “La maggioranza disegnato una riforma fuori della realtà: i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) non sono stati approvati, siamo quindi fermi a dieci anni fa nella definizione delle cure che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti, mentre il progresso tecnologico ha cambiato ormai radicalmente la nostra sanità. Così Ignazio Marino, presidente della Commissione

d’inchiesta sul Servizio sanitario al convegno ‘Federalismo in sanità: legalità ed efficienza promosso da Farmindustria e in corso a Roma.

Ai lavori partecipa anche il ministro della Salute Ferruccio Fazio. “Il federalismo voluto dalla maggioranza – incalza Marino – non tiene conto di altri dati significativi come l’inappropriatezza delle cure mediche preoccupante in alcune regioni come la Campania dove il tasso di ospedalizzazione è il più alto d’Europa (235 persone ogni mille residenti). Nè si tiene conto delle difficoltà di chi non si può più permettere le cure: il 10,9 per cento dei nuclei familiari italiani ha rinunciato a terapie mediche essenziali per motivi economici”.

Il ministro Fazio replica ricordando che la mancata approvazione dei nuovi Lea è motivata dalla mancanza di risorse, ma allo stesso tempo la spesa farmaceutica è stata ridotta di 600 milioni di euro all’anno”.



Sanità

8 maggio 2011 -

Fazio: risparmi per 10 miliardi con il federalismo

di Roberto Turno (da Il Sole-24 Ore)

Almeno 5 miliardi in meno di spesa col buon governo (quando sarà a regime) nelle regioni sottoposte a piani di rientro dai debiti di asl e ospedali. E altri 5 miliardi dalla lotta a sprechi e inefficienze in tutto il Ssn. Dal federalismo e dai costi standard, ma non solo, il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, aspetta risparmi miliardari: «A spanne - ha detto ieri - possiamo ipotizzare un contenimento della spesa sanitaria di circa 10 miliardi».

E che contro sprechi e truffe sia necessario tenere alta la guardia, lo hanno testimoniato la Guardia di Finanza e i Nas in occasione del convegno «Federalismo in Sanità: legalità ed efficienza», organizzato ieri a Roma da Farindustria: in tre anni, hanno annunciato, sono stati denunciati danni erariali superiori a 2 miliardi. La Guardia di Finanza nel 2008-2010 ha scoperto 4.900 frodi per 184 milioni, con 1.468 persone segnalate alla Corte dei conti per 1,6 miliardi di danni erariali. Mentre presunti danni all'erario per 475 milioni negli ultimi due anni - tra assenteismo, false esenzioni, medici compiacenti, appalti irregolari - sono stati denunciati dai Nas con un'inchiesta, ancora in corso, che ha rivelato 250 milioni di danni al Centro Italia, 190 milioni al Sud e 35 al Nord. «Basta parlare di truffe al Ssn - ha spiegato il generale Cosimo Piccinno, comandante dei Nas -, sono truffe ai cittadini, a ognuno di noi».

Truffe e cattiva gestione che federalismo fiscale e costi standard dovrebbero contribuire a stroncare. Anche con dimissioni, ineleggibilità e interdizione decennale dalle cariche pubbliche per gli amministratori, manager di asl inclusi. Sanzioni che per Fazio, come ha proposto il ministro della Semplificazione, Roberto Calderoli, potrebbero anche essere estese ai membri del Governo: «Da medico e da professore universitario ho sempre proposto di verificare il rendimento».

«È giusto che gli amministratori che lasciano i conti rosso rispondano dei propri atti davanti ai cittadini», ha concordato il presidente di Farindustria, Sergio Dompé. Che non ha mancato di rilevare come la spesa farmaceutica - il 16% di tutta la spesa sanitaria - sia almeno da dieci anni chiamata per prima in causa nei tagli alla spesa. Si guardi anche altrove, ha detto Dompé nel promuovere la strategia di bonificazione della spesa che i costi standard dovrebbero portare. Con tutte le avvertenze del caso, ha però rilevato Ignazio Marino (Pd), presidente della commissione d'inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza

del Ssn: «Che federalismo può essere se non tiene conto delle urgenze del Paese e i livelli essenziali di assistenza sono fermi a dieci anni fa?».

La Rassegna Stampa di FederLab Italia