

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 09.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Regione. Sommesse contende la leadership dell'Udc a De Mita

Prove di dialogo nella maggioranza

Asl, nomine manager al rush finale

Sembra essere giunta al rush finale la partita per le nomine della sanità. Tempo una settimana, infatti, e la giunta regionale dovrebbe ultimare l'elenco con i curriculum dei nuovi manager delle Asl campane. Sette giorni, non di più garantiscono i soliti beneinformati. Perché lo staff del presidente Caldoro avrebbe già ultimato il lavoro per l'investitura dei dirigenti chiamati a sostituire gli attuali commissari. Partita lunga e difficile, quella delle Asl. Che ha visto più volte Udc e Pdl arrivare ai ferri corti. E proprio il difficile rapporto con gli alleati di governo ha mandato le cose per le lunghe. Non a caso il termine ultimo fissato per la scelta dei futuri dirigenti è stato fissato per il 15 settembre, quando l'esecutivo di via Santa Lucia tornerà a riunirsi. E in casa Udc si saprà



chi tra la "colomba" Sommesse, da sempre più aperta al dialogo con l'ala caldoriana e il "falco" Ciriaco De Mita, tuttora segretario in carica dell'Unione, avrà ricevuto in dote dal congresso la leadership campana del partito. Un vero e proprio braccio di ferro, quello andato in scena in via Santa



Lucia, tra Pdl e Udc, che ha scatenato le pesanti reazioni dell'opposizione, con Idv e Pd che non più tardi di due giorni fa hanno lanciato un pressante appello alla maggioranza Caldoro affinché proceda senza indugi alla scelta dei manager. Tempo una settimana, dunque, e i giochi saranno fatti.

La polemica

Nebbia fitta
sulla sanità

MARIO SANTANGELO

“**S**ETTEMBRE, andiamo. È tempo di pagare. Ora in terra campana i miei malati...”. La parafraresi della famosa poesia dannunziana sintetizza una “pièce” teatrale di grande successo (considerato il numero di repliche) che si recita da alcuni anni sulla scena della sanità partenopea. Da tempo, tra la fine dell'estate e l'inizio dell'autunno, vengono a mancare i soldi per l'erogazione dell'assistenza in convenzione e i pazienti sono costretti a pagare di tasca propria quei servizi sanitari che, in altre regioni, sono garantiti per l'intero arco dell'anno. Naturalmente ogni volta si accende la polemica su chi abbia la responsabilità del fenomeno. Gli imprenditori dell'assistenza convenzionata attribuiscono l'evento alla scarsa quantità di fondi appostati in bilancio dalla Regione, mentre questa ultima ritiene che la causa vada ricercata in un eccessivo e inutile numero di prestazioni fornite indiscriminatamente nel corso dei primi mesi dell'anno.

NEBBIA FITTA SULLA SANITÀ

La verità è che entrambi non hanno un vero interesse a evitare l'evento. In questi anni, nonostante le drammatiche denunce legate alle difficoltà di una classe imprenditoriale che definisce rovinosa e fallimentare la gestione della assistenza convenzionata, non vi è stato un laboratorio di analisi o di radiologia che sia fallito, che abbia rinunciato alla attività o che abbia cambiato l'oggetto dell'esercizio societario. Ciò conferma che, nonostante i lai, vi è convenienza a continuare. D'altra parte ancora oggi la Regione non mette in campo alcuna azione capace di riorganizzare ex novo questa parte dell'assistenza, non solo per carenza di idee, ma anche perché il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei malati concede un ristoro alla magra cassa regionale e riduce il rischio, per il politico, di affrontare un problema che incide sul consenso elettorale. Così il vero danneggiato continua a essere il solito cittadino indifeso che sulle sue spalle finisce col sostenere il peso di interessi e inefficienze che sono il connettivo di questa nostra regione. Il sistema sanitario regionale è talmente improduttivo che certamente non servono i pannicelli caldi rappresentati da ventilati controlli più accurati o da malintesi accordi tra le parti.

Appare, pertanto, incomprensibile che nessuno si accorga della necessità di incidere pesantemente sulla sanità ridisegnandone il ruolo. Lasciare inalterato l'assetto del sistema significa voler soddisfare unjamente richieste corporative o velleità clientelari. Nella primavera del 2009 la precedente giunta provò a elaborare un piano che riconosceva l'importanza e la insostituibilità della sanità convenzionata ma ne rivedeva la funzione riconsiderando, oltre al numero

di laboratori di patologia clinica (laboratori di analisi) e di radiologia, anche le effettive capacità operative. Il progetto prevedeva una perfetta integrazione territoriale e un riequilibrio del cosiddetto privato con le strutture pubbliche che oggi sono pressoché inesistenti a fronte di oltre mille duecento laboratori di analisi e di oltre quattrocento centri di radiodiagnostica convenzionati. Veniva riconosciuto ai privati un ruolo paritario nella funzione, ruolo che doveva essere preventivamente definito sia sul piano operativo che su quello economico. Il disegno prospettava una attenta analisi della dislocazione territoriale dei laboratori privati e indicava la opportunità di accorpamenti in grado di assicurare, non solo la sopravvivenza delle strutture più piccole o mal allocate, ma di garantire i livelli occupazionali anche attraverso necessarie riqualificazioni di parte del personale.

Naturalmente questa propo-

sta faceva parte di un programma più vasto che prevedeva il riassetto delle strutture di ricovero e curasia pubbliche che private, la elaborazione delle reti di assistenza, una diversa e più organica partecipazione della medicina generale, un rilancio del pubblico nella gestione delle cronicità, un ruolo meglio definito dei policlinici universitari, la sistemazione della sanità carceraria (oggi completamente finita nel dimenticatoio), e una collaborazione vera tra assistenza sanitaria e assistenza sociale. Il 29 luglio dello stesso anno, per una perversa volontà politica del governo centrale, arrivò il commissariamento e il “sogno” svanì. Da allora i sub-commissari ad acta e la nuovagianta non hanno prodotto “nulla” comprendendo nel “nulla” anche il miglioramento “reale” dei conti. Le stesse opposizioni, in consiglio, oggi vivono una stagione di silenzio che in nome della responsabilità (ma quale?) scivola in uno strisciante consociativismo. La loro voce era molto più forte quando dai banchi della maggioranza protestavano contro Bassolino. Oggi, che siedono all'opposizione, tacciono mentre dovrebbero tuonare contro un governo regionale caratterizzato dalla paralisi e che limita la sua azione a esternazioni verbali. La opacità del momento richiama la celebre “nebbia” carducciana che “agl'irti colli piovigginando sale”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FederLab Italia

Frosinone Indagine dei Nas di Latina che hanno controllato i documenti contabili di centocinquanta professionisti

Medici con stipendi gonfiati Truffa da 10 milioni alla Asl

Ai dottori sarebbero stati pagati compensi fino a 18 mila euro mensili
La Procura ha invitato una ventina di dirigenti a fornire spiegazioni

■ Sono stati circa 150 i medici che hanno beneficiato in busta paga anche di 15.000 - 18.000 euro mensili contro i circa 3.000 - 3.500 euro della sola voce stipendiale. È quanto emerso da una complessa attività di indagine del Nas Carabinieri di Latina per un presunto danno erariale a carico dell'Azienda U.S.L. di Frosinone derivante dall'indebita corresponsione a numerosi medici di diverse branche specialistiche di consistenti somme di danaro a titolo di compensi per prestazioni «eccezionali e temporanee» che, in realtà, sarebbero dovute essere rese nell'ambito dell'ordinaria attività. È emerso che, per le prestazioni «eccezionali e temporanee», la spesa dell'azienda sanitaria ciociara è passata da circa 1 milione di euro del 2001 ad oltre 10 milioni del 2010, per un danno erariale di circa 10 milioni nell'ultimo quinquennio.

→ **Di Brango** a pagina 29

Sanità I carabinieri del Nas di Latina hanno stroncato una truffa da 10 milioni ai danni dell'Asl
Le buste paga dei professionisti lievitavano fino a 18 mila euro grazie a prestazioni extra

Stipendi gonfiati per 150 medici

L'inchiesta è partita nel 2009. Per il momento non risultano indagati

Lorenza di Brango

■ **FROSINONE** Prestazioni «extra» che facevano lievitare le buste paga dei medici, fino ad arrivare a 15 o 18 mila euro, contro i normali stipendi di 3.500 euro circa: secondo i carabinieri del Nas di Latina si sarebbe prodotto così un danno

erariale che ammonterebbe a circa 10 milioni di euro. Sarebbero oltre 150 i medici della Asl di Frosinone che avrebbero percepito questi maxi compensi che sarebbero stati erogati per prestazioni definite «eccezionali» e temporanee ma che in realtà, secondo le ipotesi investigative, rien-

travano nell'ambito dell'attività ordinaria.

Questo è quanto ipotizzato dai carabinieri nell'ambito di un'indagine contabile sulla gestione dei fondi della Asl di Frosinone. L'inchiesta avrebbe permesso di accertare stipendi «gonfiati» erogati a medici di



diverse branche specialistiche. Le indagini sono state avviate d'iniziativa dal Nucleo di Latina a partire dal novembre 2009 e si sono sviluppate anche grazie alla consulenza di funzionari specialisti del Ministero della Salute.

Al momento non ci sono indagati nell'inchiesta, ma la procura presso la Corte dei Conti ha invitato 20 tra dirigenti e funzionari della Asl di Frosinone e della Regione Lazio a fornire chiarimenti in merito. Secondo le ipotesi dei carabinieri del Nas le 20 persone avrebbero autorizzato più volte, a vario titolo, il ricorso a fondi del servizio sanitario regionale destinati alle prestazioni aggiuntive: in realtà però gli investigatori ritengono che non ce ne fosse la legittimità. Inoltre, in alcuni casi, non avrebbero esercitato i controlli necessari sull'operato della Asl ciociara.

Secondo i carabinieri quei fondi invece sono stati utilizzati, per circa 11 anni, per coprire, ad esempio, i normali turni di guardia o per altre attività che rientrano nelle prestazioni ordinarie, con un notevole aumento dei costi, mentre il contratto prevede che si possa ricorrere a queste prestazioni solo per abbattere le liste d'attesa. Per esempio, secondo gli investigatori, veniva pagato come prestazione aggiuntiva «acquistata» un normale turno: 60,00 euro lordi all'ora che diventano 720 per un ogni singolo turno di guardia notturno di 12 ore.

Secondo le ipotesi, per le prestazioni eccezionali e temporanee, la spesa della Asl ciociara è passata da circa 1 milione di euro nel 2001 a dieci milioni nel 2011, per un danno erariale di circa dieci milioni di euro negli ultimi 5 anni.



**LA CRISI
LA MANOVRA**




La condivisione

La modifica al decreto chiesta dal Pdl ha trovato il consenso delle opposizioni in Commissione Bilancio

Emendamento salva-Puglia: deroga al blocco del turn over

«Si garantiranno i livelli essenziali di assistenza nella sanità»

Nella manovra finanziaria approvata ieri dal Senato è prevista la deroga al blocco del turn over nelle Regioni sottoposte al piano di rientro dal deficit sanitario. La deroga è stata resa possibile da un emendamento alla manovra presentato in Senato da un gruppo di parlamentari del Pdl, tra i quali il barese Luigi D'Ambrosio Lettieri e il tarantino Pasquale Nessa. La finanziaria del 2005 prevedeva un blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario delle Regioni sottoposte ad un piano di rientro dal deficit e tra queste vi è anche la Puglia che ha sottoscritto il piano nel settembre dello scorso anno.

L'emendamento ratificato ieri dall'Aula del Senato con la fiducia alla Manovra prevede che il ministro della Salute, di concerto con quello dell'Economia, dispone la deroga su richiesta della stessa Regione, qualora tale deroga sia necessaria «ad assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza» e a conseguire «risparmi derivanti dalla corrispondente riduzione di prestazioni di lavoro straordinario». La deroga dovrà essere inoltre compatibile «con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario».

Il ministro della Salute Ferruccio Fazio ha espresso soddisfazione per il risultato conseguito. «Per una volta la sanità non è stata toccata e questo è un segnale importante, anche se il settore è stato toccato nella manovra di luglio»; ha detto il ministro. «Nella manovra», ha sottolineato Fazio al termine del question time di ieri in Camera, «l'unica cosa prevista per la sanità è la rimozione del blocco del turnover nelle Regioni con piano di rientro, e questa è una cosa positiva».

«Anche la Puglia, sottoposta a piano di rientro per far fronte al debito sanitario potrà quindi far ricorso alla deroga. Si tratta di un risultato importante che testimonia, ancora una volta, l'attenzione del Governo alle problematiche che riguardano direttamente la salute dei cittadini, pur in presenza di oggettive responsabilità di cattiva gestione delle risorse da parte delle amministrazioni regionali interessate dai piani di rientro», ha evidenziato D'Ambrosio Lettieri.

Il senatore barese qualche settimana fa aveva chiesto ai ministri Fazio, Fitto e Tremonti (tutti partecipanti al tavolo di verifica del disavanzo sanitario) di «individuare una soluzione percorribile per evitare l'abbassamento dei livelli essenziali di assistenza che in Puglia hanno già raggiunto i mi-



Lettori: 375.000

Nuovo Quotidiano di Puglia

08-SET-2011

Diffusione: 19.581

Dir. Resp.: Claudio Scamardella

da pag. 2

nimi termini e che sono ancora garantiti in gran parte grazie all'abnegazione e alla professionalità del personale sanitario» e aveva annunciato la formulazione di una proposta al Governo di modifica alle vigenti disposizioni di legge nell'interesse della collettività.

Il senatore del Pdl si augura che «la Puglia sappia responsabilmente cogliere questa opportunità, facendosi trovare preparata alle verifiche ministeriali e sapendo coniugare il rigore dei conti e il necessario equilibrio di bilancio con un'offerta sanitaria efficiente e rispondente alla sacrosanta domanda di salute dei cittadini».

«Tale risultato lo si può ottenere soltanto aprendo una nuova stagione di interventi reali su ampie sacche di clientelismo e di sprechi e una totale inversione di rotta rispetto alle fallimentari politiche sanitarie sinora portate avanti dal governo Vendola, attraverso una seria revisione del piano di riorganizzazione ospedaliera, che ha mostrato e dato vita a contraddizioni così profonde da mettere in serio pericolo la tenuta del sistema sanitario pugliese, con grande nocimento per i cittadini. Ne è prova recente, per fare un esempio, la vicenda della chiusura dei punti di primo intervento in alcuni comuni del Barese», ha concluso il parlamentare barese.

Ma. Mel.

Ferruccio Fazio



Luigi D'Ambrosio Lettieri



Pasquale Nessa

Il ticket che ammazza l'Asl

Finanziaria Approvate nell'indifferenza generale, le nuove tasse sulla salute rendono conveniente il ricorso al privato

Nel Lazio per fare l'emocromo un cittadino spenderà nella Asl 18,15 euro. E solo 4,15 in una struttura privata

Tommaso Antonucci*

Nello sforzo di risanamento dei conti pubblici, fatto in apnea da almeno due anni, tirati per la giacca prima dall'Europa, poi dai tagli di cui al federalismo e infine dai mercati finanziari in questi giorni, si è persa coscienza della vicenda dei ticket sanitari.

Per la verità la situazione è così preoccupante per il sistema economico e sociale del paese, ancora prima che i per i conti della Pubblica Amministrazione, che la vicenda dei ticket è passata quasi inosservata. Proprio in questo contesto però, l'imposizione dei ticket diventa emblematica, perché incidendo veramente poco nell'equilibrio complessivo dei conti sanitari ha permesso una inosservata seppur considerevole trasformazione del sistema dei servizi sanitari ambulatoriali e laboratoristici del paese.

Si prenda in considerazione, ad esempio, le analisi del sangue e le visite specialistiche che milioni di italiani fanno più o meno regolarmente presso i servizi laboratoristici e gli studi specialistici pubblici o privati.

Nel 2009 arriva, per le regioni sottoposte a Piano di Rientro l'obbligo di aumento dei ticket sulle analisi di laboratorio e sulla specialistica. Tale incremento di 4 euro si aggiunge ai ticket fino a quel momento applicati su ciascuna impegnativa di analisi di laboratorio fino ad un massimo di ticket di 36,15 euro e sulle impegnative di visita specialistica il cui costo ticket era già di 20,66 euro.

Il paziente non esente quindi, che si rivolgeva nel 2009 allo sportello della Asl con una impegnativa contenente in media 5 o 6 analisi da fare fino ad un massimo di

8, avrebbe dovuto sostenere alla cassa un costo complessivo massimo di ticket pari a 40,15 euro. Ma che succedeva se lo stesso paziente si presentava allo sportello di un laboratorio privato o convenzionato? Che il laboratorio privato per fargli lo stesso prelievo di emocromo, il cui costo è di 4,15 euro, gli faceva risparmiare i 4 euro di ticket di cui al Piano di Rientro dal disavanzo sanitario. Una vera e propria anomalia, destinata ad assumere dimensioni più significative.

Con la manovra 2011, infatti, le cose peggiorano. Il ticket sanitario, da strumento di sanzione per le regioni meno virtuose, diventa strumento per far cassa ed è rivolto a tutti, per un costo aggiuntivo di 10 euro. Sebbene con qualche distinguo importante, alla fine le regioni impongono la maggiorazione di 10 euro ad impegnativa.

A questo punto, nel Lazio per esempio, lo stesso paziente per fare l'emocromo spenderà 4,15 di ticket ante 2009, 4 euro di ticket per il rientro dal disavanzo sanitario e 10 euro di ticket per il rientro nei parametri di Maastricht. 18,15 euro in tutto. Lo stesso paziente andrà alla struttura privata che gli farà pagare 4,15 o poco più.

Gran parte delle analisi, in sostanza, tranne quelle legate a patologie gravi e molto costose che si continuano a fare rigorosamente presso gli ospedali, sono letteralmente crollate, in termini di affluenza, nelle strutture pubbliche in favore di quelle private. Oggi il paziente si presenta allo sportello Asl per sapere i prezzi e valutare se e dove andare. I bigliettini della fila rimangono nella macchinetta, le sale di aspetto vuote, e il pubblico dichiara forfait. I conti sono presto fatti: nessun re-



ale flusso di gettito in più mentre il gettito previsto sui ticket della laboratoristica crolla.

E pensare che c'era stato un momento in cui per efficientare il sistema si era deciso di ridurre il numero dei laboratori, soprattutto quelli privati e pubblici di piccole dimensioni, perché sotto una certa soglia la letteratura internazionale, considera inefficiente e addirittura rischiosa la loro gestione. Nell'esperienza della Regione Lazio per esempio, l'ultimo decreto (decreto del Commissario ad Acta n. 54/2010) individua il minimo, per la verità in forte riduzione rispetto al precedente atto del 2007, in 200 mila esami nel triennio 2011-13 e in 100 mila nel 2011. Il quadro a questo punto si ribalta e per via dei ticket e della riduzione della soglia minima, il precedente obiettivo di concentrare le analisi sulle strutture ospedaliere attive o sui grandi centri privati viene abbandonato in favore della laboratoristica privata sotto casa.

Sulle visite specialistiche e radiologiche di base (orto panoramiche, RX), se possibile è anche peggio, perché contro i 34,66 euro attuali del pubblico (20,66 + 4 + 10 nell'esempio), l'offerta privata diventa molto vantaggiosa già a 26 euro con una perdita di potere d'acquisto per i cittadini di oltre il 35% rispetto al 2009.

Senza andare troppo in là con le valutazioni e aspettando l'ennesimo aumento già preannunciato sui ticket, prendiamo atto del cambiamento e rileviamo che su questo tema si è abbandonata la logica di una programmazione sanitaria che si struttura per rispondere ai bisogni indotti principalmente dalla domanda del paziente. Il modello in pista invece richiama alla capacità imprenditoriale di offrire un pacchetto sanitario anche al di là della manifestata esigenza di sanità.

Il laboratorio sotto casa o lo studio polispecialistico di quartiere sarà indotto a offrire, al pari dei last minute dell'agenzia di viaggio, pacchetti e cicli di esami e visite con sconti e prezzi vantaggiosi, favorendo un aumento indotto della complessiva domanda di sanità. A quel punto il rischio è che diventerà più

complicato garantire la copertura dei reali fabbisogni sanitari della collettività e che in ultima istanza salti, per effetto domino, il principio universalistico e solidale del sistema sanitario italiano, che nonostante le molte distorsioni, rimane comunque saldo al secondo posto nella graduatoria dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. ■

*economista

antonuccitommaso@libero.it

Il Nas contesta danni per 10 milioni di euro. Il manager: colpa dello stop alle assunzioni

MEDICI PAGATI A PESO D'ORO ASL ANCORA SOTTO ACCUSA

L'Asl ha pagato per 11 anni stipendi gonfiati a 150 medici. E' l'accusa che i carabinieri del Nas muovono all'azienda sanitaria. Si ipotizza un danno erariale di 10 milioni di euro per prestazioni ritenute ecce-

zionali e temporanee per coprire turni soprattutto di notte e nei piccoli ospedali. Asl e ordine dei medici però si difendono: prestazioni obbligate per carenza di personale e per il blocco delle assunzioni.

PAGINE 2-3

BEN 150 MEDICI OSPEDALIERI DELLA PROVINCIA CHIAMATI AD ESPLETARE PRESTAZIONI "ECCEZIONALI" CHE FACEVANO LIEVITARE GLI STIPENDI

Maxi buste paga in corsia

Vasta indagine contabile del Nas per gestione irregolare dei fondi da parte della Asl

**Compensi sommati a quelli ordinari erogati per incarichi "normali".
I camici bianchi guadagnavano fino a 18 mila euro contro i 3000 previsti.
Presunto danno erariale da 10 milioni**

Prestazioni ordinarie pagate come "eccezionali". Per dieci anni, dal 2001 al 2010, la Asl di Frosinone ha elargito in busta paga a circa 150 medici dell'azienda uno stipendio tra i 15 e i 18 mila euro anziché una cifra tra i 3 e i 3.500. E' quanto ha ricostruito il Nas dei carabinieri di Latina al termine di un'indagine finalizzata ad accertare un presunto danno era-

riale di dieci milioni di euro. A seguito di quest'attività, che ha preso le mosse nel novembre del 2009, la procura regionale presso la Corte dei Conti ha invitato a fornire le proprie deduzioni in materia venti persone tra dirigenti Asl, compresi direttori generali e sanitari, componenti del collegio sindacale e funzionari responsabili dei procedimenti amministrativi della stessa Asl e della Regione Lazio. Dal canto loro sia l'attuale manager dell'Asl Carlo Mirabella che il presidente dell'ordine dei medici Fabrizio Cristofari mettono in evidenza che solo attraverso le prestazioni "eccezionali e temporanee", istituito peraltro previsto dai contratti, si è potuto garantire l'assistenza nelle piccole strutture ospedaliere della provincia a fonte dell'impossibilità di ricorrere al la-

voro straordinario e a nuove assunzioni. E comunque - ha rilevato il manager - a seguito delle recenti chiusure dei piccoli presidi questa cifra spesa dall'Asl, superiore anche a quella delle aziende capitoline, è destinata a calare.

Sta di fatto che, in un periodo di lotta agli sprechi della pubblica amministrazione e dopo la



chiusura di diverse strutture sanitarie in provincia proprio per contenere l'ingente debito della sanità, la notizia dell'indagine condotta dal comando dei carabinieri per la tutela della salute ha destato una vasta eco in provincia e non solo.

I controlli del Nas, condotti con l'ausilio anche di funzionari specializzati del ministero della Salute, e coordinati dalla procura regionale della Corte dei Conti, si sono concentrati sulla corresponsione (per l'accusa indebita) di «consistenti somme di danaro a titolo di compensi per prestazioni "eccezionali e temporanee"» a numerosi medici di diverse branche (anestesia e rianimazione, emergenza sanitaria, radiologia, cardiologia, dialisi, pediatria e neonatologia). In pratica, secondo la ricostruzione dei carabinieri del Nas di Latina, coordinati dal capitano Massimo Minicelli, i venti dirigenti, chiamati dalla Corte dei Conti a fornire controdeduzioni, ciascuno nelle rispettive competenze, avrebbero più volte autorizzato il ricorso a fondi del servizio sanitario regionale destinati alle prestazioni aggiuntive (da erogare per un tempo limitato e per fronteggiare condizioni eccezionali) senza che ne ricorressero i presupposti di legge o per non aver esercitato gli opportuni controlli. Si tratta di prestazioni previste e regolamentate dal contratto, quando è necessaria una integrazione straordinaria delle prestazioni o per procedere alla riduzione delle liste d'attesa. Per il Nas, invece, i presupposti di legge nel caso in esame non ricorrerebbero. E dunque i carabinieri hanno ipotizzato che i contratti siano stati utilizzati,

nell'arco di tempo che va dal 2001 al 2010, per espletare normali turni di guardia, soprattutto notturni e presso ospedali di piccole dimensioni e a bassa operatività, nonché per altre attività programmate, rientranti, però, nell'attività istituzionali e non connesse alla riduzione delle liste d'attesa.

Spulciando le carte, il Nas è arrivato a quantificare in dieci milioni il presunto danno erariale, in 150 i medici che avrebbero percepito stipendi tra i 15 e i 18 mila euro a fronte di 3-3.500 euro di sola voce stipendiale. Cifre lievitare a dismisura per il fatto che le prestazioni aggiuntive venivano pagate 720 euro per ogni singolo turno notturno. Confrontando i costi sostenuti dall'Asl di via Fabi per questa voce, con quelli spesi dalle aziende sanitarie di Roma è emerso che Frosinone ha pagato di gran lunga cifre maggiori rispetto alle consorelle capitoline. Inoltre, sempre secondo la ricostruzione del Nas, se al posto delle prestazioni aggiuntive si fosse proceduto all'assunzione di nuovo personale ci sarebbe stato per le casse dello Stato un risparmio di oltre 1,6 milioni di euro l'anno. Ma non solo, in base agli accertamenti, è emerso che l'Asl di Frosinone è passata dallo spendere un milione di euro nel 2001 per prestazioni eccezionali a 10 milioni di euro nel 2001, per un danno erariale di circa dieci milioni di euro nell'ultimo quinquennio. «causato - sostiene il Nas - dalla mancata o incompleta riorganizzazione dei servizi sanitari e delle strutture territoriali deputate ad erogarli, con conseguente sproporzionata richiesta di risorse umane rispetto al fabbisogno della popolazione».

Raffaele Calcabrina

Lettori: 1.767.000



09-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Bruno Angelico

da pag. 7

SANTA E TAGLI
Lombardia
"Vietati"
gli ospedali
ai non residenti

● Sono 150mila i pazienti di altre regioni che ogni anno si fanno curare negli ospedali lombardi. Ma la Regione, che per anni ha fatto spot per attirare pazienti da tutta Italia, ha deciso di cambiare. Il Pirellone ha scelto di tagliare i rimborsi per i ricoveri di persone che non risiedono in Lombardia. La decisione arriva, secondo i vertici regionali, a causa dei ritardi nei versamenti dei rimborsi alla Lombardia per le prestazioni da parte di altre Regioni, soprattutto quelle del Sud. La delibera colpirà gli ospedali lombardi che perderanno così almeno 20 milioni (Cm)

La sanità Scatta il piano-risparmi negli ospedali: gestione diretta dei servizi

Manutenzioni, l'Asl taglia le ditte esterne

Stop all'appalto con l'impresa che gestiva gli impianti termici. Cinquanta operai senza lavoro

Melina Chiapparino

«L'Asl ci ha cacciati ma stiamo continuando a lavorare per garantire il funzionamento degli ospedali», spiega Vincenzo Smiraglia, uno dei 50 operai altamente specializzati, delle ditte Siram e Graded impegnate nella manutenzione e conduzione degli impianti termici di tutta l'Asl Napoli 1 Centro. La nuova struttura commissariale dell'Asl Napoli 1 Centro ha predisposto, attraverso una nota ufficiale, l'interruzione immediata delle loro attività che, fino a pochi giorni fa, consisteva nella fornitura dei vettori energetici nei vari presidi (inclusa acqua calda, vapore impiegato per la sterilizzazione e la climatizzazione delle sale operatorie). «Si tratta di un servizio vitale per gli ospedali e garantito 24 ore su 24 da personale specializzato che, al momento, l'Asl non è in grado di sostituire - afferma Andrea Amendola, segretario regionale della Fiom - chiediamo



al commissario Scoppa di ritirare la nota e di tutelare 50 lavoratori che sono stati buttati dall'oggi al domani in mezzo a una strada». Se i sindacati Fiom Cgil, pronti a scendere in piazza, ritengono che le ditte debbano prestare il servizio come previsto da una proroga dei contratti della vecchia amministrazione, la direzione dell'Asl chiarisce «il rispetto della legalità nella scelta aziendale per l'interruzione del servizio». «Si tratta di una manovra dettata dall'ottica del risparmio, come previsto nel piano di

rientro - afferma Mariacristina Boccia della Direzione generale dell'Asl Napoli 1 - la proroga non era stata fatta dalla direzione ma da un caposervizio del servizio tecnico, da ora in poi la manutenzione sarà assicurata dai nostri tecnici e, nel caso di operai specializzati come per le caldaie, è in atto una gara per ore di lavoro garantite da agenzie interinali». Un'esigenza di risparmio aziendale per cui operai e sindacati, si dicono «pronti a scendere in piazza».

Risparmi
Il «Loreto mare», uno degli ospedali coinvolti nel piano dei tagli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DRIBBLATO IL BLOCCO DEL TURNOVER PER LE REGIONI CON I CONTI DELLA SANITÀ IN ROSSO

Salta la soppressione degli enti con meno di 70 dipendenti

Possibilità di derogare al blocco assoluto del turnover per le regioni che hanno sfiorato i tetti della spesa sanitaria ed abbandonano dell'idea di sopprimere gli enti con meno di 70 dipendenti.

Tra le tante misure restrittive per la spesa pubblica contenute nella manovra finanziaria 2011, ne spunta una che consente alle regioni poco virtuose nel campo della spesa sanitaria, proprio una delle principali cause del deficit pubblico italiano, di dribblare una delle sanzioni previste per lo sfioramento della spesa, il blocco delle assunzioni, mentre si rinuncia ai tagli dei mini enti statali.

È il nuovo comma 23-bis dell'articolo 1 del dl 138/2011, introdotto dal maxiemendamento al senato, a prevedere un'insperata boccata d'ossigeno per gli enti regionali del sistema sanitario nazionale.

La norma consente di ammorbidire in parte i piani di rientro previsti dall'articolo 1, comma 174, periodo quinto, della legge 311/2004, nei confronti delle regioni poco virtuose, i quali prevedono in via automatica il blocco della possibilità di sostituire con nuove assunzioni il personale cessato dal servizio per qualsiasi causa.

Le regioni interessate potranno chiedere di aggirare il divieto mediante una specifica deroga. Competente a concederla sarà il ministero della salute, previo il concerto con il ministero dell'economia e delle finanze e del ministero per i rapporti con le regioni. La possibilità di riattivare le assunzioni sarà, tuttavia, subordinata all'accertamento da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Ta-

volo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali previsto dagli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (sentita anche l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), di una condizione di necessità. In altre parole, gli organismi citati dovranno riscontrare l'indispensabilità della deroga al blocco delle assunzioni, come rimedio alle disfunzioni operative che si verificherebbero e che pregiudicherebbero il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

Ma non basta. La deroga sarà anche subordinata ad una riduzione della spesa per straordinari o di prestazioni in regime di autoconvenzionamento, e della compatibilità con la ristrutturazione della rete ospedaliera e degli equilibri del bilancio sanitario previsti dai piani di rientro.

Il maxiemendamento sopprime anche il comma 31 dell'articolo 1 del dl 138/2011, che aveva previsto l'eliminazione degli enti pubblici non economici inclusi nell'elenco di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 196/2011, con una dotazione organica inferiore alle settanta unità.

Dunque, nessuna sfolitura alla vastissima congerie di enti appartenenti all'apparato statale (o regionale). La rivisitazione degli assetti istituzionali viene sostanzialmente demandata al disegno di legge costituzionale di soppressione delle province, senza che si metta seriamente mano alla miriade di enti le cui funzioni potrebbero, invece, ben essere accorpate proprio alle province che vengono «graziate» dal maxiemendamento, per essere immolate alla causa mediante la proposta di riforma costituzionale.

Luigi Oliveri



Sanità/ Corte conti: Non usata buona parte fondi ammodernamento

"Risorse per 16,8 miliardi euro, inutilizzati circa 7 miliardi"

Stampa

Roma, 8 set. (TMNews) - Una parte "consistente" dei fondi pubblici destinati ad ammodernare la sanità è inutilizzata. Lo sostiene la Corte dei conti al termine di un'indagine sulla gestione delle risorse statali "destinate dal programma nazionale straordinario all'edilizia e all'ammodernamento tecnologico della sanità pubblica". Un programma diviso in due fasi, di cui la seconda caratterizzata da uno stanziamento complessivo di 16,84 miliardi di euro.

Le risorse, sottolinea la magistratura contabile, "sono state caratterizzate da una consistente inutilizzazione che può essere così sintetizzata: 6,81 miliardi riservati alle Regioni non sono confluiti in accordi di programma, 20 milioni non sono stati assegnati agli altri enti beneficiari e 30 milioni non sono stati attribuiti".

Delle somme stanziare "solo 9,98 miliardi sono stati attivati: 9,30 miliardi sono confluiti in accordi di programma sottoscritti dalle Regioni e 680 milioni sono stati assegnati agli altri enti beneficiari; nello specifico 7,04 miliardi sono stati materialmente erogati alle Regioni e agli altri enti. Ben 2,94 miliardi, ancorchè giuridicamente assegnati, non sono ancora confluiti in transazioni finanziarie".

"In sintesi - evidenzia la Corte dei conti - rispetto al programma legislativo complessivo è stato attivato il 59,26% delle risorse stanziare per cui solo il 41,82% è pervenuto alla erogazione dei contributi in favore degli enti interessati".

BlogSicilia™

blog di nome, giornale di fatto

LE DICHIARAZIONI DEL DIRETTORE DELL'ASP DI CATANIA IN SEGUITO ALLO SFORAMENTO DEL BILANCIO

"Basta, mi dimetto"



8 settembre 2011 - "Aver raggiunto tutti gli obiettivi di salute che mi erano stati assegnati, aver recuperato risorse prima sprecate ed oggi reinvestite nel miglioramento dell'offerta sanitaria ed aver adempiuto al programma di rifunionalizzazione aziendale, non è bastato". Con queste parole il direttore generale dell'Asp **Catania Giuseppe Calaciura** ha commentato la notizia della firma del provvedimento delle dimissioni presentate all'assessore regionale alla Salute Massimo Russo. "Accettando una responsabilità enorme, come quella della direzione generale di una delle Asp più grandi d'Italia - ha sottolineato Calaciura - metti in conto tanto lavoro, tanto impegno e sai di non doverti aspettare nulla o quasi, se non l'orgoglio di esserti speso con passione ed onestà e di essere riuscito a coinvolgere tutti coloro che con abnegazione e gratuità hanno consentito, ogni giorno, il raggiungimento di risultati importanti. Ed ancora sono rimasto veramente impressionato che in queste ore di gogna mediatica, cittadini, operatori, dipendenti, sindacati, associazioni di categoria hanno ritenuto in ogni forma di manifestarmi stima e solidarietà".

"E ritenendo inaccettabile - ha continuato Calaciura - continuare a subire un quotidiano stillicidio mediatico, ho comunicato volontariamente le mie dimissioni: una scelta che rispecchia il mio modo di essere e di fare".

SARDEGNA DEMOCRATICA

I veri conti sulla sanità sarda

di Giuseppe Sechi e Benedetto Bàrranu |

Conoscere in modo oggettivo e trasparente i veri conti della sanità regionale è un'esigenza ancora più pressante oggi, alla luce dei tagli imposti dalle recenti manovre finanziarie del governo ai sistemi sanitari e sociali delle regioni. Questa esigenza è stata riconosciuta anche dal recente decreto legislativo approvato dal Consiglio dei Ministri sui "premi e sanzioni" per i governatori e gli amministratori locali i quali saranno chiamati a pubblicare i risultati della loro amministrazione 90 giorni prima delle elezioni: una relazione dovrà certificare le performance economiche, comprese quelle delle Aziende Sanitarie e dell'intero SSR, con i risultati dei controlli interni e gli eventuali rilievi mossi dalla Corte dei Conti.

La sezione del controllo per la Regione Sardegna della Corte dei Conti ha pubblicato la relazione sull'attività di indirizzo e sul finanziamento del SSR da parte della Regione Sardegna. Dall'esame delle scritture riepilogative degli esercizi 2006/2009 e del IV trimestre 2010, trasmesse dalla Regione con i modelli di contabilità economica (Mod CE), è stato elaborato l'andamento dei risultati di esercizio, attraverso il calcolo del differenziale tra i costi di produzione e i valori della produzione per ciascun anno di verifica.

L'andamento dei costi di produzione è aumentato dal 2006 al 2010 di quasi il 20%, a fronte di un aumento del 11% del valore della produzione. La perdita di esercizio al netto degli interessi di computo è stata pari 56,054 milioni euro nel 2007, 160,403 milioni di euro nel 2008, 262,501 milioni di euro nel 2009 e 298,078 milioni di euro nel 2010. Nel periodo 2006-2010 la perdita aumenta del 279%: si riduce percentualmente nel 2007, quindi cresce del 104% nel 2008 e di un ulteriore 175% nel biennio successivo (2009-2010).

Tra le voci di costo, la spesa per il personale che nel 2004 ammontava a circa 1,028 miliardi di euro, è cresciuta nel 2010 del 11% rispetto al 2004, raggiungendo il valore di 1,141 miliardi di euro. La spesa farmaceutica convenzionata, che nel 2006 era pari a circa 373 milioni di euro, ha subito una forte riduzione nel 2007 (-8,83%), per poi invertire il segno nel 2009 (+1,53% rispetto al 2008) e nel 2010 (+2,48% rispetto al 2009). Al contrario, la spesa farmaceutica ospedaliera ha subito dal 2006 al 2010 un costante incremento, attestandosi a fine periodo sul valore di circa 258 milioni di euro con un incremento complessivo nel quinquennio dell'88%.

La relazione della Corte dei Conti si sofferma sulle cause della mancata realizzazione del Piano di Rientro (PdR) della Regione Sardegna, che ha portato nel marzo 2011 alla dichiarazione di inadempienza e alla perdita di 14,8 milioni di euro di assegnazioni finanziarie da parte del Governo. Le principali criticità sono individuate nel disallineamento tra gli obiettivi della programmazione regionale contenuti nel PdR e gli indirizzi, gli impegni posti a carico delle Aziende Sanitarie e necessari a conseguire i risultati programmati. Regione e Aziende Sanitarie hanno operato su due piani differenti e scollegati senza raggiungere gli indispensabili raccordi operativi.

Massimo esempio di questo disallineamento nel governo della politica sanitaria va individuato nei provvedimenti di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie, adottati dalla Regione con un ritardo tale che, di fatto, ha compromesso l'efficacia delle attività di programmazione delle stesse Aziende. E' difficile prescrivere l'obiettivo di "equilibrio di bilancio" ai direttori generali delle Aziende se la Regione: a- non definisce preventivamente il fabbisogno del SSR sulla base delle disponibilità finanziarie all'interno del bilancio regionale e della precisa individuazione per ciascuna voce di costo degli indici di incremento/contenimento della spesa; b- non predispone indirizzi univoci di gestione; c- conduce un reale monitoraggio delle singole criticità gestionali.

Nasce così il paradosso delle assegnazioni alle Aziende Sanitarie erogate successivamente al consolidamento dei risultati di esercizio. E' il caso della Deliberazione n. 13/21 del 15 marzo 2011, con la quale la Giunta Regionale ha definito dopo tre mesi dal termine del periodo di esercizio, le assegnazioni spettanti alle Aziende Sanitarie per l'anno 2010, per un totale di circa 2,866 miliardi di euro, tra cui 164

milioni di risorse integrative a carico del bilancio regionale 2010 (104,8 milioni di euro per il finanziamento delle spese correnti delle Aziende Sanitarie).

Come considerare le risorse aggiuntive regionali erogate a copertura dei fabbisogni delle ASL? Come risorse che concorrono alla definizione del fabbisogno complessivo del SSR (oltre quelle previste dai provvedimenti nazionali di riparto delle risorse per il finanziamento dei SSR) o come risorse aggiuntive deputate alla mera copertura dei disavanzi delle Aziende Sanitarie? Le due differenti interpretazioni hanno importanti implicazioni di tipo politico. Nel primo caso, consentono all'Assessore alla Sanità di poter vantare, sulla base della correzione dei dati nella tabella sopra riportata, un disavanzo per il 2010 di "soli" 136,817 milioni di euro con un'inversione della tendenza rispetto al 2008 e 2009. Nel secondo caso, il disavanzo per il 2010 rimane certificato in 298,078 milioni di euro e le risorse aggiuntive regionali, frutto della leva fiscale, sono il contributo che i cittadini sardi versano per colmare, in parte, l'inefficienza della politica sanitaria regionale.

Un dato non si presta, comunque, ad interpretazioni ambigue: il totale delle risorse destinate al finanziamento della parte corrente della spesa sanitaria (assegnazione iniziale + copertura disavanzo) è stabilmente cresciuto negli ultimi anni. Il che significa due cose incontrovertibili: 1- incrementando le assegnazioni alle Aziende Sanitarie la Giunta regionale stabilizza il disavanzo (o una parte di esso) incorporandolo nei costi ordinari; 2- la spesa sanitaria procapite della Sardegna (1.850 euro) tende a crescere costantemente, ha raggiunto il valore registrato a livello nazionale (1.849) anche se è distante dai livelli della gran parte delle regioni del Nord e del Centro. La questione si sposta, quindi, sui contenuti di questo incremento di costi.

Ad esempio: a- in materia di aumento del costo del personale, premesso che nei servizi sociosanitari l'innovazione migliora la diagnostica, ma non produce una riduzione degli addetti poiché l'assistenza è fornita dalle persone, non dagli elettromedicali, quanto deriva da rinnovi contrattuali (le stesse prestazioni a costi maggiori) e quanto è conseguenza di reclutamento del personale attraverso l'uso più costoso di forme contrattuali atipiche (contratti di somministrazione, consulenze etc.)? b- in materia di acquisto di beni e servizi, quanto incide la crescita dell'acquisto di servizi sanitari da privati (case di cura, specialistica ambulatoriale, riabilitazione, rsa) effettuata in conseguenza di decisioni assunte dalla giunta regionale e quanto da scelte discrezionali delle aziende sanitarie?

Analogo ragionamento va fatto per la spesa farmaceutica, in particolare per quella ospedaliera.

Più in generale si conferma una considerazione di fondo: i dati contabili fotografano (e sono conseguenza di) una linea politica. Per evitare che la riduzione dei tassi di crescita della spesa sanitaria passi attraverso un taglio dei servizi alla persona occorre agire sul terreno delle riforme strutturali: riorganizzazione della rete ospedaliera, potenziamento dell'assistenza territoriale e delle attività di prevenzione, domanda di servizi sanitari da privato in funzione del fabbisogno pubblico e non delle esigenze aziendali del privato, potenziamento delle strutture sociali, in modo da ridurre l'impropria e costosa supplenza svolta dal servizio sanitario.

I ripetuti riferimenti contenuti nella relazione della Corte dei Conti all'assenza di indirizzi alle Aziende Sanitarie da parte della Regione riassumono più ancora dell'analisi dei dati contabili i limiti di fondo della politica sanitaria regionale di questi ultimi anni.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Sblocco turn over. Polverini: “Importante per la sanità la deroga in manovra”

“Quando si deve garantire il diritto alla salute è una questione seria che non può avere solo attinenza con i conti”. Così la presidente del Lazio ha commentato il provvedimento inserito nella manovra economica che prevede per le Regioni sottoposte a Piano di rientro la possibilità di ottenere la deroga al blocco delle assunzione del personale del Ssn.

08 SET - La possibilità per le Regioni sottoposte al piano di rientro sanitario di chiedere la deroga per lo sblocco del turn over inserita nella manovra economica è un passo “importante” per la Governatrice del Lazio Renata Polverini. “La nostra regione è sottoposta a piano di rientro, abbiamo chiesto in tante occasioni lo sblocco del turn over, perché quando si deve garantire il diritto alla salute è una questione seria che non può avere solo attinenza con i conti” ha commentato a margine della Conferenza delle Regioni. Alla domanda di *Quotidiano Sanità* riguardo all’intenzione o meno della regione di usufruire di questa possibilità, Polverini ha risposto: “Già avevamo ottenuto delle minideroghe, ma in questo caso è un’iniziativa assolutamente apprezzabile. Vorrei ribadire che assumendocene la responsabilità, dove c’era abbiamo già concesso deroghe proprio per garantire la salute”.

Sanità, chi non è lombardo vale meno

La Regione taglia i rimborsi agli ospedali che curano chi viene dal resto d'Italia

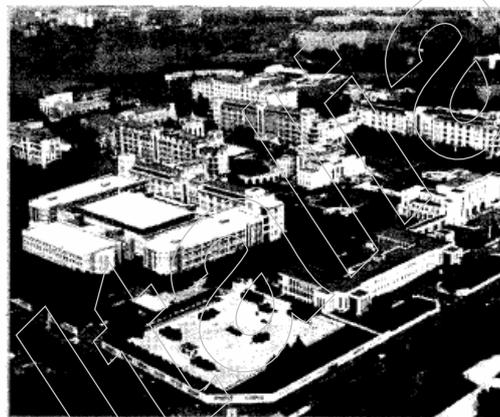
MILANO - La Lombardia decide di tagliare i rimborsi per i trattamenti effettuati nelle strutture sanitarie a pazienti provenienti da altre Regioni italiane, ed è subito polemica. La decisione è contenuta in una delibera del 28 luglio: un provvedimento «iniquo» e discriminatorio», affermano medici e Tribunale dei diritti del malato (Tdm), e critiche giungono anche dall'Istituto europeo di oncologia.

In Lombardia arrivano ogni anno per curarsi quasi 150mila pazienti da altre Regioni. Ma i ritardi nel pagare i rimborsi per le prestazioni, soprattutto per alcune Regioni del Sud, hanno portato il Pirellone a rivedere le tariffe per i pazienti extra-regione, uniformandole alle tariffe nazionali. Tradotto, significa che per gli ospedali lombardi curare un paziente della loro stessa Regione sarà economicamente più conveniente che il curarne uno "esterno". «I pazienti provenienti da altre Regioni - si legge nel documento - (a decorrere da quelli dimessi a luglio) saranno finanziati al valore concordato, per il 2011, a livello nazionale della tariffa unica convenzionale». E si stima che il cambiamento ridurrà di 20 milioni di euro gli incassi per gli ospedali lombardi. Infatti, alcune prestazioni in Lombardia sono pagate di più che in altre Regioni: queste tariffe rimarranno valide per i cittadini lombardi, ma per i cittadini extra-Regione, stabilisce la delibera, le tariffe saranno quelle stabilite a livello nazionale, che sono più basse. In definitiva, un ospedale guadagnerà di più a curare un lombardo che un non lombardo.

Una decisione duramente criticata dal Tdm-Cittadinanzattiva: la delibera è «iniqua» e rappresenta un «ostacolo all'accesso alle cure per tutti i cittadini», commenta la coordinatrice nazionale Francesca Moccia. In teoria, sottolinea, «uniformare i tariffari sarebbe giusto, ma che la Regione Lombardia lo faccia solo per i pazienti extra-regione è discriminatorio ed è anche una distorsione del federalismo in sanità. Il nuovo meccanismo farà sì che soprattutto le strutture convenzionate avranno meno interesse a ricoverare pazienti extra-regione e questo creerà un ostacolo in più all'accesso alle cure, in primo luogo per i pazienti che provengono dal Sud».

Critico anche il segretario della Fp-Cgil Medici, Massimo Cozza: «Si rischia di creare una discriminazione tra i cittadini sulla base della residenza e provenienza regionale. Al contrario, le istituzioni pubbliche dovrebbero garantire uguale trattamento a tutti i cittadini».

La delibera è «estremamente penalizzante per le nostre strutture», commenta inoltre Stefano Michellini, direttore generale dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo): «Comprendiamo il difficile momento che il Paese sta attraversando, ma riteniamo altresì che vada salvaguardato il diritto dei pazienti italiani di farsi assistere nelle strutture che reputano più idonee per i loro bisogni di cura. Confidiamo pertanto che vengano trovate soluzioni che permettano ad istituti attrattivi come lo Ieo e il Ccm, e gli altri presenti in Lombardia, di poter continuare ad assistere tutti i pazienti senza distinzione di provenienza».



Una veduta aerea dell'ospedale Niguarda di Milano. La Regione ha stabilito che diminuirà i rimborsi per le cure a cittadini provenienti da fuori Lombardia



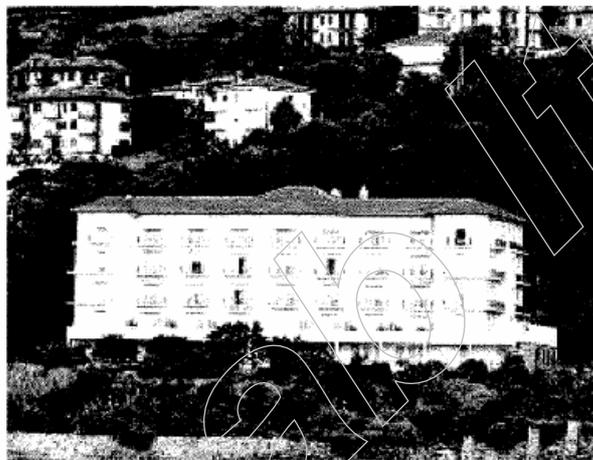
SANITÀ L'ELENCO DEI BENI ALIENABILI CHIESTO DALLA REGIONE: C'E' ANCHE IL «BARELLAI» DI COSTARAINERA

L'Asl vende i "gioielli" per i problemi di cassa

Ma solo pochi immobili possono essere davvero ceduti

BRUNO MONTICONE
SANREMO

Un elenco lungo, dettagliato, per un valore considerevole stimato, complessivamente, intorno ai 22 milioni di euro. E' il patrimonio immobiliare dall'Asl imperiese «ai fini dell'eventuale alienabilità». Patrimonio che, tradotto dal burocratese, può essere messo in vendita. Non perché l'Asl abbia fretta di disfarsene, quanto perché la Regione - alla disperata ricerca di fondi per sanare il buco della sanità ligure - ha chiesto alle Asl una sorta di censimento dei beni «alienabili». E quello dell'Asl imperiese è un elenco corposo di beni immobiliari sparsi da Imperia a Ventimiglia che comprende spazi significativi della sanità rivierasca: basti pensare al Distretto Sanitario di via Matteotti o agli ambulatori di via Diano Calderina ad Imperia, al Padiglione Barellai di Costarainera (sede dell'Hospice), alla palazzina di via Scoglio o agli ambulatori di via Fiume a Sanremo o al Poliambulatorio di via Marconi a Bordighera. Si direbbe una svendita. «Non è così. L'Asl non vende affatto i suoi "gioielli" come verrebbe da dire. E, anzi, non venderà nulla prima di aver trovato sistemazioni diverse e più razionali ai suoi servizi. E, comunque, cer-



Il padiglione «Barellai» di Costarainera: attualmente ospita l'Hospice

te alienazioni sono finalizzate a scopi ben precisi, per finanziare altre opere sanitarie. E' il caso dei beni di cui si prevede la vendita per finanziare la realizzazione dei vari Palasalute», spiega Claudio Balbi, direttore amministrativo dell'Asl.

In effetti solo una parte dei beni inseriti nell'elenco sono disponibili per una vendita. E non sono quelli più prestigiosi. Per gli altri le cose sono più complicate. Ci sono vincoli precisi. E' il caso della palazzina di via Scoglio a Sanremo che ospita la Salute Mentale, valutata 2 milioni e mezzo: l'Asl vuol venderla ma gli introiti serviranno a fi-

nanziare il Palasalute di Baragallo. Un vincolo rigido, sancito da un accordo tra Asl, Comune e Amaia. E di cui la Regione, magari a malincuore, ha dovuto prendere atto. Stessa cosa per il Poliambulatorio di via Marconi a Bordighera (2 milioni e 100 mila euro il valore) per il Palasalute bordigotto o delle sedi Asl di via Diano Calderina e via Matteotti ad Imperia (quasi 6 milioni di euro) che serviranno a finanziare il Palasalute imperiese.

Per il «Barellai» di Costarainera il problema è ancora diverso. Valutato in 12 milioni e 300 mila euro se la destinazione sa-

rà «residenziale», in splendida posizione sul mare (quindi molto appetibile), potrà essere venduto solo nel caso decoli il progetto dell'Asl imperiese di un «Polo riabilitativo regionale» da realizzare nel Padiglione Novaro, sempre a Costarainera, soprastante lo stesso «Barellai» dove troverebbe posto anche l'Hospice e gli altri servizi attualmente sistemati nei locali sul mare. Ipotesi per ora remota perché il progetto, presentato da oltre dieci mesi con la prospettiva di affidarlo a privati, non ha ancora avuto risposte da Genova. E ci sono altri casi particolari: ad Ospedaletti, in strada Termini, una proprietà dell'Asl (valutata un milione di euro), abbastanza cadente, per diventare disponibile deve prima liberarsi di due inquilini a cui bisogna trovare un'altra sistemazione e, comunque, in base ad accordi con il Comune in seguito ad un vincolo testamentario, la vendita è subordinata alla realizzazione di un'altra struttura sociosanitaria.

Insomma tanti beni in vendita, anche di valore, ma in gran parte condizionati da vincoli. Resta, nell'immediato, a conti fatti, solo una manciata di terreni a Bussana (tra cui 800 metri adiacenti la pista ciclabile attualmente in uso ad Area 24). Troppo poco per la «fame» di quattrini della Regione.



ROMA

Data	09-09-2011
Pagina	1
Foglio	1

L'ARSENALE**Quella sanità sulle rotelle**

di Giuseppe Scalera

Stranamente, questa rubrica ha vissuto in settimana il suo attimo di notorietà. Il tema dei test per l'ingresso nelle facoltà mediche statali, la proposta di conservare il numero chiuso, abolire i test, sviluppare un biennio comune per Medicina, Chimica e Biologia con dodici esami e relativa graduatoria finale per premiare i migliori (con relativa opzione finale sulla sede universitaria di Medicina) ha fatto il giro d'Italia, spuntando su decine di quotidiani e strappando l'attenzione di Sky e della tv di Stato.

Migliaia di e-mail e di sms hanno rappresentato il contorno di un tema che ha aperto nel Paese un dibattito profondo ancora in corso, ancora tutto da esaurire.

Restano le proposte di legge già presentate, gli scontati mal di pancia degli esclusi, il rito di numeri condizionati quest'anno anche dai motivi dell'esilio di Anita Garibaldi (una delle domande dei test), l'assurda realtà di un punteggio sufficiente a vincere in alcune parti d'Italia e magari insufficiente in molte altre. Una disparità che,

in un concorso nazionale giocato nello stesso giorno con domande provenienti dallo stesso ministero, suona come una palese ingiustizia. Vedremo gli sviluppi. Nel frattempo, ai medici napoletani del futuro è offerta la triste immagine di un ospedale Cardarelli ormai al collasso, incapace di accogliere i pazienti in arrivo. Una volta, si discuteva sulle barelle finite nei corridoi e si invocava una diversa sanità. Oggi, in quelle barelle c'è il tutto esaurito e, come hanno testimoniato alcune incredibili immagini, si è costretti a saltellare verso l'accettazione o ad accettare una sedia qualsiasi da ufficio, munita di qualche sgangherata

rotella per raggiungere il pronto soccorso. Naturalmente, il caso è finito in parlamento grazie ad alcuni rappresentanti dell'opposizione ma anche nelle fila della maggioranza non sono mancate critiche e polemiche. Del resto, l'uso di una sedia da ufficio come barella è, da qualsiasi parte lo si guardi, una realtà sconcertante che riporta la sanità napoletana in una età giurassica che certamente non merita. E prima o poi bisognerebbe scrivere le storie di tanti medici ospedalieri che, in una totale assenza di mezzi, continuano a battersi in una trincea divenuta insostenibile.

Il caso del Cardarelli, allineabile comunque ad altri nosocomi della Campania, parte da lontano. Da una profonda ristrutturazione della rete d'emergenza che ha fatto sostanzialmente "sparire" ospedali tradizionali come il Cto, il glorioso Centro traumatologico ortopedico, per non parlare, in provincia, di storiche realtà come il Maresca di Torre del Greco. Depotenziando un po' dovunque l'impianto di primo soccorso, è rimasto il presidio del Cardarelli e, per l'hinterland, del Loreto Mare per assemblare tutto e tutti.

I riscontri, purtroppo, sono oggi sotto gli occhi di tutti. Ed accanto alle battaglie di chi protesta (Idv, Pd, Cittadinanzattiva) c'è naturalmente tutta la Napoli che pensa e che produce. Una Napoli che comincia a chiedersi se i tagli apportati dalla giunta regionale sulla sanità siano stati o meno equilibrati e che si interroga su una qualità dell'assistenza che, al di là dei numeri, sembra aver toccato il livello più basso degli ultimi trent'anni.

Sulla sanità, lo andiamo ripetendo da tempo, non ci sono battaglie ideologiche da mettere in campo. Il cittadino non ha alcun interesse di conoscere se il medico che ha di fronte è di destra o di sinistra. Punta solo alla sua guarigione, nei tempi e nei modi più congeniali. E la classe medica, anche a Napoli, non è certo un parco buoi da gestire con qualche piccola prebenda. È una delle realtà più attive della nostra società, ha davanti responsabilità quotidiane gravi ed onerose e pretende di lavorare con strumenti adeguati e piena professionalità.

Lo ricordi chi, alla Regione, parla solo di numeri e di tagli. Sotto un certo standard economico c'è solo un'impraticabilità che fa rima con sanità.