

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



## Rassegna Stampa del 12.07.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

# Sanità



## **Blocco dei pignoramenti: il Tribunale di Napoli boccia la Campania in assenza di una ricognizione dettagliata**

Blocco dei pignoramenti per le Regioni con piani di rientro: in Campania manca la ricognizione dettagliata sui debiti (requisiti previsti dalla legge 220/2010 che fa riferimento alla legge 122/2010) e il Tribunale di Napoli (sentenza dell'11 luglio, sezione civile distaccata di Pozzuoli) ha previsto per questo lo sblocco delle azioni esecutive nei confronti delle Asl.

Uno strumento, quello del congelamento delle azioni esecutive, che in Campania è servito finora ad abbassare il deficit che nel 2011 sta calando a 171 milioni dai 773 del 2009 e che è stato anche prorogato fino al 31 dicembre 2012 dall'articolo 17 del decreto legge 98/2011, all'esame del Senato.

Secondo il giudice, la legge prevede che la Regione, per avvalersi della sospensione delle azioni esecutive, sia tenuta a predisporre una dettagliata ricognizione dei debiti e un piano di pagamenti dei crediti, non presente in Campania che si sarebbe limitata a emanare un atto generico che individua i debiti per macroaree, ma non distingue debito per debito, la fonte di questi, l'origine e la scadenza, l'interesse maturato, i singoli creditori.

E al momento del ricorso non era previsto nemmeno alcun piano, neppure generico, per il rientro dei pagamenti, che proprio ieri la Struttura commissariale della Regione Campania ha comunicato essere diventato operativo. Il percorso prevede che i crediti correnti vengono acquisiti da So.Re.Sa. con la finalità di alimentare la propria banca dati e di monitorare l'attuale situazione debitoria.

La legge non voleva autorizzare le Asl a «non pagare» sostiene il giudice, in quanto illecito contrattuale, ma di prendere fiato rispetto a tutte le azioni esecutive, riorganizzarsi, mettere ordine nei conti e quindi pagare: non aver messo a punto un piano svuota di senso la legge.

Nella sentenza si sottolinea come la normativa sia sostanzialmente in contrasto coi principi comunitari sulla libera concorrenza. Le Asl campane sono concorrenti di imprenditori privati, ma in una posizione di vantaggio poiché oltre a non poter fallire e a non poter subire azioni esecutive da parte dei creditori, sono nel contempo coloro che devono pagare i loro competitori.

Si ritiene che la normativa vada anche contro i principi comunitari della libertà di stabilimento e di libera circolazione dei capitali in quanto dissuade altri imprenditori comunitari a investire capitali o a insediare stabilimenti produttivi sanitari in regioni che beneficiano di tali leggi di favore. Infine, la sentenza rileva l'irragionevolezza della legge ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione (principi di uguaglianza): le Asl sono tenute a pagare e il mancato pagamento resta un illecito. Ne consegue che, quando finirà la sospensione delle azioni esecutive, esse dovranno restituire non solo il capitale e gli interessi ma anche risarcire i danni.

In base a queste osservazioni, il giudice ha disposto l'invio degli atti alla Corte dei Conti perché valuti se, vista l'assenza di piani e quindi di una buona gestione, sia configurabile il danno erariale.

Il Sole **24 ORE**

# Sanità



servizio del bilancio  
del Senato

## Servizio bilancio del Senato: i tagli alla spesa Ssn potrebbero non avere gli effetti desiderati

I tagli alla spesa sanitaria previsti nella manovra all'esame del Senato potrebbero non avere gli effetti desiderati.

A sostenerlo sono i tecnici del Servizio bilancio del Senato che hanno messo a punto il dossier di esame delle misure previste.

Per la riduzione del finanziamento del Ssn, nel dossier si legge che la relazione tecnica alla manovra «non fornisce elementi quantitativi puntuali per affermare la congruità degli strumenti» messi a disposizione delle Regioni per fronteggiare il decremento delle risorse disponibili «rispetto all'obiettivo di contenere le spese dei servizi sanitari regionali».

In particolare, proseguono i tecnici del Senato, «non sono forniti dati in ordine agli effetti di incrementi delle quote di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria e dei processi di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, non viene puntualizzato il livello del tetto per la spesa dei dispositivi medici, mentre, in rapporto all'attribuzione dell'onere correlato allo sfioramento del tetto previsto per la spesa farmaceutica ospedaliera, si può soltanto evincere che la norma potrà consentire risparmi nell'ordine dei 700-800 milioni di euro annui».

Dubbi anche sull'efficacia dei tagli alla spesa dei ministeri, da cui si attendono risparmi per 5 miliardi a regime: la manovra prevede un taglio delle spese delle amministrazioni centrali attraverso interventi correttivi indicati dai singoli ministri (per quello della Salute si tratta di 29,3 milioni), ma nel caso in cui il meccanismo non dovesse produrre i risparmi attesi il ministero del Tesoro procederà a tagli lineari. «Si pone fin d'ora - si legge nel dossier - una questione di effettiva sostenibilità del meccanismo, atteso che le riduzioni lineari disposte in passato non hanno prodotto i risultati sperati essendo stati seguiti spesso da anomali rimbalzi della spesa negli anni successivi alla loro effettuazione».

Per quanto riguarda i risparmi sul Pubblico impiego le note del Servizio bilancio sono simili a quelle dei ministeri. Dice infatti il rapporto che «il dispositivo, pur prefigurando una articolata gamma di misure sul pubblico impiego per il triennio 2012/2014, si limita a stabilire che tali misure "potranno" essere adottate con specifici atti regolamentari, prevedendo altresì che, in caso contrario, il Ministero dell'economia e delle finanze potrà stabilire riduzioni lineari alle risorse iscritte in bilancio di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b) (rimodulabili) al fine di assicurare il raggiungimento dei risultati finanziari indicati al comma 1 (l'economia lorda indicata per l'anno 2014 di 1.440 milioni di euro è comprensiva di 330 milioni di euro relative ad economie sul personale del Ssn e degli Enti locali. In termini di effetti sull'indebitamento netto, dei 740 milioni di euro indicati, 170 milioni di euro sono relativi al personale del Ssn e degli Enti locali. Le risorse concorrono al miglioramento dei saldi considerati nell'ambito della manovra sul Ssn e sugli Enti locali prevista dal decreto)».

Secondo i tecnici del Senato sarebbe necessario chiarire bene alcuni effetti, soprattutto per quanto riguarda il blocco del turn over:

- 1) le economie lorde per ciascun comparto di contrattazione, in relazione alla proroga di un anno del blocco del turn over;
- 2) le platee dei dipendenti considerati, per ciascuna area contrattuale, e delle retribuzioni medie di comparto prese a riferimento ai fini del computo delle economie;
- 3) le masse salariali riferibili ai suddetti comparti di contrattazione per il 2014, considerate nella stima dell'effetto del blocco per il 2014;
- 4) i c.d. tassi di cessazione medi riferibili a ciascuna area contrattuale, per il 2014.

## La lettera

## “STO CAMBIANDO LA SANITÀ, DATEMI TEMPO E LO VEDRETE”

MASSIMO RUSSO

N

ell'articolo pubblicato il 9 luglio in cui Emanuele Lauria giudica il mio operato di amministratore, mi sarei almeno aspettato qualche accenno ai vari apprezzamenti fatti dalle istituzioni competenti; nemmeno una parola sui pareri positivi espressi dai “tavoli ministeriali” sulla difficilissima azione di riorganizzazione del sistema sanitario o sull'eccellente giudizio dato recentemente dalla Corte dei conti. Nemmeno un riferimento, poi, alle tante mail che società scientifiche, organizzazioni di medici, semplici operatori sanitari e cittadini hanno inviato a *Repubblica* (e a me in copia) per dare atto della straordinaria attività di innovazione che stiamo portando avanti e nessun richiamo, infine, ai tanti dati pubblicati sul “libro bianco” che attestano, al di là delle parole, ciò che è stato fatto in termini di miglioramento dell'offerta sanitaria.

Prendo atto tuttavia che viene riconosciuto, con indiscutibile chiarezza, che questo governo ha ereditato una situazione pesantissima, con debiti, malaffare e disorganizzazione senza precedenti, evitando un mortificante commissariamento. Ma purtroppo leggo ancora giudizi trancianti fuori dal tempo e soprattutto fuori dai fatti per i motivi, tra i tanti, che riassumo brevemente.

1) **Spesa per l'ospedalità privata:** la quota del Fondo sanitario per i privati in Sicilia è ben al di sotto della media nazionale e, anche se il budget 2011 è leggermente aumentato, proprio i privati non perdono occasione per lamentare i tagli subiti durante la mia gestione.

2) **Pta di Giarre:** ho assunto tempestivamente drastici provvedimenti e la vicenda non è affatto conclusa dal momento che la magistratura, alla quale abbiamo trasmesso gli atti, sta ancora indagando.

3) **Il commissario del Civico di Palermo:** Carmelo Pullara viene indicato come candidato a sindaco di Licata per l'Mpa mentre in realtà è stato sostenuto da unalista civica. Non sareb-

be opportuno, per lui e per gli altri, chiedersi invece se è bravo e se ha fatto il proprio dovere?

4) **I “pizzini” e le nomine di esponenti dell'Mpa a dirigenti generali:** è una storia destituita di fondamento. Mi sono sempre assunto pubblicamente la responsabilità — politica e amministrativa — delle nomine e ho inserito nella legge precisi criteri di valutazione proprio per evitare, come accadeva in passato, possibili ingerenze della politica. Ma Lauria, con inammissibile “disattenzione”, ha ommesso di scrivere che, per la prima volta in Sicilia tutti i manager, nei tempi previsti e dunque senza alcuna violazione di legge, sono stati valutati sugli obiettivi assegnati — tutti positivamente, seppur con diverso punteggio — dall'Agenas, ente di riferimento del **ministero della Salute** e della Conferenza delle Regioni. Invece il giudizio sull'equilibrio di bilancio (pena la decadenza dei manager, come da legge, ma in questo caso senza scadenze) è in via di ultimazione: stiamo solo controllando gli ultimi verbali dei collegi sindacali, pochi giorni ancora e si saprà chi resta e chi no.

5) **L'asserita insofferenza verso le relazioni sindacali** è quanto di più falso si possa dire nei miei confronti. Ho sempre dialogato con tutte le sigle, concertando le decisioni importanti, tenendo aperto un tavolo di confronto che si riunisce mensilmente. *Repubblica*, semmai, ha troppo spesso preferito dare spazio soltanto a una piccola parte di un grande sindacato (la Cgil) che sembra utilizzare il rilievo mediatico per fini — credo — non sempre sindacali.

So di non essere simpatico a *Repubblica*, e da vecchio lettore di questo giornale mi dispiace. Quando ho assunto l'incarico di assessore sapevo bene chi erano i “nemici”, ma mai avrei immaginato di trovare *Repubblica* fra questi. Evidentemente l'azione di rinnovamento — anche culturale — non è stata da voi apprezzata e anzi più volte osteggiata per ragioni che da uomo di profonda cultura riformistica non comprendo ma comincio a capire.

Ricordo, a proposito della mia «attività politica», che proprio a Emanuele Lauria, quasi

tre anni fa, rilasciai un'intervista in cui spiegavo che per amministrare un settore che spende circa la metà del bilancio regionale è doveroso compiere scelte politiche, nel senso più nobile del termine che è quello di guardare all'esclusivo interesse dei cittadini. Vado avanti su questa strada, ben sapendo che il riscatto della Sicilia passa attraverso l'impegno quotidiano in difesa delle regole che sono (o dovrebbero essere) la sintesi del bene comune.

La mia storia di magistrato antimafia, la mia cultura e la mia estrazione mi impongono di intervenire, anche nell'azione politica e amministrativa, i valori della legalità e della trasparenza attraverso un impegno civile che richiede — se è il caso — anche scelte coraggiose e impopolari. In ogni caso ci sto mettendo la faccia, misto “sporcando le mani” per tentare di dimostrare che anche in Sicilia cambiare si può; ovviamente nella consapevolezza, che mi piace ribadire pubblicamente, che ove dovessero venire meno le condizioni di “praticabilità” della mia azione politica, non esiterei in istante a farmi da parte.

So benissimo che nella sanità siciliana non va ancora tutto per il meglio, che l'organizzazione deve migliorare, che ci vuole tanto tempo per vedere e apprezzare gli effetti di una riforma vera e non solo di facciata. Del resto non è possibile pensare che in appena tre anni, partendo da una condizione oggettiva di estrema difficoltà economica, sociale, politica e anche in presenza di certificate incrostazioni mafiose, si possano raggiungere i traguardi che altre Regioni hanno conquistato in tempi molto più lunghi.

Ho sempre accettato il doveroso diritto di critica ma rivendico il diritto di replica. Avendo fatto della trasparenza e delle “quattro erre” (rigore, regole, risultati, responsabilità) i valori su cui impennare la mia azione amministrativa, offro la mia totale disponibilità a un confronto pubblico nel corso del quale poter rispondere a tutte le domande — anche le più insidiose — inerenti la mia attività di pubblico amministratore.

L'autore è assessore regionale alla Salute

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il bilancio  
**Sanità privata  
la Regione  
paga i debiti:  
via al piano**

Passo in avanti per il pagamento dei debiti. Il commissariato alla Sanità ha annunciato che è diventato operativo il piano per il pagamento delle spettanze arretrate. Il percorso è relativo ai crediti pregressi scaduti. I crediti correnti vengono acquisiti da Soresa, con la finalità di alimentare la propria banca dati e di monitorare l'attuale situazione debitoria.

Il commissariato parla di «svolta positiva». Una svolta, aggiunge, «resa possibile dall'attiva partecipazione delle associazioni di categoria dei creditori, da tempo coinvolte con l'obiettivo di individuare un iter condiviso». La Regione sta lavorando alla definizione degli accordi con tutti i creditori.

Da tempo i fornitori e gli imprenditori della sanità privata attendevano una svolta da Palazzo Santa Lucia. La situazione si era fatta insostenibile, visto che alcune Asl (in particolare la Napoli I e Salerno) accusavano ritardi anche di due anni al punto da costringere i privati a chiedere e ottenere i pignoramenti dei conti correnti per un miliardo e mezzo di euro. Il blocco dei conti ha poi costretto la Regione a continue anticipazioni di liquidità alle Asl per pagare gli stipendi e per il funzionamento delle aziende. Con lo sblocco dei pagamenti si avvia una fase nuova nel rapporto con i fornitori e le associazioni di categoria.

# Pdl e Lega si contendono la guida della sanità piemontese

DI FEDERICO MARTINENGO

■ Da ultime sono state le donne partorienti di Domodossola, che in questi giorni hanno simbolicamente occupato il municipio della loro città per protestare contro la chiusura del punto nascita, che le costringerà a percorrere oltre 50 chilometri per raggiungere l'ospedale del capoluogo di provincia, Verbania.

Contro i tagli alla sanità regionale, oramai non si contano più le manifestazioni dei sindaci (recentemente una quarantina, tutti della provincia di Torino, hanno messo in atto un presidio di fronte al consiglio regionale), le raccolte di firme di cittadini (ad Acqui Terme, per esempio, ne sono state raccolte oltre 12mila per contestare il declassamento dell'ospedale cittadino), i consigli comunali aperti alla cittadinanza e alle associazioni (da ultimo, a Ovada, in provincia di Alessandria, il prossimo 20 luglio) e persino in uno dei bacini elettorali più forti del centrodestra, la zona di Alba-Bra, è in atto da tempo una vera e propria insurrezione, guidata dai maggiori industriali della zona, contro l'accorpamento dell'Asl con quella di Cuneo.

Per parte sua, il Pd del Piemonte sta organizzando, per sabato 17 settembre, una grande manifestazione di piazza contro lo smantellamento della sanità pubblica.

Queste proteste non possono essere derubricate a normale dialettica tra maggioranza e opposizione e a difesa corporativa dei territori, ma rappresentano la punta di un iceberg contro cui rischia di andare prossimamente a sbattere la giunta guidata dal leghista Roberto Cota.

L'assessorato alla Sanità, infatti, è il maggior centro di potere (e di spesa)

della Regione (oltre l'80% dell'intero bilancio) ed era stato assegnato al Pdl, nella persona della consigliera regionale Caterina Ferrero. La Lega, però, aveva messo a guardia dell'operato dell'assessore due uomini di sua fiducia: il direttore generale Paolo Monferrino (già amministratore delegato dell'Iveco, voluto da Cota) e il commissario dell'Aress (Agenzia regionale per l'edilizia socio-sanitaria), Claudio Zanon, l'ispiratore della manovra di tagli contenuti nel piano di rientro del debito sanitario. Una coabitazione forzata che aveva indotto la Ferrero (e il Pdl) a protestare vivacemente. A risolvere la diatriba, però, non ci ha pensato la politica, ma la magistratura che il 27 maggio scorso, ha arrestato prima il principale collaboratore della Ferrero e poi, il 16 giugno, lo stesso assessore, attualmente ancora agli arresti domiciliari.

Alcune delle accuse riguardavano un appalto per l'acquisto, tramite le farmacie, dei pannofoni per gli anziani incontinenti, e facevano emergere, sempre secondo quanto scritto dai magistrati inquirenti, un sistema di potere corruttivo che ruotava attorno alla persona di fiducia della Ferrero.

Di fronte al clamore dell'inchiesta, ci sarebbe voluto uno scatto d'orgoglio di Cota con l'immediata nomina del sostituto della Ferrero. E invece non è successo nulla. Nei corridoi di palazzo è circolata prima la notizia dell'alzata di scudi della Pdl a difesa dell'assegnazione al loro partito dell'assessorato alla sanità e poi una, per alcuni versi incomprensibile, caduta di interesse.

A questo punto erano risalite le quotazioni di Monferrino, con un suo passaggio da un ruolo manageriale al-

la guida politica della sanità piemontese, ma anche questa ipotesi non si è concretizzata. Ecco allora spuntare una soluzione in chiave leghista, con il passaggio al Carroccio della Sanità e una compensazione in termini di competenze assessoriali al Pdl. Sono iniziati così a circolare i nomi di Giovanna Quaglia e Elena Maccanti, rispettivamente assessore al Bilancio e alle Partecipate.

Ma da Piazza Castello, sede della Regione Piemonte, ancora silenzio: una non scelta, che diventa ogni giorno più difficile da interpretare e anche politicamente imbarazzante, se messa in relazione al crescente malessere dei territori. Soprattutto nel Piemonte 2 (tutta la regione meno la provincia di Torino), dove Cota aveva vinto le regionali del 2010, infatti, sta diffondendosi una grande delusione per le promesse elettorali non mantenute e la stridente realtà dei tagli ai servizi, che, per di più, andrebbero a colpire le aree più marginali della Regione, luoghi in cui la Lega aveva raccolto molti consensi.

Anche per questo, Cota non può certamente pensare di continuare ancora per molto con la sua gestione a interim: una palese dimostrazione di indecisione della maggioranza di centrodestra nell'affrontare e risolvere i nodi politici e gestionali della più importante materia di competenza della Regione.



## La replica

## MA LA RIFORMA NON HA DISSOLTO L'OMBRA DEL CLIENTELISMO

EMANUELE LAURIA

N

ella sua lunga e garbata lettera, l'assessore Russo non affronta il nodo, mai sciolto, della sua collocazione ibrida. E di come la politica abbia condizionato gli obiettivi del risanamento e dell'innovazione contenuti nel suo contratto da "tecnico". Confermando, nei fatti, di essere avviato a una carriera di partito, la stessa che a maggio lo ha spinto a una contestatissima (dal Pd) visita a Vittoria per una manifestazione pre-elettorale organizzata dal candidato sindaco sostenuto dall'Mpa. È con «indiscutibile chiarezza» che ribadiamo i meriti dell'ex pm nell'aver affrontato una eredità pesante sul piano economico ed etico, di essersi opposto a un modello che — è scritto già nelle pagine di storia, oltre che negli atti giudiziari — aveva spinto il malaffare sin dentro i centri di comando della Sanità siciliana. Puntando su una riforma necessaria e, sulla carta, lodevole. Ma ciò, confermiamo pure, non ci esime dal sottolineare gli (ancora?) insufficienti risultati di un "new deal" che non ha eliminato disservizi e casi di malasania e purtroppo non ha cancellato l'ombra delle logiche clientelari sulle opzioni fondamentali per questo settore.

Non è vero, caro assessore, che questo giornale non ha dato conto degli apprezzamenti dei tavoli ministeriali. E ha riferito pure dei giudizi della Corte dei conti. I primi come i secondi, per la verità, abbinati alla constatazione che per la Sanità c'è ancora molto da fare. È stato infatti il procuratore Coppola, nel corso della requisitoria del 30 giugno, a segnalare come nel 2010 la spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica convenzionata sia cresciuta rispetto agli anni precedenti. E questo per rispondere alla prima delle obiezioni contenute nella sua

missiva. Quanto al Pta di Giarre, i «drastici provvedimenti» assunti «tempestivamente» sono stati in realtà adottati dopo che la vicenda era finita sui giornali. E fa specie, sinceramente, la difesa della presunta "neutralità" del commissario del Civico Carmelo Pullara. Un medico sul quale, alle elezioni di Licata del giugno 2008, puntò con forza l'Mpa. E la lista ufficiale della Colomba, la prima delle cinque che lo sostennero, gli regalò oltre la metà dei 3.756 voti conquistati.

Lei definisce «una storia destituita di fondamento» le ingerenze della politica nelle nomine: ma porta la sua firma, e quella del governatore Lombardo, la designazione dell'ex coordinatore dell'Mpa di Biancavilla alla guida dell'Asp catanese. E l'esistenza dei "pizzini" con i nomi dei collaboratori da suggerire ai manager, se è una leggenda, di certo è piaciuta raccontarla a diversi protagonisti diretti della riunione del settembre 2009. Ora attendiamo di conoscere i risultati della verifica dell'attività degli stessi direttori generali, prevista per legge a 18 mesi dal loro insediamento. Tutti promossi? Sarebbe un bell'atto di trasparenza rendere noti i punteggi assegnati. Sarebbe un gradito "regalo", peraltro, alle conferenze dei sindaci di Palermo, Trapani e Siracusa che — sempre secondo la legge — dovrebbero dare un parere sulle valutazioni che motivano le riconferme. E non ci si rifugi dietro la privacy, per carità.

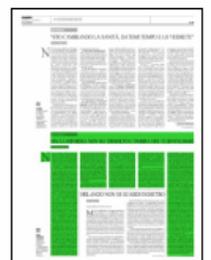
Lei, assessore, si vanta delle lodi ricevute. Non rammenta magari i rilievi: il ministro Fazio ha parlato solo un mese fa di «perduranti criticità» del sistema sanitario siciliano. Supponendo la prevedibile replica (attacco politico?), non vogliamo sottrarle questo piacere. Né intendiamo censurare chi supporta la sua azione. Lei parla delle e-mail in suo sostegno che ci sono state girate (anche dall'amministrazione che dirige)

e che non abbiamo pubblicato. Molte, qualificate. Ma, su questo converrà, rappresentative solo in parte dell'universo dei dipendenti, dei fornitori, degli interlocutori istituzionali di un assessorato che spende quasi la metà del bilancio regionale. Le avremmo pubblicate, se avessero contestato anche uno solo dei dati di fatto che il nostro articolo conteneva, ovvero le parentele illustri dei funzionari comandati in piazza Ziino, a cominciare dallo zio della moglie dell'assessore. Una scelta che non è un reato, ci mancherebbe, ma che, per allontanare qualsiasi sospetto, l'artefice di una proclamata svolta avrebbe potuto evitare.

Lei, assessore, ricorda di aver operato «nell'esclusivo interesse dei cittadini». Sarebbe un'affermazione maggiormente credibile se le sue nomine avessero rispettato, senza ombre, l'inattaccabile criterio meritocratico. Le vicinanze politiche dei manager sono la testimonianza del tradimento di quella promessa. «È comprensibile che Lombardo, da leader di partito, cerchi anche il consenso. L'importante è che le scelte siano di qualità», disse Russo in un'intervista del 6 marzo 2010. Parole che andrebbero ribadite a quanti, con curriculum almeno equivalenti a quelli dei manager selezionati, sono stati esclusi.

Lei, assessore, dice di avere scoperto che *Repubblica* è fra i suoi nemici. Sappia che *Repubblica* non ha nemici e si rassegni al fatto che in una democrazia la stampa ha non solo il diritto ma il dovere di controllare, raccontare e, se occorre, criticare l'operato di chi ha responsabilità pubbliche. Senza fare sconti a nessuno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SANITÀ****ORA SPUNTANO I TICKET SUI RICOVERI DAL 2014**

Si pagherà per entrare in ospedale, anche solo per il "day hospital". I nuovi ticket sanitari previsti dal 2014 dalla manovra economica, infatti riguarderanno probabilmente sia l'assistenza farmaceutica che le altre prestazioni oggi non soggette a ticket, come ad esempio i ricoveri

ospedalieri ordinari o in "day hospital".

Le novità potrebbero, poi, portare all'aumento dei ticket già vigenti in alcune Regioni, per esempio

sull'assistenza specialistica ambulatoriale o sulle cure termali. Il tutto facendo risparmiare circa il 40% della spesa corrente. Saranno sempre le stesse Regioni a decidere se sommare il nuovo ticket a quello già applicato oppure ridurlo, a patto di assicurare l'«equilibrio economico-finanziario».

→ Regione

## Polverini-Montino Scintille su tasse e deficit sanitario

■ La sanità riaccende lo scontro tra maggioranza e opposizione. Stavolta a far azzuffare la governatrice Polverini e il capogruppo del Pd in Consiglio regionale Esterino Montino è la pressione fiscale conseguente al deficit sanitario, che, secondo la Polverini, nel 2011 doveva diminuire visti i buoni risultati prodotti dalla cura dimagrante del piano di rientro. Una circostanza però che secondo Montino non si sarebbe verificata: «L'aliquota Irap pagata dalle imprese il 6 luglio scorso è pari al 4,97. Questo significa che gli aumenti scattati lo scorso anno sono in vigore e che non c'è stata alcuna diminuzione delle tasse come annunciato dalla Giunta lo scorso 6 aprile». Pronta la replica della Regione: «La maggiorazione Irap dello 0,15% derivante dalla sanzione fiscale conseguente a extra deficit sanitario, dovuto alla precedente amministrazione, per l'anno d'imposta 2011, non si applica. Per l'anno 2011 si applicano le aliquote vigenti nel 2009, grazie ai risultati raggiunti con il piano di rientro sanitario del commissario ad acta Polverini. Le condizioni per l'aumento dell'Irap non si sono verificate, cosa che invece è avvenuta per altre Regioni, come Campania, Calabria e Molise. Per i contribuenti del Lazio la maggiorazione dello 0,15% doveva essere applicata all'atto della liquidazione del saldo Irap relativo al periodo d'imposta 2010 e non al contestuale momento della determinazione degli acconti riguardanti il successivo periodo d'imposta 2011. Comunque i contribuenti che hanno versato nel corso delle recentissime

scadenze gli acconti Irap relativi al periodo d'imposta 2011, applicando la maggiorazione dello 0,15%, potranno recuperarla nell'ambito degli acconti che dovranno essere versati a novembre». Una precisazione che ha portato Montino a ribadire: «L'aliquota Irap pagata dalle aziende lo scorso 6 luglio è del 4,97 e comprende anche l'aumento dello 0,15 (cosiddetta sanzione fiscale) decisa lo scorso anno. Questi i fatti. Nel comunicato dell'Agenzia delle entrate del 23 giugno, vengono citate le Regioni Molise, Campania e Calabria, ma nulla viene detto per quanto riguarda la Regione Lazio. La Giunta ha inteso la non citazione come diminuzione. Solo la Giunta però. Ed infatti la sanzione è stata applicata». Intanto la governatrice va dritta per la propria strada: «È prioritario uscire dal commissariamento della sanità regionale perché così non si ha la facoltà di prendere decisioni. Quando sono arrivata alla presidenza del Lazio il periodo delle vacche grasse è finito. Ho preso decisioni contro tutti e per la mia Regione. Il Lazio merita un posto migliore. Siamo la seconda Regione italiana per Pil. Abbiamo messo i paletti per costruire il futuro alle giovani generazioni».

*Un confronto tra i costi e i ricavi del sistema sanitario nelle regioni italiane*

# UNA SANITÀ IN DEBITO

*Solo in otto regioni  
la sanità funziona  
sia come servizio  
che come gestione.  
Nel resto d'Italia sono  
tutti pieni di debiti*



(gmc) Giorni fa, sui mezzi pubblici, mi è capitato di ascoltare una signora che si lamentava del costo della sanità in Lombardia e che decantava la sanità pugliese, meno costosa e altrettanto efficiente. Sarà... Ma non volendo fare il leghista permaloso, anche per le mie origini pugliesi, mi son detto andiamo a vedere: nelle due regioni si spende più o meno la stessa cifra procapite, peccato però che la Lombardia faccia quadrare i conti tra costi e ricavi e abbia il valore più

alto di arrivi da altre regioni. Mentre in Puglia il sistema sanitario registra una perdita di 72 euro procapite e un alto valore di "emigrazione" per motivi di salute. Dal rapporto 2011 "Il Sistema sanitario in contropiede" della Fondazione Far-

mafactoring emergono anche altri dati interessanti. La più virtuosa è la Provincia di Bolzano, con un "utile" di 27 euro procapite, mentre la peggiore è la Regione Lazio, con una "perdita" di 244 euro procapite.

**A pag. 2**

*I dati sulla spesa sanitaria nell'ultimo rapporto della Fondazione Farmafactoring*

## La sanità che non funziona, al Sud debiti ed inefficienza

(gmc) Nel 2012 pagheremo 10 euro in più per le visite specialistiche e diagnostiche. E dal 2014 ci toccheranno nuovi ticket, come «misure di compartecipazione» alla spesa. Come se adesso la spesa sanitaria non la pagassimo noi con le nostre tasse. E come al solito si paga per tutti, anche per quelli che non la sanno gestire. Nel 2009 solo otto regioni hanno ottenuto un risultato positivo nel rapporto ricavi e costi in

sanità, mentre tutte le altre sono risultate in perdita. La più virtuosa è la Provincia di Bolzano, con un "utile" di 27 euro procapite, mentre la peggiore è stato il Lazio, con una "perdita" di 244 euro procapite. La Lombardia, che vanta uno dei sistemi sanitari migliori d'Italia, chiude con quasi 3 euro di attivo. E a dire che sia la migliore lo dimostra anche il saldo mobilità, che calcola i costi di quanti cittadini siano andati a farsi curare in altre regioni diverse dalla propria. Ebbene, alla Lombardia nel



Lettori: n.d.

**Lombardia in Europa**

11-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Giancarlo Ferrario

da pag. 1

2009 andavano 446 milioni di euro per le cure a cittadini di altre regioni, il valore più alto d'Italia. La seconda è l'Emilia Romagna con 338 milioni.

Sono alcuni dei dati che emergono dal Rapporto 2011 "Il Sistema sanitario in controllo" della Fondazione Farmaceutica. Che analizza anche la spesa sanitaria complessiva procapite: nel 2010 si è speso di più in Friuli, con 826 euro, e meno in Liguria, con 475 euro. E la sanità ligure non è considerata tra le peggiori,

quindi sarà più la proverbiale "oculatezza" ligure. Perciò spendere di più non vuol dire avere un servizio migliore. Sempre in Lombardia, si spendono 756 euro, meno che in Puglia.

La spesa procapite è cresciuta negli anni, in alcuni casi quasi raddoppiata: in Piemonte si è passati dai 277 euro del 2001 ai 536 del 2010. Questo per l'aumento dei costi e l'allungamento della vita media. Il problema rimane la capacità di gestire e far fronte a questa spesa: perché non c'è una regione del Sud in grado di pareggiare costi e ricavi? Perché in Piemonte, Lombardia, Bolzano, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche ci riescono e nel resto del Paese no?

**I ticket**

Per cure e visite paghiamo i ticket, cioè la nostra partecipazione alla spesa sanitaria, che come già detto noi paghiamo anche con le tasse e non che qualcuno ce la regali. Ma i ticket non sono uguali per tutti, e in passato le differenze erano ancora maggiori, motivo per cui alcune regioni si sono trovate in grosse difficoltà economiche

quando premiavano i propri cittadini con le esenzioni totali e contando sullo Stato che poi copriva i debiti. Oggi, ad esempio, in alcune regioni non si paga il ticket sui farmaci: Valle d'Aosta, provincia di Trento, Friuli Venezia

Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Sardegna. Nel resto del Paese si pagano in media due euro a confezione. Sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, paghiamo tutti 36 euro, addirittura 46 in Calabria e Sardegna. Anche per il pronto soccorso, quando non si riscontra emergenza, dobbiamo pagare il ticket: 25 euro, tranne a Bolzano e in Campania dove costa di più, 50 euro, o in Basilicata, più fortunati poiché il ticket non c'è.

Non per fare polemica, ma la Basilicata non fa pagare i ticket sui farmaci e sul pronto soccorso e alla fine del 2009 si trovava con un deficit sanitario di 37 euro per abitante. E chi paga alla fine?

*Migliore e peggiore:  
a Bolzano un "utile"  
di 27 euro procapite,  
nel Lazio una "perdita"  
di 244 euro procapite*

*In Basilicata non si  
pagano i ticket su  
farmaci e ps ma si  
ritrovano con un deficit  
di 37 euro procapite*

**COSTI E RICAVI DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (2009)**

Regioni	Costi	Ricavi	Saldo mobilità tra regioni	Risultato esercizio	Risultato procapite (euro)
<b>Piemonte</b>	<b>8.519,7</b>	<b>8.540,0</b>	<b>-3,1</b>	<b>17,3</b>	<b>3,9</b>
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>270,0</b>	<b>267,4</b>	<b>-14,3</b>	<b>-16,9</b>	<b>-132,9</b>
<b>Lombardia</b>	<b>17.406,1</b>	<b>16.986,0</b>	<b>445,7</b>	<b>25,7</b>	<b>2,6</b>
Bolzano	1.114,9	1.122,8	5,6	13,5	27,2
Trento	1.064,4	1.070,6	-14,8	-8,6	-16,6
Veneto	8.914,7	8.716,2	97,1	-101,4	-20,8
Friuli V. G.	2.451,9	2.440,7	20,6	9,3	7,6
<b>Liguria</b>	<b>3.309,9</b>	<b>3.230,4</b>	<b>-20,1</b>	<b>-99,6</b>	<b>-61,6</b>
Emilia Romagna	8.438,6	8.140,1	337,5	39,0	9,0
Toscana	7.040,8	6.952,3	102,3	13,8	3,7
Umbria	1.626,1	1.624,1	15,3	13,3	14,9
Marche	2.799,3	2.852,4	-38,2	15,0	9,5
Lazio	11.280,6	9.863,9	44,9	-1.371,7	-243,8
Abruzzo	2.408,2	2.388,9	-29,6	-48,9	-36,6
Molise	676,0	575,2	28,5	-72,3	-225,4
Campania	10.187,3	9.751,5	-289,3	-725,1	-124,7
Puglia	7.202,3	7.069,7	-159,8	-292,4	-71,7
Basilicata	1.038,6	1.056,4	-39,7	-21,8	-36,9
Calabria	3.501,1	3.506,5	-227,7	-222,4	-110,7
Sicilia	8.519,7	8.485,9	-198,9	-232,7	-46,2
Sardegna	3.050,4	2.919,4	-62,1	-193,1	-115,5
<b>Italia</b>	<b>110.820,5</b>	<b>107.560,5</b>	<b>0,0</b>	<b>-3.260,0</b>	<b>-54,3</b>

(valori in milioni di euro) - Fonte: Fondazione Farmafactoring

Lettori: n.d.

**Lombardia in Europa**

11-LUG-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Giancarlo Ferrario

da pag. 1

**EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA COMPLESSIVA PROCAPITE**

Regioni	2001	2006	2007	2008	2009	2010*
<b>Piemonte</b>	<b>277,1</b>	<b>470,3</b>	<b>438,5</b>	<b>451,0</b>	<b>490,4</b>	<b>536,3</b>
<b>Valle d'Aosta</b>	<b>342,0</b>	<b>350,3</b>	<b>440,2</b>	<b>486,7</b>	<b>498,5</b>	<b>378,9</b>
<b>Lombardia</b>	<b>479,3</b>	<b>677,5</b>	<b>655,4</b>	<b>644,7</b>	<b>685,6</b>	<b>755,6</b>
Trentino A. A.	371,6	486,7	468,8	484,4	466,0	498,1
Veneto	484,5	668,9	650,9	650,3	720,3	787,2
Friuli V. G.	495,0	768,4	734,1	733,0	739,4	825,7
<b>Liguria</b>	<b>317,6</b>	<b>534,7</b>	<b>456,5</b>	<b>469,7</b>	<b>466,0</b>	<b>474,9</b>
Emilia Romagna	455,6	656,4	622,4	634,2	691,7	740,8
Toscana	351,5	557,0	539,6	547,9	565,4	649,9
Umbria	338,4	466,8	447,2	453,2	521,2	512,4
Marche	516,3	681,2	653,4	667,8	726,5	761,6
Lazio	302,0	529,7	474,6	463,6	525,7	521,5
Abruzzo	571,5	757,9	714,6	627,1	665,5	722,7
Campania	516,0	620,2	569,1	585,7	597,2	659,1
Puglia	493,1	695,9	565,8	657,8	715,0	775,7
Basilicata	457,1	664,8	514,3	498,8	534,2	524,2
Calabria	463,5	687,7	558,7	588,2	580,0	589,9
Sicilia	384,4	634,9	580,2	546,7	539,1	566,4
Sardegna	393,6	587,5	501,1	452,3	522,8	624,7
<b>Italia</b>	<b>437,5</b>	<b>630,9</b>	<b>589,6</b>	<b>586,4</b>	<b>620,1</b>	<b>669,1</b>

\*Stima basata sul primo semestre - Fonte: Fondazione Farmafactoring

**Sanità.** Il Tribunale di Napoli esclude il blocco delle esecuzioni per le Asl pag. 31

**Sanità.** Il Tribunale di Napoli ritiene non applicabile alla Campania la sospensione delle procedure

# Asl, sbloccate le esecuzioni

La Regione non ha stilato un piano per pagare i creditori

## LA MOTIVAZIONE

Senza la ricognizione dettagliata sui debiti si rischia di cadere in un inadempimento contrattuale

**Vera Viola**  
NAPOLI

■ Per il Tribunale di Napoli (sentenza dell'11 luglio, sezione civile distaccata di Pozzuoli, giudice unico Antonio Lepre) la sospensione delle azioni esecutive nei confronti delle Asl non può trovare applicazione in Campania.

Un fulmine a ciel sereno per regione Campania e Asl, proprio mentre si cominciano a registrare risultati positivi sul fronte della riduzione del deficit sanitario: nel 2009 era pari a 773 milioni, nel 2010 è sceso a 491, nel 2011 sta calando a 171 milioni. Risultati ottenuti grazie alla manovra messa in atto dal governatore Stefano Caldoro, grazie al gettito assicurato da aliquote Irap e Irpef al massimo da alcuni anni e grazie anche al congelamento delle azioni esecutive.

Quest'ultimo strumento è stato tra l'altro prorogato fino al 31 dicembre 2012 dall'articolo 17 del decreto legge 98/2011, all'esame del Senato.

Il giudizio partiva dall'azione promossa dal Centro Cardiologico Flegreo contro Asl Napoli 2 Nord e Banco di Napoli in qualità di tesoriere. Azione che era sfociata in un provvedimento di pignora-

mento, poi sospeso dal giudice della esecuzione. Avverso tale ordinanza sono state proposte opposizioni.

Secondo il giudice, la legge prevede che la regione, per avvalersi della sospensione delle azioni esecutive, sia tenuta a predisporre una dettagliata ricognizione dei debiti e un piano di pagamenti dei crediti, ma nulla di tutto ciò è stato realmente fatto. La regione si sarebbe limitata a emanare un atto generico che individua i debiti per macroaree, ma non distingue debito per debito, la fonte dello stesso, la nascita e la scadenza, l'interesse maturato, i singoli creditori. Nel contempo - argomenta il giudice - non è previsto alcun piano, neppure generico, per il rientro dei pagamenti. Insomma, si ritiene che la ratio della legge non fosse autorizzare le Asl a non pagare, cosa che resta un illecito contrattuale; ma che la legge volesse consentire alle Asl di prendere fiato rispetto a tutte le azioni esecutive, riorganizzarsi, mettere ordine nei conti e quindi pagare. Cosicché non aver fatto un piano significa svuotare di senso la legge. Questi argomenti, si ritiene in tribunale, dovrebbero restare validi anche alla luce del decreto legge sulla manovra.

Nella sentenza si sottolinea come la normativa sia sostanzialmente in contrasto coi principi comunitari sulla libera concorrenza. Le Asl campane sono concorrenti di imprenditori

privati, ma in una posizione di vantaggio poiché oltre a non poter fallire e a non poter subire azioni esecutive da parte dei creditori, sono nel contempo coloro che devono pagare i loro competitori.

Si ritiene che la normativa vada anche contro i principi comunitari della libertà di stabilimento e di libera circolazione dei capitali in quanto dissuade altri imprenditori comunitari a investire capitali o a insediare stabilimenti produttivi sanitari in regioni che beneficiano di tali leggi di favore. Infine, la sentenza rileva l'irragionevolezza della legge ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione (principi di uguaglianza): le Asl sono tenute a pagare e il mancato pagamento resta un illecito. Ne consegue che, quando finirà la sospensione delle azioni esecutive, esse dovranno restituire non solo il capitale e gli interessi ma anche risarcire i danni.

In base a queste ultime osservazioni, viene infine disposto l'invio degli atti alla Corte dei Conti perché questa valuti se, vista l'assenza di piani e quindi di una buona gestione, si configurabile il danno erariale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Sanità.** In via telematica anche i pagamenti

# I referti medici viaggeranno online

**Marcello Tarabusi  
Giovanni Trombetta**

■ Le aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale devono adottare nuove procedure telematiche per consentire il pagamento online delle prestazioni erogate e la consegna dei referti medici tramite web, posta elettronica certificata o altre modalità digitali. Lo prevede l'articolo 6, comma 2, lettera d), nn. 1 e 2 del decreto Sviluppo.

Sulla carta le Asl dovrebbero mettere a disposizione dell'utenza il servizio di pagamento online e passare alla consegna dei referti medici esclusivamente in forma digitale entro 180 giorni dell'entrata in vigore del provvedimento: entro 90 giorni dovrebbe essere adottato il regolamento applicativo con apposito Dpcm, e nei successivi 90 giorni le aziende sanitarie dovranno adeguarsi. Difficile, tuttavia, che si possano rispettare tempi così stretti, tenuto conto che sono interessati ben 4 ministeri (Innovazione, Economia, Salute e Semplificazione) e la Conferenza Stato-Regioni ed è previsto il parere preventivo del Garante per la protezione dei dati personali.

Il provvedimento si inquadra espressamente nell'alveo del Codice per l'amministrazione digitale (Dlgs 82/2005) e dovrà seguirne le regole tecniche. I servizi devono quindi essere progettati e realizzati mirando alla migliore soddisfazione delle esigenze degli utenti, in particolare garantendo la completezza del procedimento, la certificazione dell'esito e l'accertamento del grado di soddisfazione dell'utente.

Tra i principi espressamente richiamati, l'articolo 63 del Codice impone alla Pa di individuare le modalità di erogazione dei servizi in rete in base a criteri di efficacia, economicità e utilità e nel rispetto dei principi di eguaglianza e non discriminazione, tenen-

do comunque presenti le dimensioni dell'utenza, la frequenza dell'uso e l'eventuale destinazione all'utilizzazione da parte di categorie in situazioni di disagio.

Considerato che i principali utenti dei servizi sanitari sono le fasce deboli della popolazione (anziani ed ammalati), quest'ultima previsione appare di particolare rilievo: per chi non sa o non vuole impiegare gli strumenti informatici è previsto il diritto di ricevere, anche a domicilio, copia cartacea del referto.

Una ulteriore possibilità da esplorare è la previsione dell'articolo 1, comma 2, lettera f) del Dlgs 153/2009 (nuovi servizi in farmacia) che prevede la possibilità per gli assistiti di avvalersi della rete anche informatica delle farmacie per prenotazioni, pagamento e ritiro dei referti, coniugando così la capillarità delle farmacie con l'efficienza dell'informatica.

Come ha sottolineato il Garante della privacy, i nuovi servizi delle farmacie devono infatti puntare in modo significativo sulle infrastrutture telematiche, garantendo la massima sicurezza dei dati. Già esistono varie esperienze locali, che potrebbero essere estese a tutto il territorio nazionale.

Sul piano operativo, come previsto dal Codice della Pa digitale (articolo 64) l'accesso ai sistemi online potrà avvenire tramite la carta d'identità elettronica e la carta nazionale dei servizi, oppure con altri strumenti di identificazione informatica sicura.

Il decreto, poi, vieta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica: con il rischio, quindi, che le norme restino, per lungo tempo, solo sulla carta, o che i relativi oneri finiscano per gravare o sui cittadini, o sugli operatori privati. Sempre che le Asl non riescano a realizzare risparmi con cui finanziare l'innovazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Certificati online non solo sulla carta

**SANITÀ**

**L**e aziende del Servizio sanitario nazionale devono adottare nuove procedure telematiche per consentire il pagamento online delle prestazioni erogate e la consegna dei referti medici tramite web, posta elettronica certificata o altre modalità digitali. È quanto prevede il decreto sviluppo. Sulla carta, le Asl dovrebbero mettere a disposizione dell'utenza il servizio di pagamento online e passare alla consegna dei referti medici esclusivamente in forma digitale entro 180 giorni. Difficile, tuttavia, che si possano rispettare tempi così stretti, tenuto conto che sono interessati quattro ministeri e la Conferenza Stato-Regioni ed è previsto il parere preventivo del Garante per la privacy. In ogni caso, per chi non sa o non vuole impiegare gli strumenti informatici è previsto il diritto di ricevere, anche a domicilio, copia cartacea del referto. Sono previsti anche nuovi servizi in farmacia. Gli assistiti potranno avvalersi della rete anche informatica delle farmacie per prenotazioni, pagamento e ritiro dei referti. Ci sono perciò tutte le premesse per una riforma che tuteli i cittadini e migliori i servizi in un settore cruciale. Un'occasione da non sprecare.

## WALL STREET ITALIA

### Manovra: sanita', dal 2014 possibili ticket su ricoveri

(ANSA) - ROMA, 11 LUG - I nuovi ticket sanitari previsti dal 2014 dalla manovra potrebbero riguardare varie prestazioni del Servizio sanitario tra cui anche i ricoveri ospedalieri ordinari o in day hospital. Nella manovra si fa infatti riferimento all'introduzione di nuovi ticket sulle prestazioni sanitarie dal 2014: specificamente i nuovi ticket potrebbero riguardare l'assistenza farmaceutica ma anche altre prestazioni oggi non assoggettate a ticket, come ad esempio i ricoveri ospedalieri ordinari o in day hospital. I nuovi ticket potrebbero anche portare all'inasprimento di ticket già vigenti, ad esempio sull'assistenza specialistica ambulatoriale o sulle cure termali. La natura "aggiuntiva" dei nuovi ticket implica che le Regioni che abbiano già introdotto autonomamente un ticket su queste prestazioni (ad esempio, tutte le Regioni con Piano di rientro hanno già introdotto ticket sui farmaci, ma non solo loro) dovranno sommare tali nuovi ticket a quelli già in vigore. I nuovi ticket (definiti nel testo della manovra "misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal Ssn") dovrebbero garantire il 40% dei risparmi. Nella manovra si specifica tuttavia che "le Regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico-finanziario".



## **SANITA', SI CAMBIA : DIRETTORI GENERALI IN CARICA 10 ANNI. PRIMARI SCELTI FRA TRE NOMI**

Soddisfatta l'opposizione ( che si astiene ) : la politica sarà più lontana dalla gestione della sanità.

Approvato , ieri, dal Consiglio regionale dell'Umbria il disegno di legge della Giunta che contiene le nuove norme per la nomina e la valutazione dei direttori di struttura sanitaria complessa (primari) e dei direttori generali della sanità. A favore hanno votato 20 consiglieri della maggioranza (Pd, Idv, Prc, Socialisti, Marini per l'Umbria), mentre 11 (Pdl, Lega, Udc, Fli) si sono astenuti. Approvato, riferisce in una nota , Palazzo Cesaroni , l'emendamento che elimina il limite per la riconferma dei direttori generali che possono rimanere in carica per un massimo di 10 anni. Respinti tutti gli altri.

La nuova legge diminuisce la discrezionalità dei direttori generali nella scelta dei direttori di strutture complesse (ci sarà un limite di tre nomi, selezionati da una commissione tecnica composta su sorteggio, entro cui il direttore generale sceglierà i primari), limita a 10 anni la permanenza in carica dei direttori generali, amplia le motivazioni per cui possono essere revocati i direttori stessi e rafforza la trasparenza delle procedure prevedendo la pubblicazione sui siti internet di Regione e Asl di atti, curriculum e provvedimenti relativi alle nomine.

"Per la prima volta dagli ultimi anni a questa parte l'opposizione, largamente intesa, ha vinto rispetto ai voleri della Giunta regionale e di buona parte della maggioranza di centro sinistra e ha consegnato all'Umbria, con il suo determinante voto, una legge che cerca di staccare la politica dalla gestione della sanità pubblica in modo abbastanza soddisfacente" è quanto ha affermato il capo gruppo in regione del PDL, Raffaele Nevi.

"Grazie alla opposizione , sostiene ancora Nevi, sono passati emendamenti fondamentali e qualificanti come quello della terna di nomi da cui i direttori generali dovranno scegliere i primari, con grande limitazione della discrezionalità dei direttori stessi, e quelli sul tetto massimo di 10 anni, pesantemente avversato dalla Giunta e da larga parte della maggioranza. A ciò si deve aggiungere la norma che consente la revoca dei direttori generali per gravi motivi ( inchiesta sanitopoli, ad esempio ).

" E' nei limiti della legislazione concorrente (Stato-Regione)" il disegno di legge approvato oggi dal Consiglio regionale in materia di nomina di primari e direttori generali della sanità " . Lo afferma la Presidente della giunta regionale, Catuscia Marini. Ciò significa , ha spiegato la Marini -, che alcune ipotesi di modifica, anche condivisibili, possono essere portate avanti solo con la riforma della legislazione nazionale "

Per quanto concerne la eventuale rimozione di un direttore generale, la Marini ha fatto presente che " i direttori generali hanno un contratto di lavoro che fa riferimento a leggi nazionali: la loro rimozione per ragioni giudiziarie è dunque strettamente normata. Un punto che avremmo voluto inserire, ma che la legge nazionale non ci consente, riguarda la durata minima del contratto per i direttori generali (ora fissato a 3 anni): avremmo voluto prevedere un sistema di spoil system, con la revoca dei direttori al cambio di legislatura, dato che ad essi spetta di applicare la politica sanitaria della Giunta. Questo ora non si può fare e invece sarebbe molto importante , ha concluso la Marini , perché legherebbe il mandato del direttore generale al mandato conferito dalla Regione".

## L'allarme dei presidenti delle Regioni. Con Governo un "conflitto profondo"

**11 LUG** - La "manovra è stata fatta senza rispettare una Legge fondamentale che è quella sul federalismo" e "pesa in modo sproporzionato sulle Regioni". Questo il commento del **presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani**, che parla di "un conflitto istituzionale profondo tra Governo Regioni e Enti locali" che può essere recuperato solo se il Governo convocherà "un incontro urgente" e "acetterà di cambiare la manovra". Anche da parte dei presidenti i commenti sono unanimi: la manovra economica li costringerà a tagliare i servizi e minaccia la realizzazione del federalismo.

Per la **presidente del Lazio, Renata Polverini**, la manovra "è molto pesante per gli Enti Locali e in particolare per le Regioni", tanto più che, ha aggiunto "Purtroppo non abbiamo riscontrato un seguito all'impegno del governo, cioè una vera risposta ai problemi del trasporto pubblico locale. Ci sono ancora 4,5 miliardi della precedente manovra che le regioni devono ammortizzare".

Un giudizio che la presidente ha ribadito presentando l'assestamento di bilancio della sua Regione: "Dobbiamo avere risposte anche rispetto alla manovra precedente e al Tpl. È evidente che se sarà confermato il taglio alle Regioni che abbiamo potuto vedere in queste prime ore qualche altro sacrificio sarà richiesto, ma posso dire con assoluta serenità che il Lazio ha fatto sacrifici senza penalizzare chi ha più bisogno e senza mettere a rischio la ripresa". "Le Regioni- ha concluso la presidente- devono recuperare 4,5 miliardi rispetto alla manovra dell'anno scorso e quest'anno sembra che ne spettino altri 5,4".

**Lorenzo Dellai, presidente della Provincia autonoma di Trento**, parla di "previsioni molto problematiche per la finanza locale". "Dalle simulazioni - spiega Dellai - risulta che gli obblighi di miglioramento del saldo fra entrate e uscite per il Trentino arrivino a 228 milioni nel 2013 e a 338 milioni nel 2014, cifre impossibili da gestire rispetto al nostro bilancio. Chiederemo al governo che, nel ridurre la spesa, si mantenga la regola precedente che ha visto nel 2011 un valore di 59 milioni e nel 2012 di 118 milioni - conclude il presidente di Trento, fiducioso che "potremo trovare una soluzione".

Anche il **presidente della Sardegna Ugo Cappellacci** dà un giudizio allarmato: "La manovra finanziaria approvata dal Governo nazionale ha un contenuto fortemente penalizzante per la Sardegna". "Nel modulare i sacrifici - spiega il vicepresidente Giorgio La Spisa - il Governo ha previsto che nel patto di stabilità 2013 le Regioni a Statuto Speciale debbano garantire il risparmio di 1 miliardo di euro e di due miliardi l'anno successivo. Il sacrificio richiesto alle ordinarie è invece di 800 milioni il primo anno e di 800 il secondo. Eppure il peso delle ordinarie corrisponde al 60% dei pagamenti complessivi rilevanti ai fini del patto (le Speciali concorrono per il 40%) e al 65% degli impegni (le Speciali concorrono per il 35%). A ciò si aggiunge la riduzione dei trasferimenti a favore dei Comuni e delle Province della Sardegna, così come previsto per gli enti locali delle altre Regioni". Per queste ragioni Cappellacci ha annunciato di voler convocare "immediatamente il coordinamento delle Regioni a Statuto Speciale per valutare le iniziative comuni da porre in essere contro una discriminazione ingiusta e inaccettabile".

**Enrico Rossi, presidente della Toscana**, sottolinea le difficoltà che la manovra pone allo sviluppo: "Con la manovra si mette il Paese su un binario morto, su una strada che sarà fatta solo di decrescita". "La manovra del governo - aggiunge Rossi - mi pare che preveda altri tagli e con quelli già fatti eravamo al limite della sostenibilità. Se ci saranno ulteriori tagli, salteranno anche quei pochi investimenti che finora abbiamo potuto fare, molto ridotti per l'anno in corso". "È una manovra debole - ha concluso Rossi - che scarica tutto sul 2013-2014. Insomma, non si fa così. Mi pare che si sfumi molto anche sui tagli alla politica e questo rischia di irritare ulteriormente i cittadini, i lavoratori".

"Un'opera di macelleria sociale". È questa la definizione della manovra economica secondo il **presidente della Regione Puglia Nichi Vendola**, che ha poi spiegato: "Il governo produce effetti speciali per depistare l'opinione pubblica, evoca continuamente tagli alla politica ed agli sprechi, colpi alla pancia della casta, per depistare la gente e per perfezionare e completare un'opera di macelleria sociale".

Vendola denuncia in particolare i tagli ai Comuni ed alle Regioni previsti dalla manovra, perché "tagliare agli enti locali

[www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)

significa tagliare i diritti dei cittadini, i servizi, significa impoverire una realtà sociale già allo stremo". "Andiamo verso giorni molto brutti – conclude il presidente della Puglia – la reazione di chi come me non vuole diventare il curatore fallimentare del proprio ente, sarà una reazione molto dura".

Anche il **presidente del Veneto, Luca Zaia**, interviene sui problemi della crisi economica: "Obama - ha detto Zaia – è il presidente di tutti e, in queste situazioni, il Paese ha bisogno del massimo senso di responsabilità: anche a livello veneto, ci vuole un'intesa trasversale alla politica, perché ho l'impressione che la trasversalità sarà l'unica soluzione per far fronte al rigore che ci aspetta nei prossimi mesi e nei prossimi anni". Il presidente del Veneto si è detto "preoccupatissimo, anche se non abbiamo ancora una manovra definitiva e leggibile" per i tagli agli enti locali previsti dalle bozze della nuova manovra prevista dal ministro Tremonti. "Personalmente – afferma Zaia - sto assolutamente dalla parte delle pubbliche amministrazioni virtuose, che già hanno dato tanto e che, nell'ottica di tagli orizzontali, dovranno dare ancora invece che, come meriterebbero, ricevere. Bisogna riconoscere al ministro Tremonti e al Governo di dover affrontare una situazione apocalittica a livello nazionale e internazionale, perché la crisi di novembre 2008 ha un suo notevole peso. Con estrema onestà, bisognerà quindi vedere questo documento quando sarà presentato in Parlamento e ci saranno bocce ferme". Se verrà confermato il taglio di 9 miliardi a carico degli enti locali, Zaia ha ammesso che "ci saranno non poche difficoltà, visto che ho assessori che devono lavorare con un taglio del 70% delle risorse. Abbiamo quindi una grande preoccupazione, derivante dal fatto che non abbiamo più buchi sulla cinta e che, potendone fare degli altri, non vogliamo tirarla troppo, per garantire i servizi essenziali e far sì che dalla tassazione derivi qualità della vita". Per il **Presidente della Regione Abruzzo, Gianni Chiodi** "La manovra finanziaria è troppo onerosa per gli Enti Locali e, in particolare, per le Regioni. Il giudizio della Conferenza delle Regioni è stato unanimemente di forte preoccupazione, perché, si traduce in un taglio ai servizi per depauperare realtà già allo stremo delle forze e minaccia l'attuazione del federalismo". "Si tratta - ha aggiunto il Presidente Chiodi - di una discriminazione ingiusta che riteniamo inaccettabile e per la quale pensiamo ad iniziative comuni da mettere in campo per aprire questo confronto con il Governo. L'Abruzzo già da tempo ha intrapreso la strada del risanamento finanziario con grande rigore e determinazione dando prova di essere una regione prudente, efficiente e ben avviata verso un percorso virtuoso. Alla luce di questi nuovi dettami si rischia di far pagare agli abruzzesi un prezzo troppo alto. Ognuno, dunque, faccia la sua parte in uno sforzo congiunto cercando di imboccare la medesima direzione di marcia. Questa manovra mette in discussione la sostenibilità dei servizi essenziali: sanità e trasporto pubblico locale. Occorre modificarla per renderla più obiettiva e più vicina ai cittadini senza tuttavia penalizzare la ripresa economica".

# la Repubblica

## NAPOLI

Martedì  
12 Luglio 2011

Sanità, accordo in Regione

### Al via il pagamento dei debiti pregressi

LA STRUTTURA commissariale alla Sanità della Regione Campania comunica che è diventato operativo il piano per il pagamento dei debiti sanitari pregressi. I relativi crediti correnti vengono acquisiti dalla Soresa, la società regionale, con la finalità di alimentare la propria banca dati e di monitorare l'attuale situazione debitoria. La svolta positiva è stata resa possibile dall'attiva partecipazione delle associazioni di categoria dei creditori, da tempo coinvolte con l'obiettivo di individuare un iter condiviso. La Regione sta lavorando ora alla definizione degli accordi con tutti i creditori.

www.federlabitalia.com

Portici Cuomo: «Indecente, scontiamo noi il debito di Napoli». È mobilitazione

# Asl 1: «Niente più rimborsi da settembre»

Rischiano di saltare prestazioni specialistiche in convenzione come tac, radiografie e risonanze

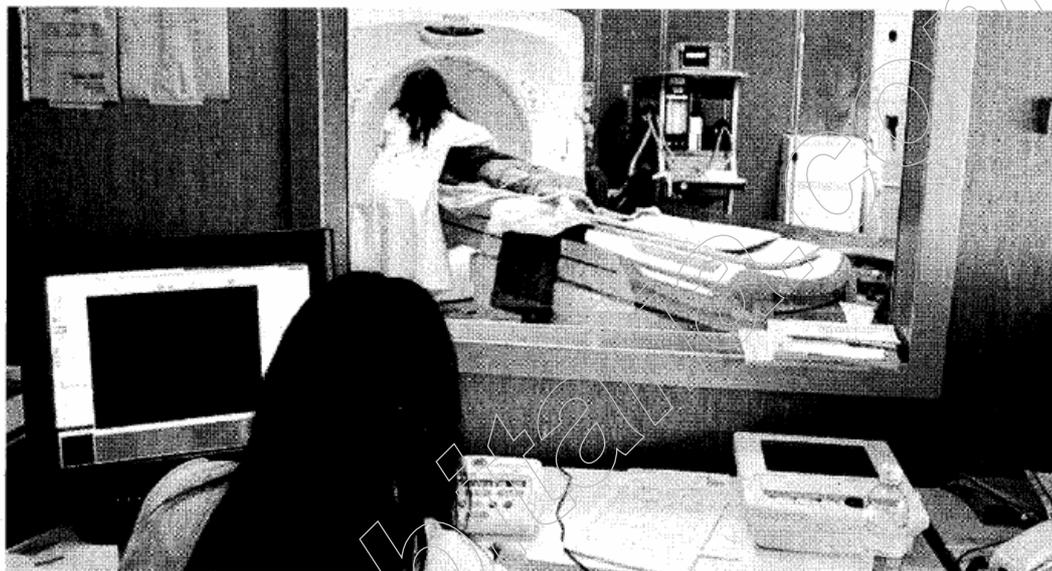
**Maurizio Capozzo**

PORTICI. Stop alle prestazioni mediche specialistiche. Dal prossimo cinque settembre l'Asl Napoli 1 ha annunciato che non garantirà in convenzione le attività di diagnostica per immagini: niente tac, radiografie, risonanze magnetiche, ecografie, mammografie. E non finisce qui, perché dal mese successivo il blocco riguarderà anche le prestazioni di cardiologia.

La notizia era nell'aria da tempo: l'azienda sanitaria più indebitata d'Europa è costretta a ricorrere ai tagli alla spesa per risanare i bilanci e a farne le spese sono gli utenti. Si riaccende così la polemica sul trasferimento del distretto sanitario di Portici, unico comune alle porte di Napoli a rientrare nell'Asl che serve il capoluogo, unico comune della provincia a pagare lo scotto dei tagli.

In città cresce la mobilitazione: cittadini, associazioni, centri convenzionati, tutti sul piede di guerra per scongiurare l'ennesima beffa ai danni degli utenti del servizio sanitario. Per i prossimi giorni associazioni e partiti politici stanno organizzando un corteo di protesta mentre il Consiglio Comunale si riunirà in seduta straordinaria con all'ordine la questione-sanità.

Intanto si registra una dura presa di posizione del sindaco Cuomo, che punta l'indice contro il pesante deficit dell'azienda: «La situazione della sanità sul nostro territorio è gravissima - spiega - ha superato i limiti dell'indecenza. Più volte ho



rappresentato tutte le problematiche che affliggono i cittadini di Portici al presidente della giunta regionale e all'Asl Napoli 1, con lettere, appelli, documenti ufficiali, interviste e qualunque altro mezzo, ma nessuno si è finora degnato di darci una risposta. La disastrosa situazione di bilancio in cui versa l'Asl Napoli 1 comporta una inerzia totale, le gravissime difficoltà finanziarie non consentono di garantire i livelli minimi di assistenza ai cittadini. Tutti gli sforzi messi in campo dall'amministrazione comunale vengono vanificati - continua Cuomo - Penso alla grottesca, scandalosa vicenda del Psaut, realizzato dal Comune, attrezzato con tutti gli strumenti necessari. Questo presidio è tuttora in attesa che l'Asl si degni di prenderlo in consegna, dopo che l'amministrazione comunale ha investito un milione di euro per la sua realizzazione».

In città, intanto, è apparso anche un manifesto a firma delle associazioni, dei centri convenzionati e dei dipendenti delle strutture che lanciano un appello al Comune affinché solleciti la V Commissione regionale che si occupa di sanità a deliberare il riaccorpamento del distretto di Portici con l'Asl Napoli 3 che dal punto di vista finanziario naviga in acque decisamente migliori.

La questione, infatti, era già stata portata all'attenzione del Consiglio regionale, che aveva ritrasmesso la delibera alla Commissione per un nuovo esame. Sulla questione è intervenuto ieri anche il vicecapogruppo del Pd alla Provincia, Arturo Fomez, per il quale «la politica e le istituzioni hanno il dovere di intercettare queste richieste di aiuto che arrivano dall'utenza, dai centri convenzionati, dai lavoratori del settore visto che in ballo ci sono il diritto alla salute dei cittadini e la salvaguardia del posto di lavoro per decine di operatori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

► Ex convenzionati ◀

## Ripiano del debito: le linee guida della Regione

ETTORE MAUTONE

Tirare il freno ai decreti ingiuntivi, azzerare i costi per spese legali ed interessi, riallineare gli obiettivi del piano di ripiano del debito: Fari puntati sul debito delle Asl nei confronti dei fornitori di beni e servizi. La struttura commissariale emana una circolare esplicativa per chiarire tutti i passaggi della complessa procedura informatica propedeutica alla sottoscrizione degli accordi quadro transattivi, alla certificazione dei crediti e alla successiva liquidazione delle partite debitorie maturate fino al 31 dicembre del 2010. Dopo l'avvio (dal 1° luglio), si lavora in questa fase alla elaborazione dei dati trasmessi nell'ultimo mese alla società regionale per il ripiano del debito. Il decreto che detta legge è il n. 12 del 2011.

### TRANSAZIONI

Le procedure prevede la sottoscrizione degli atti transattivi quale primo atto delle operazioni necessarie alla cessione "pro soluto" (con richio di insovenza a carico delle Asl e della Regione) del credito certificato dalle Aziende sanitarie. Spetta invece alle associazioni di categoria della sanità privata accreditata definire le procedure in-

### Turni in farmacia, nuova norma

Cancellate le aperture selvagge per lucrare negli orari maggiormente redditizi e salvaguardata l'utenza che ora conosce con esattezza quale farmacia opera sul territorio riguardo a turni e orari di apertura. Sono queste le caratteristiche della nuova legge approvata in Consiglio regionale (n. 146 del 14 giugno del 2011) che consente di regolamentare in maniera organica i turni notturni e festivi. "Nella nuova norma - sottolinea **Ferdinando Foglia**, presidente dell'Ordine dei farmacisti di Caserta - si tiene conto delle esigenze degli utenti dei piccoli e grandi centri e si ridà centralità all'attività all'autogoverno ordinistico". La legge, che abroga quella in vigore dalla fine del 2010, prevede che tutte le farmacie della Campania restino aperte per un orario settimanale da 44 a 60 ore prevedendo il riposo stabilito dai contratti di lavoro. Tutte le farmacie urbane e rurali, non di turno, rimangono chiuse la domenica e nelle festività infrasettimanali. Ulteriori aperture sono autorizzate dall'Ordine in base a esigenze motivate. Il turno notturno è effettuato secondo una rotazione che vede impegnate tutte le farmacie di un territorio e secondo orari ben determinati, stabiliti dall'Ordine e dall'Asl competente. Deroghe, per i volontari, nei Comuni superiori ad 80 mila abitanti: il turno può essere allargato a chi si impegna per tutto l'anno.

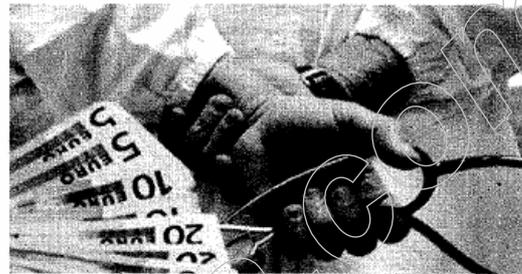
terne per l'acquisizione dei dati contabili delle strutture associate attraverso il conferimento di un'apposita delega al presidente di ciascuna associazione di categoria degli ex convenzionati.

Le procedure di acquisizione dei dati contabili saranno attivate, tramite Soresa, solo dopo la sottoscrizione degli accordi quadro e la definizione degli indennizzi previsti da decreto 12 del 2011. L'acquisizione e la ge-

stione dei dati tramite la piattaforma Soresa Spa è possibile solo ed esclusivamente a quei creditori che rinunciano espressamente a qualsiasi tipo di indennizzo forfettario.

### LA RICOGNIZIONE

La trasmissione a Soresa dei dati e della richiesta di certificazione da parte dei creditori del Ssr deve essere accompagnata dalle relative richieste di certificazione



### La manovra in pillole

- **indennizzo:** a parziale copertura dei costi di cessione
- **accordi transattivi:** con i singoli creditori propedeutici al rilascio, in regime di acconto, di certificazioni trimestrali sul corrente
- a) moratoria sulle azioni giudiziarie**
- b) saldo solo dopo il controllo di merito:** (eventuali somme certificate in eccesso saranno compensate sulle fatture future)
- c) pagamento della sorta capitale:** in 12 rate con riconoscimento di un indennizzo di dilazione (fissato dalla Regione In delibera) pari ad Euribor + 0.70 (costo finanziario per la Regione)

La circolare della Regione su **denaro.it**

(una per ogni azienda debitrice) effettuate esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo di posta elettronica (servizio.creditori@pec.soresa.it). Per i crediti progressivi scaduti alla data di ricezione da parte di Soresa la richiesta di certificazione del creditore deve essere indirizzata all'indirizzo di posta certificata dedicato all'operazione (servizio.creditori@pec.soresa.it). Tutti gli altri sono considerati

Crediti correnti e futuri vengono acquisiti da Soresa con l'immediata finalità di alimentazione della propria banca dati e monitoraggio del debito corrente. Le sole richieste di certificazione indirizzate alle Aziende devono essere inviate esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata agli indirizzi di posta elettronica delle Aziende debtrici del Ssr indicati nelle istruzioni disponibili sul sito Soresa.

► Governo ◀

## Legge salva-spesa: arriva un salasso per il Ssn

Publicata in Gazzetta ufficiale la manovra del Governo: tagli di 8 mld in tre anni per il Fondo sanitario. Spariscono i ticket, previsti nelle ultime bozze della norma. Confermata, invece, la impignorabilità dei beni Asl per tutto il 2012

ETTORE MAUTONE

Per la sanità è confermato il taglio di 7,950 miliardi. Il livello di finanziamento scenderà di 2,5 miliardi nel 2013 e di 5,450 miliardi nel 2014. Nessun dubbio dalla lettura della relazione tecnica che accompagna la manovra economica pubblicata in Gazzetta ufficiale che conferma che per la Sanità ci sarà un salasso di 7,950 miliardi in meno di finanziamento, rispetto a quelli previsti con gli incrementi dell'ultimo triennio, concentrati nel 2013 e 2014. Nel 2014, in particolare, il Ssn sarà finanziato con 5,450 miliardi in meno di quanto previsto dalle disposizioni in vigore prima della manovra, passando da 116,236 miliardi a 110,786. Per il 2013, invece, il livello di finanziamento sarà tagliato di 2,5 miliardi, scendendo così a 109,294 miliardi rispetto ai 111,794 previsti dal sistema vigente.

L'incremento sarà infatti dello 0,5 per cento nel 2013 e dell'1,4 per cento nel 2014 a fronte del +2,8 per cento e del 4 per cento previsto dall'Intesa Stato-Regioni.

Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è incrementato di 486,5 milioni di euro, ma solo fino al 31 dicembre 2011 a copertura del ticket sulla specialistica. In compenso, rispetto alla bozza circolata nei giorni scorsi, sparisce ogni riferimento ad un articolo della finanziaria del 2007 che prevedeva l'introduzione dei ticket sanitari per diagnostica, visite specialistiche e codici bianchi di pronto soccorso.

Quanto al personale gli enti del servizio sanitario nazionale dovranno spendere negli anni 2013 e 2014 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. In pratica c'è il blocco del turn-over per tutti anche se il ministro della Salute Ferruccio Fazio sostiene che è valido solo per le regioni con i conti in rosso.

Nello specifico, qualora non si dovesse raggiungere un'Intesa tra Stato e Regioni la manovra specifica le quote percentuali e le aree di risparmio. Per il 2013, il 30% dei risparmi si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 40% dagli interventi sulla spesa farmaceutica, un altro 30% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici. Per il 2014, invece la parte del leone è affidata ai nuovi ticket che dovranno da soli garantire il 40% dei risparmi. Per il resto il 22% si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 20% dagli interventi sulla spesa della farmaceutica territoriale, il 15% dal nuo-



Le novità della norma

• **Impignorabilità dei fondi Asl:** proroga al 31 dicembre del 2012 nelle Regioni sottoposte a piano di rientro e commissariate

*Contrariamente a quanto previsto nella prima stesura la norma approvata dal Governo prevede la semplice proroga dell'impignorabilità dei beni delle Asl al 31 dicembre del 2012 nelle Regioni sottoposte a piano di rientro laddove, nella prima stesura, introduceva la possibilità per le Aziende sanitarie locali, di utilizzare le somme già pignorate presso le tesorerie per il pagamento dei debiti pregressi. Il decreto legge, dopo la pubblicazione in Gazzetta, passa ora all'esame dei due rami del Parlamento per la definitiva conversione in legge*

vo tetto di spesa sui dispositivi medici e il restante 3% ad altre misure sul personale.

### COSTI STANDARD

Nelle more del perfezionamento dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura, saranno fissati prezzi di riferimento per tutti i beni e i servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenas tra quelli di maggiore impatto economico. In tal modo sarà rivoluzionato l'attuale sistema di gare d'acquisto per i dispositivi medici, i farmaci ospedalieri e gli altri beni e servizi individuati, prevedendo appunto delle soglie di riferimento per il prezzo massimo d'acquisto da inserire nei bandi regionali e aziendali.

### PIGNORAMENTI

Prolungamento a tutto il 2012 del blocco dei pignoramenti nelle Regioni sottoposte a piano di rientro. Un provvedimento che "penalizza gravemente le imprese.

### FARMACI

Entro il 30 giugno 2012 dovrà essere emanato un regolamento, su proposta del Ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze, che definisca le procedure per porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale sfioramento del tetto di spesa nella misura massima del 35 per cento (oggi totalmente a carico delle Regioni). Qualora entro questa data il regolamento non sia emanato l'Aifa, dovrà provvedere a portare il tetto sulla spesa farmaceutica territoriale al 12,5 per cento della spesa complessiva anziché al 13,3 attuale (lo sfioramento è oggi a carico delle aziende farmaceutiche).

Il tutto tenendo conto dei risparmi ottenibili dall'applicazione delle misure previste dalla manovra del luglio 2010 che stabilivano la determinazione di tabelle di

• **Ticket:** sparisce ogni riferimento per diagnostica, visite specialistiche e codici bianchi di pronto soccorso

raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente.

Tetto di spesa per i dispositivi medici e le protesi

In attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni, a decorrere dal 1 gennaio 2013 parte anche un tetto di spesa massima pari al 5,2 per cento della spesa complessiva per l'acquisto dei dispositivi medici e per le protesi sanitarie a carico del Ssn. Il tetto opererà sia a livello nazionale che a livello di ogni singola regione. L'eventuale sfioramento, laddove pregiudichi la tenuta contabile della Regione, sarà a carico degli enti locali

### TICKET

Nuovi ticket dal 2014 e dal 2012 e nessuna copertura per evitare il ticket di 10 euro sulle ricette per prestazioni specialistiche. A partire dal 2014 è prevista l'introduzione di nuovi ticket sia sulla farmaceutica che sulle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Questi nuovi ticket saranno aggiuntivi quelli eventualmente già disposti dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel

rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. Garantita, invece, la copertura di 486,5 milioni per la mancata introduzione del ticket di 10 euro sulle ricette per le visite specialistiche e

la diagnostica (introdotto nel 2007 ma mai applicato) anche per i restanti mesi dell'anno 2011 (il finanziamento in vigore copre infatti solo 5 mesi dell'anno). Sparisce, dunque, nella norma pubblicata in Gazzetta, la frase che chiariva esplicitamente che dal 2012 sarebbe tornato in vigore il ticket di 10 euro. Ma per il 2012, non essendo prevista alcuna copertura la sua introduzione, salvo scelte diverse da parte delle Regioni o di un eventuale rifinanziamento a fine anno, non si può che dare per certa.

### PIANI DI RIENTRO

Diventano sempre più stringenti, anche in termini di valore giuridico, con nuove norme che consentono di abrogare con vie preferenziali (entro 60 giorni), precedenti norme regionali ostative. Previsto l'intervento, in caso di inadempienze, del governo nazionale. Per le Regioni sotto piano di rientro, infine, vengono prorogate fino al 31 dicembre 2012 le procedure di blocco già previste dalla legge di stabilità 2011 (legge 220 del 2010). Parziale deroga al blocco del turnover per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro che potranno essere autorizzate nei Tavoli tecnici riguardanti i dirigenti di struttura complessa per garantire il mantenimento dei Lea.

### ASSENZA DA MALATTIE

Confermata la destinazione di 70 milioni annui per il 2011 e 2012 per le visite di controllo ai lavoratori assenti per malattia da parte delle Asl. Dal 2013, tale somma entrerà a regime e sarà quindi decurtata dalla somma complessiva dei finanziamenti per il Ssn.

### CONTRASTO ALLA POVERTÀ

Prorogata fino al dicembre 2013 la sperimentazione gestionale dell'ente con un finanziamento di 5 milioni annui. Entro giugno 2013 in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi si provvederà alla liquidazione.

### AIFA

Entro tre mesi dalla conversione in legge della manovra dovrà essere emanato un decreto per la riorganizzazione dell'Aifa (Cda, commissione tecnico-scientifica e Comitato prezzi). Introduzione di un diritto annuale, per ciascun azienda farmaceutica, che copra i costi della banca dati e delle procedure, con una riduzione per le Pmi.

### LIBERALIZZAZIONE DEI SERVIZI

Viene istituita presso il ministero di Giustizia un'alta commissione per formulare proposte in materia di liberalizzazione dei servizi. Ne faranno parte esperti della Commissione UE, dell'Ocse e del Fondo monetario internazionale oltre che esperti nominati dal ministro della Giustizia, dell'Economia, dello Sviluppo economico e del Lavoro e Politiche Sociali.

I lavori della commissione dovranno concludersi entro 180 giorni dall'entrata in vigore del decreto.

La manovra pubblicata in Gazzetta su [denaro.it](http://denaro.it)

# IL DENARO SANITA'

Martedì  
12 Luglio 2011

**MANOVRA ECONOMICA** – Approda in Gazzetta ufficiale la manovra correttiva del Governo per frenare la spesa pubblica. Per la sanità si tratta di un vero e proprio salasso. Ecco tutti i provvedimenti della norma, dai ticket al personale, dalla farmaceutica alle nuove disposizioni sui pignoramenti fino all'adozione dei costi standard per definire il fondo sanitario delle Regioni. **▶ 18**

**PERSONALE** – Mobilità sanitaria: viene recepito oggi, ufficialmente, a Palazzo Santa Lucia, il documento elaborato nei mesi scorsi dall'intersindacale medica e integrato nei giorni scorsi in un incontro tra i sindacati della dirigenza medica e la struttura commissariale. L'accordo finale vincolante dovrebbe essere firmato anche dai manager. **▶ 20**

**BRONCOPNEUMOPATIA** - Nuovi percorsi di cura per la Bpco, broncopneumopatia cronica ostruttiva: una delle patologie più diffuse nel mondo e, secondo le previsioni dell'Oma, la sua incidenza continuerà a crescere, fino a diventare la terza causa di morte entro il 2020. In Europa, si calcola che i costi diretti e indiretti connessi alla Bpco si aggirano ogni anno intorno ai 50 miliardi di euro. **▶ 23**

▶ Lavoro & professione ◀

## Norme e leggi: il consenso informato

LUCIANO LEPRE  
direttore generale House hospital onlus

Sono cinque i punti chiave del consenso informato: chi deve dare l'informazione, a chi va fornita, quando va comunicata rispetto alla tempistica degli interventi, cosa va detto al momento dell'informazione e soprattutto come va data e con quale livello di insistenza per essere certi della sua completa comprensione. La ricetta per rispondere a queste esigenze l'hanno fornita i giudici della Cassazione durante un seminario sulla responsabilità medica organizzato dal Consiglio Superiore della Magistratura. I magistrati hanno anche illustrato 12 sentenze ritenute di riferimento nei vari casi e per le varie situazioni in cui ci si può trovare per dare il consenso informato, ricordando che sempre, in caso di contenzioso, l'onere della prova di aver agito correttamente spetta al medico. Per questo mettono anche in guardia da moduli di consenso troppo dettagliati o troppo scarni (bulimici o anoressici), illustrando i passaggi essenziali necessari giuridicamente ad una corretta informazione. Chi deve dare l'informazione. La giurisprudenza di merito fa riferimento al personale sanitario, mentre non si è pronunciata sull'idoneità dell'informativa fornita dal personale paramedico.

A chi va data l'informazione. Se l'interessato è persona capace, l'informazione deve essere data a lui, mentre non è idonea l'informazione data a un congiunto, anche se c'è il rischio di uno shock psicologico; in tal caso il medico può, anzi deve, fornire il necessario supporto psicologico. Se il paziente è incapace legale, l'informazione va data al tutore, se trattasi di interdetto, ovvero agli esercenti la potestà genitoriale, se trattasi di minori. La giurisprudenza ritiene che l'informazione vada fornita sempre, quale che sia l'intervento (diagnostico o terapeutico) nonché nel caso di prelievi e analisi e di prescrizioni di farmaci.

il testo completo  
sul portale sanità di denaro.it

▶ I conti in rosso ◀

## Ripiano del debito: in pista Soresa 3

Accordi quadro transattivi con gli ex convenzionati, certificazione del fatturato inevaso esigibile e avvio delle procedure di pagamento tramite dilazioni: la struttura commissariale detta le linee guida della nuova operazione di azzeramento del deficit

Tirare il freno ai decreti ingiuntivi, azzerare i costi per spese legali ed interessi, riallineare gli obiettivi del piano di rientro dal debito: Fari puntati sui debiti delle Asl nei confronti dei fornitori di beni e servizi. La struttura commissariale emana una circolare esplicativa per chiarire tutti i passaggi della complessa procedura informatica propedeutica alla sottoscrizione degli accordi quadro transattivi, alla certificazione dei crediti e

alla successiva liquidazione delle partite debitorie maturate fino al 31 dicembre del 2010. Dopo l'avvio (dal 1° luglio), si lavora in questa fase alla elaborazione dei dati trasmessi nell'ultimo mese alla società regionale per il ripiano del debito. Il decreto che detta legge è il n. 12 del 2011.

▶ 21

▶ Il governo della salute ◀

## I nodi irrisolti del piano di rientro

MARIO FORLENZA  
direttore amministrativo  
ospedale Da Procida (Salerno)

Nonostante la Regione Campania, rispetto ad altre regioni italiane, abbia già le imposte Irpef e Irap maggiorate ai livelli massimi per effetto dell'inasprimento, deciso nel 2010, per coprire il deficit di bilancio del Comparto Sanità riferito al 2009, sono in arrivo a partire dall'anno d'imposta 2011, per tutti i contribuenti (cittadini e imprese), ulteriori e nuovi aumenti pari allo 0,15 punti per l'Irap e 0,30 punti per l'Irpef che dovranno coprire l'ennesimo disavanzo di bilancio accertato di circa 250 milioni riferito all'anno 2010. In pratica in Campania i contribuenti pagheranno dal 2012 complessivamente 0,60 punti di maggiorazione Irpef e 0,30 punti di maggiorazione imposta Irap esclusivamente per ripianare il deficit sanitario regionale. A tale amaro epilogo si è giunti dopo che il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha verificato il non rispetto da parte della regione dei vincoli di contenimento della spesa fissati dal piano di rientro con particolare riferimento al piano ospedaliero regionale per il quale è stata chiesta ulteriore documentazione giustificativa dell'effettiva attuazione dello stesso, soprattutto sotto il profilo dell'impatto economico finanziario. E' di tutta evidenza che delle due l'una: o le misure messe in campo per il risanamento dal deficit sanitario campano non sono sufficienti per una reale inversione di tendenza della spesa sanitaria o chi deve attuare tali misure non le persegue nei termini e modi indicati dal piano. Personalmente ritengo che siano fondate entrambe le considerazioni. A tutti sono note le difficoltà in cui operano i direttori e i commissari straordinari spesso pressati dalla politica locale, campanilistica.

il testo completo  
sul portale sanità di denaro.it

### TGSANITÀ

#### tg territorio

lunedì 16.30 - 17.00  
martedì 9.00  
giovedì 11.30 - 12.00 - 19.30

#### tg sanità

martedì 14.30 - 15.00  
mercoledì 8.30  
giovedì 14.30 - 15.00  
venerdì 8.30

dtv denaro.it



### CONCILIALEX®

Iscr. n. 143 del Reg. Organismi di Mediazione - Ministero della Giustizia

Presidenza: Via Matteotti, 30 | Segreteria: via F. Dentice D'Accadia, 35 - Nocera Inferiore (Sa)  
Tel. 0815179934 - 0815171945 | Tel/Fax 0819211782  
Mail: concilia.lex@pec.it | Sito web: www.concilialex.it  
C.F. e P.IVA 04854880657

Sanità, i ritardi

## Ricette on line in regola solo il 20 per cento

Campania in ritardo con la sanità on-line: solo il 20% dei medici di base, infatti, ha rispettato la data d'inizio - il 1° luglio - per l'invio telematico delle ricette al ministero. E da Savero Annunziata dello Smi, il sindacato dei medici di famiglia, arriva un duro attacco alla Regione: «La Campania, incurante delle norme e dei vincoli previsti dal nostro accordo collettivo nazionale, non ha ancora realizzato i passaggi essenziali per determinare la messa a regime del sistema ricetta on line. Non solo, manca la fornitura della valigetta informatica». Al momento, per i medici inadempienti, non c'è alcuna sanzione di tipo amministrativo, ma ora si apre un contenzioso tra sanitari e Regione.