

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



## Rassegna Stampa del 12.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



12.09.2011 - ore 10.02

## **Ticket sanitari, Fazio: iniqui, sostituiamoli con la tassa sul tabacco**

Già lo scorso luglio lo aveva proposto il leader della Lega **Umberto Bossi**: aumentare il prezzo di tabacco e sigarette invece di introdurre i ticket sulla **Sanità** nella manovra economica. Oggi, con i ticket già in vigore, a rilanciare l'idea è lo stesso **ministro della Salute Ferruccio Fazio**: i **ticket** sono "iniqui", ha detto, e vanno "sostituiti con altre forme di finanziamento" come "la tassa sul tabacco, che può valere 1 mld di euro". Il cambiamento è possibile anche senza la necessità di un emendamento all'attuale manovra, ha assicurato Fazio, mentre i sindacati medici invitano ad azioni concrete.

"Bisogna abolire questi ticket iniqui e sostituirli con altre forme di finanziamento. Le tasse del tabacco, che possono portare cifre consistenti – ha affermato Fazio da Chianciano alla festa dell'Udc – devono essere introdotte e riversate sulla sanità. Mi batterò per questo". E successivamente, a margine della festa del Pd ad Empoli, Fazio ha precisato: "Stiamo facendo i calcoli, ma in modo approssimativo la tassa sul tabacco potrebbe valere un miliardo di euro". Quanto alla possibilità di introdurre la tassa sul tabacco attraverso un emendamento, "in questo momento – ha detto – certe proposte possono andare avanti anche fuori dalla manovra". Ma da Fazio giunge anche un richiamo sulla sostenibilità stessa del Sistema sanitario: "È vero – ha spiegato – che nella manovra di agosto la sanità non è stata toccata, ma è vero che è stata pesantemente toccata nella manovra di luglio ed è vero che si pongono dei problemi di sostenibilità". Il ministro ha quindi ricordato il taglio di 7,5 miliardi al settore previsto dalla manovra tra 2013 e 2014, e se non ci saranno altre forme di finanziamento, per Fazio "dovremo pensare a qualche forma di compartecipazione per alcune forme di reddito".

Il rilancio della tassa sul tabacco in sostituzione dei ticket trova concordi vari sindacati medici: Fazio "ha perfettamente ragione", secondo il segretario dell'Anao-Assomed **Costantino Troise**, che sottolinea sottolineando la necessità di "salvare il Ssn".

Ma Fazio, sottolinea il responsabile della Cgil per le politiche della Salute **Stefano Cecconi**, "è lo stesso che ha approvato la manovra economica che prevede i ticket: decida dunque che fare, e se vuole essere credibile presenti un emendamento per la loro abolizione". Concorda con la proposta di Fazio anche il presidente della Conferenza delle Regioni **Vasco Errani**: "rispecchia – dice – la posizione che le Regioni hanno sostenuto in queste settimane". Mentre il senatore del Pd **Ignazio Marino** sottolinea la necessità di "decisioni rapide e concrete per la tassa sul tabacco: il Governo sta parlando ormai da mesi e nulla è stato ancora deciso. Non si può indugiare oltre".

Perplesso si dice, invece, il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo) **Amedeo Bianco**: "Non c'è dubbio che i ticket in questo contesto abbiano fortissimi elementi di iniquità, ma nutro molte perplessità – rileva – sul fatto che l'aumento delle tasse sul fumo possa dare qualche risultato apprezzabile".



## **Fazio rilancia la tassa del tabacco contro i ticket "iniqui"**

ROMA – Il primo a proporlo fu, lo scorso luglio, il leader della Lega Umberto Bossi: aumentare il prezzo di tabacco e sigarette invece di introdurre i ticket sulla Sanità nella manovra economica. Oggi, a 'manovra di luglio' approvata e ticket già in vigore, a rilanciare l'idea è lo stesso ministro della Salute Ferruccio Fazio: i ticket sono "iniqui", ha detto, e vanno "sostituiti con altre forme di finanziamento" come "la tassa sul tabacco, che può valere 1 mld di euro".

Cambiamento possibile anche senza la necessità di un emendamento all'attuale manovra, ha assicurato Fazio, precisando che la proposta di tassa sul tabacco "è già stata discussa in parte in Consiglio dei Ministri" "Bisogna abolire questi ticket iniqui e sostituirli con altre forme di finanziamento. Le tasse del tabacco, che possono portare cifre consistenti – ha affermato Fazio da Chianciano alla festa dell'Udc – devono essere introdotte e riversate sulla sanità. Mi batterò per questo". E successivamente, a margine della festa del Pd ad Empoli, Fazio ha precisato: "Stiamo facendo i calcoli, ma in modo approssimativo la tassa sul tabacco potrebbe valere un miliardo di euro".

Quanto alla possibilità di introdurre la tassa sul tabacco attraverso un emendamento, "in questo momento – ha detto – certe proposte possono andare avanti anche fuori dalla manovra". La proposta di tassa sul tabacco, ha quindi precisato Fazio, "è già stata discussa in parte in Consiglio dei Ministri, quello che posso dire è che ce la metterò tutta per fare in modo che vada a buon fine e soprattutto che gli introiti vengano riversati sulla sanità".

Ma da Fazio giunge anche un richiamo circa la sostenibilità stessa del Sistema sanitario: "E' vero – ha spiegato – che nella manovra di agosto la sanità non è stata toccata, ma è vero che è stata pesantemente toccata nella manovra di luglio ed è vero che si pongono dei problemi di sostenibilità". Il ministro ha quindi ricordato il taglio di 7,5 miliardi al settore previsto dalla manovra tra 2013 e 2014, e se non ci saranno altre forme di finanziamento, per Fazio "dovremo pensare a qualche forma di compartecipazione per alcune forme di reddito".

Il rilancio della tassa sul tabacco in sostituzione dei ticket trova concordi vari sindacati medici: Fazio "ha perfettamente ragione", commenta il segretario dell'Anao-Assomed Costantino Troise, sottolineando la necessità di "salvare il Ssn". Ma Fazio, sottolinea il responsabile della Cgil per le politiche della Salute Stefano Cecconi, "è lo stesso che ha approvato la manovra economica che prevede i ticket: decida dunque che fare, e se vuole essere credibile presenti un emendamento per la loro abolizione".

Concorda con la proposta di Fazio anche il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani: "rispecchia – dice – la posizione che le Regioni hanno sostenuto in queste settimane".

E il senatore del Pd Ignazio Marino sottolinea la necessità di "decisioni rapide e concrete per la tassa sul tabacco: il Governo sta parlando ormai da mesi e nulla è stato ancora deciso. Non si può indugiare oltre". Perplesso si dice, invece, il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo) Amedeo Bianco: "Non c'è dubbio che i ticket in questo contesto abbiamo fortissimi elementi di iniquità, ma nutro molte perplessità – rileva – sul fatto che l'aumento delle tasse sul fumo possa dare qualche risultato apprezzabile".

FederLab Italia

## **La Salute ai tempi di Groupon/ Bianco (FnomCeo): “E’ un gratta e vinci della salute. Ci rivolgeremo ad Antitrust e Nas”**

***Per il presidente dei medici italiani, il fenomeno dei gruppi d’acquisto in sanità presenta grossi rischi. Per la trasparenza commerciale ma anche per la qualità delle prestazioni offerte. “La sanità è una cosa seria, questi fenomeni sono il ‘gratta e vinci’ della salute. Non ci fidiamo”.***

**Presidente Bianco come valuta il boom che stanno ottenendo i siti internet basati sul sistema dei gruppi d’acquisto che offrono prestazioni sanitarie a basso costo?**

Occorre innanzitutto fare una riflessione di carattere generale. Non siamo di fronte ad un fenomeno di sanità low cost ma siamo di fronte a delle vere e proprie campagne promozionali e pubblicitarie.

**Possiamo parlare di un modello alternativo di consumo di salute?**

Ma quale modello alternativo. Siamo all’esasperazione del consumismo sanitario con logiche squisitamente pubblicitarie incentrate esclusivamente sul costo delle prestazioni offerte, come fossero beni di consumo qualsiasi. E tra l’altro le tariffe offerte sono ben al di sotto dei costi di produzione reali e al di sotto dello stesso valore del ticket...

**E allora?**

Questo modo di agire potrebbe generare la convinzione che il Ssn sia un carrozzone mangia soldi. Faccio un esempio: se un individuo acquista un’offerta di prestazione sanitaria ad un prezzo basso, mettiamo caso per una visita odontoiatrica, ma poi non riesce ad acquistarne un’altra, magari per un familiare, andrà lo stesso dal dentista che gli applicherà una tariffa classica più alta magari del 60-70%, il cittadino penserà che quel medico è un poco di buono.

**Ma queste sono le leggi del mercato...**

Per carità, non vogliamo costruire delle gabbie ideologiche oggi siamo in un’epoca di mercato e capisco che siamo in tempi in cui la comunicazione e l’informazione sui servizi è un meccanismo utile e prezioso per contenere i prezzi e che favorisce una scelta più consapevole dei cittadini, ma la mia impressione è che siamo di fronte ad una forte stortura del sistema. E credo che occorra mettere un punto fermo ad una giostra che ha dentro di sé elementi di scarsa trasparenza e ingannevolezza, anche nei confronti del Ssn. Bisogna difendere un sistema di qualità delle cure e giocare con le tariffe in modo così esasperato certamente non va in questa direzione.

**Cosa pensate di fare, quindi?**

Faremo un esposto all’Antitrust per verificare se questo tipo di promozione dei servizi non ha in sé elementi di scarsa trasparenza e ingannevolezza, proprio perché non tutti vi possono accedere, dato che sono dei coupon limitati, nel numero e nel tempo. Chiederemo poi alle Asl di verificare se questi servizi vengono resi nel rispetto della sicurezza e della qualità della prestazione e chiederemo ai Carabinieri del Nas se i professionisti coinvolti effettivamente fatturano a quelle cifre e se effettivamente essi onorano i coupon a quella cifra. Questo sistema non è altro che un ‘gratta e vinci’ perché le offerte sono strutturate su coupon limitati e primi che li comprano sono poi quelli che li vanno ad esigere. Ribadisco, non siamo di fronte ad un cambio di scenario, bensì di fronte ad un fenomeno, e nemmeno tra i più commendevoli. La sanità, chiarisco, è una cosa seria e queste cose a mio giudizio non lo sono.

## La Salute ai tempi di Groupon/ Moccia (TDM): “Ben vengano iniziative come queste”

**Francesca Moccia, coordinatrice del Tribunale dei diritti del Malato accoglie con favore il fenomeno anche se avverte che occorre ovviamente vigilare sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni offerte. E avverte: “Governo e Regioni riflettano sui costi reali della sanità”**

**Dottorssa Moccia che valutazione dà del successo che stanno ottenendo le offerte di prestazioni sanitarie che si trovano sul web a prezzi scontati? Siamo di fronte ad una svendita della sanità?**

Non si sta svendendo la sanità. Dobbiamo ricordare che dietro ogni strategia commerciale ci può essere quella di offrire una prestazione sottocosto. Chiaro poi che bisogna stare attenti quando si parla di salute, ma quello deve avvenire sempre. Certo è che questo fenomeno segnala anche la necessità di una riflessione del Ministero e delle Regioni sui costi del Servizio sanitario nazionale.

**C'è un pericolo di sicurezza e di qualità delle offerte per i consumatori?**

I cittadini non sono tanto sprovveduti quanto si pensa, basta fare un giro su facebook e vedere come i consumatori discutono, commentano e si confrontano quotidianamente sulle offerte per avere informazioni. Poi è chiaro che se l'offerta è di un'azienda accreditata l'utente si sentirà maggiormente tutelato. I consumatori, in ogni caso, sanno che sono di fronte ad offerte promozionali.

**Quindi nessun rischio?**

In ogni attività commerciale ci sono i pro e i contro e bisogna capire che chi va su questi gruppi d'acquisto esercita una pressione collettiva che potrà avere effetti positivi o negativi. Fino a che non ci verrà dimostrato che non c'è sicurezza e qualità per noi è un'opportunità positiva e la bilancia del nostro giudizio pende da questa parte. In ogni caso voglio ricordare che le offerte sono proposte da professionisti iscritti all'Ordine dei medici e da strutture accreditate con il Ssn e avvenendo il pagamento on line sono assolutamente tracciabili. Quindi, se ci fosse un problema sulla qualità o sulla sicurezza o di poca trasparenza finanziaria dovrebbero risolverlo gli organi preposti, come del resto già viene fatto per ogni tipo di prestazione.

**Nessun pericolo, ma in ogni caso questo boom di acquisti on line segnala un cambio di abitudini**

Il pericolo e la nostra preoccupazione è per i cittadini che vedono come lo smantellamento del servizio pubblico non fa altro che aumentare la loro spesa privata. Il servizio odontoiatrico, per esempio, quasi non esiste nel pubblico e se se si presenta quindi una possibilità di accesso ad un privato professionista a tariffe contenute, noi siamo favorevoli. È evidente che noi invitiamo sempre i consumatori a prestare attenzione e segnalare ogni possibile anomalia, ma allo stesso modo giudichiamo positivamente queste nuove opportunità soprattutto per quei servizi di salute a basso costo che sempre meno il servizio sanitario pubblico riesce a garantire. È chiaro che non inviteremmo mai un consumatore a comprarsi un'operazione al cuore on line, sarebbe assurdo.

Il Sole **24 ORE**

# Sanità

## Tessera sanitaria nella Carta nazionale dei servizi: il decreto dell'Innovazione

Le Regioni potranno chiedere all'Economia la consegna per i loro residenti della TS-CNS, la Tessera sanitaria integrata nella Carta nazionale dei servizi. E il decreto del ministero della Pa e dell'Innovazione 20 giugno 2011, pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 210 del 9 settembre 2011 spiega come.

Il decreto illustra tutte le caratteristiche tecniche e strutturali che il nuovo documento informatizzato dovrà possedere, ma specifica anche le norme procedurali per la richiesta del passaggio.

Le Regioni potranno richiederlo sottoscrivendo con l'agenzia delle Entrate una apposita convenzione secondo lo schema pubblicato sul sito del Sistema TS per garantire la validità della TS-CNS, in sostituzione del tesserino di codice fiscale. Dovranno poi dotarsi di un sistema di gestione della componente CNS delle TS-CNS che garantisca "almeno" tre funzionalità: richiesta «attivazione carta»; richiesta «modifica stato carta»; richiesta «storia e dettagli della carta».

Sempre le Regioni poi dovranno garantire, nei processi di erogazione dei servizi regionali che utilizzano la componente CNS, il rispetto degli standard tecnologici previsti dalla normativa vigente e in particolare di quelli definiti nell'allegato 1 al decreto.

Per la validazione della carta ci vorranno uno o più decreti del ministro per la Pubblica amministrazione e l'Innovazione, di concerto con quello dell'Economia e delle finanze e sentita la Conferenza Stato-Regioni che definiscano le modalità operative per la realizzazione di un servizio infrastrutturale a livello nazionale per la validazione dei certificati di autenticazione della componente CNS «nel rispetto degli standard e delle regole tecniche e organizzative relative al Sistema Pubblico di Connettività».

## Riorganizzazione di ospedali e Asl

## La Regione pronta a ridurre i super manager della sanità

La Regione vuole dare un taglio alle poltrone dei supermanager ai vertici degli ospedali e ai relativi apparati amministrativi: solo lo stipendio di un anno di un direttore generale vale 180 mila euro. Il via ai rumors l'ha dato lo stesso Roberto Formigoni con le sue dichiarazioni del 20 luglio: «Riorganizziamo ospedali e Asl per ridurre i costi, con un risparmio di qualche decina di milioni di euro oltre che vantaggi in termini di razionalizzazione del lavoro». Lo staff del governatore sta studiando una fusione tra le aziende ospedaliere: in Lombardia sono 29, più quindici Asl, un'Azienda regionale dell'emergenza urgenza (Areu) e altre quattro Fondazioni (Policlinico, neurologico Besta, Istituto dei tumori e San Matteo di Pavia). Troppi incarichi, con sovrapposizioni inutili nell'offerta sanitaria, è la filosofia che ispira la riforma.

A PAGINA 5 Ravizza

**Regione** Un direttore generale costa 180 mila euro l'anno, il risparmio complessivo è di 15 milioni

## Sanità, il taglio dei manager

Lotta agli sprechi: allo studio la fusione tra otto ospedali

**180.000**  
Lo stipendio annuale  
in euro del direttore  
generale di un ospedale

**49**  
Gli ospedali, uffici Asl,  
Fondazioni e Areu della  
Regione Lombardia

## Il progetto

Formigoni a luglio aveva già ventilato una manovra per riorganizzare gli ospedali. Il tema è nazionale

Tutti i provvedimenti estivi della Regione in materia sanitaria fanno capire che anche in Lombardia ormai le cure mediche efficienti e il bilancio in pareggio si scontrano con la difficoltà di fare quadrare i conti.

È uno dei motivi, forse, per cui il Pirellone ora appare deciso a dare un taglio alle poltrone dei supermanager ai vertici degli ospedali e ai relativi apparati amministrativi. Solo lo stipendio di un anno di un direttore generale vale 180 mila euro. Così il problema urgente di ridurre i costi, senza né mettere (troppo) le mani in tasca ai cittadini né intaccare la qualità dell'assistenza sanitaria, sta spingendo lo staff del governatore Roberto Formigoni a studiare un'eventuale fusione tra le aziende ospedaliere.

In Lombardia sono 29, più ci sono 15 Asl, un'Azienda regionale dell'emergenza urgenza (Areu) e altre quattro Fondazioni (Policlinico, neurologico Besta, Istituto dei tumori e San Matteo di Pavia). Troppi incarichi con sovrapposizioni inutili nell'offerta sanitaria, è il ritorno delle ultime settimane.

L'unione di sette/otto aziende ospedaliere inferiori (come dimensioni) con quelle di riferimento a livello provinciale è un'ipotesi che sta in piedi per chiunque conosca quel che si muove al Pirellone. I nomi che rimbalzano sono quelli degli ospedali di Gallarate (da unire come direzione generale a Busto Arsizio), Crema (con Cremona), Chiari (con i Civili di Brescia), Treviglio (con i Riuniti di Bergamo), Garbagnate (con Legnano) e — su Milano — l'ortopedico Pini o il Fatebenefratelli (con il Policlinico), con in aggiunta una riorganizzazione degli Istituti clinici di perfezionamento. Sulla Valtellina è immaginabile — sempre come direzione generale — un accorpa-

mento tra Asl e ospedale.

Del resto, il via ai rumors l'ha dato lo stesso Formigoni con le sue dichiarazioni del 20 luglio: «Riorganizziamo ospedali e Asl per ridurre i costi — aveva detto il governatore alle agenzie di stampa — con un risparmio di qualche decina di milioni di euro, oltre che con vantaggi in termini di razionalizzazione del lavoro». Nel frattempo, il progetto di autoriforma del sistema regionale è diventato un cavallo di battaglia di tutte le Regioni, come appare dalle ultime dichiarazioni di Vasco Errani, presidente della Conferenza delle Regioni: «Abbiamo avviato un lavoro per definire una proposta complessi-



Lettori: n.d.

CORRIERE DELLA SERA

Milano

12-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ferruccio de Bortoli

da pag. 5

va di autoriforma — spiegava l'altro ieri —. L'obiettivo unitario è di trovare un denominatore comune per dare più efficienza, semplicità e qualità ai sistemi regionali (...), riducendo i costi gestionali, evitando la ridondanza e combattendo gli sprechi».

Ai cittadini sono stati domandati soldi in più con il nuovo ticket da dieci euro (introdotto dalla manovra del ministro Giulio Tremonti, poi rimodulato dall'assessorato alla Sanità). Il significato dei provvedimenti del 28 luglio del Pirellone l'ha riassunto Formigoni con un intervento pubblicato dal *Corriere*: «Abbiamo presentato una manovra regionale tesa a risparmiare risorse e a realizzare ulteriori efficienze come è doveroso nel nostro tempo di ristrettezze economiche».

In Lombardia il rapporto spesa sanitaria/Pil è già il più basso d'Italia (6,7% contro una media nazionale dell'8,7%, Istat). Quella pro capite, secondo i dati disponibili al 2010, è di 1.603 euro contro una media nazionale di 1.703, la più bassa, fatta eccezione Puglia, Basilicata e Ca-

labria (con un livello di offerta sanitaria verosimilmente non paragonabile). Ora appare, dunque, arrivata l'ora del taglio ai supermanager, con un risparmio ipotizzato di 15 milioni di euro. La questione è allo studio, anche se al momento di ufficiale non c'è nulla.

**Simona Ravizza**  
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La scheda

### Ospedali e Asl

In Lombardia ci sono 29 aziende ospedaliere, più 15 Asl, un'Azienda regionale dell'emergenza urgenza (Aeu) e altre quattro Fondazioni (Policlinico, neurologico Besta, Istituto dei tumori e San Matteo di Pavia)

### Gli accorpamenti

L'unione di sette/otto aziende ospedaliere inferiori (come dimensioni) con quelle di riferimento a livello provinciale è un'ipotesi che rimbalza da giorni negli ambienti sanitari

### Le ipotesi

I nomi che rimbalzano sono quelli degli ospedali di Gallarate, Crema, Chiari, Treviglio, Garbagnate e — su Milano — l'ortopedico Pini o il Fatebenefratelli e gli Istituti clinici di perfezionamento

## Sanità, «beffa» per i fornitori Aforp: saltata la norma nella manovra E Cassano (Pdl) va all'attacco di Fiore

■ È saltata, nel maxi-emendamento della manovra bis, la proposta già approvata in Commissione Bilancio che imponeva alla pubblica amministrazione di certificare i debiti nei confronti delle piccole e medie imprese fornitrici. «Il maxi-emendamento ha cancellato - spiega **Giuseppe Marchitelli**, presidente dell'Aforp (l'associazione dei fornitori ospedalieri pugliesi) - l'articolo 1-bis, dopo che era stato posto sotto la lente del Tesoro poiché rischiava di avere un impatto negativo sul debito pubblico. La norma dava la possibilità alle piccole imprese in attesa di pagamenti dalla P.a. di avere la certificazione del credito per poterlo cedere ad una banca, che intanto avrebbe provveduto ad erogare le somme spettanti». Eppure, ricorda l'Aforp, che da tempo lamenta ritardi biblici da parte delle Asl pugliesi nei pagamenti ai fornitori, dallo scorso marzo vige una Direttiva europea con cui si obbligano le amministrazioni a pagare le imprese entro 30 giorni e solo in circostanze del tutto eccezionali entro 60 (Settore sanitario). «Siamo profondamente delusi e amareggiati, perché siamo noi che finanziamo il debito pubblico - aggiunge - ed ora sarà sempre più difficile recuperare le somme da noi anticipate per forniture di beni e servizi. Quella norma avrebbe evitato il collasso economico per molte piccole e medie imprese». Se la prende, invece, con i disservizi del sistema sanitario regionale il vicecapogruppo Pdl **Massimo Cassano**. Tra posti di primo soccorso chiusi di notte, ambulanze del 118 senza medico a bordo, reparti accorpati e posti letto dimezzati, ancora non si vede «alcun serio provvedimento alle porte per il rilancio di un sistema che ormai si regge solo grazie alla professionalità e al forte senso di responsabilità della maggioranza del personale medico e paramedico, sottoposti a turni massacranti soprattutto nei mesi estivi». A fronte dei tanti disagi e disservizi, al Policlinico come al «Fazzi» di Lecce, «abbiamo una Asl (quella di Bari) appena rinnovata nei vertici che però dimostra per lennesima volta mancanza di programmazione seria e che cerca di risolvere tutto solo con "tagli orizzontali" che però salvaguardano i soliti noti. Ritengo sia il tempo - dice Cassano - che l'assessore regionale alla Salute **Tommaso Fiore** prenda atto del totale fallimento di tutte le politiche sanitarie adottate dalla Regione negli ultimi anni. Politiche assurde e dispendiose che hanno reso il sistema sanitario regionale un ammalato ormai agonizzante».



Lettori: 302.000

**IL GIORNALE  
DI VICENZA**

11-SET-2011

Diffusione: 41.141

Dir. Resp.: Ario Gervasutti

da pag. 8

**MANOVRA.** Da uno studio della Cgia di Mestre emerge che le spese delle amministrazioni regionali sono aumentate del 75% in 10 anni. Con alcune eccezioni

# Regioni spendaccione, Veneto più accorto

## Le spese delle regioni

Valori in milioni di euro (bilanci di previsione)

Regioni	2000	2009	Var. 00/09
Umbria	1.310	3.193	+143,7%
Emilia Romagna	7.310	17.567	+140,3%
Sicilia	13.131	29.635	+125,7%
Basilicata	1.646	3.544	+115,2%
Piemonte	6.373	12.221	+91,8%
Toscana	5.678	10.480	+84,6%
Puglia	5.320	9.817	+84,5%
Friuli-Venezia Giulia	3.879	7.006	+80,6%
Lazio	11.720	20.377	+73,9%
Calabria	5.938	9.597	+61,6%
Lombardia	13.279	21.362	+60,9%
Sardegna	4.741	7.541	+59,1%
Liguria	3.461	5.407	+56,2%
Abruzzo	2.928	4.560	+55,7%
Valle d'Aosta	1.089	1.675	+53,8%
P.A. Bolzano	3.328	4.995	+50,1%
Molise	907	1.343	+48,1%
Marche	2.694	3.976	+47,6%
P.A. Trento	3.073	4.400	+43,2%
<b>VENETO</b>	<b>9.257</b>	<b>13.040</b>	<b>+40,9%</b>
Campania	12.336	17.313	+40,3%
Regioni Ordinarie	90.157	153.797	+70,6%
Regioni Speciali	29.240	55.252	+89,0%
<b>TOTALE REGIONI</b>	<b>119.398</b>	<b>209.048</b>	<b>+75,1%</b>

Variazione % Inflazione tra 2000 e 2009 **+22,1%**

Elaborazione Ufficio Studi CGIA Mestre su dati Issirfa-Cnr

**Il capitolo più pesante è la sanità  
La Campania rientra tra i virtuosi  
Bortolussi: «Gli statuti speciali  
creano forti disparità fiscali»**

La prima gallina che canta ha fatto l'uovo. In Italia di galline "cantanti" e lamentose sui tagli che lo Stato impone loro ce ne sono almeno 20. Sono le Regioni, che però, secondo l'ultimo studio elaborato della Cgia di Mestre, non avrebbero tanto diritto a prendere cappello, visto che la loro spesa tra il 2000 e il 2009 è aumentata del 75,1%, passando da 119,3 a 209 miliardi di euro. Il dato

curioso riguarda le due regioni che si sono dimostrate più parsimoniose e attente, vale a dire il Veneto (cosa di cui Galan va molto orgoglioso, vedi articolo a destra del grafico) e la Campania, realtà solitamente senza punti in comune evidenti e, anzi, spesso in contrapposizione contabile, oltre che geografica.

«Se confrontiamo le Regioni a statuto ordinario con quelle

a statuto speciale - segnala l'Ufficio studi della Cgia di Mestre - si evince che la spesa delle prime è aumentata del 70,6%, quella delle seconde dell'89%. Il maggior aumento di spesa si registra in Umbria (+143,7%) e in Emilia (+140,3%). La Provincia Autonoma di Trento (+43,2%), il Veneto (+40,9%) e la Campania (+40,3%) sono invece le tre realtà territoriali più parsimoniose. L'inflazio-



Lettori: 302.000

**IL GIORNALE  
DI VICENZA**

11-SET-2011

Diffusione: 41.141

Dir. Resp.: Ario Gervasutti

da pag. 8

ne, tra il 2000 e il 2009 ha registrato un aumento più modesto: "solo" +22,1%».

Per quanto riguarda i capitoli di spesa più soggetti ad aumenti, in testa c'è la sanità, che su un aumento complessivo di spesa regionale di 89,6 miliardi, sene mangia ben 45,9. In percentuale, però, l'incremento più forte lo ha registrato l'assistenza sociale (+185%).

«Le regioni a statuto speciale - riassume Giuseppe Bortolussi, segretario della Cgia di Mestre - presentano livelli di spesa che solo in parte sono coperte dalle entrate proprie. Quindi, la specificità di alcuni territori è stata in gran parte garantita dallo sforzo fiscale fatto dai contribuenti delle realtà a Statuto ordinario». ♦

Lettori: n.d.

la Repubblica **NAPOLI**

12-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 2

Insieme a un collega aveva ottenuto 200 mila euro dall'azienda sanitaria per un progetto poi annullato

## Caserta, doppia indagine sul credito abusivo ma il dirigente Asl trasferito torna al suo posto

**Anche la Regione chiede spiegazioni**  
**La replica: "Non è stato assegnato ad altro incarico"**

**ALESSIO GEMMA**

È DI nuovo dirigente del settore economico-finanziario. Da aprile. Lui che aveva preteso dalla sua Asl di Caserta una somma che non gli spettava: duecento mila euro nel 2007. Storia di un credito "abusivo". Per il quale è stato aperto un fascicolo nella Procura di Santa Maria Capua Vetere ed è prevista un'udienza a novembre presso la Corte dei conti. Ma ora anche la Regione vuole vederci chiaro: perché quel dirigente, trasferito nel 2009 agli affari generali, è tornato al servizio contabile? L'interrogativo è contenuto in una nota del 1 agosto della giunta regionale e indirizzato al commissario dell'Asl di Caserta. La prima denuncia in Procura arriva a gennaio 2008. Firmata: Soresa. L'azienda che gestisce il debito della sanità campana sta per pagare il dirigente Francesco Balivo (203 mila euro) e il geometra Raffaele Aceti (271 mila euro) dell'Asl ex Caserta 2: vantano crediti per la realizzazione di un servizio di

degenza a Santa Maria. Ma si scopre che il progetto è stato annullato. Non solo.

Gli atti sono stati firmati dal direttore sanitario, Gaetano D'Onofrio (con l'avvocato Augusto Chiosi) e non dal direttore generale o amministrativo. Mentre il dirigente Balivo restituisce i soldi, al geometra Aceti viene concesso un pagamento a rate sullo stipendio, tale da consentirgli di rientrare in 49 anni. Si muove la magistratura contabile, con ripetuti richiami da Roma. E a giugno 2010 la Procura regionale della Corte dei conti contesta ai 4 (Aceti, Balivo, Chiosi e D'Onofrio) un danno di 217 mila euro, pari alla somma non ancora riscossa dall'Asl. «Il dirigente Balivo è tornato provvisoriamente al settore economico - ammette il commissario dell'Asl Menduni - al posto di un collega andato in pensione. Finora la Regione non ci ha chiesto di assegnarlo ad altro incarico». Intanto l'indagine della Procura pare ad una svolta. E pensare che nel 2008 la coppia Aceti-Balivo ci riprova: iscrivendo crediti per 2 milioni. Operazione bloccata, dopo le verifiche. Tanto da sostituire subito la somma, sul database di Soresa, con un'altra pari ad 1 euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sentenza

## Asl, buco nella cassa-ticket: condanna da 10mila euro all'impiegato

### L'accusa

L'addetto al servizio aveva trattenuto in cassa e utilizzato i proventi delle «tasse»

La decisione della Corte dei conti immediatamente esecutiva  
Il dipendente dovrà rimborsare

### Sabato Leo

Ammonta 10 mila euro l'ammanco, nella cassa dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1, del danaro riscosso per ticket. Della somma (oltre accessori) è stato chiamato a rispondere l'impiegato addetto, che è stato condannato anche in appello dalla Corte dei Conti (Sezione Prima Giurisdizionale Centrale) di Roma. Inquadrate nei ruoli organici con la qualifica di coadiutore, il funzionario «distratto» dovrà mettere mano al proprio portafoglio e rifondere di tasca propria all'ente sanitario la somma dell'ammanco. La magistratura contabile capitolina, esprimendosi nel giudizio di secondo grado, ha confermato la sentenza della Sezione giurisdizionale della Corte dei conti della Campania, riconoscendo la piena responsabilità del dipendente dell'Asl citato nel procedimento.

Con la pubblicazione del verdetto di appello, l'impiegato non ha più scampo e dovrà rimborsare, senza possibilità, le casse della più importante Azienda sanitaria della Campania.

Con la sentenza il manager dell'Asl ha in mano un titolo esecutivo idoneo ad avviare il prelievo della somma sottratta rivalendosi sul quinto dello stipendio e/o sugli eventuali beni immobili di proprietà del dipendente sanitario.

Secondo la Corte dei conti di via Piedigrotta, l'impiegato, incaricato della riscossione dei contributi dei cittadini alla spesa sanitaria, non aveva rispettato la procedura che prevedeva la ve-

rifica e il deposito giornaliero delle somme riscosse presso la cassaforte dell'Ufficio Economato e, quindi, il versamento nella banca incaricata del servizio di tesoreria con cadenza settimanale (venerdì). In base alla condanna del giudice territoriale campano, l'impiegato non aveva provveduto tempestivamente al versamento in tesoreria e - rispondendo a titolo di responsabilità contabile - non era stato in grado di giustificare la mancata giacenza delle somme nella cassaforte dallo stesso utilizzata. Celebrato il processo di appello, la Corte dei conti romana ha confermato la responsabilità addebitata al dipendente nella considerazione che la qualifica di coadiutore è in linea con gli adempimenti richiesti dal servizio, tutti caratterizzati da non particolare complessità (riscossione, temporanea giornaliera custodia in cassaforte, versamento settimanale in tesoreria). L'allegata inesperienza, poi, - ad avviso del collegio giudicante - non

può far venir meno la responsabilità contabile. Attribuita a chi ha la materiale disponibilità di danaro, la predetta responsabilità prevede che il contabile stesso debba giustificare la discordanza tra i valori in carico e quelli rilevati al termine del periodo di gestione (nella specie corrispondente con il versamento in tesoreria). L'omesso tempestivo versamento in tesoreria era giustificato anche con un precedente ammanco di cassa di 400 euro. Tale circostanza - secondo la sentenza - la responsabilità del coadiutore perché doveva costituire un preciso «campanello di allarme» ed indurre l'impiegato alla massima cautela, anziché persistere nel deposito in una cassaforte per di più «le cui chiavi erano conservate nel locale del medesimo ufficio senza custodia e nella facile disponibilità di tutti».

Nel processo di appello la difesa è stata sostenuta dagli avvocati Enrico Soprano e Eduardo Riccio. La sentenza porta la firma del presidente Vito Minerva, del relatore Alberto Avoli e di altri tre magistrati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## L'indagine sulle prestazioni Il direttore generale e i medici della Asl: non siamo un gruppo di delinquenti

di ALDO SIMONI

«Non posso passare per delinquente. Così come non è giusto che il sospetto sfiori i medici che hanno sempre lavorato. Ecco perché presto illustrerò come stanno, realmente, le cose». Il direttore generale della Asl, Carlo Mirabella, è profondamente amareggiato dalle critiche piovute in questi giorni sulla sanità, dopo le indagini dei carabinieri che hanno puntato l'attenzione sulle prestazioni eccezionali o temporanee dei medici. Prestazioni che da 7 anni vanno avanti con un costo che, nel 2009 (durante la gestione di Giancarlo Zotti) ha sfiorato i 10 milioni di euro.

In gergo tecnico si chiamano prestazioni aggiuntive e la Asl di Frosinone ne ha fatto uso ogni qual volta mancava il personale medico per coprire i turni (soprattutto notturni) di reparti di tutti gli ospedali della provincia. Medici di pronto soccorso, cardiologi, radiologi, anestesisti (soprattutto)... che venivano ingaggiati al di fuori dell'orario di lavoro (38 ore settimanali) e pagati profumatamente. Bastava una notte per guadagnare 700 euro. Una procedura di emergenza, che era diventata una prassi. Sono circa 150 i medici che hanno offerto le loro prestazioni al di fuori del normale orario di lavoro e, per questo, in alcuni casi hanno raddoppiato lo stipendio (da 3.500 a 7.000 euro netti).

In verità la Regione sapeva perfettamente che le «prestazioni eccezionali» erano diventate una prassi. Lo stesso manager Asl, Carlo Mirabella, ha evidenziato più volte l'eccessivo costo di questo istituto.

Ma la Regione, alla quale venivano trasmessi i bilanci, non è mai intervenuta.

E la Asl, nel frattempo, doveva far fronte, obbligatoriamente, a due situazioni: 1) garantire l'attività degli ospedali, 2) offrire i servizi con il personale a disposizione (visto che il piano di rientro nazionale ha imposto, da anni, il blocco delle assunzioni).

E così capitava anche che medici di Cassino, dopo aver svolto il loro orario in ospedale, si spostavano a Ceprano o a Ferentino per fare la notte: una prestazione, appunto, da 700 euro.

«Ma attenzione - precisa il presidente dell'Ordine dei Medici, Fabrizio Cristofari - si tratta di cifre concordate da contratto. Anzi, oggi sono state anche tagliate, ma valgono qui, come in ogni altra provincia. E allora mi chiedo: perché la Regione non ha concesso le deroghe per assumere altro personale?»

In verità, con il recente riordino delle strutture sanitarie, gli effetti si sono subito visti e le chiusure degli ospedali minori hanno dato i loro effetti: se infatti nel 2009 la spesa per prestazioni aggiuntive era di 9 milioni e 890 mila euro, oggi è scesa a 6 milioni.



Carlo Mirabella

*Dal 2009  
ad oggi  
i costi sono  
scesi del 30%*



**I COSTI DELLA CASTA**

Pizzolato guadagna più di un direttore generale  
Molti volti della politica «riciclati» nelle società

# Antonio Padoan è il manager più pagato

La Regione spende 6 milioni di euro solo per pagare i vertici di partecipate, enti e Usl

I COMPENSI DEI MANAGER REGIONALI			
PARTECIPATE	NOME	INDICAZIONE ANNUA LORDA (euro)	SETTIME PER SETTIMANA
ALFA ANTICORRABBE VERNETTE SPA	ALFREDO BIAGINI presidente	50.000	
ALFA ANTICORRABBE VERNETTE SPA	GIUSEPPE FASOLI amm. unico		
ALFA SPA	ALESSANDRA CAMPOSAMPIERO v. presidente	40.000	260
ALFA SARE MARCO POLO SPA	MAURIZIO MOFFA amm. unico	25.000	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	FERDINANDO BUSINARO presidente		46,46 riferenza
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIUSEPPE FASOLI consigliere		
ALFA SARE MARCO POLO SPA	LUIGIO TREMONTI amm. unico	40.500	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ARRICO ABALTI amm. unico	22.500	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	RAFFAELE SPERANZON presidente	9.000	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIORGIO SIMONETTO presidente	18.000	225
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ROBERTO TURRI presidente	64.350	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	SILVANO VERNIZZI amm. delegato	144.000	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	FRANCESCO BORGA pres. dila e com. esecutivo	30.212,73 + 3.222,89	227,24
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIAN MICHELE GAMBATO presidente	100.000	
<b>ENTI STRUMENTALI, AZIENDE OSPEDALIERE E USL</b>			
ALFA SARE MARCO POLO SPA	CARLO EMANUELE PEPE direttore generale	123.608,28	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	DOMENICO MANTOAN comm. straordinario	0	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	FAUSO LUCIANI direttore	152.580 + retr. max 14.058 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ROCCO BORDIN comm. straordinario	11.115,68	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIORGIO TANA presidente	11.115,68	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	DOMENICO FRANCIULLO presidente	11.115,68	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIOVANNI PUPPATO presidente	28.111,90 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	FLAVIO FRASSON presidente	42.636,24 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ALDO GUARNERI presidente	28.404,90 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	FRANCESCO PIETROBON presidente	38.372,64 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ALBERTO MAZZETTO presidente	44.127,90 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	NIKO CORDIOLI presidente	36.396 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	VALENTINO SCOMAZZON presidente	42.167,64 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	PAOLO PIZZOLATO amministratore unico	154.510,16 + integr. fino al 20% sulla base valutazione risultati	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ANTONIO PADOAN direttore generale	154.510,16 + integr. fino al 20% sulla base valutazione risultati	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	FRANCESCO DENAZZI direttore generale	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	FORTUNATO RAO direttore generale	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIOVANNI PAVESI direttore generale	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ADRIANO MARCOLOGO direttore generale	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIUSEPPE DAL BEN direttore generale	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	MARIA GIUSEPPINA BONAVINA direttore generale	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	DANIELA CARRARO direttore generale	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ALESSANDRO DALL'ORA direttore generale	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	FERNANDO ANT. COMPOSTELLA direttore generale	123.608,16 + integr. fino al 20% sulla base val. risultati	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ERMANNO ANGOISESE direttore generale	123.608,16 + integr. fino al 20% sulla base val. risultati	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ANTONIO PADOAN direttore generale ad interim	154.510,16 + integr. fino al 20% sulla base val. risultati	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ALBERTO CARTIA presidente	45.664,16	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	SIMONE BORILE presidente	7.410,48	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIUSEPPE GENEMIA GENNARI presidente	0	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIANFRANCESCO DEMENEGO direttore generale	9.755	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	ALBERTO MAGATON presidente	6.669,43	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	CLAUDIO MELOTTI presidente	0	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	PIER CARLO MUZZIO direttore generale	154.510,16 + integr. fino al 20% sulla base val. risultati	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	GIULIANA FONTANELLA	11.115,72 + diaria 13.662,12	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	IGINO ANDRIGHETTO direttore generale	154.510,20	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	PAOLO PIZZOLATO amministratore unico	154.510,20 + 20% su risult. + spese + diaria 30%	
ALFA SARE MARCO POLO SPA	SERGIO ROSATO direttore	130.000 + integr. 10% val. risult.	

di Simonetta Zanetti

**VENEZIA.** Alla fine il più discusso è anche il più pagato. Tra i top manager della

Regione è, infatti, Antonio Padoan quello che guadagna di più: come direttore generale dell'Usl 12 Veneziana e, fino al 31 dicembre, di quella

di Chioggia, percepisce un'indennità e mezzo, ovvero 231.765 euro al netto dei premi. Non va altrettanto bene al dg di Padova Fortunato



Rao che, pur avendo ricevuto in «dono» l'ospedale di Piove — scorporato proprio dall'Usl di Chioggia — non prende un centesimo in più. Preoccupazioni gratis.

Ogni anno, lo stipendio dei soli vertici di società partecipate, enti strumentali e Usl, costa oltre 6 milioni di euro a palazzo Balbi: almeno la metà viene spesa per i dg delle aziende sanitarie. Certo tra batteri killer e tagli alle risorse guidare una Usl non è proprio una passeggiata di salute. Per questo c'è anche chi se la passa meglio: Paolo Pizzolato, amministratore unico di Veneto Agricoltura, percepisce più di un manager della sanità. Uguali, infatti, indennità e premio, cui si aggiungono, però, anche due tipi di diaria, per il rimborso delle spese di trasporto e un altro 50% di quella destinata ai consiglieri regionali.

Dalla sanità alle strade, dalle case all'agricoltura, si tratta comunque di costi della «casta», persone che, pur essendo qualificate — nella stragrande maggioranza dei casi la questione non è in discussione — devono il loro ruolo alla politica. Per questo non stupisce veder rispuntare volti già noti, come Oscar De Bona, ex assessore nella Giunta Galan. Perso, nel 2010, il treno

del Consiglio regionale, oggi si deve accontentare di un posto da consigliere in Veneto Strade, incarico da 14.850 euro l'anno. Decisamente altri tempi.

Ritrova la poltrona anche un altro ex assessore, questa volta della Galan-bis: Raffaele Zanon, per 18 mila euro l'anno prenderà il posto di Giorgio Simonetto alla presidenza di Veneto Innovazione. Quest'ultimo, grazie a un contratto dirigenziale, quadruplica comunque lo stipendio e cade in piedi. Ancora, Nadia Qualarsa, ex presidente dell'Istituto ville venete (dove le è succeduta Giuliana Fontanella, altra ex consigliera), dopo aver mancato il terzo giro a palazzo Ferro-Fini, ora è vicepresidente dell'Ater di Vicenza, con un'indennità di 21.083 euro. Meglio è andata all'ex consigliere dell'Udc Flavio Frasson per il quale la presidenza dell'Ater di Padova vale 56.298 euro tra indennità e diaria. «L'esperienza acquisita nel campo politico-amministrativo è importante quando si affrontano nuovi incarichi — sostiene Roberto Ciambetti — basta che questo non sia vissuto come un buen retiro». Da un anno l'assessore al Bilancio sta lavorando alla riorganizzazione delle società: dopo le partecipate, ora sotto la lente ci sono enti e aziende «Per avere dei risparmi ci vorranno un paio d'anni — prosegue — ma la verità è che, in una realtà come la nostra, in cui non sono mai state fatte le cose a vanvera, a creare spese non sono tanto i manager quanto le strutture pesanti». Un esempio? In 5 anni, all'Arpav, sono state assunte 250 persone, il 25% dell'intera macchina.



Antonio Padoan



Paolo Pizzolato

# “Basta visite low cost” l’allarme dei medici sulla sanità con lo sconto *Crescono del 30% l’anno le offerte a prezzi stracciati*

**La tentazione del saldo selvaggio non è solo on line, riguarda ospedali e ambulatori**

**SARA STRIPPOLI**

ROMA — In uno studio medico di Roma una visita oculistica viene proposta a soli 29 euro. A Napoli, con uno sconto dell’85 per cento, si può acquistare un check-up con consulenza ed ecografie pelvica, mammaria e tiroidea, a fegato e reni. Sul sito groupon.it, saltando da nord a sud in tutte le principali città italiane, con un clic si conquistano visite dermatologiche con mappatura dei nei a 50 euro, un check-up posturale con analisi dell’età metabolica e tre sedute di stretching a 49 euro, ablazione del tartaro e sbiancamento dei denti con uno sconto dell’80 per cento. Un grande hard discount della sanità con un fatturato stimato intorno ai 10 miliardi di euro e una crescita del 20-30 per cento l’anno e che comincia a preoccupare l’Ordine dei medici. La promozione on line ha una validità di 24 ore, ma in moltissimi casi il coupon valido sei mesi consente di avere il 20 per cento di riduzione sui controlli successivi. Sul sito explorio.it, strutture private offrono servizi sanitari con card annuali e promozioni che oscillano fra il 10 e il 20 per cento. La tentazione del saldo selvaggio si sta diffondendo anche fuori dalla rete. Così l’inaugurazione di un nuovo poliambulatorio privato può coincidere con la promozione di visite specialistiche a 60 euro, com’è accaduto di recente a Genova. Le strategie del marketing si affacciano anche negli ospedali. Un tentativo, seppure molto diverso, di attirare clienti

lo sta facendo gli Ospedali Riuniti di Bergamo, che ha chiuso una convenzione con una compagnia aerea low cost: i malati e i loro familiari che scelgono di farsi curare lì hanno uno sconto del 25 per cento sui voli.

Ma la sanità può essere considerata un prodotto da svendere come le fette biscottate prossime alla scadenza? Le barricate cominciano lentamente ad alzarsi e il dibattito apre le porte anche sull’attuale contrazione dell’offerta pubblica, che paga lo scotto dei tagli. Il sindacato medici Anaa-Asomed fa un’analisi molto severa: «Assoggettare la salute alle regole del consumismo determina quello che si è verificato negli Usa — dice il segretario nazionale Costantino Troise — Secondo i dati Ocse ogni cittadino americano spende per le cure sanitarie 7.290 dollari all’anno contro i 2.886 dollari della spesa pro capite in Italia. Se questo differenziale viene interpretato come l’entità di un mercato potenziale è lecito attendersi un proliferare dell’offerta e di prestazioni». Esiste un gigantesco problema di appropriatezza, incalza il vicesegretario Giorgio Cavallero «la deregulation ha determinato la proliferazione di soggetti e apre un serio problema di verifica. I tagli alla sanità pubblica, le listed’attesa, l’imposizione di ticket, stanno creando le condizioni per la formazione di un mercato parallelo apparentemente meno costoso, ma che rischia di alimentare un circuito di accertamenti e prestazioni». Due giorni fa da Udine anche gli odontoiatri hanno denunciato che il 90 per cento delle pubblicità sanitarie in campo odontoiatrico va contro le regole deontologiche. La Cao (Commissione albo odontoiatri) ha organizzato

un convegno dal titolo “La pubblicità è l’anima della professione?”. Spiega Giovanni Braga, presidente del Friuli Venezia Giulia: «A medio e lungo termine questi comportamenti possono portare a un peggioramento della salute. Non è la difesa di una casta, ma non tutti sanno che uno sbiancamento non è una prestazione innocua e deve essere fatta da professionisti seri e che una detartrasi a 29 euro viene fatta forse in dieci minuti mentre servirebbe un’ora». Groupon nega che si tratti di svendita: «Non intendiamo privare la sanità del suo valore, bensì permettere al singolo utente di accedere a servizi notoriamente costosi risparmiando sensibilmente. Le offerte sono valide solo per 24 ore. E quelle pubblicate sulla nostra piattaforma sono sottoposte a un rigido iter per verificare la serietà del professionista, la qualità della struttura e il valore dei servizi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Posti letto

La Germania ha 8,2 posti letto per abitante

La media europea è di 5,6 per 1000 abitanti

La media italiana è di 3,7 per 1000, al 24esimo posto



**Le promozioni**

**per tutta Italia**  
**16 euro invece di 39**  
 per una **card benessere** utile in 1500 strutture, sconti e omaggi per la role Day medical, dentisti, specialisti, centri diagnostici e ottici

**1 Siracusa**  
**79 euro** per uno **sbiancamento dei denti** con lampada led e pulizia a ultrasuoni  
 Costava **300 euro**, sconto del **74%**

**2 Torino**  
**79 euro** **check-up posturale** e analisi dell'**età metabolica** con 3 sedute di stretching  
**49 euro** invece di **300 euro**

**3 Modena**  
 visita specialistica chirurgica con **mappatura dei nei**  
**59 euro**, con lo sconto del **71%**

**4 Verona**  
 seduta di **linfodrenaggio** medicale di **40 minuti** con metodo Vodder  
**39 euro** invece di **180**

**5 Firenze**  
 una consulenza e visita con chirurgo vascolare con **ecodoppler** a risposta immediata e tre esami diagnostici (indicati a partire da 20 anni)  
 Costava **250** si vende a **39 euro**

**6 Milano**  
 cinque sedute di sclerosanti anticapillari alle gambe  
**39 euro** invece di **230**

**7 Milano**  
 per un check up riservato alle donne: visita sanologica, **ecografia mammaria** e pap test  
**39 euro** invece di **230**

**8 Roma**  
 10 sedute di **mesoterapia** con visita medica e suggerimenti dietetici  
 Costava **1000 euro** si vende a **99 euro**

**9 Roma**  
 visita **dermatologica** per una visita specialistica  
**39 euro** invece di **150**  
 Sconto del **74%**

**La sanità low cost**

**10** mld di euro  
 Le stime sul valore della sanità low cost

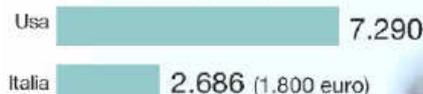
**20-30%**  
 La crescita annua della sanità low cost

**6%**  
 Secondo Assolowcost l'incidenza è pari al 6 per cento della spesa sanitaria

**30-60%**  
 Un'indagine della Scuola di formazione continua del campus biomedico di Roma valuta che le strutture low cost fanno risparmiare dal 30 al 60 per cento sulle normali tariffe di mercato

Un fenomeno legato alla crisi  
 Nel 2010 gli studi odontoiatrici hanno avuto un fatturato inferiore del **35 per cento**

**Spesa sanitaria pro-capite**



**In Italia**

Il **20%** della spesa è sostenuta dalle famiglie  
**15** Regioni presentano un deficit da ripianare

## IRISPARMI NELLA SANITÀ INIZIANO DAL MEDICO DI BASE

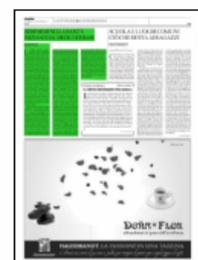
FRANCO LELLA

**L**A SPESA sanitaria pugliese non può certo considerarsi sotto controllo ed i forti disavanzi di gestione potrebbero avere nei prossimi anni seri ripercussioni sull'intero sistema socio-sanitario regionale. E' questa la sintesi di alcuni dati di bilancio che dimostrano, peraltro, l'incremento dei costi dei vari capitoli di spesa sanitaria rispetto al dato medio nazionale. Cresce la spesa per l'acquisto di beni e servizi da parte delle strutture pubbliche (4,8 per cento contro il 2,8 per cento dell'Italia nel suo insieme), per l'assistenza riabilitativa (3,3 per cento contro 1,8 per cento), per altra assistenza (12 per cento contro 6,4 per cento) e via dicendo. Idem per la spesa farmaceutica procapite che in Puglia risulta essere di 229 euro contro una media nazionale di 186 euro. Insomma gli interventi correttivi mirati a ridimensionare la spesa sanitaria pugliese e migliorare l'efficacia sembrano essere ancora lontani dagli obiettivi.

E' pur vero che il riordino è assai complesso e deve tenere conto di non poche variabili territoriali come l'evoluzione dell'offerta e dei bisogni sanitari dei residenti. Ma è altrettanto vero che la soluzione a questi problemi non può venire solo dalla chiusura di alcuni ospedali, dalla riduzione dei posti letto in alcuni reparti o dall'accesso indiscriminato a nuove tecnologie. Sono in molti a sostenere che un sistema sanitario solido e funzionale si raggiunge attraverso un insieme combinato di interventi finalizzati ad avviare un importante cambiamento culturale ed organizzativo. In tale ottica è fondamentale rivedere il ruolo del medico di famiglia i cui costi gravano pesantemente sui capitoli di spesa sanita-

ria pugliese: sull'intero territorio regionale i medici di base sono circa 4 mila (tra generici e pediatri) e lo stipendio lordo medio è di circa 8 mila euro al mese con un numero medio di mille assistiti. Dunque si tratta di una figura fondamentale all'interno del sistema sanitario visto che le prestazioni professionali fornite in prima persona rappresentano l'interfaccia tra il cittadino e il servizio sanitario locale. Espetta al medico di base diagnosticare, seguire il paziente ed eventualmente prescrivere esami diagnostici o altre prestazioni sanitarie. Ma tutto questo avviene davvero, oppure il medico di famiglia si limita al ruolo del "firmaricette"? Domande legittime che nella realtà trovano riscontri diversi. Spesso i ricoveri ospedalieri avvengono a pazienti che, a parte le patologie improvvise o accidentali, non sono stati curati bene a casa e talune volte addirittura con diagnosi sbagliate. Ed in questi casi di chi è la colpa? Non certo del paziente o del medico ospedaliero, ma senza dubbio di chi percepisce un lauto stipendio senza aver fatto il suo dovere. Ovviamente è sbagliato generalizzare, ma non dimentichiamo che in Puglia una buona parte dei medici di base svolge altre attività compatibili come guardia medica, medicina dei servizi, libera professione strutturata ed altre ancora. Sono liberi professionisti, nessuno può impedirlo. Ma quello che invece può fare la Regione, per rendere un miglior servizio ai cittadini con conseguente riduzione di costi diretti e indiretti è tentare di fidelizzare alla professione chi vuole fare seriamente il medico di famiglia, prevedendo per loro la possibilità di avere un numero alto di pazienti da controbilanciare nel tempo con una dedizione a tempo pieno a questa attività.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## L'esperto

## “Sono promozioni ingannevoli: faremo denuncia all'Antitrust”



**PRESIDENTE**  
Amedeo Bianco,  
presidente  
Ordine dei  
medici

ROMA - «Quale casalinga comprenderebbe un chilo di filetto a un euro?». Amedeo Bianco, presidente dell'Ordine dei medici annuncia di voler dare battaglia e invita i suoi iscritti a non cadere nella tentazione di svendere i servizi sanitari: «Presenteremo una denuncia all'Autorità garante della concorrenza e del mercato e anche un esposto ai Nas. Questa settimana pubblicheremo tutto sul nostro sito».

**Con la liberalizzazione Bersani le tariffe minime sono state annullate. Si può parlare di concorrenza sleale?**

«Mi pare chiaro che i messaggi contenuti in promozioni come quelle

di groupon siano ingannevoli, considerato che siamo di fronte a un'offerta a prezzi inferiori al costo di produzione. Si dà l'idea che il dentista che si fa pagare cento euro per una dattilografia sia un farabutto e che i servizi sanitari - compresi quelli del pubblico che fa pagare un ticket più alto dei 29 euro di quel pacchetto di esami acquistati on line - siano troppo cari».

**Perché l'esposto ai Nas?**

«Chiediamo che ci siano verifiche sulle fatture: cento offerte, cento fatture. E gli studi medici che fanno quel tipo di promozione dovrebbero indicare il nome del responsabile sanitario a garanzia della qualità». (s. str.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# La Asl taglia 5 dipartimenti

*Pescara, D'Amario: stop ai reparti doppioni*

**PESCARA.** «Taglierò cinque dipartimenti». È la promessa del direttore generale della Asl Claudio D'Amario. Dopo la mancata cancellazione dei 15 dipartimenti e la proroga al 2012, D'Amario annuncia l'accorpamento di Oncologia ed Ematologia, di Chirurgia generale e Chirurgia specialistica, di Medicina generale e Medicina specialistica: tre primari dovranno farsi da parte. (In Pescara)

## LE SPESE DELLA SANITÀ

# D'Amario: taglierò cinque dipartimenti

*Parla il manager della Asl: «Oncologia accorpata a Ematologia e stop ai doppioni»*



■ Il nodo dei primari  
In tre resteranno senza coordinamento delle attività

Il direttore generale della Asl di Pescara Claudio D'Amario è stato nominato il 14 febbraio del 2009

di Pietro Lambertini

**PESCARA.** Sono troppi i 15 dipartimenti dell'ospedale di Pescara: «Il mio obiettivo è arrivare a 10», spiega il direttore generale della Asl Claudio D'Amario, «per questo, i primi tre passi saranno l'accorpamento dei dipartimenti Oncologico ed Ematologico, di Chirurgia generale e Chirurgia specialistica, di Medicina generale e Medicina specialistica». Dopo la mancata cancellazione dei 15 dipartimenti il primo settembre

scorso e la proroga fino al 2012, D'Amario spiega i motivi alla base della scelta e annuncia il suo piano di riordino contro i doppioni.

«**SCelta OBBLIGATA.**». «I dipartimenti, strutture per coordinare i reparti, non si possono cassare di punto in bianco perché fanno parte dell'organizzazione interna della Asl da decenni», osserva il direttore generale, «quindi, la proroga è stata necessaria perché i tempi assegnati dalla Regione Abruzzo per la riforma sono stati modificati a causa di integrazio-

ni rispetto alle linee guida originali. La proroga al 2012, inoltre, è stata concertata con il comitato ristretto dei sindaci della Asl e con il parere favorevole del consiglio sanitario aziendale. Non è uno sperpero. L'importante», sottolinea il manager, «è raggiungere un'organizzazione più moderna, vicina ai cittadini e lontana dalle carriere dei primari. Per questo», assicura D'Amario, «ci sarà una contrazione di dipartimenti medici e amministrativi».

«**10 DIPARTIMENTI.**». «L'obiettivo», dice il manager, «è

arrivare a dieci, compresi i dipartimenti obbligatori che so-



Lettori: n.d.

**il Centro - Pescara**  
QUOTIDIANO DELL'ABRUZZO

12-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Sergio Baraldi

da pag. 1

no Materno-infantile, Salute mentale e di Prevenzione». Ma la riforma, dopo la falsa partenza del primo settembre scorso, riuscirà a partire nel 2012? «Io sono pronto», dice D'Amario, «se entro la fine di settembre la Regione approverà le nostre direttive, avvierò subito la fase delle consultazioni per scegliere i nuovi direttori. Ma non sarà una decapitazione per risparmiare, sarà una rimodulazione delle funzioni».

**NODO PRIMARI.** Così se il dipartimento Oncologico, diretto da **Marco Lombardo**, sarà accorpato a quello Ematologico, guidato da **Giuseppe Fioritoni**, per creare il dipartimento dei Tumori, uno tra Lombardo e Fioritoni, entrambi primari di spicco, dovrà farsi da parte. Lo stesso accadrà per altri due primari di peso: il dipartimento di Chirurgia generale, coordinato da **Giuseppe Colecchia**, sarà unito a Chirurgia specialistica, diretto da **Achille Lococo**, e nascerà il dipartimento delle Specialità chirurgiche. Nessun problema di potenziali rivalità per la fusione di altri due dipartimenti: Medicina generale e Medicina specialistica, entrambi diretti da **Luigi Di Matteo**.

**ROMANDINI.** «Però, in un certo senso», continua D'Amario, «la razionalizzazione è partita perché le funzioni di un dipartimento già smantellato, Servizi assistenziali, con il pensionamento del direttore **Gianfranco Ricci**, sono state redistribuite ai distretti sanitari e **Lucia Romandini**, direttrice del distretto di Pescara nord, è stata nominata coordinatrice di tutti i presidi territoriali».

**OSPEDALE NEL CAOS.** Sulle condizioni dell'ospedale, con i seminterrati tra muri e

corso con fili elettrici scoperti nei bagni, le porte divelte da cinque mesi all'ingresso dei reparti, D'Amario dice: «La ricognizione dei problemi dell'ospedale, un'operazione necessaria a richiedere fondi alla Regione, è durata un anno. Adesso, potranno partire finalmente i lavori: è in fase di progettazione un appalto da 14 milioni di euro per la segnaletica, gli ascensori, gli impianti di climatizzazione, le sale operatorie. Inoltre, è in corso una gara d'appalto da 44 milioni di euro che include anche la manutenzione edilizia ordinaria dell'ospedale: si tratta di una novità per la Asl. C'è bisogno di qualità percepita».

**FINE MANDATO.** Intanto, il mandato di D'Amario si concluderà tra otto mesi: «Ho trovato un'azienda sanitaria sul rischio di fallimento a causa della mancanza di una cultura di lavoro per obiettivi. Dal 14 febbraio 2009 a oggi, però», dice D'Amario, «il personale medico è stato fantastico e ci ha permesso di fare mobilità attiva, cioè i pazienti in arrivo da altri territori, con un ritorno di 7 milioni di euro. Così, il bilancio è tornato in pareggio. Anche l'equipe amministrativa è ripartita sotto il segno della lealtà e non della fedeltà. Ringrazio tutti per il loro impegno». Un saluto del direttore generale prima di andare via? «Non è così, li ringrazio semplicemente perché hanno lavorato bene», risponde D'Amario, «e anch'io, quando faccio il mio lavoro, cerco di farlo al meglio. La mia conferma dipende da più attori: bisogna vedere quali saranno gli obiettivi della politica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I DIPARTIMENTI DELL'OSPEDALE NEL 2012**  
**TRA ACCORPAMENTI E TAGLI**

- Oncologico (direttore Marco Lombardo) + Ematologico (direttore Giuseppe Fioritoni) = **Dipartimento dei Tumori**
- Chirurgia Generale (direttore Giuseppe Colecchia) + Chirurgia Specialistica (direttore Achille Lococo) = **Dipartimento delle Specialità chirurgiche**
- Medicina Generale (direttore Luigi Di Matteo) + Medicina Specialistica (direttore Luigi Di Matteo) = **Dipartimento della Medicina**
- Amministrativo Economico-finanziario + Amministrativo Tecnico contabile = **Dipartimento Attività amministrative-economiche**
- Il dipartimento di Medicina trasfusionale (direttore Antonio Iacono) assumerà nuovi servizi = **Dipartimento delle Biotechnologie**

Il dipartimento Attività amministrative strutture sanitarie e territoriali sarà cancellato

FONTE: ASL PESCARA



Il primario di Oncologia Marco Lombardo



Giuseppe Fioritoni, primario di Ematologia

### La buona sanità che non fa notizia

**Antonella Oliveri  
del Castillo**  
NAPOLI

Della nostra sanità e delle nostre strutture sanitarie in genere si parla sempre male. E spesso a ragione. Una situazione che fra sprechi vecchi e nuovi, penuria di finanziamenti e non adeguata professionalità è diventata insopportabile. Al punto che il cittadino napoletano o campano abbia bisogno di cure nei nostri nosocomi è preso spesso dalla incertezza e dalla preoccupazione. Ed è stato questo lo stato d'animo che condividevamo io e i miei congiunti quando all'inizio di agosto abbiamo ricoverato mio fratello all'ospedale Cardarelli. In condizioni molto gravi: perforazione del duodeno che aveva ormai creato conseguenze serie e rischiava di provocare una setticemia. Ma già dai primi momenti la sensazione di preoccupazione e le paure ci hanno lasciato. Perché, pur nella confusione inevitabile che vive un ospedale-riferimento per tutta la regione quale è il Cardarelli, ci è stato subito chiaro che eravamo - mio fratello e noi - in buone mani. La patologia è stata subito affrontata e risolta, le condizioni del paziente sono state monitorate continuamente. La sua degenza è durata circa dieci giorni durante i quali ho potuto constatare la professionalità di medici e paramedici, la umanità che molti di loro mettono nel proprio lavoro, la dedizione nei confronti di tutti i pazienti. E la capacità di affrontare e gestire la complessità degli interventi che quotidianamente si presentano sia al pronto soccorso, sia alla chirurgia d'urgenza. Anche se qualcuno mi ha sconsigliato di riferire questa storia positiva perché le notizie che «fanno notizia» specialmente in sanità sono soltanto quelle negative io ritengo doveroso raccontare la nostra esperienza. Anche perché ogni tanto la positività fa bene. Alla salute.

Termina il periodo transitorio. Dal 13 settembre le informazioni mediche disponibili sul sito Inps

# Malattia, è giunta l'ora dell'online

## Il datore non può più chiedere le certificazioni su carta

Pagine a cura  
DI CARLA DE LELLIS

**A**l via la nuova disciplina sulle certificazioni mediche di malattia dei dipendenti pubblici e privati. A partire dal 13 settembre anche nel settore privato diventeranno definitivamente operative la gestione telematica (online) tra datori di lavoro e medici sullo scambio dei certificati medici dei lavoratori ammalati. Da tale data, pertanto, anche il datore di lavoro privato (come già succede nel settore pubblico) non potrà più richiedere al lavoratore l'invio della copia cartacea dell'attestazione di malattia ma potrà/dovrà prendere visione avvalendosi dei servizi resi disponibili dall'Inps. Resta ferma per il datore di lavoro del settore privato la possibilità di chiedere ai propri dipendenti di comunicare il numero di protocollo identificativo del certificato inviato online dal medico. L'ok decisivo all'entrata a regime del sistema telematico è arrivato dal Comitato tecnico di monitoraggio, nella riunione dello scorso 2 settembre.

**Stop alla carta.** È dal 3 aprile dell'anno scorso che i medici dipendenti del sistema sanitario nazionale in regime di convenzione sono tenuti a trasmettere all'Inps, per il tramite del Sac (Sistema di accoglienza centrale, si veda box in pagina), i certificati di malattia dei lavoratori rilasciandone copia cartacea agli interessati. Il certificato così trasmesso viene ricevuto dall'Inps che lo mette a disposizione del lavoratore, sul proprio sito internet (indirizzo [www.inps.it](http://www.inps.it)) previa identificazione con pin, nonché (sempre su internet) al datore di lavoro, pubblico o privato. Nel settore pubblico la telematizzazione delle certificazioni mediche ha avuto effetti più immediati; nel settore

LE MODALITÀ DI INVIO	
<b>I vecchi adempimenti</b>	Prima della procedura telematica d'invio dei certificati medici, il lavoratore che si ammalava era tenuto, entro due giorni, a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• far pervenire una copia del certificato medico all'Inps</li> <li>• far pervenire una copia del certificato medico al proprio datore di lavoro</li> </ul>
<b>L'invio del certificato medico all'Inps</b>	Con la piena entrata in vigore della procedura telematica d'invio dei certificati medici, il lavoratore che si ammalava non è più tenuto, entro due giorni, a far pervenire una copia del certificato medico all'Inps
<b>L'invio del certificato medico all'azienda</b>	Con la piena entrata in vigore della procedura telematica d'invio dei certificati medici, il lavoratore che si ammalava non è più tenuto, entro due giorni, a far pervenire una copia del certificato medico all'Inps. I datori di lavoro possono richiedere ai propri dipendenti di comunicare il protocollo identificativo del certificato inviato online dal medico

privato, invece, è stato vigente un periodo transitorio. Infatti, il collegato lavoro ha posto l'estensione della disciplina pubblica al settore privato dal 1° gennaio 2010; ma la legge n. 183/2010 è entrata in vigore il 24 novembre che rappresenta la data a partire dalla quale deve ritenersi uniformato il regime legale del rilascio e della trasmissione dei certificati di malattia per tutti i dipendenti, sia pubblici che privati. Con circolare ministeriale congiunta (funzione pubblica/lavoro) è stato previsto uno speciale regime transitorio per i datori di lavoro privati consentendo, per tre mesi successivi «alla data di pubblicazione» della stessa circolare, la possibilità di continuare a far valere le vecchie regole. Dunque, l'entrata a regime delle nuove regole scatta dal 13 settembre.

**Niente più comunicazioni all'Inps.** Prima dell'entrata in vigore della procedura telematica, i lavoratori che si ammalavano erano tenuti a due obblighi fondamentali (oltre a quello di avvisare l'azienda

dell'assenza):

- a) far pervenire una copia del certificato medico all'Inps, entro due giorni;
- b) far pervenire una copia del certificato medico al proprio datore di lavoro, entro due giorni.

Entrambi gli adempimenti risultano modificati dalla legge n. 311/2004 che ha previsto la procedura telematica. In sostanza, i lavoratori dipendenti non hanno più l'obbligo di trasmettere una copia del certificato all'Inps (primo adempimento) e, dal 13 settembre, non devono nemmeno più consegnare al datore di lavoro (che non può più pretenderlo) una copia cartacea dell'attestazione di malattia. La novità non fa venir meno il diritto delle aziende alle relative informazioni; ma i datori di lavoro dovranno prendere visione avvalendosi dei servizi telematici resi disponibili dall'Inps (in pratica possono decidere di prendere visione delle attestazioni di malattia dei propri dipendenti sul sito internet oppure di riceverle tramite posta elettronica). Rimane invece riconosciuta,

per il datore di lavoro del settore privato, la possibilità di richiedere ai propri dipendenti di comunicare il numero di protocollo identificativo del certificato inviato online dal medico.

— © Riproduzione riservata —

I dati elaborati dall'assessorato regionale, preoccupazione dei sindacati

# Sanità, a rischio le cure gratis

Per la specialistica ambulatoriale risorse verso l'esaurimento: da ottobre prestazioni a pagamento

Entro fine settimana il rischio è che si possano già esaurire alcuni budget disponibili per l'Asl e che le prestazioni di specialistica ambulatoriale non siano più rimborsate. Entro il 5 ottobre prossimo la situazione potrebbe addirittura peggiorare: dunque tutto a carico dell'utenza. La preoccupazione è stata espressa dalle organizzazioni sindacali che hanno anche chiesto un incontro urgente con il commissario straordinario Paolo Menduni per rivedere la programmazione dell'assistenza.

FederLab Italia

# Budget di cura allarme sui conti dell'Asl Caserta

## L'analisi della Regione: rischio esaurimento dei fondi per la specialistica ambulatoriale

**Lorenzo Calò**

Scatta l'allarme per le prestazioni sanitarie in regime convenzionato: entro fine settimana il rischio è che si possano già esaurire alcuni budget disponibili per l'Asl e che le prestazioni di specialistica ambulatoriale non siano più rimborsate. Dunque tutto a carico dell'utenza. La preoccupazione è stata espressa dalle organizzazioni sindacali che hanno anche chiesto un incontro urgente con il commissario straordinario Paolo Menduni. Di più, l'Ugl, su iniziativa del segretario territoriale Sergio D'Angelo, ha anche inviato una dettagliata documentazione al prefetto di Caserta Ezio Monaco e al presidente della Regione Stefano Caldoro. I motivi di apprensione nascono dall'analisi dei dati, al 31 luglio scorso, relativi alla gestione delle risorse finanziarie da parte delle Asl, analisi che avrebbe evidenziato alcune criticità per l'Asl Caserta. Un dato che, se confermato in questa settimana, potrebbe determinare lo stop dei rimborsi per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: già a partire da lunedì prossimo - teme l'Ugl - ne faranno le spese i pazienti che necessitano di assistenza diabetologica; il 4 ottobre si fermerà la radiologia, il 4 novembre la cardiologia, entro il 15 novembre medicina nucleare, radioterapia e radiologia. «Per i cittadini utenti dell'Asl di Caserta - evidenzia la Ugl in una nota - si prospetterebbero, anche per quest'anno, tempi duri essendo obbligati nuovamente a pagare di tasca propria le prestazioni sanitarie di cui necessitano o magari a rinunciare in attesa della definizione dei nuovi budget di cura». Ecco perché le organizzazioni sindacali hanno chiesto una verifica dei dati in possesso della Regione

relativi alla gestione dei fondi Asl e una ricognizione sulle valutazioni del fabbisogno sanitario suddiviso fra le varie aree della Campania anche in relazione a eventuali sprechi e diseconomie che dovessero emergere dal monitoraggio. Al momento, tra l'altro, non è ancora prevedibile stabilire o meno la possibilità che la Regione possa ricorrere alla rideterminazione dei budget di cura per l'anno in corso magari istituendo un fondo straordinario per garantire la copertura dei costi assistenziali fino al termine del 2011.

Certo, un problema che non riguarda soltanto l'Asl di Caserta ma che investe, principalmente, l'Asl Napoli 1. Secondo le stime elaborate dall'assessorato alla sanità, il 5 ottobre potrebbe costituire la «deadline» dell'Asl di Caserta mentre le sole aziende sanitarie locali in grado di far fronte ai fabbisogni dell'utenza senza sfiorare il budget sono Avellino e Benevento. Preoccupazione anche tra i medici di base che temono pesanti conseguenze per i pazienti visto che una Pec-Tac costa oltre mille euro e che negli ospedali le liste di attesa sono lunghe (il rischio è il massiccio ricorso al pronto soccorso). E gli esenti? Non pagano, o pagano 5 euro a seconda della categoria di appartenenza.

Del resto, lo sfioramento dei tetti di spesa è una costante negativa della sanità campana. Ma la settimana che si apre oggi potrebbe riservare anche qualche sorpresa: entro il 15 settembre (giovedì), infatti, la Regione dovrebbe decidere sulla nomina dei nuovi manager della sanità campana. E dunque al vertice dell'Asl di Caserta potrebbe ritrovarsi anche un nuovo direttore generale al posto dell'attuale commissario.



**I tempi**  
Secondo il monitoraggio sulla gestione assistenza garantita fino al 5 ottobre