

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 13.06.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Lettori: n.d.

Giornale - Dossier Lazio

09 GIU 2011

Diffusione: n.d.

da pag. 218

POLITICHE SANITARIE



Il paradosso della sanità

Le regioni maggiormente in equilibrio sotto il profilo economico erogano anche i migliori livelli essenziali di assistenza.

L'analisi di Fulvio Moirano, direttore di Agenas

Michela Evangelisti

In apertura,
Fulvio Moirano,
direttore dell'Agenas
nazionale per i servizi
sanitari regionali

Il ruolo dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del **ministero della Salute**, delle Regioni e delle Province autonome, è stato negli ultimi anni ulteriormente definito e rafforzato in diversi settori strategici. Tra questi il supporto alla gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente e la promozione di attività stabili a livello regionale e locale di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche; ma anche la pianificazione, la gestione e la valutazione di strategie, ricerche e percorsi formativi finalizzati all'empowerment degli amministratori locali, delle comunità e allo sviluppo delle competenze del personale dipendente degli enti locali coinvolto nelle attività di integrazione sociosanitaria, e, infine, l'ausilio alle Regioni nell'elaborazione dei piani di rientro.

Cosa si evince da un'analisi comparata d'efficienza del panorama sanitario italiano?

«In sanità si verifica un apparente paradosso: quello che noi vediamo è che le regioni maggiormente in equilibrio sotto il profilo economico erogano anche i migliori livelli essenziali di assistenza. In realtà in questo meccanismo non c'è nulla di irrazionale; si premia sostanzialmente chi ha capacità di organizzazione, non chi eroga le prestazioni anche se sono inappropriate. Riassumendo, produrre tanto per produrre non migliora la salute e peggiora i costi; funzionano invece in

maniera più efficace ed efficiente i sistemi che presentano una reale programmazione delle reti dell'offerta».

È possibile individuare una regione che costituisce un modello d'eccellenza e che potrebbe funzionare da stimolo per le altre realtà regionali?

«Le regioni che danno migliori risultati sia dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio che da quello della qualità dei servizi sono la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna e la Toscana. Un discorso a parte andrebbe fatto per le regioni a statuto speciale, che si avvalgono di un meccanismo di finanziamento diverso. Ma anche Umbria e Marche sono in equilibrio economico e garantiscono standard di erogazione dei servizi di buona qualità. La maggior parte delle regioni del centro e del sud - ad eccezione della Basilicata - devono invece affrontare il problema del disavanzo e del deficit annuale e soffrono anche di carenze sul piano dell'erogazione dei Lea. Tra le regioni del Nord, il Piemonte rappresenta un'anomalia rispetto al quadro tracciato poco sopra, in quanto si trova in piano di rientro ma, a livello qualitativo, registra mediamente buoni risultati».

Quali sono i parametri su cui vengono misurati i risultati dei sistemi sanitari regionali in termini di qualità dei servizi erogati?

«Il **ministero della Salute** svolge la funzione di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza attraverso un sistema di indicatori, attualmente in fase di revisione, che misurano la

Lettori: n.d.

Giornale - Dossier Lazio

09-GIU-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 218

Fulvio Moirano



«Credo molto ai modelli innovativi, ma la normativa comunitaria pone una serie di problematiche nella miscela tra pubblico e privato, da un punto di vista anche della procedura»

qualità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari regionali in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità. L'Agenas fornisce supporto tecnico-scientifico al Comitato permanente per la verifica dei Lea ed è impegnata nella realizzazione di progetti volti a contribuire allo sviluppo di un sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, con un particolare focus sui risultati in termini di salute, l'umanizzazione delle cure e la soddisfazione dei pazienti».

Agenas ha recentemente pubblicato un documento sulla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in piano di rientro. Quali sono le misure correttive da voi suggerite?

«La soluzione per far fronte ai disavanzi è partire da una programmazione e una riprogettazione della rete dell'offerta, che devono tenere conto sia della parte legata all'emergenza/urgenza sia della parte relativa alla revisione organizzativa degli ospedali. A questo proposito occorre puntare su una riconversione degli ospedali tramite un maggiore in-

vestimento sul territorio: in sostanza bisogna cercare di tenere sul territorio i pazienti che in precedenza venivano ospedalizzati, grazie a un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e con sistemi organizzativi più strutturati, che garantiscano la continuità assistenziale sulle 24 ore. La soluzione al deficit viene quindi dalla capacità di programmare e decidere cosa serve e cosa no ai cittadini: quanti ospedali, quante discipline, quanti pronto soccorso, quanti servizi erogati dal pubblico e quanti dal privato».

Quali sono gli obiettivi dell'osservatorio sulle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti di Agenas?

«L'osservatorio, nell'ultima edizione della "call for good practice", ha raccolto circa 300 nuove esperienze, che sono andate ad alimentare l'archivio web, che al momento può vantare oltre 1.000 inviate da tutte le regioni. L'obiettivo è quello di favorire la diffusione delle conoscenze e il trasferimento di azioni virtuose in questo specifico ambito. Le esperienze, prima di diventare parte inte- »

Lettori: n.d.

Giornale - Dossier Lazio

09-GIU-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 218

POLITICHE SANITARIE



» grante del database dell'Osservatorio, vengono selezionate e validate dalle rispettive regioni; la valutazione operata dall'Agenas è unicamente di tipo metodologico e finalizzata a classificare le esperienze in "buone pratiche", se rispondono a tutti i criteri della call, "buone pratiche potenziali", se non ancora a regime e, infine, in "iniziative" se ancora in fase di attuazione».

Quali sono le principali "buone pratiche" individuate?

«Gli interventi descritti sono molto eterogenei, segno della notevole vivacità organizzativa nell'affrontare i diffusi e comuni problemi della sicurezza dell'assistenza. Circa il 40% delle esperienze inviate all'Osservatorio riguarda le 11 Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella del ministero della Salute e, in particolare, quelle di pertinenza chirurgica, a dimostrazione del grande e crescente interesse sia delle regioni che delle strutture sanitarie alla sicurezza del paziente chirurgico».

Quali sono invece le principali criticità che accomunano i sistemi sanitari regionali italiani e le possibili soluzioni per farvi fronte?

«La maggiore criticità riscontrabile in quest'area risiede, a mio parere, nella disomogeneità nella diffusione e nell'applicazione a livello locale di metodi e strumenti per garantire la sicurezza delle cure. Si dovrebbe

inoltre giungere ad una maggiore e più omogenea acquisizione da parte delle organizzazioni di una cultura dell'errore, da considerare non solo in funzione della ricerca di responsabilità, ma come "un'opportunità" di miglioramento. Le attività dell'osservatorio sono orientate in tal senso».

L'Agenzia ha anche il compito di favorire la diffusione delle innovazioni più rilevanti e la conoscenza dei risultati delle sperimentazioni in materia sanitaria. Quali in questo campo le ultime novità?

«Effettuiamo esclusivamente il monitoraggio delle sperimentazioni gestionali, che hanno fornito in alcuni casi buone risposte mentre in molti casi sono state chiuse perché non hanno dato risultati positivi. Su questo tema ci sono opinioni contrastanti ed è in corso una discussione su come, una volta conclusa la sperimentazione, che è normalmente triennale, la prassi debba proseguire per via ordinaria; in particolare il ministero sembra interessato a dibattere il tema per stabilire un modello progettuale, che indirizzi la prassi nel periodo compreso tra il termine della sperimentazione e l'adozione dei piani. Credo molto ai modelli innovativi, ma la normativa comunitaria pone tutta una serie di problematicità nella miscela tra pubblico e privato, da un punto di vista anche della procedura; la materia è in forte evoluzione».

Troppe assunzioni in sanità

«Rossi privilegia l'apparato»

Dopo la bocciatura della Consulta anche la Corte dei Conti prende di mira il costo del personale. Mugnai (Pdl): sistema creato per gestire il consenso

MICHELE MORANDI

La sanità toscana malata di assunzioni? La domanda è legittima se si conta la terza bocciatura in ordine di tempo della Consulta sul personale (dopo quella sullo status giuridico delle Società della Salute e sulla Fondazione Monasterio), a cui si aggiunge il parere della Corte dei Conti contenuto nella «Relazione sul rendiconto della Regione Toscana per l'esercizio finanziario 2010» dove, nel capitolo che riguarda la sanità, si legge che «il previsto contenimento della spesa del personale non è stato realizzato». Insomma, due tirate d'orecchie alla Regione a breve distanza l'una dall'altra.

Ma andiamo con ordine. Venerdì la Corte Costituzionale aveva accolto il ricorso del governo in materia di personale sanitario. Nella Finanziaria regionale, infatti, il limite era stato fissato alla spesa sostenuta nel 2006 meno l'1,4%; mentre secondo la legge statale 191 del 2009 il limite doveva essere mantenuto rispetto alla spesa del 2004 meno l'1,4%, e quindi su una base di spesa inferiore. «Anche questa sentenza della Consulta - attacca il consigliere regionale Stefano Mugnai (Pdl), vice

presidente della commissione Sanità - rappresenta la prova che chi negli anni ha avuto la responsabilità di governare la sanità toscana ha perso di vista la sua mission ed ha costruito un sistema che privilegia apparato e burocrazia rispetto all'erogazione di servizi rivolti alla persona e ai suoi bisogni. Insomma, qui il mezzo è divenuto il fine al solo scopo di costruire, consolidare e rafforzare il consenso politico».

E poi, come detto, c'è la sonora bocciatura della Corte dei Conti. Perché non è stata ridotta la spesa per il personale, come invece promesso. «È vero che alcuni aumenti (Asl di Lucca, Firenze, Ospedale Meyer) sono piuttosto contenuti - scrivono nel documento i magistrati contabili -, ma spiccano i significativi aumenti relativi alla Asl di Massa Carrara (+14,23%) nonché quelli comunque superiori al 5% delle Asl di Prato, Pisa, Siena e Azienda Ospedaliera Pisana». In realtà le cifre a cui si riferisce la Corte dei Conti riguardano il 2009 sul 2008. Se come parametro però si prende il 2009 sul 2007 le cifre aumentano considerevolmente: l'Asl di Massa, per esempio, ha aumentato i costi del personale del 15,23%; tanto più che secondo il bilancio previsionale il costo doveva aggirarsi sui 131 milioni e 950mila euro, poi lievitati, nel bilancio di esercizio a 149 milioni e 733mila euro. Nella stessa condizione sono praticamente tutte le Asl toscane. Dal 2007 al 2009. Aumenti a doppia cifra si trovano per l'Asl di Prato (+11,93%), l'Asl di Pisa (11,8%), l'Asl di Siena (+11,61%), l'Asl di Grosseto (+10,4%), l'Asl di Viareggio (+12,4%), l'Azienda ospedaliera

di Pisa (+12,1%) e l'Azienda ospedaliera Meyer (+17,39%). «Questo significa che l'effetto del buco di Massa non sono le ruberie di singoli, che se ci sono state sarà la magistratura ad accertarlo, ma è l'intero sistema a essere fuori controllo - osserva Mugnai -. È chiaro che il determinarsi di un simile deficit può derivare solo da un sistema sovralimentato solo per motivi politici».

Sul documento della Corte dei Conti è intervenuto ieri anche l'assessore al Bilancio Riccardo Nencini, esprimendo soddisfazione per l'analisi caratterizzata «da considerazioni positive». Ma l'assessore non ha mancato di lanciare una frecciata al Consiglio regionale, le cui consulenze, ha detto, «dovranno essere oggetto di contenimento nel 2011».

LE TRE SENTENZE

Società della Salute

La Consulta bocciò la Sdse Società della Salute perché giudicò illegittima la configurazione delle stesse nella veste di consorzi fra Comuni e Asl

Fondazione Monasterio

Nel mirino della Corte Costituzionale finirono le procedure del concorso della Fondazione Monasterio perché tagliato su misura sui dipendenti e creando così disparità inammissibili

Personale sanitario

Venerdì la Consulta ha accolto un ricorso del governo contro la Regione avente per oggetto il contenimento delle spese per il personale della sanità

Intervento**SANITÀ, AMBULATORI NELLE CLINICHE PRIVATE**

C'è stata una gran polemica sul fatto che l'assessore regionale alla sanità Massimo Russo abbia consentito o volesse consentire alle cliniche private di aprire gli ambulatori, si è detto che questo era addirittura contro legge. Una gran polemica, ma a mio avviso per nulla. Intanto, dobbiamo dare una dimensione reale al problema, gli ospedali privati in Sicilia sono 55 con 4115 posti letto accreditati in queste strutture, 33 hanno ambulatori aperti al pubblico, mentre 20 hanno strutture ambulatoriali non convenzionate ma a pagamento. Questa è una grave anomalia perché il sistema ospedaliero privato, in tutte le regioni italiane già dal 1998 eroga le proprie prestazioni attraverso il ricovero ordinario il day hospital e gli ambulatori. Con l'entrata in vigore del P.S.R. 2011-2013 il percorso integrato di cure avrebbe una grave anomalia se appunto le strutture private non fossero dotate di ambulatori aperti al pubblico. Già il piano di rientro tra le azioni da intraprendere per il contenimento e la qualificazione delle prestazioni indicava il potenziamento dell'attività ambulatoriale e di diagnostica nelle strutture di ricovero come strumento di contenimento delle prestazioni inappropriate. Al contrario di quanto è stato affermato e cioè che l'apertura degli ambulatori sarebbe un nuovo accreditamento e quindi sarebbe vietato dalla normativa attuale (D.A. 890 Reg. Sic.), si tratterebbe invece di un adempimento normativo reso obbligatorio dal D.A. 1062 di alcuni giorni successivo al D.A. 890 che prevede espressamente che in riferimento alle attività ambulatoriali la riorganizzazione del sistema deve tener conto della capacità di erogare prestazioni ambulatoriali specialistiche "da parte delle aziende sanitarie locali,



dei presidi ospedalieri pubblici e dell'ospedalità privata accreditata che esistono sul territorio".

Va creato un percorso assistenziale comodo per il paziente. In questo senso non solo l'apertura degli ambulatori prevista dall'articolo 3 del decreto incriminato, è un adempimento normativo reso obbligatorio dal decreto regionale citato, ma è aderente al piano Sanitario Regionale, ha delle giuste limitazioni alle specialità per cui la Casa di Cura è accreditata, non determina neanche un aumento della spesa perché le prestazioni vanno erogate all'interno del budget. A questo proposito è stato detto che le case di cura vogliono accedere all'attività ambulatoriale perché non riescono a consumare il budget nel core business ma questo non è vero, soltanto nella provincia di Catania le case di cura accreditate hanno erogato in valore cinque milioni di euro di prestazioni (pari al 4,20 dell'aggregato provinciale) fuori budget».

I sindacati dei medici specialisti si sono scagliati contro questo provvedimento dell'assessore e addirittura hanno parlato di trattative top secret tra Aiop e Assessorato. Gli anni passati sono stati difficili per tutti gli

operatori privati della sanità, le decurtazioni subite sono state insostenibili e le aziende sono tutte in difficoltà. In questa situazione effettivamente difficile hanno giocato diversi elementi, intanto il fatto che i sindacati che rappresentano gli specialisti sono molto frazionati, quasi sempre in disaccordo tra di loro. Questa molteplicità di sigle rende lunghe e articolate le trattative degli specialisti con la pubblica amministrazione. Il decreto incriminato delle case di cura essendo pronto è stato pubblicato prima che fosse conclusa la trattativa con gli specialisti. Questo ha determinato un conflitto tra Assessore e Commissione legislativa (prontamente allertati dai sindacati degli specialisti). Io che sono un ottimista ritengo che tutto ciò sia positivo, credo che tale situazione sia pure surriscaldata consentirà alle autorità interessate di guardare a 360 gradi i problemi degli specialisti. Non ritengo che gli specialisti della Regione Sicilia, rete qualificata e autorevole, abbiano motivo di temere l'attività ambulatoriale che strutture ospedaliere pubbliche e private potranno creare. Anche perché essa non costituirebbe il core business delle strutture, ma permetterebbe di fornire al paziente una continuità assistenziale. Confido che l'attenzione della Commissione, la lungimiranza dell'Assessore, trasformeranno questo momento di conflitto in un momento di armonizzazione, di sviluppo del sistema che vedrà operatori pubblici e privati impegnati nell'organizzazione della nuova rete ospedaliera e dei Presidi Territoriali di Assistenza in piena armonia.

ETTORE DENTI

presidente Aiop (associazione italiana ospedalità privata) provincia di Catania

POLITICHE SANITARIE

Federalismo sanitario, qualità del servizio e lotta agli sprechi

Riorganizzazione delle cure primarie, implementazione di quelle domiciliari e realizzazione della continuità assistenziale. Attraverso questi temi il ministro **Ferruccio Fazio** delinea le scelte strategiche della sanità per il prossimo futuro

Francesca Druidi

Dalla sanità "ospedalocentrica" a quella "a rete", in grado di integrare i presidi ospedalieri con i servizi territoriali di medicina generale. Dalla "medicina di attesa" a quella che il ministro **Fazio** definisce la "medicina di iniziativa", rivolta alla «promozione attiva della salute, per prevenire l'insorgere della malattia e rallentarne il decorso, promuovendo la responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute e il coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali». Sono questi i processi destinati a cambiare la sanità italiana nell'immediato futuro, costituendo parte delle fondamenta del Piano sanitario nazionale 2011-2013. Le altre scelte strategiche della politica sanitaria del prossimo triennio muovono poi verso il miglioramento della prevenzione, la riorganizzazione delle cure primarie, la promozione e la diffusione nei servizi sanitari del governo clinico, della qualità e della sicurezza dei pazienti, oltre al potenziamento dei sistemi di rete nazionali e sovra-regionali. Senza dimenticare la sfida rappresentata dal federalismo, che mai come sul fronte sanitario vive le sue fasi più accese e significative.

Il federalismo sanitario identifica uno degli aspetti più delicati dell'impianto federalista del Paese. Quali orizzonti si profilano

per il sistema sanitario italiano con questo cambiamento d'assetto?

«L'evoluzione federalista, introdotta dalla modifica costituzionale del 2001, ha consentito, all'interno di un quadro programmatico nazionale di forte unitarietà, profondamente caratterizzato dalla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), lo sviluppo di diversi modelli di servizi sanitari regionali coerenti con i diversi contesti territoriali, nel rispetto del "principio di sussidiarietà". I Lea costituiscono una delle cornici entro le quali si sviluppa la struttura federalista. Un'altra cornice è identificata dall'ammontare del fabbisogno sanitario standard determinato applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni "virtuose".

Come operare per assicurare un'effettiva qualità e sostenibilità del sistema?

«Occorre realizzare un'efficienza allocativa e realizzativa del Ssn che consenta di bilanciare i fabbisogni crescenti di salute legati allo sviluppo delle conoscenze e della domanda di prestazioni, con le risorse così individuate, nel ri-

Ferruccio Fazio



spetto dei vincoli di finanza pubblica. Vanno, quindi, attuati quegli interventi strutturali di reingegnerizzazione delle reti di assistenza, dei processi di cura e di recupero di appropriatezza ed efficienza, soprattutto nelle realtà dove si registrano cospicui disavanzi, in modo che nuove risorse messe a disposizione dallo Stato siano realmente finalizzate a obiettivi di miglioramento del Ssn condivisi da Stato e Regioni. In questa cornice, il federalismo avrà l'ambizione di garantire l'effetto sinergico tra azioni tese a implementare la qualità del servizio e quelle tese alla razionalizzazione della spesa.

Sul fronte del federalismo fiscale regionale e

i costi standard sanitari, quali le principali sfide da affrontare, soprattutto per quanto riguarda la sanità nel Mezzogiorno?

«Negli ultimi anni è maturata la consapevolezza, grazie anche all'esperienza sviluppata con le Regioni nei piani di rientro, che spendere di più in sanità non necessariamente vuol dire offrire un servizio sanitario regionale migliore. In questo senso, l'introduzione del costo standard, quale parametro per calcolare il fabbisogno sanitario del Ssn, sarà un indicatore chiaro di corretto utilizzo di risorse. Sarà pertanto uno strumento utile e indispensabile per indirizzare i sistemi regionali non performanti verso l'efficienza e l'appropriata- >>

POLITICHE SANITARIE

» tezza, facilitando il superamento delle differenze che oggi ci sono tra le diverse regioni, evitando sprechi e rendendo uniforme l'applicazione dei Lea nel rispetto delle specificità territoriali e degli specifici bisogni di ciascun contesto locale».

Cosa cambierà?

«Dal momento che verrà elaborato il costo standard, parametrato sulle regioni "virtuose" in termini di appropriato ed efficiente profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, la razionalizzazione della spesa aiuterà le regioni inefficienti e/o inappropriate, attualmente in disavanzo, a ricondurre la maggiore spesa sanitaria sostenuta entro i limiti programmati. Considerato che, a normativa vigente, la copertura dei disavanzi è posta a carico delle Regioni, il percorso non inciderà affatto sul livello del finanziamento programmato a livello nazionale».

Si registra il problema di misurare in modo più efficace la destinazione delle risorse, non solo tra le Regioni ma anche all'interno dei singoli enti regionali, in particolare sul fronte della sanità del territorio. Come implementare ulteriormente quest'area strategica del Piano sanitario nazionale 2011-2013?

«La riorganizzazione e l'implementazione della sanità del territorio sono essenziali per rispondere ai nuovi bisogni legati ai cambiamenti demografico-epidemiologici. Le linee di sviluppo riguardano la reingegnerizzazione delle cure primarie, l'implementazione delle cure domiciliari e la realizzazione della continuità dell'assistenza. La reingegnerizzazione delle cure primarie sta portando, rispetto alla storica "medicina di attesa", a quella che viene definita "medicina di iniziativa" rivolta alla "promozione attiva" della salute, per prevenire l'insorgere della malattia e rallentare il decorso, promuovendo la responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute e il coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali».

Per quanto riguarda il secondo punto?

«La realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio sta consentendo la realizzazione della continuità delle cure anche tramite la definizione di percorsi assistenziali condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, e, dove ne-



cessario, la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sanitarie e sociali. Si attendono, inoltre, positive ripercussioni in termini assistenziali, sia per l'ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori e il prolungamento nei giorni festivi, sia per le modalità agevolate di accesso, il raccordo con le strutture di prevenzione, il miglioramento della continuità dell'assistenza tra i diversi livelli, lo sviluppo delle cure domiciliari, che grazie al progresso delle tecnologie e dei dispositivi, sono in grado di farsi carico anche di patologie e disabilità altamente complesse, come la Sla e le patologie terminali».

Su quali direttrici intende improntare la riforma dei pronto soccorsi?

«Il potenziamento dell'integrazione territorio ospedale e la continuità dell'assistenza costituiscono le principali priorità del Ssn, a cui fa riferimento anche la riorganizzazione della risposta

Fernuccio Fazio



Il potenziamento dell'integrazione territorio ospedale è una priorità. Occorre riorganizzare la risposta all'emergenza-urgenza e contrastare l'iperafflusso ai servizi di Pronto Soccorso

all'emergenza urgenza e più in particolare il contrasto all'iper-afflusso ai servizi di pronto soccorso. In questo settore, è prevista l'adozione di modelli organizzativi territoriali a elevata flessibilità che identifichino, per le patologie appropriate, reali percorsi alternativi al pronto soccorso, facilitando l'incremento dell'integrazione multi-professionale territoriale e ospedaliera. È, inoltre, prevista l'istituzione eventuale presso i PS ospedalieri di ambulatori gestiti da medici di medicina generale, che garantiscano una risposta

sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24ore su 24, con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche. Sono all'esame anche possibili modalità di integrazione tra il servizio 118 e la continuità assistenziale».

I movimenti migratori costituiscono una realtà da gestire anche sul versante sanitario. Quali provvedimenti sono stati presi in relazione all'importante ondata migratoria che coinvolge l'Italia?

«In occasione dell'aumentato afflusso di immigrati dai paesi del Nord Africa da gennaio 2011, il ministero ha diramato a tutte le Regioni e pubbliche amministrazioni un protocollo operativo per la sorveglianza sanitaria degli immigrati e per l'immunoprofilassi, ove necessaria. Il protocollo prevede una sorveglianza di sindromi che possono far sospettare una patologia infettiva e, nel caso, di procedere agli approfondimenti diagnostici e al trattamento previsto. Il responsabile sanitario dei centri di accoglienza per gli immigrati invia un report sulle sindromi rilevate e, in caso di malattia infettiva confermata, la notifica prevista dalla normativa. Ad oggi, non sono stati rilevati focolai epidemici importanti

che possono costituire una minaccia per la salute dei soggetti ospitati nei centri di accoglienza né tantomeno per la collettività italiana. Inoltre, ai soggetti immigrati che abbiano l'età indicata dal calendario vaccinale nazionale italiano saranno offerte le vaccinazioni previste».

Come ritiene possa funzionare il nuovo piano nazionale vaccini?

«Il nuovo piano nazionale vaccinazioni è attualmente all'attenzione dei referenti tecnici delle Regioni e delle pubbliche amministrazioni; esso si basa fondamentalmente sul principio di equità di offerta delle vaccinazioni considerate nel calendario a tutti i soggetti target a seconda dell'età, volendo superare le disomogeneità delle coperture vaccinali attualmente rilevabili non solo tra le regioni, ma anche tra le stesse Asl di una regione».

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION



Enpam: smentite le voci sul commissariamento

Il rappresentante del ministero del Lavoro nel CdA dell'Ente smentisce l'annuncio di un imminente intervento pubblicato oggi su un quotidiano economico. Sempre più duro lo scontro interno: il CdA "non esiterà a promuovere azioni legali e a costituirsi parte civile" se si appureranno "episodi poco chiari sulle procedure adottate negli investimenti finanziari degli ultimi anni".

10 GIU - Il quotidiano economico *Italia Oggi* ha pubblicato questa mattina un articolo in cui si annunciava l'imminente commissariamento dell'Ente di previdenza dei medici italiani. Con ricchezza di particolari, l'articolo, a firma del giornalista Ignazio Marino (omonimo del senatore del Pd), spiega che il provvedimento per la nomina di un commissario straordinario era già "sul tavolo del direttore generale delle politiche previdenziali del ministero del Lavoro Edoardo Gambacciani" e indicava anche due possibili nomi per questo incarico: "Francesco Verbaro, già segretario generale del ministero del Lavoro e oggi consigliere giuridico di Maurizio Sacconi, e Alberto Brambilla, già sottosegretario e oggi presidente del nucleo di valutazione della spesa previdenziale". E il commissariamento, secondo quanto scrive *Italia Oggi*, sarebbe stato "nell'aria da qualche tempo e solo una lunga mediazione politica del presidente Parodi (già parlamentare di Forza Italia) ha scongiurato fino ad oggi l'arrivo del commissario".

L'articolo inoltre ripercorre le notizie degli ultimi mesi in merito alle difficoltà in cui si troverebbe l'Ente per investimenti fatti negli anni passati su titoli, come i derivati, crollati con la crisi economica internazionale, aggiungendo che sulle modalità per intervenire su questa "per cercare di tamponare questa falla si è aperto lo scontro interno fra gli uomini forti del CdA: il presidente Eolo Parodi e i vice Alberto Oliveti (vicario) e Giovanni Malagnino".

In mattinata è però arrivata anche una netta smentita da parte del CdA dell'Ente, fondata su notizie provenienti ufficialmente dal ministero del Lavoro. "Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali - si legge nella nota diffusa alla stampa - ha categoricamente smentito l'ipotesi commissariamento per l'Enpam. La notizia, riportata da un organo di stampa, è stata definita priva di ogni fondamento da Emmanuele Massagli, rappresentante dello stesso ministero nel consiglio di amministrazione della Cassa dei medici e dei dentisti".

A conferma di un clima ormai molto teso, nella stessa nota si dice che "la Cassa previdenziale sta intanto procedendo ai necessari accertamenti e approfondimenti sugli investimenti passati. In particolare, il Consiglio di amministrazione dell'Enpam ha incaricato il Comitato di controllo interno di fare verifiche sulle procedure adottate negli investimenti finanziari degli ultimi anni".

"Se fossero verificati episodi poco chiari - conclude il comunicato del CdA - il Consiglio di amministrazione della Fondazione Enpam, a tutela delle pensioni dei medici e dei dentisti italiani, non esiterà a promuovere azioni legali e a costituirsi parte civile".

Enti territoriali. I limiti all'intervento centrale

Nelle Regioni tagli «flessibili» ma non sulla spesa sanitaria

IL BLOCCO

Fermato il tentativo dell'Avvocatura dello Stato di imporre il rispetto puntuale dei paletti fissati nel 2010 a cda, consulenze e auto

Gianni Trovati

MILANO

■ Il mix di tagli ai compensi dei consiglieri di amministrazione delle partecipate (10%), alle auto (20%), alle consulenze, sponsorizzazioni (80%) e alle altre voci indicate puntualmente dall'articolo 6 della manovra estiva, per le Regioni sono solo un suggerimento. Vincolanti, invece, sono le regole sul contenimento della spesa per il personale sanitario, su cui la creatività regionale non può intervenire.

Lo ha stabilito la Corte costituzionale, che nella sentenza 182/2011 depositata ieri (pres. Maddalena, rel. Lattanzi) ha respinto il nuovo tentativo centrale di fissare norme di dettaglio ai conti dei Governatori. Vista la lunga storia di bocciature costituzionali di norme analoghe (dalla Finanziaria 2005 a quella 2009), l'ultima manovra ha provato una via indiretta: ha fissato l'elenco puntuale di tagli di spesa per la Pa centrale e gli enti locali, e ha precisato che queste regole «non si applicano direttamente alle Regioni», ma per loro «costituiscono disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica». Proprio in base a quest'ultimo principio, però, l'Avvocatura dello Stato ha impugnato la Finanziaria 2011 della Regione Toscana, che permette alla Giunta di fissare autonomamente «l'ammontare complessi-

sivo della riduzione delle proprie spese». L'attacco, però, è stato respinto dalla Corte costituzionale, sulla base del fatto che se le Regioni non potessero rivedere autonomamente la stretta da imporre alle proprie spese, le differenze fra la manovra estiva 2010 e le vecchie norme già dichiarate illegittime sarebbe solo formale.

Tanta libertà, però, non può tornare quando si parla di personale sanitario. I vincoli puntuali ai conti regionali, ricordano i giudici delle leggi, non sono sempre vietati, ma possono giustificarsi «in via transitoria» e «in vista di specifici obiettivi di riequilibrio della finanza pubblica». La spesa del personale sanitario, prosegue la Corte, ha un «peso preponderante» sui conti dei Governatori, e le Regioni hanno mostrato «una storica ritrosia a porvi adeguati limiti». Sulla sanità, insomma, si può essere intransigenti, e su questa base la Corte ha dichiarato illegittima la norma che in Toscana ancorava i tagli di spesa ai livelli del 2006 anziché a quelli, più bassi, del 2004.

Sempre ieri, nella sentenza 184/2011, la Corte ha bocciato un tentativo della Sardegna di riscrivere una parte del codice degli appalti, prevedendo che bastassero cinque partecipanti, e non dieci, per bloccare l'esclusione automatica in caso di offerte «anormalmente basse» nei bandi per lavori sotto al milione di euro basati sul criterio del prezzo più basso. Questo tema, rimandando alla tutela della concorrenza, è competenza dello Stato.

gianni.trovati@ilssole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il dossier

Sei miliardi di risparmi nella sanità piano sanatoria su processi civili e Inps *Così Tremonti sta preparando il decreto da 40 miliardi*

Previsto per il 23 giugno il varo congiunto della maxi-manovra e della delega fiscale

Si riparla di blocco dei contratti nel pubblico impiego. E si ritenta con i costi della politica

ROBERTO PETRINI

ROMA — Sanità, pubblico impiego, pensioni, costi della politica, cessione di immobili. Il cantiere della mega manovra triennale da 40 miliardi è in fibrillazione. Il timing è quasi certo: entro il 18 giugno il ministro dell'Economia Tremonti renderà pubbliche le 500 pagine, elaborate da più di 100 tecnici, con uno screening completo delle spese e delle entrate dello Stato. Il 20 all'Ecofin l'intervento sarà preannunciato a Bruxelles, con tutta probabilità il 23 sarà il giorno del varo dei due provvedimenti clou: il decreto con i tagli (3 per quest'anno, 8 per il prossimo, 15 per ciascuno dei due successivi) e la legge delega per la riforma fiscale.

La svolta nella natura della manovra dovrebbe arrivare sul grosso dei tagli alla spesa dei ministeri e delle pubbliche amministrazioni: ieri, accogliendo l'invito del direttore generale di Bankitalia Saccomanni, il ministro dell'Economia ha detto di essere "assolutamente a favore dei tagli non lineari". Una apertura alla pratica della spending review, inaugurata da Padoa-Schioppa e oggetto dei lavori della commissione dell'ex sottosegretario di Ciampi, Piero Giarda.

La sanità sarà il terreno sul quale il federalismo potrà coniugarsi con il rigore e non solo con gli aumenti delle tasse. Il metodo dei costi standard, che sostituirà quello in base al quale le Regioni vengono rimborsate a pie' di lista, dovrebbe consentire risparmi fino a 6 miliardi. Tutte le spese della sanità, dalle degenze all'assistenza, saranno tarate sui costi più bassi delle Regioni modello, a partire dalla Lombardia, e il resto d'Italia dovrà adeguarsi. La stretta sugli acquisti di beni e servizi investirà l'intera pubblica amministrazione con il potenziamento della Consip, l'agenzia del Tesoro che ha il compito di bandire le gare.

Il pubblico impiego, già tartassato da tempo, potrebbe pagare un nuovo pesante prezzo: si parla — anche se il ministro della Funzione pubblica Brunetta ha negato — di un intervento volto a prorogare il blocco della contrattazione fino al 2014 e di riproporre la briglia sulle assunzioni. L'obiettivo è di recuperare almeno due miliardi.

Non resterà fuori dal campo di battaglia il comparto delle pensioni. Benché il sistema sia stato più volte oggetto di interventi c'è ancora da elevare l'età pensionabile

delle lavoratrici private che, in linea con le statali, potrebbero vedere elevata l'età di quiescenza a 65 anni. Anche le aliquote contributive per i parasubordinati sembrano destinate a crescere al 33%. Dalle misure potrebbero essere spremuti circa 6 miliardi.

Se questo è il grosso dell'intervento sul Welfare, gli altri comparti non resteranno fuori della partita da 40 miliardi. I costi della politica sono nel mirino e, sebbene la Lega resista, non è escluso che l'intervento sulle province e sulla composizione degli organi della politica e della "casta" trovino spazio nel decreto. Lo chiede anche Bankitalia e ieri Tremonti ha detto che l'intervento servirà a "legittimare i sacrifici". A corollario è previsto il rilancio della lotta agli enti inutili con una nuova lista comprensiva di istituti importanti come l'Ice.

Acaccia di denaro non si eviterà di ricorre a forme di sanatorie per smaltire il contenzioso dei processi civili, delle liti tributarie e del mega contenzioso dell'Inps. Ai giudici tributaris sarà concesso un bonus del 10% se smaltiranno le liti pendenti e se non chiuderanno i processi entro 180 giorni dovranno rispondere per danno erariale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le ipotesi sulla manovra da 40 miliardi



Sanità

- Passaggio dai costi "storici" ai costi "standard"

6 miliardi di risparmio



Le ipotesi sulla manovra da 40 miliardi



Processi civili e liti fiscali

- Sanatoria per smaltire l'arretrato
- Bonus ai giudici tributari che smaltiranno più del 10% delle liti fiscali perdenti



Pubblico impiego

- Proroga al 2014 del blocco della contrattazione e stretta sulle assunzioni

2 miliardi di risparmio



Pensioni

- Innalzamento età di uscita delle donne da 60 a 65 anni anche nel settore privato
- Aumento al quota contributiva per i parasubordinati al 33%

6 miliardi di risparmio



Immobili

- Nuovo piano di cessioni



Acquisto di beni e servizi

- Nuova stretta



Soppressione enti pubblici

- Nuovo elenco di enti comprensivo dell'ICE



Costi politica

- Ancora da definire

Sanità

Asl 1 e ospedale San Paolo
Nominati i nuovi direttori

di SIMONA RAVIZZA



L'accordo sulle poltrone della Sanità rimaste vuote dopo le dimissioni di Pietrogino Pezzano dall'Asl 1 e di Andrea Mentasti dall'ospedale San Paolo è stato trovato all'ultimo momento utile per dare il via libera alle nomine nella seduta della giunta regionale. All'Asl di Milano 1 arriva come direttore generale, Giorgio Scivoletto, mentre al San Paolo è stato destinato Enzo Umberto Brusini (nella foto l'assessore Bresciani).

A PAGINA 6

Ricambio Il primo manager si era dimesso dopo essere stato fotografato con un boss della 'ndrangheta

Sanità, accordo in extremis per Asl e ospedale San Paolo

Scivoletto e Brusini nuovi dg al posto di Pezzano e Mentasti



San Paolo L'ingresso dell'ospedale San Paolo di via Di Rudini

Le (ennesime) trattative per la guida dell'Asl di Milano 1 e dell'ospedale San Paolo sono state complesse: c'erano 60 giorni di tempo a disposizione e sono stati sfruttati praticamente tutti. Al Pirellone l'accordo sulle poltrone della Sanità rimaste vuote dopo le dimissioni di Pietrogino Pezzano e di Andrea Mentasti è stato trovato all'ultimo momento utile per dare il via libera alle nomi-

ne nella seduta di giunta di ieri. All'Asl di Milano 1 arriva come direttore generale Giorgio Scivoletto, 45 anni, medico, una carriera da direttore sociale prima all'Asl di Monza e Brianza, poi — negli ultimi cinque mesi — a Pavia. La sua nomina è in quota Pdl. Il nuovo direttore generale dell'ospedale San Paolo è Enzo Umberto Brusini, 58 anni, anche lui laureato in Medicina, dallo scorso

gennaio già direttore sanitario di via Di Rudini. Una promozione interna, dunque, in quota Lega (candidato a diventare direttore sanitario al suo posto adesso è Mauro Moreno, attualmente direttore di presidio).

Entrambi sono nominati, come prevede la legge, dalla giunta della Regione Lombardia, su proposta del governatore Roberto Formigoni, di concerto con l'assessore alla Sanità, Lu-



Lettori: n.d.

CORRIERE DELLA SERA**Milano**

Dir. Resp.: Ferruccio de Bortoli

11-GIU-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 1

ciano Bresciani, e con l'assessore alla Famiglia, Giulio Boscagli (quest'ultimo per la sola delibera che riguarda l'Asl).

A Scivioletto spetta una poltrona particolarmente calda: è quella lasciata libera il 13 aprile da Pietrogino Pezzano, dopo la sfiducia del Consiglio regionale. Il manager, vicino al Pdl, era stato pluricontestato per le foto che lo ritraevano con due boss della 'ndrangheta. Contro la sua nomina era partita anche una raccolta di firme capeggiata dal sindaco di Vanzago, Roberto Nava. Oltre a essere la più grande d'Italia, l'Asl di Milano 1 è strategica in vista dell'Expo 2015.

Altro nome, nuova storia. Brusini va a sostituire Andrea Mentasti, il manager del Carroccio che ha lasciato l'incarico

fresco di nomina per diventare consigliere delegato della Sacho, la società che gestisce l'aeroporto di Orio al Serio. Si dichiara soddisfatto l'assessore alla Sanità, Luciano Bresciani: «Si tratta di due professionisti che hanno lavorato fin qui bene e sono certo che saranno in grado di svolgere al meglio un incarico che comporta responsabilità importanti. Ancora una volta abbiamo ascoltato il territorio e siamo certi di aver fatto le scelte giuste, seguendo una via innovativa che si affianca alla fiducia che esprimono l'assessore e il governatore nei confronti di questi manager. È il rispetto del fabbisogno del territorio che nelle regole generali del sistema trova l'esecuzione del pensiero federalista».

I due nuovi direttori genera-

li sono destinati a restare in carica, come gli altri 43, fino al 31 dicembre 2015, fatte salve le verifiche intermedie del 2013 cui sono sottoposti tutti i manager delle aziende sanitarie e ospedaliere della Lombardia. Chissà se, almeno questa volta, arriveranno alla fine del mandato.

Simona Ravizza

sravizza@corriere.it

Gli incarichi



Giorgio Scivioletto

Medico, 45 anni, già direttore sociale all'Asl di Monza e Brianza e Pavia: guiderà l'Asl di Milano 1



Enzo Umberto Brusini

Già direttore sanitario al San Paolo, 58 anni, è il nuovo dg dell'ospedale di via Di Rudini

L'INDAGINE. Accertamenti sui rimborsi previsti anche a "Villa Berica"

Cliniche, conti gonfiati? Controlli dei Nas in città

Sotto sequestro cinquemila cartelle cliniche e schede di dimissioni ospedaliere.

L'indagine era partita lo scorso anno da una casa di cura di Rovigo e si è allargata a varie strutture sparse in tutta la regione. Tra queste ci sarebbe anche Villa Berica, a Vicenza. Qui i carabinieri del Nas avrebbero effettuato un primo controllo nel 2010 ma, da quanto è emerso, già nei prossimi giorni ne sarebbe in programma un secondo.

Forze dell'ordine e Corte dei conti stanno indagando su strutture sanitarie private convenzionate. Il sospetto, infatti, è che prestazioni erogate in regime ambulatoriale siano state fatte passare per ricoveri più o meno lunghi in modo da poter far lievitare i rimborsi che le Usl corrispondono.

Attualmente l'attenzione sarebbe focalizzata su Città di Rovigo, Pederzoli di Peschiera, Villa Garda di Garda e, infine, Villa Berica. Complessiva-



Villa Berica

mente il "giro" d'affari sarebbe di svariati milioni di euro.

Tutto è partito da alcuni accertamenti svolti dal Nucleo antisofisticazioni dei carabinieri, affiancati da consulenti medici, su ordine della Corte dei conti.

Nei mesi scorsi si è arrivati ai tredici rinvii a giudizio dell'ospedale Codivilla di Cortina e ai dieci indagati nella casa di cura convenzionata Santa Maria Maddalena di Occhiobello,

in provincia di Rovigo. Il cerchio, però, si è allargato ulteriormente e, a quanto pare, è ben lontano dal potersi dire chiuso. L'attenzione delle forze dell'ordine, quindi, sarebbe ora concentrata su altre cliniche ed ospedali.

Nel frattempo anche la Regione Veneto ha stabilito di rafforzare ed intensificare i controlli sull'appropriatezza e correttezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate e dagli erogatori equiparati. Con la nuova organizzazione i direttori generali possono far effettuare verifiche sia interne che esterne quando, quanto e come ritengono necessario. Inoltre il nuovo piano socio-sanitario prevede che i servizi pubblici e privati siano rivisti e che le convenzioni non siano più a tempo indeterminato, bensì a termine, a seconda delle esigenze dell'Usl interessata. ♦ C.M.V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pubblico impiego, con la manovra stretta da 2 miliardi

Marco Mobili
Marco Rogari
ROMA

Costi standard per la sanità, stretta nel pubblico impiego da almeno 2 miliardi, riduzione degli enti pubblici, nuovo meccanismo per incentivare gli enti locali a ridurre la spesa per beni e servizi e innalzamento dell'età pensionabile delle lavoratrici del settore privato. Di ora in ora si arricchisce il menù di ipotesi di intervento alle quali stanno lavorando i tecnici del Tesoro per comporre il puzzle della manovra pluriennale da 45 miliardi. In ogni caso tutto si muoverà sul solco già tracciato dal ministro Giulio Tremonti: prevalenza di tagli a sprechi e spese superflue tenendo conto degli effetti che produrrà il federalismo con il passaggio dalla spesa storica ai costi standard. La manovra per centrare il pareggio di bilancio nel 2014, con la manutenzione per il 2011 e il 2012, vedrà la luce entro giugno, probabilmente il 23 ma non si esclude un via libera il 16 che consentirebbe a Tremonti di presentarsi all'Ecofin del 20 giugno con il provvedimento già varato. Prima della pausa estiva (entro luglio) arriverà anche la delega sulla riforma fiscale.

Sanità e pubblico impiego

Con l'arrivo dei costi standard nella sanità verrà realizzata una minor spesa tra i 4 e 6 miliardi. Sul pubblico impegno si profila un intervento per almeno 2 miliardi con la proroga al 2014 del blocco della contrattazione e il rafforzamento delle misure previste nell'ultimo biennio per razionalizzare le assunzioni.

Acquisti beni e servizi

Sta prendendo corpo un intervento deciso sulla spesa per gli acquisti di beni e servizi con l'obiettivo di incidere anche sulle uscite di Comuni e Regioni fin qui in gran parte sfuggite al meccanismo delle aste-Consip.

Tra le opzioni anche quella di un meccanismo incentivante per favorire il ricorso da parte degli enti locali del metodo-Consip con precisi target di spesa massima.

Pensioni e enti

La proposta per innalzare l'età di uscita delle donne nel settore privato da 60 a 65 anni equiparandole così a quelle del pubblico impiego è pronta: un anno ogni due dal 2011 o dal 2012 (almeno 4 miliardi di risparmi a regime). Il ministro Maurizio Sacconi nei giorni scorsi ha però frenato. C'è poi da fare i con-

IN PREPARAZIONE

Attesi 4-6 miliardi dai costi standard nella sanità
Possibili le soppressioni di enti e il freno alla spesa locale per beni e servizi

ti con i sindacati. Ipotizzata anche un'ulteriore ondata di soppressioni di strutture pubbliche che potrebbe contemplare l'Ice. In arrivo tagli ai costi della politica.

Fisco e immobili

Si profila un intervento di razionalizzazione (e cessione) di una fetta degli immobili pubblici. Nei corridoi del Parlamento c'è anche chi ipotizza nuove sanatorie (anche per l'arretrato dei processi civili) che al momento non trovano conferme così come quelle di un ritocco della tassazione delle rendite finanziarie e di una patrimoniale. Il pacchetto fiscale conterrà interventi anti-evasione e alcune misure mirate: bonus per i giudici tributari che smaltiranno più del 10% annuo delle liti fiscali pendenti e riduzione dal 10 al 4% della ritenuta sui bonifici per le agevolazioni (36 e 55%) per le ristrutturazioni edilizie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cosche e sanità, Gambarino al crocevia di due inchieste

MENTRE nei primi interrogatori davanti al giudice gli arrestati dell'Operazione Minotauro restano in silenzio, dalle carte dell'inchiesta sulla 'ndrangheta spunta un nome che incrocia anche il recente scandalo della sanità: quello di Piero Gambarino, braccio destro dell'assessore Ferrero, citato in un'intercettazione tra boss e socio in affari di due presunti uomini d'onore. Gambarino, ancora in carcere, interrogato ieri nell'inchiesta sanitaria, non ha convinto i pm.

ALLE PAGINE II E III

L'uomo di fiducia dell'assessore sentito sull'"affaire pannoloni", le pressioni sullo Spresal e l'appalto di Cavagnolo

Scandalo sanità, Gambarino dai pm nega tutto ma non convince l'accusa

Tre ore a tu per tu, poi il brusco stop: "Basta domande"

SARAH MARTINENGI

ADUE settimane esatte dall'arresto, Piero Gambarino è stato chiamato ieri in procura per il suo primo interrogatorio davanti ai pm Paolo Toso e Stefano Demonitis a rispondere dell'accusa di turbativa d'asta e corruzione. Nelle aspettative del braccio destro dell'assessore Caterina Ferrero c'era l'idea di un lungo momento di confronto con la Procura: da giorni, nella sua cella, si preparava gli argomenti da trattare, cercando di ricordarsi ogni dettaglio, fatti e numeri, per poter chiarire la sua posizione. Non è stato così: l'interrogatorio è durato "solamente" tre ore, dalle 11 alle 14, e le sue argomentazioni non hanno convinto i pm, che hanno bruscamente terminato dicendogli: «Se è così, non abbiamo altre domande da porle». Secondo l'accusa, infatti, l'atteggiamento di Gambarino non sarebbe stato affatto collaborativo, e le sue spiegazioni non avrebbero convinto i pm ad approfondire ulteriormente l'interrogatorio. «Se ha qualcos'altro da comunicarci, ci depositi un memoriale con le sue considerazioni» è stata la conclusione del colloquio.

Piero Gambarino, assistito dall'avvocato Gian Maria Nicastro, è stato interrogato su tre tematiche già presenti nel capo

d'imputazione: l'affaire dei pannoloni, che ha portato all'arresto anche dei vertici di Federfarma; l'appalto "truccato" in favore di Pierfrancesco Camerlengo, per la costruzione di una nuova casa di cura su un terreno del Comune di Cavagnolo (in questo caso erano stati arrestati anche lo stesso Camerlengo, il commissario dell'Asl 4 Vito Plastino, il sindaco Franco Sampò e il dentista Marco Mozzi che faceva da tramite per le tangenti); e le pressioni in Regione per indebolire la dirigente dello Spresal Annalisa Lanterno e togliere le qualifiche di ufficiale di polizia giudiziaria a due ispettori.

Sulla questione dei pannoloni, Gambarino ha negato un accordo collusivo con Federfarma: «Quando sono arrivato c'erano diverse cifre che rimbalzavano, da 24 a 47 euro, ma sulla base del protocollo d'intesa firmato ad agosto con le farmacie, che prevedeva una serie di servizi oltre a quello degli ausili per l'incontinenza, sembrava possibile raggiungere una cifra vantaggiosa per la Regione. Se però non avessimo fermato il bando, Federfarma non avrebbe più voluto diminuire il prezzo, visto che lo avrebbe abbassato per alcuni servizi proprio in considerazione della molteplicità di prodotti che avrebbero gestito.

L'idea originaria era di sospendere il bando, ma dalla Regione, dall'ufficio legale, dissero che era meglio revocarlo: tutto è stato fatto alla luce del sole».

Per quanto riguarda lo Spresal: «La consigliera regionale Rossana Valle mi aveva parlato di due situazioni: una riguardava le numerose verifiche all'impresa del suo amico Alberto Vacca e l'altra era la segnalazione della mancanza di requisiti dei due ispettori per diventare ufficiali di pg. Io mi sono informato: volevo sapere se nei confronti di Vacca ci fosse stata una persecuzione o se avesse commesso reali infrazioni, ma ho saputo che era una questione già risolta, perché aveva già pagato le multe. Sulla mancanza di requisiti ho chiesto, e mi fu risposto che era proprio così».

Proprio sull'appalto per la costruzione della clinica a Cavagnolo, invece, l'interrogatorio di Gambarino ha avuto un brusco arresto. I pm volevano sape-



re se avesse avuto rapporti con Camerlengo anche in altre occasioni. La risposta è stata negativa, e a quel punto i pm hanno detto: «Allora non c'è altro da aggiungere». Si può dedurre quindi che la Procura abbia in mano altri spunti d'indagine, e che punti proprio in questa direzione.

Sono state fissate intanto le udienze davanti al tribunale del riesame: mercoledì prossimo a chiedere la libertà saranno Plastino, Platter e Cossolo, mentre venerdì toccherà al dentista Marco Mozzati e a Gambarino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'obiettivo

Gli inquirenti lo hanno interpellato sui rapporti con Camerlengo: forse hanno in mente nuovi spunti investigativi

CRONACHE di NAPOLI

WWW.CRONACHEINAPOLI.ORG

Il quotidiano indipendente dell'informazione partenopea

Domenica
12 Giugno 2011**PARTI SOCIALI IN CAMPO CONTRO L'AZIENDA SANITARIA NA3 SUD****Le sigle: il commissario Russo deve dimettersi**

NOLA (angelo notaro) - "E' stato superato il punto di non ritorno". Le organizzazioni sindacali Cgil, Cisl, Uil, chiedono la testa di **Vittorio Russo**, commissario dell'Asl Napoli 3 Sud. Secondo le segreterie provinciali dei tre sindacati, la gestione dell'azienda sanitaria Napoli 3 Sud da parte dello stesso Russo è da giudicare "incoerente, approssimativa, e senza coraggio alcuno". Al centro delle accuse, varie questioni che

hanno riguardato le ultime vertenze. In particolare, la questione dei precari alla quale va ad aggiungersi quella dei trasferimenti di personale ritenuti illegittimi da parte degli stessi sindacati. Del resto "l'azienda è stata condannata - si legge ancora in una nota - per attività antisindacale e le sue deliberazioni in materia sono state annullate". Nel documento - filippica si fa riferimento anche "alle chiusure irrazionali di servizi territoriali, men-

tre si ignorava di programmare l'apertura di reparti e servizi ospedalieri previsti dal Piano Ospedalieri, senza alcun rispetto per l'esigenza di salute del territorio, con la gravissima compromissione di una già precaria assistenza sanitaria". Per tutti questi motivi le organizzazioni sindacali in maniera congiunta chiedono, ritenendola azione ineludibile, le dimissioni del commissario dell'Asl Napoli 3 Sud, Vittorio Russo.

Cgil, Cisl e Uil dichiarano lo stato di agitazione: "Rimuovete il commissario" **Asl, i sindacati chiedono la testa di Russo**

DANIELE DI MARTINO

La guerra tra i sindacati e il commissario dell'Asl Vittorio Russo ha raggiunto ormai l'epilogo finale. Dopo gli scontri continui, ricorsi al Tribunale del Lavoro e tensioni varie, Cgil, Cisl e Uil hanno messo nero su bianco la richiesta di rimozione di Vittorio Russo dal ruolo di commissario dell'Asl Napoli 3 sud, annunciando di essere giunti ad "un punto di non ritorno". E dichiarano lo stato di agitazione di tutto il personale, in attesa di avviare le procedure dello sciopero generale.

E' estremamente dura la lettera delle sigle sindacali: "Le scriventi segreterie generali - scrivono - sono costrette a prendere atto delle assurde dichiarazioni che Vittorio Russo ha reso in una intervista rilasciata al quotidiano *Metropolis*. Dopo circa un anno dall'insediamento del dr. Russo - scrivono - tutti sono oramai costretti a constatare che la gestione dell'azienda non ha certo brillato in quanto a competenze e professionalità specifiche, con una conduzione incoerente, approssimativa e senza coraggio alcuno. La vertenza dei "precari esterni" ne è una prova lampante. Il dottor Russo, con l'intervista di sul citato giornale, continua a scaricare sui vertici del Commissariato/Presidenza Regionale la responsabilità della loro mancata assunzione, dimenticando incredibilmente che i giudici hanno già decretato la validità delle autorizzazioni regionali, tanto è vero che la Asl sta perdendo tutte le cause intentate dai lavoratori precari, con dei costi per le casse della Asl

**Le sigle sindacali:
 "Conduzione
 incoerente in
 un anno di gestione"**


LA VITTORIA DELLE PARTI SOCIALI

Il mese nero del manager: il Tribunale annulla 20 delibere

Partendo dai 118 precari che il Tribunale del lavoro ha ordinato a Russo di riassumere all'Asl, passando per il "comportamento antisindacale" ri-

guardante altri due ricorsi: quello delle posizioni organizzative e quello degli illegittimi trasferimenti extra-regione.

L'ultimo mese è stato terribile per il commissario dell'Asl Napoli 3 sud. Oltre i tanti ricorsi che l'azienda sanitaria sta perdendo nell'ambito della vertenza precari, Vittorio Russo ha ricevuto l'ordine di bloccare i trasferimenti di 17 infermieri da altre regioni. In questo caso il giudice Aldo Rizzo del Tribunale del Lavoro di Torre Annunziata ha condannato per comportamento antisindacale il commissario Vittorio Russo e ha ordinato al numero uno dell'azienda sanitaria di annullare

16 delibere assunte nel periodo che va dal 14 gennaio al 2 marzo 2011.

Poi è arrivata la stangata anche per il ricorso presentato dai sindacati per



quanto riguarda le posizioni organizzative. In questo caso il giudice ha annullato 3 delibere adottate tra il 14 gennaio e il 9 marzo 2011 e l'avviso interno pubblicato presso l'albo informatico dell'azienda in cui si faceva riferimento all'affidamento di incarico provvisorio per le posizioni organizzative.

I sindacati hanno di gran lunga vinto un duello che va avanti da mesi con il commissario Russo. Ma ora si è arrivati all'epilogo finale, perché Cgil, Cisl e Uil chiedono la sua testa, forti dei successi dell'ultimo mese.

(dadimar)

pari ad un importo di circa 3.000 per ogni singolo ricorso/reclamo (120 circa in tutto)".

Le sigle sindacali, poi, continuano a commentare in modo negativo le dichiarazioni rilasciate dal commissario: "Ovviamente, nessuna dichiarazione sul fatto che sono già stati assunti circa una trentina di lavoratori che avevano vinto il ricorso ed il relativo reclamo - si legge ancora nella dura missiva - mentre ora il dottor Russo preannuncia la sua volontà di non assumere gli altri lavoratori precari, così come, di contro, ha ordinato il giudice. Una grande prova di capacità gestionale - continuano - , alla stregua dei trasferimenti di personale illegittimi, anche extra-regionali, effettuati dal commissario Russo e dal direttore del personale Massimo Lauri, per i quali l'azienda è stata condannata per attività antisindacale e le cui deliberazioni sono state annullate. Stessa sorte di annullamento con sentenza del giudice è toccata alle delibere con le quali l'esimo commissario, sempre su proposta e procedura guidata dal Massimo Lauri, ha elargito incarichi e promozioni".

Dopo aver elencato tutte le "mancanze" del commissario, Cgil, Cisl e Uil credono che "sia opportuna, indispensabile, urgente ed ineludibile la revoca dell'incarico di Commissario Straordinario al dottor Vittorio Russo". Insomma, l'ultimo atto di uno scontro che ha poi portato alla rottura finale, dopo che i sindacati hanno visto accogliere due ricorsi avversi al commissario dal Tribunale del lavoro, in meno di un mese.

**Si va verso
 lo sciopero generale
 di tutto il personale
 dell'Asl**

■ AL CONSIGLIO DI STATO

Sanità, la Regione vince sui privati

Ribaltata la sentenza del Tar che aveva dato ragione alle cliniche

PESCARA - Nel mare di contenziosi aperti davanti alla giustizia amministrativa finalmente un punto a favore della Regione Abruzzo. Il Consiglio di Stato, ribaltando una sentenza del Tar Abruzzo, ha stabilito che le cliniche private non potevano opporsi al taglio del budget annuale stabilito nel 2008 quando la sanità era stata affidata al commissario governativo Gino Redigolo.

In primo grado il Tar aveva riconosciuto fondato il ricorso della case di cura che si erano opposte al ridimensionamento della quota loro spettante perché non precedentemente concordata tra le parti e ad attività già in corso. Va detto subito che contro il pronunciamento del Tar Abruzzo, Redigolo non ritenne di dover fare appello, cosa che invece ha fatto il governatore Gianni Chiodi nella veste anch'egli di commissario straordinario alla sanità per l'attuazione del piano di rientro dal pesante deficit. Appello che è andato a buon fine lasciando a bocca asciutta la sanità privata che pensava di poter tornare ai livelli del passato. Una boccata d'ossigeno per le casse regionali che altrimenti avrebbero dovuto sopportare un ulteriore salasso. In termini semplici, il massimo orga-

no di giustizia amministrativa ha stabilito il principio secondo cui i privati avrebbero dovuto muoversi con circospezione, limitando le prestazioni dal momento che erano ben consapevoli dell'esistenza di un piano di rientro. E, in ogni caso, non è accettabile che la Regione debba adeguarsi al complesso dei servizi sanitari forniti dai privati. Semmai il contrario.

Risolta tale questione, il commissario Chiodi è ancora alle prese con una questione ancora più spinosa, quella della chiusura o del ridimensionamento dei piccoli ospedali. Ogni provvedimento preso in tal senso dal commissario viene sistematicamente bocciato dal Tar Abruzzo, com'è già accaduto per i nosocomi di Casoli e di Guardiagrele entrambi in provincia di Chieti. Altri ricorsi dello stesso tenore devono essere definiti per gli ospedali di Pescina e di Tagliacozzo. Sentenze che vanificano il piano di rientro, che peraltro ha ottenuto il gradimento del ministro della salute Ferruccio Fazio. Chiodi si è mosso secondo le direttive del governo, ma è bloccato dalla giustizia amministrativa. Un dilemma che lo stesso Chiodi ha girato al Governo che, prima o poi, dovrà pronunciarsi.

f.d.m.

LA RICHIESTA PRESENTATA AL PRESIDENTE DELLA REGIONE CALDORO

Niente accreditamento per chi non firma i protocolli di legalità

CASERTA (ren.cas.) - Anche il problema degli accreditamenti, irrisolto da anni, è stato ricordato dall'associazione nell'audizione tenuta in Regione. La legge 502 del 1992 ha quasi compiuto venti anni, ma il percorso di accreditamento delle strutture pubbliche e private non si è ancora concluso, per le omissioni delle giunte Bassolino e Caldoro. L'associazione chiede quindi al commissario ad acta per la Sanità **Stefano Caldoro** un decreto che obblighi le amministrazioni sanitarie a sottoscrivere con i fornitori il protocollo di legalità con le Prefetture. Sia le

Asl che le associazioni di categoria della sanità privata dovrebbero essere quindi obbligate a sottoscrivere queste intese e chi si rifiuta deve perdere l'accreditamento.

Il sodalizio propone ancora bandi pubblici per selezionare nuovi soggetti che attivino le strutture individuate nel Piano Sanitario Regionale e non ancora realizzate, escludendo quei soggetti che già possiedono strutture accreditate provvisorie che non hanno sottoscritto il protocollo di legalità.

Gli "Amici di Eleonora" sono riusciti a ottenere la chiusura della casa

di cura San Luca, non però per motivi di legalità, ma per inadeguatezze strutturali; altre cliniche nella stessa situazione sono tuttavia rimaste aperte. A suo tempo, l'allora commissario dell'Asl di Caserta, **Antonio Gambacorta**, sospese l'attività di quattro strutture non in regola con le norme sull'accreditamento, ma alla fine i sindaci dei rispettivi centri hanno dato loro la possibilità di adeguarsi con ripetute proroghe ai termini. Inoltre, i protocolli di legalità firmati dalle aziende sanitarie della provincia di Napoli non sono stati estesi a tutta la regione.

Sei miliardi di risparmi nella sanità piano sanatoria su processi civili e Inps

Così Tremonti sta preparando il decreto da 40 miliardi

ROBERTO PETRINI

ROMA — Sanità, pubblico impiego, pensioni, costi della politica, cessione di immobili. Il cantiere della mega manovra triennale da 40 miliardi è in fibrillazione. Il timing è quasi certo: entro il 23 giugno il ministro dell'Economia Tremonti renderà pubbliche le 500 pagine, elaborate da più di 100 tecnici, con uno screening completo delle spese e delle entrate dello Stato. Il 20 all'Ecofin l'intervento sarà preannunciato a Bruxelles, con tutta probabilità il 23 sarà il giorno del varo dei due provvedimenti clou: il decreto con i tagli (3 per quest'anno, 8 per il prossimo, 15 per ciascuno dei due successivi) e la legge delega per la riforma fi-

denze all'assistenza, saranno tarate sui costi più bassi delle Regioni modello, a partire dalla Lombardia, e il resto d'Italia dovrà adeguarsi. La stretta sugli acquisti di beni e servizi investirà l'intera pubblica amministrazione con il potenziamento della Consip, l'a-

genzia del Tesoro che ha il compito di bandire le gare.

Il pubblico impiego, già tartasato da tempo, potrebbe pagare un nuovo pesante prezzo: si parla — anche se il ministro della Funzione pubblica Brunetta ha negato — di un intervento volto a pro-

porre il blocco della contrattazione fino al 2014 e di riproporre la briglia sulle assunzioni. L'obiettivo è di recuperare almeno due miliardi.

Non resterà fuori dal campo di battaglia il comparto delle pensioni. Benché il sistema sia stato più volte oggetto di interventi c'è ancora da elevare l'età pensionabile delle lavoratrici private che, in linea con le statali, potrebbero vedere elevata l'età di quiescenza a 65 anni. Anche le aliquote contributive per i parasubordinati sembrano destinate a crescere al 33%. Dalle misure potrebbero essere spremuti circa 6 miliardi.

Se questo è il grosso dell'intervento sul Welfare, gli altri comparti non resteranno fuori della partita da 40 miliardi. I costi della poli-

Previsto per il 23 giugno il varo congiunto della manovra e della delega fiscale

scale.

La svolta nella natura della manovra dovrebbe arrivare sul grosso dei tagli alla spesa dei ministeri e delle pubbliche amministrazioni: ieri, accogliendo l'invito del direttore generale di Bankitalia Saccoccia, il ministro dell'Economia ha detto di essere "assolutamente a favore dei tagli non lineari". Una apertura alla pratica della spending review, inaugurata da Padoa-Schioppa e oggetto dei lavori della commissione dell'ex sottosegretario di Ciampi, Piero Giarda.

La sanità sarà il terreno sul quale il federalismo potrà coniugarsi con il rigore e non solo con gli aumenti delle tasse. Il metodo dei costi standard, che sostituirà quello in base al quale le Regioni vengono rimborsate a pie' di lista, dovrebbe consentire risparmi fino a 6 miliardi. Tutte le spese della sanità, dalle



Si riparla di blocco dei contratti nel pubblico impiego. E si ritenta con i costi della politica

tica sono nel mirino e, sebbene la Lega resista, non è escluso che l'intervento sulle province e sulla composizione degli organi della politica e della "casta" trovino spazio nel decreto. Lo chiede anche Bankitalia e ieri Tremonti ha detto che l'intervento servirà a "legittimare i sacrifici". A corollario è previsto il rilancio della lotta agli enti inutili con una nuova lista comprensiva di istituti importanti come l'Ice.

A caccia di denaro non si eviterà di ricorrere a forme di sanatorie per smaltire il contenzioso dei processi civili, delle liti tributarie e del mega contenzioso dell'Inps. Ai giudici tributarî sarà concesso un bonus del 10% se smaltiranno le liti pendenti e se non chiuderanno i processi entro 180 giorni dovranno risponderne per danno erariale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Campania

Obiettivo centrato a 1,228 miliardi

La Campania ha raggiunto al 100 per cento il target assegnato al 31 maggio con circa 1,228 miliardi di euro di impegni programmati. La macchina della programmazione si è rimessa speditamente in corsa sui fondi comunitari, disponendosi sul perseguimento di tre obiettivi: la delibera Cipe 1/2011 ha disposto, infatti, l'individuazione di appropriati obiettivi in termini di impegni giuridicamente vincolanti dei programmi operativi, prevedendo anche la possibilità di ulteriori misure di accelerazione secondo le disposizioni del quadro strategico nazionale. È quanto affermano dall'Area generale di coordinamento e dei rapporti con gli organi nazionali e internazionali in materia di interesse regionale con la serenità derivante da un percorso di recupero virtuoso, segnato anche dagli sforzi che la giunta regionale campana di Stefano Caldoro sta compiendo sul versante del rientro dal debito e dal deficit sia del bilancio complessivo che di quello sanitario.

«Successivamente» — aggiungono dagli uffici di Palazzo Santa Lucia — il Comitato nazionale per il coordinamento e sorveglianza della politica regionale unitaria ha fissato i target associati a tre obiettivi: al 31 maggio 2011, gli impegni giuridicamente vincolanti sono stati pari al 100 per cento del target n+2 al 31 dicembre 2011 e la Campania ha raggiunto questo target con circa 1,228 miliardi di euro. Al 31 ottobre di quest'anno — proseguono dagli uffici della giunta regionale campana — la certificazione di spesa è pari al 70 per cento del target n+2 del 31 dicembre 2011, con circa 860 miliardi di euro. Infine, a chiusura di anno, vale a dire al 31 dicembre 2011, gli impegni giuridicamente vincolanti sono pari all'80 per cento del target n+2 del 31 dicembre 2012, con circa 1 miliardo di euro». Certo, il governatore campano punta molto soprattutto sullo sviluppo delle attrattive culturali e turistiche della regione che rappresentano il core business, se così si può dire, dell'azione strategica degli investimenti che la giunta regionale di centrodestra sostiene da un anno a questa parte.

Secondo il monitoraggio sui Por Fesr Campania al 31 maggio scorso sono 424 i progetti in campo per la sostenibilità ambientale e attrattiva culturale e turistica per un contributo totale di 2 miliardi e 25 milioni di euro; 325 quelli inerenti la linea d'intervento della Competitività del sistema produttivo regionale per un contributo totale di 1 miliardo 215 milioni; 8 i progetti iscritti all'asse Energia per un contributo totale di 300 milioni di euro; 14 quelli relativi alla linea di intervento Accessibilità e trasporti, per un contributo totale di 1 miliardo e 200 milioni; 127 i progetti per Società dell'informazione per un contributo totale di 395 milioni; 25 quelli dello Sviluppo urbano e qualità della vita per 1 miliardo e mezzo circa di contributi totali; e, infine, 37 sono i progetti iscritti all'asse Assistenza tecnica e cooperazione.

ANGELO AGRIPPA

Indagine Verifica sulle cure che vanno garantite a tutti i cittadini

In sei regioni la sanità è sotto i «livelli minimi»

Sono le prestazioni e servizi sanitari cui hanno diritto tutti i cittadini, ma i Livelli essenziali di assistenza (Lea) sono ancora un miraggio in tutto il Meridione e nel Lazio. A scovare le regioni inadempienti, sulla base di specifici indicatori del rispetto dei Lea, è questa volta un rapporto del Ministero della Salute. Vediamo allora in dettaglio i risultati.

Sono tutte del Centro-Nord le regioni "virtuose": otto sulle 17 monitorate. «La verifica del rispetto dei Lea non ha riguardato Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Bolzano e Trento, perché non partecipano alla ripartizione del 3% del Fondo sanitario nazionale (una "riserva" che viene attribuita dal Comitato di gestione Lea dopo la ripartizione del Fondo, ndr)» precisa Lucia Lispi, della Direzione generale Programmazione sanitaria, Livelli di assistenza e principi etici di sistema, del Ministero della Salute.

Il rapporto evidenzia invece situazioni "critiche" in Molise, Abruzzo, Sicilia, Campania, Lazio e Calabria; Regioni sottoposte a piani di rientro. "Sorvegliate

Le criticità

Le regioni inadempienti sui Livelli Essenziali di Assistenza



È scarsa l'assistenza territoriale e manca quella domiciliare

te speciali" Basilicata, Puglia e Sardegna, perché parzialmente inadempienti. «Sono ancora troppi i ricoveri inappropriati per scarsa o inadeguata assistenza territoriale e manca quasi del tutto l'assistenza domiciliare per gli anziani — sottolinea la dirigente del Ministero —. Nelle regioni "virtuose", dove i servizi per curare patologie croniche (per es. asma, diabete) funzionano, si possono prevenire complicanze ed evitare il ricorso all'ospeda-

le». Secondo il rapporto, usufruisce dell'assistenza domiciliare integrata poco più dell'1% degli anziani calabresi, campani e pugliesi. E appena lo 0,02% degli over 75 campani riceve cure in strutture residenziali, mentre in Veneto si arriva al 74,5%. Cittadini meridionali penalizzati anche se si fratturano il femore: spesso sono operati in ritardo (dopo 48 ore), per cui si riducono le possibilità di recupero. Riguardo alla prevenzione, infine, sono quasi inesistenti al Sud i programmi di screening per individuare precocemente tumori a mammella, cervice uterina e colon retto.

«Il rapporto conferma ciò che denunciamo da tempo — commenta Tonino Aceti, responsabile del Coordinamento nazionale delle Associazioni che rappresentano i malati cronici —. La responsabilità, però, non è solo delle Regioni: il Ministero deve essere il garante dell'applicazione dei Lea. Inoltre, si è dato il via libera a piani di rientro che puntavano solo su tagli alla spesa, senza riprogrammare l'assistenza sul territorio».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRIERE DELLA SERA Salute

Domenica
12 Giugno 2011

Rapporto

Il ministero
della Salute
registra
forti disparità
fra Nord e Sud

Nuovi «Lea»

**La revisione bloccata
penalizza
i malati cronici**

Dal 2001 i Livelli essenziali di assistenza devono essere garantiti in tutte le regioni. Nel 2008 un Decreto del Presidente del Consiglio li ha aggiornati con importanti modifiche — come il nuovo elenco delle malattie croniche e invalidanti e il riconoscimento di 109 malattie rare — ma non è entrato in vigore perché "bloccato" alla Ragioneria di Stato. «Così migliaia di malati pagano ancora quello che dovrebbero avere gratuitamente, come i ticket su farmaci ed esami» dice Tonino Aceti, responsabile del Coordinamento Associazioni malati cronici.

Edizione

Mezzogiorno

CorriereEconomia
CORRIERE DELLA SERA

del 13.06.2011

da pag. VI

Il Federalismo può salvare le Isole

di **BRUNO MIELE**
Vicepresidente Ordine commercialisti Napoli

Il Federalismo fiscale può rappresentare un'importante opportunità per il Paese in quanto è in grado, se utilizzato con accortezza e in maniera adeguata, di andare a influenzare positivamente realtà come quelle delle Isole minori che, soprattutto in Campania, pur incidendo in maniera minima in termini demografici, partecipano in maniera rilevante alla formazione del Prodotto interno lordo.

A questo scopo l'Ordine dei dottori commercialisti e degli esperti contabili di Napoli ha inteso dare vita, a Ischia, lo scorso 10 giugno, a un confronto che ha costituito una valida occasione per mettere intorno a un tavolo rappresentanti del mondo delle istituzioni, delle professioni e tecnici che hanno analizzato concretamente le prospettive e le problematiche che il Federalismo fiscale può presentare per queste realtà.

Il decreto, infatti, prevede la realizzazione di un fondo speciale per le isole minori. I vantaggi sono evidenti, e non sarebbero di tipo meramente quantitativo, ma anche e soprattutto qualitativo, perché permetterebbero di predisporre un adeguato sviluppo economico. I benefici dovranno essere destinati a diretto favore delle popolazioni e delle iniziative imprenditoriali miranti alla valo-

rizzazione del turismo, al miglioramento dei servizi e delle produzioni locali.

Federalismo e Patto di stabilità, infatti, sono argomenti che necessitano di una cautela ancora maggiore quando rapportati alle realtà piccole, ma di impatto internazionale, come ad esempio le Isole minori che ogni anno si trovano a fronteggiare criticità relative agli ingenti afflussi turistici e possono quindi incorrere in forti difficoltà in quanto gli abitanti sono costretti a dover coprire costi maggiori per i servizi.

La specificità del territorio, infatti, comporta spesso un aggravio di costi del tutto non raffrontabili con quelli della terraferma. Il caso più lampante è dato dalla gestione del servizio smaltimento rifiuti: uno degli esempi per i quali gli abitanti delle Isole devono far fronte alle maggiori spese del servizio dovute al territorio, ma anche ai numerosi costi connessi al turismo. Si tratta di somme che possono essere coperte solo attraverso l'inasprimento delle tariffe richieste al cittadino.

In occasione di un precedente convegno organizzato dall'Ordine dei commercialisti di Napoli, tenutosi ad Anacapri, si è riflettuto sull'ipotesi, avanzata dal Comune isolano, di proporre una possibile introduzione di una Tariffa Integrata Ambientale turistica da far pagare al momento dell'imbarco dei visitatori, evidenziando come tali soggetti, quando non soggiornano sull'isola, vadano pesantemente ad influire sui costi

del servizio producendo rifiuti. La legge delega in materia di federalismo fiscale (l. 42/2009), stabilisce infatti all'articolo 12 che i decreti attuativi possano prevedere la disciplina di uno o più tributi comunali che, valorizzando l'autonomia tributaria, attribuisca all'ente la facoltà di stabilirli e applicarli in riferimento a particolari scopi quali la realizzazione di opere pubbliche e di investimenti pluriennali nei servizi sociali ovvero

il finanziamento degli oneri derivanti da eventi particolari quali flussi turistici e mobilità urbana.

Allo stesso tempo, una gestione del Patto di stabilità su scala territoriale consentirebbe di ridurre la rigidità del sistema e di ottimizzare la ripartizione delle quote di indebitamento tra amministratori locali.

I professionisti sono pronti a fornire il loro contributo. Con le esperienze e le competenze che sono connaturate alla categoria, sarà possibile rappresentare un supporto fondamentale per le istituzioni, confrontandosi allo stesso tempo con la società civile e interpretando quindi al meglio il tessuto economico. Le professioni possono dare un contributo di grande rilevanza: ben vengano quindi tavoli tecnici e dibattiti che portino a spunti concreti ai fini di una corretta applicazione del federalismo.