

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 13.07.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il punto. La manovra sarà legge a breve. Ma per la sanità i giochi si potrebbero riaprire

Sull'onda delle speculazioni finanziarie, che rischiano di travolgere la nostra stabilità sui mercati, è scattata "la grande tregua" e la manovra sarà varata molto probabilmente già entro questa settimana. Ma per la sanità, ferme le riduzioni del fondo sanitario, la partita sul come, quanto e dove tagliare e razionalizzare deve ancora essere giocata. Ecco perché e con quali prospettive.

12 LUG - Nel giro di 48 ore è tutto cambiato. Per la manovra economica varata una settimana fa dal Governo, e per la quale le opposizioni parlamentari e gran parte delle forze economiche e sociali erano pronte a dar battaglia, è scattata la "grande tregua". Il via l'hanno dato i mercati e le vorticose operazioni speculative attorno ai buoni del Tesoro italiani per i quali si è registrato un crollo dello spread, con conseguente crescita dei tassi di interesse e il rischio reale, se non di default, di gravissima crisi per la nostra stabilità economica. Poi l'intervento decisivo di Giorgio Napolitano che ha invitato tutte le forze politiche a collaborare immediatamente per una rapida e possibilmente condivisa approvazione del decreto legge all'esame del Senato.

Due segnali ai quali, va detto, maggioranza e opposizione sembrano aver deciso di rispondere positivamente con l'impegno ad un esame velocissimo del testo (si parla di un sì del Senato giovedì e della Camera entro domenica) apportandovi probabilmente poche variazioni nel merito ma senza toccare i saldi stabiliti da Tremonti.

A questo punto, già la settimana prossima, il pacchetto di 51 miliardi del decreto legge, ai quali dovrebbe aggiungersi subito dopo il decreto delegato su fisco e assistenza per altri 17 miliardi, potrebbe essere legge.

Tutto finito, dunque? Non è detto. A leggere bene la manovra, almeno per quanto concerne la materia di nostro primario interesse e cioè la sanità, i giochi potrebbero infatti riaprirsi già a settembre. Il comma 1 dell'articolo 17, riguardante per l'appunto la razionalizzazione della spesa sanitaria, poste le riduzioni negli stanziamenti per il fondo sanitario che si bloccheranno su un incremento dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014 (a fronte degli attesi + 2,8% e + 4%) e sui quali a questo punto non si interverrà più, stabilisce che si debba trovare un'intesa fra Stato e Regioni per un nuovo Patto per la salute entro il 30 aprile 2012. Solo qualora l'intesa non sia raggiunta scatteranno i provvedimenti di ridimensionamento della spesa con l'introduzione delle varie misure (ticket, nuovi tetti per la farmaceutica e per i dispositivi medici e così via) che, in alcuni casi, prevedono in ogni caso il varo di nuovi provvedimenti attuativi.

Ecco, alla luce della "grande tregua", quanti hanno puntato su cambiamenti in corso di conversione in legge del decreto, sappiano che è in questa finestra temporale, che si chiuderà il prossimo 30 aprile, che si potrà provare a modulare e gestire diversamente la manovra sanitaria, anche se a saldi intatti.

E' una partita nuova, difficile, dove devono prevalere razionalità e capacità di proposta, tenendo conto della necessità, ormai scontata, di una razionalizzazione della spesa sanitaria. E questo vale in primis per le Regioni e poi per gli operatori, per le aziende del settore e per i cittadini.

Molti analisti hanno giustamente sottolineato che con un taglio di 8 miliardi al fondo sanitario (a tanto equivale la riduzione dei tassi di incremento per il 2013 e 2014) si rischia di mettere in forse la stessa sopravvivenza del Ssn. Il rischio c'è e soprattutto si intravede nella possibilità che, a seguito di questi ridimensionamenti, anche le Regioni con una sanità storicamente forte (Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna) vadano in crisi finanziaria ed economica. Onestamente non so se andrà così o se, ancora una volta, il sistema sanitario italiano riuscirà a ritrovare il bandolo perduto della matassa attuando riforme e riorganizzazioni importanti come ha saputo fare in anni altrettanto bui. Ma certamente una cosa va evitata: non dire la verità al Paese su cosa effettivamente siamo in grado di garantire in termini di assistenza sanitaria e in termini di tutele e garanzie anche per chi nella sanità opera direttamente o indirettamente.

La risposta non è scontata. Gridare fin d'ora alla fine della sanità pubblica mi sembra obiettivamente sbagliato. Non è nelle intenzioni di Tremonti, né del Pdl e della Lega, l'abbandono del Ssn. Si è piuttosto consolidata la convinzione (dalla quale non sono esenti anche rilevanti componenti delle opposizioni, soprattutto Udc e Pd) che la sanità pubblica vada razionalizzata e che, nonostante gli indubbi risultati già raggiunti, vi siano ancora sacche consistenti di sprechi e

inefficienze che potrebbero essere eliminate senza stravolgere l'impianto universalistico e solidale del nostro Ssn. Un obiettivo che non può però, come soprattutto la maggioranza sembra ipotizzare, essere lasciato solo nelle mani del federalismo e dei costi standard sanitari. Senza un ripensamento globale degli assetti e degli equilibri attuali della spesa sanitaria, il federalismo e i costi standard non faranno altro che congelare lo status quo tra regioni virtuose e regioni "canaglia".

E allora è proprio su questo terreno, su quello del come, del dove e del quanto razionalizzare che, in questa situazione di emergenza nazionale, si deve ricercare la massima condivisione delle responsabilità tra tutti gli attori del sistema sanitario.

In questa direzione è già andata la Farmindustria che per prima ha chiesto l'apertura di un tavolo sulla farmaceutica e in questa direzione potrebbero/dovrebbero andare anche i sindacati della sanità che hanno indetto i loro Stati Generali il prossimo 21 luglio, quando la manovra sarà ormai legge. E lo stesso, in sedi diverse, potrebbe/dovrebbe fare l'opposizione parlamentare che oggi si trova nelle condizioni di "dover" rinunciare ad opporsi a una manovra non condivisa in nome del bene supremo della Nazione.

In questo ipotetico e, per quanto mi riguarda, auspicabile scenario di confronto, la maggioranza, il Governo e le Regioni hanno però il dovere di provare tenacemente a contemperare le diverse proposte alternative di razionalizzazione che dai vari "tavoli" potrebbero scaturire.

E per farlo c'è una sola via: avviare una sorta di "Conferenza nazionale sulla sanità" per effettuare una vera e completa rivisitazione del nostro sistema sanitario che sblocchi definitivamente le riforme mai fatte (in primis quella della riorganizzazione dei servizi territoriali e ospedalieri) per offrire ai cittadini (che saranno anche loro tenuti a fare la loro parte con i ticket) un servizio finalmente efficiente e responsabile di ogni euro speso in ogni parte del Paese.

Cesare Fassari



Ripiano del debito: le linee guida della Regione

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 12 LUGLIO 2011

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

TRANSAZIONI

Le procedure prevede la sottoscrizione degli atti transattivi quale primo atto delle operazioni necessarie alla cessione "pro soluto" (con rischio di insolvenza a carico delle Asl e della Regione) del credito certificato dalle Aziende sanitarie. Spetta invece alle associazioni di categoria della sanità privata accreditata definire le procedure interne per l'acquisizione dei dati contabili delle strutture associate attraverso il conferimento di un'apposita delega al presidente di ciascuna associazione di categoria degli ex convenzionati.

Le procedure di acquisizione dei dati contabili saranno attivate, tramite Soresa, solo dopo la sottoscrizione degli accordi quadro e la definizione degli indennizzi previsti da decreto 12 del 2011. L'acquisizione e la gestione dei dati tramite la piattaforma Soresa Spa è possibile solo ed esclusivamente a quei creditori che rinuncino espressamente a qualsiasi tipo di indennizzo forfettario.

LA RICOGNIZIONE

La trasmissione a Soresa dei dati e della richiesta di certificazione da parte dei creditori del Ssr deve essere accompagnata dalle relative richieste di certificazione (una per ogni azienda debitrice) effettuate esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo di posta elettronica (servizio.creditori@pec.soresa.it). Per i crediti progressivi scaduti alla data di ricezione da parte di Soresa la richiesta di certificazione del creditore deve essere indirizzata all'indirizzo di posta elettronica dedicato all'operazione (servizio.creditori@pec.soresa.it). Tutti gli altri sono considerati Crediti correnti e futuri vengono acquisiti da Soresa con l'immediata finalità di alimentazione della propria banca dati e monitoraggio del debito corrente. Le sole richieste di certificazione indirizzate alle Aziende devono essere inviate esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata agli indirizzi di posta elettronica delle Aziende debtrici del Ssr indicati nelle istruzioni disponibili sul sito Soresa.

La manovra in pillole

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



I nodi irrisolti del piano di rientro

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 12 LUGLIO 2011

Nonostante la Regione Campania, rispetto ad altre regioni italiane, abbia già le imposte Irpef e Irap maggiorate ai livelli massimi per effetto dell'inasprimento, deciso nel 2010, per coprire il deficit di bilancio del Comparto Sanità riferito al 2009, sono in arrivo a partire dall'anno d'imposta 2011, per tutti i contribuenti (cittadini e imprese), ulteriori e nuovi aumenti pari allo 0,15 punti per l'Irap e 0,30 punti per l'Irpef che dovranno coprire l'ennesimo disavanzo di bilancio accertato di circa 250 milioni riferito all'anno 2010. In pratica in Campania i contribuenti pagheranno dal 2012 complessivamente 0,60 punti di maggiorazione Irpef e 0,30 punti di maggiorazione imposta Irap esclusivamente per ripianare il deficit sanitario regionale. A tale amaro epilogo si è giunti dopo che il tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha verificato il non rispetto da parte della regione dei vincoli di contenimento della spesa fissati dal piano di rientro con particolare riferimento al piano ospedaliero regionale per il quale è stata chiesta ulteriore documentazione giustificativa dell'effettiva attuazione dello stesso, soprattutto sotto il profilo dell'impatto economico finanziario. E' di tutta evidenza che delle due l'una: o le misure messe in campo per il risanamento dal deficit sanitario campano non sono sufficienti per una reale inversione di tendenza della spesa sanitaria o chi deve attuare tali misure non le persegue nei termini e modi indicati dal piano. Personalmente ritengo che siano fondate entrambe le considerazioni. A tutti sono note le difficoltà in cui operano i direttori e i commissari straordinari spesso pressati dalla politica locale, campanilistica. Che fa fatica a guardare alla sanità del futuro e ai cambiamenti in atto. Ma alcune delle misure adottate dalla Regione (vedi inasprimento ticket) potevano essere contenute attraverso una efficace politica contrattuale, controllo sistematico e contrasto ad eventuali abusi nella corretta applicazione dei vari istituti contrattuali sia del comparto che della dirigenza (indennità varie al comparto e per lavoro prestato in giornate festive infrasettimanali e per l'attività libero professionale intramoenia per sopperire a carenze di personale medico). Ma vi sono anche altre contraddizioni: mi riferisco alle norme in materia di vincoli di assunzioni e stipula di consulenze esterne. Come è possibile che, nonostante il blocco delle assunzioni si ha notizia di attivazione a vario titolo di procedure di assunzioni di personale nelle aziende sanitarie? In alcuni casi sembra trattarsi di ricorso a lavoro interinale tramite procedure di appalto che prevedono la fornitura di figure professionali – infermieri in particolare – comportando maggiori oneri rispetto alle assunzioni previste dai contratti. Non sarebbe stato più corretto procedere a verificare gli effettivi carichi di lavoro delle varie strutture delineando fabbisogni e carenze sulla base di quanto indicato nella delibera Delibera n. 460 del 2007 di approvazione del piano di rientro che impone alle Asl e aziende ospedaliere di "... procedere all'avalutazione della capacità operativa delle singole strutture, tenuto conto del numero dei posti letto, delle risorse umane disponibili, delle caratteristiche qualitative e quantitative delle apparecchiature, della produttività dimostrata negli anni (vedi anche articolo 21, comma 3, legge regionale n. 1 del 2007)..." e, solo all'esito di tale fase, procedere alla redistribuzione ottimale del personale interno tramite l'istituto della mobilità volontaria e/o d'ufficio chiedendo successivamente come estrema "ratio" alla Regione eventuali deroghe per assunzioni ove tali misure di redistribuzione del personale non siano risultate, sulla base di dati riscontrabili ed obiettivi, sufficienti alla risoluzione delle eventuali carenze di organico. So già quale l'obiezione che potrebbe essere sollevata da più parti. Quella cioè che le assunzioni in deroga alla richiamata normativa sarebbero indispensabili e necessarie per non interrompere servizi sanitari pubblici ospedalieri o, comunque, per garantire i livelli essenziali di assistenza. Ma mi chiedo se l'obiezione è fondata perché le assunzioni non sono autorizzate alla luce del sole dalla Regione? E quando, a livello di conferenza Stato – Regioni, sarà reso operativo il riparto ed il finanziamento del Ssn, sulla base dei costi standard cosa succederà alla sanità campana? Ci si potrà ancora illudere di continuare a non affrontare i veri e gravi problemi, peraltro ineludibili, che il sistema sanitario regionale ha di fronte? O deve essere la finanziaria lacrime e sangue che Tremonti sta preparando a far rinsavire tutti della necessità del massimo rigore e appropriatezza nell'adozione di qualsiasi misura che comporti un maggior onere a carico del Ssr? A molti va ricordato che nel verbale del 14 aprile u.s. del tavolo tecnico, di cui si è fatto cenno all'inizio di questo articolo, tra le altre misure obbligatorie imposte alla Campania vi sono sia quella della "...applicazione del blocco del turn-over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso ... (blocco turn-over cioè fino al 31.12.2013) ma anche quella del "...divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo..." Sono questi dei vincoli obbligatori da rispettare da parte della dirigenza apicale delle aziende sanitarie o degli optional? A mio parere il tempo delle scelte, difficili e dolorose, al contempo ma necessarie, non è più rinviabile e lo dico e lo affermo con la consapevolezza, quale dirigente del Ssr della Campania, di essere chiamato nei prossimi mesi a non essere solo spettatore ma un

www.federlabitalia.com

attore protagonista del cambiamento di cui la sanità campana ha bisogno al pari di tutti gli altri operatori e dirigenti nessuno escluso. Quel che deve essere chiaro è che i segnali di rigore e selettività della spesa sanitaria, di legalità ed efficienza e trasparenza dell'azione amministrativa devono essere indirizzati, a cascata dalla Regione alle Aziende sanitarie e da queste alla dirigenza aziendale e al comparto di ogni singola azienda, sempre in modo univoco e non contraddittorio. Tutti devono avere la percezione della gravità della attuale situazione finanziaria del sistema e della contestuale responsabilità cui ogni operatore è chiamato nel suo lavoro quotidiano per uscire da tale situazione. Spesso succede invece (basta leggere gli atti deliberativi) che si è rigorosi per alcuni aspetti e per altri si largheggia non intaccando privilegi e sprechi intollerabili i cui costi come noto sono posti a carico della collettività e delle imprese. Da questo versante il mero controllo trimestrale sulla verifica dei conti delle aziende sanitarie, operato dalla Regione Campania in adempimento al Piano di rientro, non è sufficientemente adeguato a prevenire spese non dovute atteso che tale controllo avviene "ex-post" all'effettuazione delle stesse. Occorre un maggiore controllo dell'attività delle aziende da parte della regione. In tal senso va la disposizione contenuta nella Legge regionale n. 4 del 2011 (Finanziaria regionale del 2011) in base alla quale "... I commissari straordinari delle Aziende sanitarie locali che hanno prodotto atti in contrasto con il Piano di rientro sanitario decadono e sono cancellati automaticamente dall'elenco unico regionale degli idonei alla nomina a direttore generale delle Asl e delle aziende ospedaliere della Regione Campania, così come previsto dalla deliberazione di Giunta regionale 2 agosto 2010, n. 575..." Vero è che, data la gravità della situazione ambientale relativa ai rifiuti a Napoli, che ha attratto giustamente tutta l'attenzione della stampa e della Regione, la sanità è passata in secondo piano e, tuttavia, essa rappresenta, come i rifiuti, una vera e propria emergenza da governare da parte della Regione al fine di evitare sicuri danni maggiori ai cittadini campani e a tutti gli operatori.

Sanità da bocciare per sei laziali su dieci

Il rapporto

Sanità laziale bocciata non piacciono i ticket e le attese troppo lunghe

CARLO PICOZZA

SPENDACCIONA, indebitata e in deficit, la sanità pubblica del Lazio non soddisfa neanche il fabbisogno di salute. È inadeguata e insufficiente per il 57,4% dei cittadini (quasi 6 su 10). Parola dell'istituto di ricerche Eures e della onlus Il diritto alla salute che in giugno, intervistati al telefono 2.009 laziali, hanno redatto un rapporto.

L'INDAGINE via telefono, "Qualità e sostenibilità economica della sanità del Lazio: esperienze e valutazione dei cittadini", segnala l'insoddisfazione più alta a Frosinone (72,3%). Seguono Viterbo (57,6) e Roma (57,2). Critiche più contenute arrivano da Rieti, con il 41% degli intervistati che si dichiara soddisfatto, e da Latina (53), dove pure si aspetta per più di tre anni un ecocolordoppler alle carotidi. Proprio i tempi di attesa, invece, sono il pomo della discordia tra i laziali e il Servizio sanitario regionale con il 75,5% di delusi. Seguono i ticket (62,8). "Tiene", invece, il giudizio sui medici, con il 60,3% di apprezzamenti, mentre barcolla quello sugli infermieri (è insoddisfatto il 51,2% degli intervistati).

Così nel Lazio un assistito su tre busa alla porta dei privati, pagando per un esame diagnostico o una visita specialistica. In quattro su dieci lo fanno su indicazione del proprio medico. A rivolgersi a un centro sanitario pubblico, segnalano gli intervistati, è il 54,2% del campione; il 12,7% sceglie l'intramoenia, le prestazioni libero-professionali in ospedale, e il 33,1% le case di cura e i centri privati.

«Emergono gravi inadempienze», attacca il segretario della Cgil Lazio, Claudio Di Bernardino, «per effetto anche dell'assenza di un confronto sulle grandi scelte con le parti sociali». E invoca l'uscita dal commissariamento che, come si sa, è legata al rientro dal deficit sanitario. «Solo il lavoro dei medici», aggiunge il capogruppo del Pd alla Pisana, Esterino Montino, «salva il Servizio sanitario regionale dal baratro». «Il rapporto sulla sanità del Lazio», per Montino, «è un atto d'accusa al Piano di rientro dal deficit e a quello per il riordino della rete ospedaliera: sono squilibrati e profondamente ingiusti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il Rapporto Il 60% è insoddisfatto del pubblico **Sanità, un laziale su 3 si rivolge al privato**

>> Un laziale su tre, per l'ultimo esame diagnostico o visita specialistica effettuati, si è rivolto al privato. La scelta di una struttura a pagamento, in quattro casi su 10 è stata suggerita dal medico curante; nel 14,8% dei casi è stata «obbligatoria» per mancanza di alternativa pubblica; nel 55,9% è stata libera. È quanto emerge dal rapporto Qualità e sostenibilità economica della sanità del Lazio svolto dall'Eures. La motivazione che ha spinto gli intervistati a scegliere una prestazione a pagamento nella maggioranza dei casi sono stati gli «eccessivi tempi di attesa per le prestazioni ordinarie». Eppure, la tipologia di gestione del sistema sanitario nazionale, auspicata dai cittadini, resta il pubblico: il 60% degli intervistati ha dato la preferenza a un sistema esclusivamente o prevalentemente pubblico. Ma la stessa percentuale di cittadini si è detta insoddisfatta del servizio nella Capitale. <<

Lettori: 296.000

Messaggero Veneto

13-LUG-2011

Diffusione: 50.089

Dir. Resp.: Andrea Filippi

da pag. 11

IN COMMISSIONE

Alla sanità 38 milioni di euro

Assestamento di bilancio: in discussione l'abbattimento delle rette

UDINE

Oltre trentotto milioni di euro: sono le risorse per la spesa sanitaria che saranno inserite nell'assestamento del bilancio regionale che viene approvato a fine mese.

Teri le commissioni consiliari hanno proseguito i lavori sul testo presentato alla giunta. In seconda, terza e quarta commissione la maggioranza ha votato compatta a favore senza trovare particolari ostacoli. In tema di sanità, dopo la relazione degli assessori Vladimir Kosic e Roberto Molinaro, sono stati approvati articoli 8 e 9 (protezione sociale).

Al centro dell'attenzione soprattutto gli investimenti per l'edilizia ospedaliera e le disposizioni riguardanti i certificati di riammissione a scuola oltre i cinque giorni di assenza, l'abbattimento delle rette per non autosufficienti, gli interventi a favore delle case albergo per le persone non autosufficienti, le fonti di

**Molinaro in commissione**

provenienza delle risorse.

In seconda commissione voti compatti: l'esame più dettagliato è stato riservato all'articolo 2 in materia di attività economiche. L'opposizione ha attaccato in particolare il testo della giunta nella parte riguardante le risorse all'agricoltura e all'agroalimentare, e nelle modalità di sostegno alle imprese, criticando l'assessore all'Industria Federica Seganti e quello all'Agricoltura

ra Claudio Violino.

La quarta commissione ha approvato ancora a maggioranza gli articoli delle variazioni. Dopo le relazioni degli assessori Claudio Violino, Luca Ciriani e Riccardo Riccardi sui vari articoli, dall'ambiente al territorio ai trasporti, sono arrivate le repliche dell'opposizione. Il dibattito in commissione ha fatto emergere qualche novità in tema ambientale: Ciriani ha fatto sapere che oggi si svolgerà un incontro decisivo al ministero dell'Ambiente che permetterà lo stoccaggio dei fanghi dell'Aussa Corno, mentre un accordo siglato con la Regione Veneto permetterà di intervenire sui fanghi di Lignano e Aprilia Marittima.

L'assessore ai Trasporti Riccardi ha comunicato l'intenzione della giunta di presentare in Aula un emendamento che abroghi il limite di 270 giorni di validità delle domande per la prima casa.

(b.p.)

Sanità. Gli effetti della sentenza del Tribunale di Napoli

In Campania tornano in gioco debiti sanitari per 5 miliardi

Valentina Melis
MILANO

■ Vale cinque miliardi di euro il debito maturato dalle aziende sanitarie della Campania nei confronti delle imprese fornitrici di beni e servizi, fino al 31 dicembre 2010. A questa somma, che si riferisce agli anni passati, si aggiungono i debiti che stanno maturando per il 2011.

In questo scenario si inserisce la sentenza del tribunale di Napoli (sezione civile distaccata di Pozzuoli) che ha stabilito l'inapplicabilità, nei confronti delle Asl campane "morose", del congelamento delle azioni esecutive (si veda Il Sole 24 Ore di ieri).

La Regione Campania farà ricorso in Cassazione contro questa pronuncia (la Asl Napoli 2 Nord, peraltro, che era stata citata in giudizio dal Centro cardiologico Flegreo, è stata condannata in contumacia).

Fonti vicine al governatore e commissario ad acta per la Sanità regionale, Stefano Caldoro, definiscono «limitata» la portata della sentenza, perché la Regione ha già avviato la ricognizione del debito e la registrazione di 30 mila carte contabili, in vista dello sblocco dei pagamenti ai fornitori. Questa operazione dovrebbe concludersi, secondo i programmi della Regione, entro il prossimo mese di settembre. Inoltre, la Regione fa sapere che dovrebbe disporre, entro sei mesi, di risorse aggiuntive per 3,5 miliardi di euro, per far fronte ai debiti. Si tratta, in particolare, di 1,4 miliardi di euro pignorati e bloccati presso i tribunali, che ora dovrebbero essere sbloccati; di 680 milioni attesi dal ministero dell'Economia; di

322 milioni di fondi Fas a copertura di perdite 2008-2009; di 314 milioni provenienti da un mutuo del 2008 utilizzato solo in parte; di certificazioni per 750 milioni.

Entro l'anno, dunque, la Regione conta di poter garantire ai creditori la certificazione dei crediti o l'erogazione dei fondi, almeno in parte.

Analoghe garanzie arrivano dal senatore Raffaele Calabrò, consigliere per la sanità del governatore Caldoro: «La regione Campania ha già avviato, con il decreto 12 del 21 febbraio 2011, il pagamento delle spese ordinarie, per evitare di accumulare nuovi debiti, e, contestualmente, le procedure per la certificazione dei debiti pregressi, che non è affatto semplice, vista la situazione caotica di alcune Asl, come quelle di Napoli e Salerno».

Il presidente della sezione sanità dell'Unione degli industriali di Napoli, Giovanni Severino, fa notare però che «soltanto nelle Asl più virtuose le prime certificazioni dei crediti potranno ragionevolmente arrivare a fine anno. E comunque - aggiunge - a quel punto dovremo trovare le banche disposte ad acquistare questi crediti, versando interessi che possono oscillare dal 3% al 7 per cento». Per Severino, posto che riesca a chiudersi la partita dei debiti pregressi, resta quella dei pagamenti correnti, che in alcune Asl stanno avvenendo in misura parziale: «Se si bloccano anche i pagamenti correnti - spiega - molte aziende del comparto sanitario e farmaceutico sono a rischio sopravvivenza». Quanto alla sentenza del tribunale di Napoli sul bloc-

co dei pignoramenti, per Severino «può certo fare giurisprudenza, ma ogni Tribunale dovrà poi pronunciarsi autonomamente sugli altri casi pendenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'anticipazione



Nell'articolo pubblicato sul Sole 24 Ore di ieri è stata pubblicata la notizia sullo sblocco, da parte del tribunale di Napoli, delle azioni esecutive nei confronti delle Asl campane da parte di creditori. La decisione del Tribunale era avvenuta nonostante il Dl 89/2011, in vigore dal 6 luglio, avesse prorogato la sospensione proprio di questo tipo di esecuzioni. Secondo il Tribunale la Regione non aveva presentato la dettagliata ricognizione dei debiti prevista dalla legge.



La sanità del Lazio bocciata da 6 cittadini su 10

*I dati della ricerca
dell'Eures
Ciocchetti: usciamo
dal commissariamento*

di MAURO EVANGELISTI

Quasi sei cittadini del Lazio su dieci (il 57,4 per cento) sono insoddisfatti del servizio ospedaliero. E per il 51,4 per cento la qualità degli ospedali negli ultimi tre anni è peggiorata. Quella percentuale sale al 54,5 se si considerano solo gli abitanti della Capitale. E' quanto emerge da una ricerca condotta dall'Istituto Eures insieme a Il Diritto alla Salute Onlus (2.009 questionari telefonici nel mese di giugno). I dati sono stati presentati ieri dal presidente dell'Onlus, Luigi Canali. Secondo la ricerca, l'insoddisfazione ha tre motivazioni principali: i tempi di attesa (per il 75,5 per cento), i ticket (62,8 per cento), strutture poco accoglienti (60,3 per cento). Le critiche sono più accentuate tra le fasce economiche più deboli (62,8 per cento tra i meno abbienti a fronte del 48,3 per cento nel campione benestante). Inoltre un terzo dei cittadini del Lazio, per l'ultimo esame diagnostico o visita specialistica effettuati, si è rivolto al privato.

Ha commentato il vicepresidente della Regione, Luciano Ciocchetti che ha partecipato alla presentazione: «Stiamo svolgendo un lavoro di risanamento e rilancio della sanità dopo 20 anni di non

scelte da parte di chi ha governato questa regione. L'obiettivo è uscire dal più presto dal commissariamento. Bisogna sempre

mettere al centro le eccellenze della sanità del Lazio che ancora attirano anche da altre regioni e dall'estero diversi servizi. Penso, per esempio, a ciò che stiamo offrendo ai malati provenienti dalla Libia, dall'Afghanistan, dall'Iraq per i quali si sta per firmare un accordo. C'è una attenzione particolare verso la sanità del Lazio». Critico sui risultati della ricerca Esterino Montino, capogruppo del Pd: «Il rapporto Eures è una denuncia implacabile dei guasti provocati da un piano di riordino squilibrato e ingiusto. Per pareggiare i conti acuisce le disuguaglianze, infatti aumenta il numero di chi si rivolge al privato». Claudio Di Bernardino, segretario regionale della Cgil: «L'analisi sulla qualità e la sostenibilità economica della sanità nel Lazio presentata oggi dall'Istituto Eures rileva una notevole insoddisfazione da parte degli utenti verso i servizi ospedalieri. Chiediamo dunque alla Regione Lazio di convocare al più presto un tavolo con le organizzazioni sindacali per definire insieme l'uscita dal commissariamento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, ricerca Eures

Liste d'attesa: un cittadino su tre si cura dai privati Anziani insoddisfatti

Un terzo dei cittadini del Lazio si è rivolto di recente ai privati per una tac o una visita. La scelta di una struttura a pagamento, in 4 casi su 10 è stata suggerita dal medico di base. Ad essere più insoddisfatti dell'assistenza (6 su 10) sono gli over 65. È quanto emerge dal rapporto «Qualità e sostenibilità economica della sanità del Lazio» svolto dall'Eures e presentato ieri in un convegno. Nel suo intervento il vicepresidente della Regione, Luciano Ciocchetti (Udc), ha annunciato il passaggio di Luigi Canali (sindacalista e consigliere regionale della lista Marrazzo) nel partito di Pier Ferdinando Casini. «Sono pronto a mettere in campo tutta la mia esperienza per raggiungere obiettivi concreti specie per la sanità», ha detto Canali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Manovra. Oggi incontro Regioni-Governo. Sette le questioni cruciali

È in corso la Conferenza straordinaria convocata dalle Regioni in preparazione dell'incontro con il Governo fissato le 14,00 di oggi. Errani: "Così la situazione è ingestibile". Sul decreto le Regioni pongono "sette questioni tecniche che meritano una risposta urgente e che forse non dovremmo neppure stare qui a porre se si fosse seguita la strada della leale collaborazione istituzionale". Tra queste, il "giallo" sul blocco del turn over per la sanità".

13 LUG - "Il blocco del turn-over: vale per la sanità e anche per le Regioni con i bilanci in equilibrio?". È questa una delle sette questioni su cui le Regioni chiedono un chiarimento al Governo. Questioni che saranno affrontate nel pomeriggio di oggi, in occasione dell'incontro chiesto con urgenza dalle Regioni e finalmente convocato. Per questo il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, ha riunito stamani i presidenti delle Regioni in una Conferenza straordinaria per prepararsi all'incontro con il Governo.

Sul tavolo c'è la manovra e la richiesta, da parte delle Regioni, di profonde modifiche perché il decreto presentato dal Governo "schiaccia le autonomie", ha affermato Errani che, in particolare, sottolinea come per il Servizio sanitario pubblico sia "allarme rosso: il contributo al risanamento pesa per 8 miliardi nel biennio 2013-2014 sul Fondo Sanitario Nazionale". Questa condizione, sottolinea il presidente della Conferenza delle Regioni, "comporta l'impossibilità di siglare il futuro 'patto per la salute', giacché per sottoscrivere un patto le parti devono essere almeno due. E ciò significa mettere in soffitta uno strumento di collaborazione istituzionale tra Governo e Regioni che ha garantito la tenuta del sistema sanitario sia sul versante della erogazione dei servizi che sul versante economico finanziario, come riconosciuto da dalla stessa Corte de conti. Le conseguenze di questa manovra non solo compromettono i risultati fin qui raggiunti, ma porteranno purtroppo nei prossimi anni tutte le Regioni ad essere soggette ai piani di rientro sanitario e quindi ad aumentare l'imposizione fiscale dovunque". La situazione in sanità, secondo Errani, sarà inoltre aggravata dagli interventi che colpiranno il welfare con conseguenze gravissime per gli enti locali. "Segnalo solo il mancato finanziamento del fondo per la non autosufficienza e l'estrema esiguità del fondo per le politiche sociali".

E questo per quanto riguarda la sanità. Ma le critiche delle Regioni riguardano anche altri ambiti di intervento su cui le Regioni non intendono tacere perché "così la situazione è ingestibile". Per questo le Regioni hanno chiesto urgentemente un incontro con il presidente del Consiglio, a cui chiedono "un confronto leale e soprattutto la reale disponibilità a cambiare profondamente la manovra". Che pone anche altri interrogativi su cui Regioni ed enti locali chiedono risposte chiare. "Sette questioni tecniche aggiuntive che – conclude Errani - meritano una risposta urgente e che forse non dovremmo neppure stare qui a porre se si fosse seguita la strada della leale collaborazione istituzionale".

Ecco le 7 questioni poste dalle Regioni al Governo

- Le ricadute per le Regioni derivanti dalla riduzione delle dotazioni finanziarie dei Ministeri di cui all'articolo 10, commi 1-5 del provvedimento
- Le ricadute per le Regioni derivanti dal definanziamento delle autorizzazioni di spesa nel Bilancio dello Stato i cui stanziamenti annuali non risultano impegnati sulla base del Rendiconto 2008-2010 (articolo 10, comma 7)
- Le ricadute per le Regioni derivanti dalla riduzione dei termini per la perenzione amministrativa dei residui di cui all'articolo 10, comma 8. Le modalità per la riassegnazione delle risorse ai corrispondenti capitoli
- Le ricadute per le Regioni derivanti dalla revoca dei finanziamenti assegnati al Cipe per la realizzazione delle opere strategiche di cui all'articolo 32, comma 2 e le modalità di utilizzo dell'istituendo "Fondo infrastrutture ferroviarie e stradali"

- Gli indirizzi ed i criteri secondo i quali il Ministero dell'Economia e Finanze intende sviluppare fondi di investimento per la partecipazione in fondi di investimento immobiliari chiusi promossi dalle Regioni e dagli Enti Locali (articolo 33)
- Gli ulteriori tagli sul FAS: riguardano solo le Amministrazioni Centrali?
- Il blocco del turn-over: vale per la sanità e anche per le Regioni con i bilanci in equilibrio?

www.federlabitalia.com

Veneto. A Bassano referti medici direttamente nei pc degli utenti

L'iniziativa che permetterà di evitare file agli sportelli delle Aziende sanitarie, permettendo ai cittadini di ottenere la propria documentazione comodamente da casa, è il frutto del servizio 'Veneto Escape', di cui possono beneficiare i cittadini dell'Azienda Ulss 3 di Bassano (Vi). L'assessore alla Sanità, Luca Coletto, ha messo in rilievo "la rapidità nella fruizione dei servizi", e il "risparmio delle risorse per le Aziende", garantite dal progetto.

13 LUG - "Meno file e più files". È questo lo slogan scelto per il nuovo servizio, attivo da alcune settimane per i cittadini dell'Azienda Ulss 3 di Bassano (Vi), che permette loro di evitare forzate file agli sportelli delle Aziende sanitarie per ritirare i referti medici. L'iniziativa è parte del progetto 'Veneto Escape', promosso dalla Regione del Veneto e dal Ministero per la pubblica amministrazione e innovazione.

La procedura per scaricare il referto on line è stata studiata per facilitare anche chi non ha dimestichezza con l'uso degli strumenti tecnologici. L'utente, all'atto dell'accettazione del prelievo, riceve tre codici per accedere al servizio. Basterà, quindi, collegarsi al nuovo portale dell'Ulss, digitare i codici, accedere al referto e scaricarlo.

"Un importante progetto innovativo – ha affermato l'assessore alla Sanità, Luca Coletto – verso una più diffusa informatizzazione del settore sanitario, che partendo dal bassanese vorremmo estendere gradualmente a tutta la Regione. Mano a mano che questi processi entreranno sempre più nelle abitudini dei cittadini, a beneficiarne sarà l'intera organizzazione del sistema sanitario, garantendo agli utenti una maggior snellezza e rapidità nella fruizione dei servizi e all'Azienda un risparmio e l'ottimizzazione delle risorse".

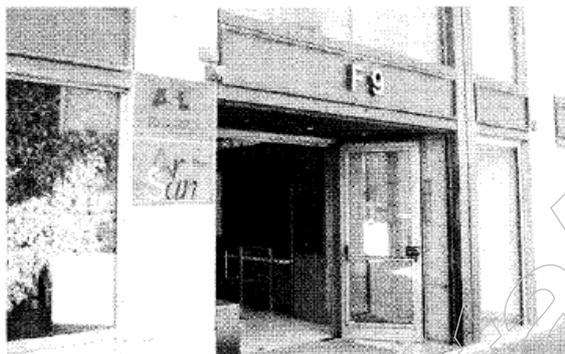
La sanità, il caso

Asl, via libera del Tribunale alle esecuzioni

Sentenza del giudice di Pozzuoli ma la Regione ha già adottato il piano di pagamento dei creditori

Il Tribunale di Napoli dispone per sentenza lo sblocco delle azioni esecutive nei confronti delle Aziende sanitarie locali.

Il provvedimento, emesso due giorni fa dal giudice civile del Tribunale di Pozzuoli, è destinato ad avere importanti conseguenze: dalla sentenza emerge che la legge prevede che la Regione Campania, per poter chiedere la sospensione delle azioni esecutive, è tenuta a predisporre una «dettagliata ricognizione dei debiti e un piano di pagamenti dei crediti, non presente in Campania». Via libera, dunque, ai creditori. La Regione, dal canto suo, proprio ieri aveva annunciato che era operativo il piano delle spettanze arretrate per chi ne



aveva diritto. I crediti correnti - questo aveva deciso il commissariato alla Sanità - vengono acquisiti da Sorsa con la finalità di alimentare la propria banca dati e di monitorare l'attuale situazione debitoria.

Dalla sentenza civile emergeva anche una critica al fatto che la Regione si sarebbe limitata a emanare un atto

Deficit

La sede dell'assessorato regionale alla sanità al Centro direzionale

generico che individua i debiti per macro-aree, ma non distingue debito per debito, la fonte di questi, l'origine e la scadenza, l'interesse maturato, i singoli creditori. La legge non voleva autorizzare le Asl a «non pagare» sostiene il giudice, in quanto illecito contrattuale, ma di prendere fiato rispetto a tutte le azioni esecutive, riorganizzarsi, mettere ordine nei conti e quindi pagare: non aver messo a punto un piano svuota di senso la legge.

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

Legge salva-spesa: arriva un salasso per il Ssn

REDAZIONE IL DENARO

– MARTEDÌ 12 LUGLIO 2011

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

Per la sanità è confermato il taglio di 7,950 miliardi. Il livello di finanziamento scenderà di 2,5 miliardi nel 2013 e di 5.450 miliardi nel 2014. Nessun dubbio dalla lettura della relazione tecnica che accompagna la manovra economica pubblicata in gazzzzetta ufficiale che conferma che per la Sanità ci sarà un salasso di 7,950 miliardi in meno di finanziamento, rispetto a quelli previsti con gli incrementi dell'ultimo triennio, concentrati nel 2013 e 2014. Nel 2014, in particolar,e il Ssn sarà finanziato con 5,450 miliardi in meno di quanto previsto dalle disposizioni in vigore prima della manovra, passando da 116,236 miliardi a 110,786. Per il 2013, invece, il livello di finanziamento sarà tagliato di 2,5 miliardi, scendendo così a 109,294 miliardi rispetto ai 111,794 previsti dal sistema vigente.

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

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

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

Nello specifico, qualora non si dovesse raggiungere un'Intesa tra Stato e Regioni la manovra specifica le quote percentuali e le aree di risparmio. Per il 2013, il 30% dei risparmi si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 40% dagli interventi sulla spesa farmaceutica, un altro 30% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici. Per il 2014, invece la parte del leone è affidata ai nuovi ticket che dovranno da soli garantire il 40% dei risparmi. Per il resto il 22% si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 20% dagli interventi sulla spesa della farmaceutica territoriale, il 15% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici e il restante 3% ad altre misure sul personale.

COSTI STANDARD

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

PIGNORAMENTI

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

FARMACI

Entro il 30 giugno 2012 dovrà essere emanato un regolamento, su proposta del Ministro della Salute di concerto

www.federlabitalia.com

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

Il tutto tenendo conto dei risparmi ottenibili dall'applicazione delle misure previste dalla manovra del luglio 2010 che stabilivano la determinazione di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente.

□

Tetto di spesa per i dispositivi medici e le protesi

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

TICKET

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

rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. Garantita, invece, la copertura di 486,5 milioni per la mancata introduzione del ticket di 10 euro sulle ricette per le visite specialistiche e la diagnostica (introdotto nel 2007 ma mai applicato) anche per i restanti mesi dell'anno 2011 (il finanziamento in vigore copre infatti solo 5 mesi dell'anno). Sparisce, dunque, nella norma pubblicata in Gazzetta, la frase che chiariva esplicitamente che dal 2012 sarebbe tornato in vigore il ticket di 10 euro. Ma per il 2012, non essendo prevista alcuna copertura la sua introduzione, salvo scelte diverse da parte delle Regioni o di un eventuale rifinanziamento a fine anno, non si può che dare per certa.

□

PIANI DI RIENTRO

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

□

ASSENZA DA MALATTIE

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

□

CONTRASTO ALLA POVERTA'

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

□

AIFA

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

□

LIBERALIZZAZIONE DEI SERVIZI

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

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

Le novità della norma

- **Impignorabilità dei fondi Asl:** proroga al 31 dicembre del 2012 nelle Regioni sottoposte a piano di rientro e commissariate
- **Ticket:** sparisce ogni riferimento per diagnostica, visite specialistiche e codici bianchi di pronto soccorso

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

www.federlabitalia.com