

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 14.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidiano **sanità.it**

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Patto per la Salute. Cgil: “La sanità sia occasione di crescita ed equità per il Paese”

“Il nuovo Patto per la Salute può diventare l’occasione per investire - proprio nella crisi - nel Servizio sanitario nazionale, pubblico e universale, come formidabile motore per la crescita e l’equità sociale. A partire dagli investimenti per il territorio. [Ecco il documento della Cgil](#)”

13 FEB - “Il nuovo Patto per la Salute può diventare l’occasione per investire - proprio nella crisi - nel Servizio sanitario nazionale, pubblico e universale, come formidabile motore per la crescita e l’equità sociale”. Ne è convinto il dipartimento Welfare e Nuovi Diritti-Politiche per la Salute della Cgil, che ha presentato le proprie proposte “per riqualificare i servizi e la spesa sanitaria” e rendere “più equo il sistema di compartecipazione, senza rinunciare all’obiettivo di arrivare, seppur gradualmente, al superamento dei ticket”.

Il documento “Sul nuovo Patto per la Salute”, a cui farà seguito, annuncia un ulteriore approfondimento sull’assistenza distrettuale cure primarie h 24, sottolinea però la necessità di scegliere una priorità e, secondo la Cgil, la migliore scelta “in tempo di crisi è investire nei servizi del territorio. Investimenti selettivi per aprire una rete diffusa di Centri per le cure primarie socio sanitari aperti h24 nel Distretto, in tutto il territorio nazionale, come alternativa forte e visibile al solo ricovero ospedaliero”. Questo, secondo la Cgil, “può dare un nuovo volto anche ai piani di rientro, passando dalle logiche dei tagli lineari, delle tasse e dei ticket - che colpiscono personale e cittadini - alla riconversione dell’offerta dei servizi, e quindi della spesa inappropriata, vera causa dei disavanzi sanitari concentrati in alcune regioni”.

Un ulteriore passo da compiere con il Patto per la Salute deve essere, secondo la Cgil, l’avvio del controllo di qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza, “che deve pesare quello sui bilanci economici, per garantire il diritto alla salute e alle cure dei cittadini”.

[In allegato il documento integrale con le osservazioni della Cgil per la definizione del nuovo Patto per la Salute](#) che, sottolinea la Cgil, deve essere elaborato anche con il coinvolgimento del sindacato confederale: “Solo una grande partecipazione alla costruzione del nuovo Patto potrà aiutare il nostro paese a crescere più giusto e più forte”.



Sul nuovo Patto per la Salute 2013 – 2015

Il nuovo Patto per la Salute può diventare l'occasione per investire - proprio nella crisi - nel Servizio Sanitario Nazionale, pubblico e universale, come formidabile motore per la crescita e l'equità sociale.

Il confronto deve coinvolgere anche il Sindacato confederale: solo una grande partecipazione alla costruzione del nuovo Patto potrà aiutare il nostro paese a crescere più giusto e più forte.

Ribadiamo qui le nostre proposte sul nuovo Patto, per riqualificare i servizi e la spesa sanitaria, e la disponibilità ad un confronto per rendere più equo il sistema di compartecipazione, senza rinunciare all'obiettivo di arrivare, seppur gradualmente, al superamento dei ticket.

*Per riqualificare il servizio sanitario nazionale, **scegliamo una priorità: in tempo di crisi investire nei servizi del territorio.** Investimenti selettivi per aprire una rete diffusa di Centri per le cure primarie socio sanitari aperti h24 nel Distretto, in tutto il territorio nazionale, come alternativa forte e visibile al solo ricovero ospedaliero.*

Questo può dare un nuovo volto anche ai piani di rientro, passando dalle logiche dei tagli lineari, delle tasse e dei ticket - che colpiscono personale e cittadini - alla riconversione dell'offerta dei servizi, e quindi della spesa inappropriata, vera causa dei disavanzi sanitari concentrati in alcune regioni.

Un'altra novità del Patto dovrà essere l'avvio del controllo di qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza, che deve pesare quanto quello sui bilanci economici, per garantire il diritto alla salute e alle cure dei cittadini.

Febbraio 2012

Cgil nazionale Dipartimento Welfare e Nuovi Diritti – Politiche della Salute

- **Finanziamento del Fabbisogno**

Occorre adeguare il finanziamento per il prossimo triennio per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (la Conferenza delle Regioni, pur rispettando i saldi dell'ultima manovra L. 111/2011, aveva proposto +2.500 milioni di euro nel 2013 e +5.000 milioni di euro nel 2014 e l'accisa tabacchi per abolire il super ticket valore 834 milioni). In ogni caso bisogna escludere i tagli "lineari" previsti nelle manovre finanziarie (Leggi 122/2010 e 111/2011) in caso di mancata Intesa Stato Regioni entro il 30.4.2012.

- **Investire nel cambiamento: con un finanziamento vincolato per l'assistenza distrettuale nei Centri Socio Sanitari h 24**

(per le proposte specifiche vedi il Documento CGIL "Assistenza continua "h 24" nel Distretto socio sanitario - *Linee Guida della contrattazione sociale: proposte per rilanciare l'assistenza distrettuale con le cure primarie*). Occorre dedicare una specifica linea di investimenti e di finanziamento corrente - e/o fondi di rotazione - vincolata ai piani di riconversione della rete ospedaliera a favore dei servizi territoriali e del superamento del divario nord/sud. In particolare per sostenere, nelle regioni con gravi disavanzi la riqualificazione dei servizi sanitari, indispensabile per il risanamento. Per questo serve una "massa critica" adeguata: tra risorse "nuove" e risorse ricavabili finalizzando più fondi, ad esempio: parte dei fondi spettanti alle regioni ma "congelati" per inadempienze (quasi tre miliardi anni 2009/2010) - che devono essere sbloccati purché vincolati alla riorganizzazione/riconversione dei servizi; parte delle risorse vincolate del Piano Sanitario Nazionale e dei Progetti cofinanziati; quota dei FAS e dei FSE dedicabili ai servizi socio sanitari, secondo il modello degli Obiettivi di Servizio, in particolare per quanto riguarda la non autosufficienza; lo sviluppo e l'integrazione dei servizi territoriali; fondo investimenti per l'innovazione edilizia e tecnologica sanitaria (ex art. 20 Legge 68/88), al quale vanno riassegnate le risorse tagliate con le ultime manovre finanziaria; fondi INAIL deliberati per l'attuazione delle Linee guida per le Politiche sanitarie; risparmi che devono restare nelle disponibilità delle regioni

- **Chi lavora sostiene il cambiamento:**

sbloccare effettivamente le assunzioni - turn over finalizzate alla garanzia dei LEA, confermando la contrattazione per sostenere la riconversione/riqualificazione dei servizi. Senza la contrattazione, che riconosca l'apporto delle lavoratrici e dei lavoratori alla qualificazione del SSN, non si sostiene il cambiamento, anche per le parti relative alle riorganizzazioni.

- **I Piani di rientro:**

bisogna dare un nuovo volto ai Piani di rientro. Sono serviti per evitare il rischio di un vero e proprio "default". Ma è evidente che non possono reggere a lungo - e nemmeno produrre risultati duraturi - se restano fondati solo su un mix "poco virtuoso", tasse, ticket e tagli lineari: misure che costituiscono per i cittadini un peso difficilmente sopportabile. Tanto più che i percorsi di risanamento non sono brevi. Mentre, come è dimostrato nelle regioni più "virtuose", il risanamento dei conti richiede tempo ed è strettamente collegato alla riqualificazione dei servizi per rendere più appropriata l'offerta. Lo dimostra la coincidenza tra buoni risultati di bilancio e migliore qualità dell'assistenza. Anche per questo deve essere possibile sostituire alcuni interventi "punitivi" (tasse e ticket, blocco assunzioni) con altre misure che abbiano un risultato economico corrispondente. E, soprattutto, sostenere le misure che producono una reale riorganizzazione/riconversione dei servizi, anche con investimenti ad hoc, necessari per ottenere successivamente risparmi stabili e duraturi. Perciò insistiamo per superare i commissariamenti, ristabilire una funzione degli organismi eletti dai cittadini e aprire finalmente un vero confronto con le parti sociali.

Cgil nazionale Dipartimento Welfare e Nuovi Diritti - Politiche della Salute

- **Usare i risparmi anche per nuovi servizi:**

Parte dei risparmi ottenuti (anche con i piani di rientro) vanno assegnati alla copertura del disavanzo e parte alla riconversione per aprire servizi alternativi a quelli che vanno chiusi. Devono restare alle regioni le risorse provenienti dai risparmi, anche se previsti dalle manovre economiche nazionali.

- **I Livelli Essenziali di Assistenza LEA prima di tutto:**

il controllo sui LEA offerti ai cittadini deve pesare quanto quello sui bilanci economici: unire il Tavolo nazionale verifica adempimenti (che si occupa soprattutto di bilanci) con il Comitato LEA, in un'unica struttura "Stato Regioni", che oltre a "valutare" possa intervenire a supporto e affiancando le regioni. Accanto al monitoraggio "quantitativo", delle performance e dell'assistenza ospedaliera, serve sviluppare quello sui LEA distrettuali e della prevenzione, sull'appropriatezza e sugli esiti.

- **Non Autosufficienza:**

Occorre dedicare un capitolo straordinario del Patto alla Non Autosufficienza. Si tratta di sostenere, anche con risorse adeguate, una proposta per garantire: prestazioni dei LEA ad alta integrazione socio sanitaria (Assistenza domiciliare integrata, Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (precisando indicatori di offerta e standard qualificanti) in modo particolare l'integrazione dei servizi, individuando modelli organizzativi funzionali al riconoscimento della centralità della persona e il diritto alla condivisione del Piano individuale di assistenza, come percorsi esigibili, Forme di copertura della quota "sociale" oggi a carico di Comuni o utenti (es. rette Rsa), Sostegno del lavoro di cura in ambito familiare, collegandolo alla rete dei servizi, Prevenzione per liberare anni di vita dalla disabilità.

- **Ticket:**

La spesa a carico dei cittadini continua ad aumentare. Sulle prestazioni specialistiche raggiunge ormai i 3,2 miliardi all'anno (2 miliardi ticket nazionali più 1,2 miliardi di ticket regionali) e vale 1,2 miliardi all'anno sulla farmaceutica, che continua crescere (+ 15,8% nel 2010). Il "superticket" in cifra fissa da 10 euro su ogni ricetta specialistica (valutato in 834 milioni anno) è stato rimodulato da diverse regioni, anche per evitare di rendere più convenienti le prestazioni a pagamento nel privato. Nel 2013, salvo modifiche legislative o altre forme di copertura decise con Intesa Stato/Regioni, è previsto che almeno due miliardi di entrate aggiuntive siano assicurate da nuovi ticket. Nel complesso si arriverebbe a quasi sette miliardi di spesa sanitaria, per prestazioni comprese nei LEA, a carico dei cittadini. Siccome non è stato dimostrato che il ticket induca maggiore appropriatezza, l'unica funzione certa è che serve a fare cassa. Occorre organizzare un "exit strategy", pur considerando la situazione economica. E in ogni caso è necessario rendere più equo e, più omogeneo nel paese, il sistema di compartecipazione, ed evitare che il ticket scoraggi il cittadino a rivolgersi al SSN, com'è accaduto con i super ticket da 10 euro.

- **La partecipazione democratica:**

costruire un modello di governance partecipativa. Con sedi di confronto nazionale e sedi di confronto in tutte le regioni. Tutti i processi di riorganizzazione dei servizi – in particolare i piani di rientro - se vogliono avere successo, devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione e un'ampia partecipazione.

FederLab Italia

Infine, tra i diversi impegni del precedente Patto non ancora attuati, segnaliamo:

- a) Tavolo Farmaceutica. Necessario allargare il “Tavolo Farmaceutico” alla partecipazione anche di soggetti indipendenti, sindacati e associazioni di tutela dei cittadini e dei consumatori.
- b) Regole Accreditamento. Il buon funzionamento del sistema di accreditamento deve salvaguardare il modello universale, la qualità del SSN, favorire il risanamento di alcune regioni, nelle quali il disavanzo si accompagna ad un’elevata spesa verso i privati accreditati. Si tratta di assicurare l’integrazione – e non la competizione - tra erogatori pubblici ed erogatori privati, strategie di coinvolgimento degli accreditati negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e di estendere il controllo rigoroso dei volumi di attività e della spesa nell’ambito della programmazione pubblica.
- c) Trasferimento della sanità penitenziaria nel Servizio Sanitario (e la effettiva chiusura degli OPG) che va completato, per garantire ai detenuti e i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

>> Itaipress

SANITA': RENATA POLVERINI INCONTRA COLLEGA CAMPANO CALDORO



13 febbraio (ITALPRESS) –

Sanita' al centro dei colloqui oggi a Napoli tra i governatori di Campania e Lazio Stefano Caldoro e Renata Polverini. "Entrambe le Regioni sono in piano di rientro – ricorda Caldoro -. Il nostro e' un percorso comune, una battaglia comune in sede nazionale per vedere riconosciuti parametri meno penalizzanti per il riparto del fondo sanitario nazionale". Altro tema di cui si e' discusso e' il trasporto pubblico locale, "che vede una certa persistenza di un sistema fuori dai costi standard, che riguarda una forte riorganizzazione del trasporto pubblico locale, un tema nazionale che ci vede insieme", aggiunge Caldoro. Renata Polverini e' a Napoli per presentare il documento programmatico della fondazione "Citta' Nuove". L'iniziativa e' promossa da Salvatore Ronghi, gia' vice presidente del Consiglio regionale della Campania, il quale spiega che "Citta' Nuove si pone quale sede di confronto sui grandi temi sociali ed economici del nostro Paese e per contribuire al rilancio della politica quale strumento fondamentale per far ripartire l'Italia dai territori"

<http://www.usl8.toscana.it/>

Prestazioni sanitarie: scattata l'operazione per il recupero dei ticket non pagati negli ultimi cinque anni.



Sono tremila i cittadini interessati: trenta giorni dalla comunicazione della Asl per mettersi in regola. Le cifre variano da pochi euro ad alcune centinaia. Poi la pratica passerà ad Equitalia, che applicherà le sanzioni.

AREZZO – Avevano autocertificato, per mero errore o scorrettezza, il loro diritto all'esenzione: ora però dovranno pagare. E' scattata così da inizio anno l'operazione di recupero avviata dalla Asl. Andrà avanti fino ad agosto ed interesserà i primi tremila cittadini della provincia di Arezzo che dal controllo incrociato delle banche date di Asl (che tengono conto anche delle patologie) e Ufficio delle Entrate, risultano non avere diritto, in tutto o in parte, a quelle esenzioni che invece hanno utilizzato.

L'Azienda sanitaria ha scelto di fare un invio scaglionato (cento a settimana), per consentire ai propri uffici di rispondere esaurientemente agli utenti che, inevitabilmente, chiamano per avere informazioni dettagliate.

La lettera inviata ai cittadini "morosi" è di natura bonaria, con la richiesta di mettersi in regola per il passato, senza sanzioni. Chi non lo farà entro trenta giorni dalla ricezione della missiva, vedrà passare la sua posizione ad Equitalia (società dell'Agenzia delle Entrate), che a quel punto provvederà in forma coattiva, con l'aggiunta di sanzioni.

Come già annunciato in autunno, è una iniziativa che punta a sanare una irregolarità sulla quale la Guardia di Finanza di Arezzo aveva condotto ad inizio del 2011 una operazione che portò alla scoperta di 80 evasori, per i quali scattarono sanzioni e denunce penali.

A parere della Asl, per gran parte dei 3.000 cittadini oggi oggetto della richiesta di pagamento, non si tratta di evasione, ma di scarsa conoscenza delle regole. La più comune è quella secondo cui "chiunque ha più di 65 anni ha diritto alla esenzione".

Sbagliato! Non è mai stato così (anche prima delle recenti normative sul ticket): i 65 anni devono essere affiancati ad una precisa condizione economica e cioè un reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro lordi annui.

La Asl8, assieme alla lettera, invia l'elenco dettagliato di tutte le prestazioni di cui il cittadino ha usufruito, con accanto l'importo del ticket non corrisposto, maggiorato degli interessi e le spese di segreteria. Si va da pochi euro fino ad alcune centinaia, per ognuno dei cinque anni presi in esame. E' evidente, quindi, che coloro che hanno usufruito di molte prestazioni durante i cinque anni, potrebbero trovarsi di fronte anche a conti piuttosto salati.

Ma non finisce qui: gli uffici amministrativi della Asl stanno lavorando anche ad altre tipologie di controlli. Il nuovo fronte è quello di chi ha dichiarato la esenzione dal ticket solo sulla base del reddito, fornendo però solo quello personale e non quello del nucleo familiare. Se saranno accertati casi di dichiarazioni fuorvianti, si procederà esattamente come nel primo caso.

ECCO LE REGOLE

Non sempre chi si rivolge alle strutture sanitarie, è in grado di spiegare allo sportello Cup se è esente o meno da ticket. Adesso, tutte le Asl della Toscana hanno attivato collegamenti automatici con l'Ufficio delle Entrate per accertare se i cittadini sono nelle condizioni economiche per ottenere l'esenzione o meno: il reddito da tenere in considerazione è quello familiare ai fini fiscali, e non quello personale (dichiarante, più coniuge e altri soggetti a carico).

Fino a pochi mesi fa il cittadino aveva la possibilità di autocertificare la condizione di esenzione da reddito. Dal primo dicembre scorso, per avere l'esenzione ci vuole un apposito certificato rilasciato dalla Asl.

Le dichiarazioni non conformi al vero costituiscono reato penale.

Risultano esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria i seguenti soggetti:

- i cittadini di età inferiore ai 6 anni e di età superiore ai 65 anni purché appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro annui;
- i disoccupati e i familiari a carico, purché il reddito complessivo del relativo nucleo familiare sia inferiore a 8.263,31 euro; incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico; la condizione di disoccupazione deve essere riferita al momento in cui si usufruisce della prestazione mentre il reddito di riferimento è quello dell'anno precedente;
- i titolari di pensione sociale e i familiari a carico;
- i titolari di pensione minima di età superiore ai 60 anni, ed i familiari a carico purché il reddito complessivo del relativo nucleo familiare, riferito all'anno precedente, sia inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico.



13/02/2012, ore 12:36

Rivellini: "sulla sanità si sveglia De Magistris"

L'europarlamentare Enzo Rivellini, Presidente dell'associazione Mezzogiorno di Fuoco, ha rilasciato la seguente dichiarazione: "La stampa oggi si occupa di sanità e dei livelli essenziali di assistenza a Napoli. La notizia che le mie denunce sull'Ospedale del mare producono gli effetti dovuti e le nuove nomine dei manager che confermano quello che non è più un dubbio ma una certezza, ovvero che a comandare non sono coloro che hanno incarichi istituzionali ma i soliti poteri forti che, Prima o Seconda repubblica, continuano a gestire la sanità, credo non facciano molto scalpore.

La vera notizia di oggi, piuttosto, è che anche De Magistris si occupa non solo dell'effimero ma anche della sostanza, ossia dell'assistenza sanitaria nella nostra città. De Magistris sa che da sempre e con grande coerenza, in sanità io non ho avuto timori per difendere i diritti dei pazienti a prendere posizioni scomode, consumando tra l'altro le soles delle scarpe per visitare ogni settimana tutti gli ospedali della regione.

E, quindi, se veramente fa sul serio e se anche lui non è d'accordo sulla riesumazione dei manager che nelle precedenti gestioni hanno ampiamente dimostrato di essere incapaci, non deve far altro che rispondere al mio appello superando le contrapposizioni ideologiche e collaborando per posizioni che non siano di parte ma puntino all'interesse ed al bene dei napoletani. In caso avverso vorrà dire solo che l'unica cosa che gli interessa è ottenere qualche titolo sui giornali".

<http://www.controluce.it/politica/politica-italia/item/52992-sanit%C3%A0-impegnative-on-line-e-diffusione-del-dr-cup.html>

Sanità: "Impegnative on line e diffusione del Dr.Cup"

Scritto da Pietro Bardoscia

Abbiamo letto l'intervista rilasciata recentemente dal Ministro per la Salute Renato Balduzzi in merito al Patto per la Salute, da noi fortemente criticato (famosa Bozza dei Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità delle varie Regioni), che deve essere pronto entro il 30 Aprile 2012;

ancora una volta siamo rimasti delusi per i contenuti espressi. Lo dice in una nota il Segretario Nazionale dell'Associazione per la tutela del Cittadino Assotutela Pietro Bardoscia.

Rimarcando per l'ennesima volta la nostra assoluta contrarietà ad ogni nuova forma di tassazione che gravi sui cittadini, proponiamo di puntare sulla diffusione delle impegnative on-line e sulla diffusione del modello Dr. Cup adottato nella Regione Lazio.

Utilizzando le impegnative solo per via telematica si produrrà un notevole risparmio economico evitando l'emissione cartacea di milioni di ricette prescritte ogni giorno in Italia dai medici per visite specialistiche, esami diagnostici e prescrizione farmaci, oltre ad un risparmio sulle spese di spedizione e consegna dei ricettari che vengono distribuiti ai vari ambulatori medici e nei vari Enti Ospedalieri. Inoltre si potranno recuperare ampi spazi all'interno delle strutture ospedaliere, oggi destinati all'archiviazione delle ricette, e si potrà impiegare il personale destinato a queste mansioni per altri servizi. Ma questo può diventare soprattutto un importante strumento di lotta all'evasione dal ticket sanitario monitorando con maggior scrupolo ed attenzione i cittadini che hanno dichiarato una esenzione per Stato Sociale o Reddito oltre ad avvalersi di Statistiche specifiche sul volume di impegnative emesse per la prescrizione di farmaci o prestazioni sanitarie, grazie all'ausilio di un Sistema Unico Ricettari – Medici Prescrittori - Farmacie, intervenendo sugli eventuali abusi o eccessi sino ai casi più estremi con truffe ai danni del Servizio Sanitario Nazionale come quelle documentate dalla Trasmissione "Le lene" sulle Farmacie.

Poi invitiamo il Governo a diffondere e potenziare il sistema Dr. Cup, già utilizzato nella Regione Lazio, che permette ai medici di base di poter prenotare telefonicamente, con un canale preferenziale, le visite specialistiche ed esami diagnostici strumentali per i casi urgenti entro le 48 – 60 ore. Questo sistema, una volta messo a regime, consente di tutelare il cittadino dandogli la possibilità di effettuare delle visite urgenti in breve tempo e soprattutto senza l'obbligo di ricorrere all'intramoenia (prestazioni a pagamento), ed inoltre consente di non ingolfare il Pronto Soccorso. Per renderlo efficace occorre innanzitutto un coordinamento tra i Medici di Medicina Generale e Specialisti che erogano gli esami, occorre un monitoraggio costante sulla correttezza delle prescrizioni, intervenendo sul medico di base qualora abbia "abusato" del Dr. Cup prescrivendo visite urgenti senza una reale priorità.

Ci rendiamo disponibili – conclude Bardoscia – ad un serio confronto con il Ministro della Salute e con i Tecnici delle varie Regioni sui questi temi, convinti che insieme ad altri provvedimenti come la Centrale Unica per gli Acquisti, l'accorpamento delle ASL con relativa riduzione dei Direttori Generali, Sanitari ed Amministrativi si produrranno risparmi per svariati miliardi di euro.

Ufficio Stampa Assotutela



Caos ticket sanitari, Sanjust: "Più chiarezza sull'esenzione"

Maggiore chiarezza sulle modalità per l'esenzione dal [ticket](#) sanitario. Nei giorni scorsi Carlo Sanjust, consigliere [regionale](#) Pdl, ha presentato un'interrogazione all'assessore alla Sanità: "Pensionati respinti agli sportelli per l'esenzione dal [ticket](#) sanitario. La Regione chiarisca meglio le reali condizioni richieste".

CAGLIARI - "Da diverse segnalazioni prevenute, e in alcuni casi particolari – si legge nell'interrogazione - sarebbe accaduto che, pensionati che si trovano nella condizione prevista dal codice E04, vale a dire a 'Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo [familiare](#) con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico', si sarebbero visti rifiutare il diritto di esenzione dal [ticket](#) nel momento in cui si sono presentati agli uffici appositi per inoltrare la richiesta".

«La motivazione più comune – precisa **Carlo Sanjust** - sarebbe stata quella che 'per aver diritto all'esenzione quando non si sono ancora compiuti i 65 anni di età, bisogna essere titolari di pensione al minimo senza dare alcuna importanza al reddito'".

Secondo il consigliere [regionale](#), invece, tale motivazione, non corrisponderebbe a quanto, invece, scritto in evidenza nei moduli per la richiesta di esenzione predisposti dalle Asl e da quanto fissato dallo stesso Ministero della [Salute](#). "Infatti – prosegue **Sanjust** - sia nel modulo prestampato relativo all'autocertificazione, sia nelle tabelle informative del Ministero della [Salute](#), alla casella E04 sono evidenziate, con chiarezza, le condizioni richieste per l'accesso all'esenzione dal [ticket](#) sanitario che, invece, negli uffici delle Asl non verrebbero accolte".

Per questo motivo, **Sanjust** chiede che l'Assessorato chiarisca meglio chi, davvero, avrebbe diritto all'esenzione sulla base del codice E04 e, nel caso, istruire ulteriormente gli addetti allo sportello al fine di offrire informazioni corrette al cittadino, sulla base di una univoca interpretazione a livello [regionale](#) e [nazionale](#), proprio riguardo il diritto di esenzione alla compartecipazione alla spesa sanitaria così da non ingenerare disguidi, perdite di tempo e/o ricorsi vari.

Link Sicilia

Giornale OnLine

Ticket, le proteste della gente

di Giulio Ambrosetti (13/2/2012)

Cosa rimane della sanità pubblica in Sicilia? Questa domanda è ormai una costante non soltanto tra gli operatori del settore, ma anche tra la gente comune che ne sta vedendo di tutti i colori. **Adesso, oltre al caos nei Pronto soccorso, ormai ordinario, c'è anche un altro problema: il ticket.** La riforma, varata oltre un mese fa con una legge voluta dal governo e approvata dall'Ars, ha gettato lo scompiglio tra migliaia e migliaia di persone. Che non sanno più a che santo rivolgersi.

La riforma, questo va da sé, è stata approvata dal parlamento dell'Isola per fare 'cassa'. La Regione è ormai in 'bolletta' con oltre 5 miliardi di euro di 'buco'. Da qui la 'riforma' del ticket per 'spennare' ulteriormente i cittadini siciliani. Ticket più 'salati', insomma, e una riduzione della fascia dei cosiddetti esenti dal pagamento ticket. In questa manovra, a quanto pare, il governo avrebbe un po' calcato la mano. **Tant'è vero che ci sono tanti cittadini che, in questo momento, non dovrebbero pagare il ticket e invece sono costretti a pagarlo. Perché? Per un problema di disorganizzazione burocratica che, guarda caso, sfavorisce il cittadino (che paga) e favorisce chi incassa il ticket. Un 'caso' ovviamente.**

Come 'casuale' è quello che succede nei laboratori di analisi. Quella che vi raccontiamo potrebbe sembrare un'assurdità, ma è la pura e dura verità. Uno spaccato di che cosa è, oggi, la sanità in Sicilia dopo la riforma "epocale" (la definizione, testuale, bontà sua, è del presidente della Regione siciliana, Raffaele Lombardo). Ecco la storia. Laboratorio di analisi convenzionato. Il cittadino va lì per un esame e paga un ticket di 38 euro. La Regione, per questo esame, paga al laboratorio di analisi 28 euro. **In pratica, il costo del ticket a carico del cittadino siciliano, per questo tipo di analisi, è superiore al costo della stessa analisi! Possibile? In Sicilia, dopo la riforma 'epocale', sì. Su questo e su altri aspetti i parlamentari del Pdl, Vincenzo Vinciullo e Marco Falcone hanno annunciato battaglia. Vedremo cosa succederà durante questa settimana.**

Del resto, non c'è molto da stupirsi. Avete mai provato una risonanza magnetica al ginocchio? Può capitare di averne bisogno. Certo, mettiamoci pure gli opportuni scongiuri, ma dobbiamo ammettere che può capitare a tutti di dover fare una risonanza magnetica al ginocchio. Arrivati al centro convenzionato, si compila il modulo e si paga prima. **La risonanza costa 100 euro. Il ticket 65 euro. In pratica, il ticket costa i due terzi del costo della prestazione. Bello,**

no?

Ragazzi, ammettiamolo: la Regione, che dovrebbe gestire la sanità pubblica nell'interesse dei cittadini, si comporta invece come un privato che punta a massimizzare i profitti. Già, i privati. Ora che ci pensiamo, qualche mese fa il parlamentare regionale del Pd, **Pino Apprendi**, durante una seduta di Sala d'Ercole, tirò fuori una strana storia. A suo avviso, i soldi del ticket, invece di finire nelle 'casse' della Regione, rimangono nelle tasche dei privati. Il governo regionale – e l'alta burocrazia dell'assessorato regionale alla Salute – prima hanno negato, poi hanno spiegato che esiste una sorta di compensazione tra Regione e privati. Storia strana. Misteriosa come certe iniziazioni massoniche. Andiamo a chiedere ad Apprendi se ha cambiato idea. **“Per niente – ci risponde -. L'ho detto in Aula e lo ripeto: ci sono decine di milioni di euro di euro di ticket – soldi pagati dai cittadini siciliani – che rimangono ai privati. Su questa storia aspetto ancora i chiarimenti”**.

FederLab Italia

Il pianeta sanità

Bortoletti sfodera gli artigli: «Risparmiati 20 milioni»

Show del commissario Asl in un convegno a Firenze
«E non ho chiuso ospedali»

Gianni Colucci

«Ho fatto risparmi senza chiudere ospedali, sarebbe stato immorale». In un convegno a Firenze a cui ha partecipato nel giorno successivo al suo reinsediamento, il commissario dell'Asl Maurizio Bortoletti tenta l'esercizio di dialogo a distanza con l'opinione pubblica di Salerno. Sceglie come palcoscenico il centro di formazione dell'azienda sanitaria di Firenze. E racconta la sua esperienza di gestione di un'azienda commissariata. Partendo da una domanda: «Com'è stato possibile passare da una perdita di 749 mila euro al giorno per 27 mesi a una perdita di 970 mila euro nell'intero III trimestre 2011». Que-

sto, in sintesi, il risultato della sua gestione che però non ha portato alla chiusura di nessun ospedale (anche quelli con reparti doppione o senza requisiti di sicurezza) e ha avallato progetti faraonici e visionari come l'ospedale unico della Valle del Sele.

In questo contesto, Bortoletti rivendica di aver «riaperto il pronto soccorso di Nocera (lavori fermi da anni); riattivato completamente l'ospedale di Sarno (inutilizzato da anni); valorizzato il presidio di Pagani ove per la piastra di emergenza sono stati spesi fino ad alcuni anni fa diversi milioni di euro». Bortoletti riconosce la sussistenza di molti problemi: manca la certificazione prevenzione incendi in nove ospedali, da Sapri ad Agropoli e a Nocera e in poliambulatori e altre strutture dell'Asl. Ma si sfoga dicendo di aver lavorato «senza la possibilità di sostituire nessuno tra i dirigenti che sono stati parte, protagonisti o spettatori del disastro». E denuncia scandali da procura della Repubblica: apparecchiature consegnate e non collaudate, strumenti inutilizzati nei sottoscala, tessere carburante in numero superiore ai mezzi, decine di mezzi fermi da anni per blocco amministrativo, beni aziendali in uso ad altri enti pubblici pagando bolli e assicurazioni. Confermando che, «senza chiudere nulla (tranne un presidio riconvertito dopo un sequestro del Nas di piastra operatoria e farmacia), senza tagliare nulla», è andato avanti; spiega che «sarebbe stato immorale privare i salernitani di servizi per colpa di chi ha gestito in questo modo la sanità».

E constatando che «negli ultimi tre mesi del 2011 risparmi per 19,27 milioni con gli ultimi due trimestri dell'anno in pareggio operativo». «Nessuno si vergogna, nessuno fa autocritica», dice il colonnello, prendendosi con la stampa che, sottolinea, «tanto peggio andavano i conti tanto minore era l'interesse



Con l'assessore Bortoletti insieme con l'assessore Odierna

per la disastrosa situazione aziendale».

Infine, presenta un documento di fine dicembre dell'area generale di coordinamento della Regione da cui si evince che ci sono stati risparmi per 11 milioni alla voce beni e servizi, 15 per la farmaceutica, 50 per il personale (totale 168 milioni di euro), ma la lettera dice pure che al terzo trimestre 2011 l'Asl non rispetta gli obiettivi su assistenza specialistica esterna psichiatria residenziale e in generale «non ha rispettato l'obiettivo del pareggio di bilancio».

Sul suo incarico infine, dice Bortoletti: «L'autorizzazione per l'espletamento del nuovo incarico nel 2012 è stata richiesta il 12 gennaio. L'autorizzazione del ministero della Difesa è stata concessa il 20 gennaio. Il 24 gennaio la Regione ha interloquuto chiedendo al ministero un chiarimento. Il 31 gennaio il ministero ha superato l'obiezione della Regione». Ma non chiarisce se l'incarico commissariale richiede quel «comando» sollecitato dalla Regione (perché non ci sono soldi per pagare, ha fatto sapere Caldoro) a cui sopperisce con la certificazione di un incarico di docenza la scuola carabinieri a Roma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La denuncia
Sfogo in pubblico
contro
la stampa:
nessuno
si vergogna
nessuno
fa autocritica

▶ Management ◀

Nuove tecnologie per i medici e per i pazienti

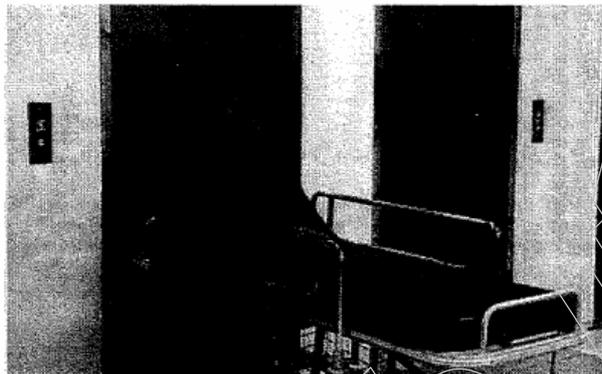
DI MAURIZIO MOTTOLA

Il corso di formazione sull'innovazione in Medicina (Innovazione tecnologica, nuovi profili di cura), organizzato dalla sezione di Napoli "Polimnia Marconi" dell'Associazione italiana donne medico (Aidm) ha puntato i riflettori sui nuovi strumenti a disposizione del medico per la formazione e per le scelte manageriali. La Formazione a distanza e l'e-learning le leve sulle quali agire in questo settore del management sanitario.

L'accento è sulla necessità di una formazione indipendente e sulle cure per la salute attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie. Quindi l'analisi dell'interfaccia Brain-Computer con l'illustrazione di uno strumento innovativo per gestire gravi disabilità. Ed a seguire anche la psicocologia, che intende favorire quei processi che consentono alla famiglia ed al gruppo di riferimento di sviluppare la flessibilità per adeguarsi a tale evento stressante, che in tal modo diviene occasione per riscoprire valori più intimi ed emozioni che condivise diventano nutrimento affettivo. La seconda sessione ha aggiornato i presenti sulle nuove tecnologie disponibili in pediatria (l'ipotermia che promette tanto per i neonati con encefalopatia), in neurologia (deep brain stimulation) con un ampio, dotto excursus su una possibilità terapeutica ancora tutta da esplorare, in neuroimaging (tecniche avanzate in Risonanza Magnetica cerebrale) ed in cardiologia (nuovi metodi di controllo remoto, attualmente in grande positivo sviluppo). La terza sessione ha permesso di analizzare quanto si può fare di nuovo per alcune malattie metaboliche e come si possono utilizzare le cellule staminali, ormai uscite dalla sperimentazione e presenti nell'attuale bagaglio terapeutico, ma sempre con interessanti prospettive per il futuro. Risposta ai farmaci legata al proprio patrimonio genetico ed individualizzazione di terapia (target therapy), con l'aggiornamento su nuovissimi farmaci a disposizione per il melanoma, sono stati i temi che hanno concluso la terza sessione. La quarta sessione è sembrata allontanarsi dal tema centrale del corso: infezione da HIV e soprattutto tubercolosi, malaria e lebbra sono storia non solo della medicina ma anche dell'uomo. Ma nuovo è lo scenario: popoli migranti e tropicalizzazione del clima giustificano la rinnovata attenzione verso queste patologie, che i medici occidentali di oggi devono re-imparare a riconoscere e curare, magari utilizzando approcci nuovi (polichemioterapie, diagnostiche semplici, attenzione al tessuto socio-economico). Però la curiosità per la tecnica non deve far dimenticare che in medicina sempre di più il robot chiede l'intermediazione fondamentale dell'uomo e la sua capacità ancora ineludibile del "farsi carico" del rapporto con il paziente.

▶ I conti in rosso ◀

Ripiano del debito, immobili in vendita



Ripiano del debito: la Regione accellerà. Stretta di Palazzo Santa Lucia sulla manovra di azzeramento della debitoria progressiva che passa non solo per accordi transattivi e certificazioni del debito ma anche per la vendita e messa a reddito dei gioielli di famiglia. Ossia l'alienazione del patrimonio immobiliare (case e terreni) di Asl e ospedali, sia strumentali che non strumentali alle attività sanitarie. Il tutto da tradurre in una nuova legge che nasce come delibera di giunta e da portare a stretto giro in Aula per un'approvazione lampo visto che si tratta di attuare uno dei palazzi fissati dalla Finanziaria regionale sul terreno del ripiano del debito strutturale della Regione. La norma dovrebbe dunque approdare in Aula nei prossimi giorni un autonomo disegno di legge sulla scorta di quelli presentati a fine anno dall'assessore regionale al Bilancio **Gaetano Giancane**, poi integrato con una proposta a firma dell'assessore al Welfare **Ermanno Russo**. Le direzioni generali delle Asl sono state intanto allertate per acquisire suggerimenti nel senso della facilitazione e semplificazione delle procedure e per superare i paletti fissati dalla legge regionale n. 32 del 1994. Previsto, ad esempio, che le risorse derivan-

ti da alienazioni patrimoniali delle aziende (strumentali e non) autorizzate dalla Giunta regionale, siano destinate a spese di investimento per finalità coerenti con la programmazione sanitaria regionale. Inoltre sarebbe consentita l'alienazione del patrimonio strumentale, con le procedure previste dalla Finanziaria regionale 2012 qualora l'intero ricavato sia reinvestito in analogo investimento strumentale più rispondente alle esigenze aziendali. In pratica sarebbe possibile vendere immobili poco funzionali sia per fare cassa sia per acquistarne altri maggiormente rispondenti alle esigenze sanitarie. Di più, gli eventuali avanzati di amministrazione sarebbero utilizzati dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente nonché, per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione sindacale, secondo modalità e limiti previsti dagli accordi regionali decentrati. Tutta da definire la partita relativa alla copertura del debito storico su cui già nel 2004 la Regione ha legiferato.

▶ 17

▶ Prevenzione ◀

Le Terme antico presidio di Salute

 DI ANTONIO VARRICCHIO
presidente onorario Aivas
(associazione italiana vie aeree superiori)

Valorizzare le terme e le cure idropiniche come alternativa alle terapie farmacologiche, avviare corsi di formazione ad hoc per medici e pediatri, attivare strategie di management sanitario tese al contenimento e corretto utilizzo delle risorse finanziarie per le cure in ambito otorinolaringoiatrico: sono questi gli obiettivi del protocollo d'intesa siglato nei giorni scorsi presso la sede dell'Unione industriali di Napoli, tra la Regione Campania, Federterme, la Fondazione per la ricerca scientifica termale (Forst), l'associazione italiana vie aeree superiori (Aivas). L'intesa sarà recepita a stretto giro in un'apposita delibera di giunta regionale che avvia un programma di studio e ricerca finalizzato a valorizzare le acque termali della Campania e informare i medici prescrittori riguardo le indicazioni e le controindicazioni delle metodiche applicative termali e delle acque minerali in patologie che possono beneficiare della terapia termale anche alla luce delle nuove acquisizioni scientifiche. Tale programma avrà la durata di due anni ed è realizzato con i partner della regione individuati nel protocollo d'intesa.

Il corso ha lo scopo di migliorare le conoscenze della medicina del territorio sulle acque minerali curative termali in Campania e fa parte di un progetto più ampio, che l'Aivas la nostra associazione sulle Vie aeree superiori, sta realizzando, in collaborazione con Federterme e con la Regione Campania.

L'intento è rilanciare il termalismo in Campania, rivalutandolo ed, innanzitutto, facendone meglio conoscere il suo preminente ruolo: quello terapeutico. Troppo spesso, purtroppo, il soggiorno termale è stato considerato, semplicisticamente, solo un'occasione per recuperare le energie psico-fisiche, esaltandone, quindi, il suo aspetto ludico. Frequente è la constatazione, ancora oggi, che, nell'ambito sanitario, le acque termali sono poco considerate o, quel che è peggio, mal conosciute benché siano state tramandate, fin dalla lontana antichità, le loro grandi capacità terapeutiche. Se, a tutt'oggi, esse vengono ancora definite "farmaci senza tramonto lo si deve ad una sorta di passa-parola, convinto, entusiasta e disinteressato, da paziente a paziente per i brillanti a volte inaspettati, risultati conseguiti. L'arma vincente della Medicina rimane la Prevenzione: il successo delle cure termali, in tante patologie di organi e apparati, è dovuto, fuori dubbio, proprio al loro peculiare ruolo preventivo decisamente determinante nelle infezioni ricorrenti dell'età pediatrica, specie in quella prescolare, quando il sistema immunitario non è ancora completamente maturo o quando è depresso, per infezioni virali o per l'uso, a sproposito, di terapie sistemiche antibiotiche o cortisoniche. E allora sono un vero tesoro nascosto per la salute e l'economia i 91 presidi termali campani.

DI ETTORE MAUTONE

► Uomini & Sanità. 1 ◀

Bianchi e Menduni: primo confronto in giunta

Si riunisce oggi l'Esecutivo di Palazzo Santa Lucia: all'ordine del giorno la nomina del nuovo manager del Ruggi Valzer di poltrone a Caserta: Bottino potrebbe andare all'Asl

Scade giovedì 22 febbraio il mandato di **Attilio Bianchi** al timone dell'azienda ospedaliera Ruggi d'Aragona di Salerno. La giunta regionale già oggi potrebbe decidere sulla successione. Le ipotesi in campo sono due: la nomina di un nuovo direttore generale, da pescare nell'elenco regionale e sulla base di un equilibrio politico tra Pdl e Udc ovvero la proroga a Bianchi fino a al prossimo ottobre in modo da concedere al manager di condurre in porto le prime lauree triennali attivate nel 2009 nella facoltà di medicina dell'Ateneo di Salerno. Non a caso Bianchi fino a mercoledì è a Roma per accompagnare la firma del decreto del ministero sui corsi di laurea.

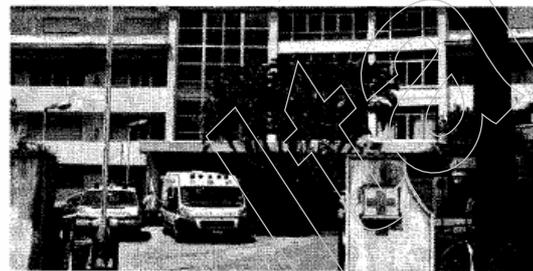
ASL DI CASERTA

Intanto si profilano grandi manovre. all'orizzonte, sul fronte della nomina della Sanità in Terra di Lavoro. Qui le notizie dell'ultimora darebbero per imminente un clamoroso valzer di poltrone con un passaggio di consegne tra il manager dell'azienda sanitaria **Paolo Manduni** (al quale la giunta regionale intenderebbe revocare il mandato) e **Franco Bottino**, attuale vertice dell'azienda ospedaliera San Sebastiano, l'unico tra i direttori generali di nuova nomina ad aver completato i quadri della direzione strategica designando **Diego Paternostro** alla direzione sanitaria (in quota Pdl espressione del presidente del Consiglio regionale **Paolo Romano**) e **Luigi Patruno** alla direzione amministrativa (in quota Udc ex direttore amministrativo della Asl Napoli 1 e del Cardarelli).

A pesare sulla decisione dell'Esecutivo di Palazzo Santa Lucia ci sarebbero le iniziative assunte da Menduni (manager vicino al sindaco di Roma **Gianni Alemanno**). In particolare la nomina di **Gaetano Danzi** alla direzione sanitaria contro il parere contrario della politica locale e regionale. Di più: per la direzione amministrativa Menduni percorre l'inedita strada dell'avviso pubblico (il bando scade venerdì 17 febbraio). La procedura prevede che gli aspiranti direttori in possesso dei requisiti, e già inseriti nell'apposito albo regionale degli idonei, presentino domanda con la consegna dei titoli. La selezione sarà tuttavia attuata in base all'insindacabile giudizio del direttore generale Menduni. In corsa ci sarebbero **Raffaele Crisci**, ex direttore del dipartimento economico della Asl Caserta 1 (manager considerato vicino ai socialisti italiani facenti capo all'ex consigliere regionale **Giuseppe Saggiocco**, **Franco Balivo**, ex responsabile del servizio economico-finanziario della ex Asl Caserta 2 e attuale direttore del dipartimento economico-finanziario, personale e Affari generali della Asl. Quest'ultimo recentemente è in-



Attilio Bianchi



L'ingresso dell'ospedale Ruggi di Salerno

I manager in carica

Azienda	Direttore Generale	Direttore sanitario	Direttore amministrativo
• Asl Napoli 1:	Maurizio Scoppa	Emmesto Esposito	Carlo Bruno
• Asl Napoli 2 nord:	Giuseppe Ferraro	Agnese Iovino	Nicola Cantone
• Asl Napoli 3 sud:	Maurizio D'Amora	(da nominare)	(da nominare)
• Asl Caserta:	Paolo Menduni	Gaetano Danzi	(da nominare)
• Asl Salerno:	Maurizio Borroletti	Sara Caropreso	Marisa Annunziata
• Asl Avellino:	Sergio Florio	(da nominare)	(da nominare)
• Asl di Benevento:	Michèle Rossi	(da nominare)	(da nominare)
• Ospedale di Avellino:	Giuseppe Rosato	(da nominare)	(da nominare)
• Ospedale di Benevento:	Michèle Rossi	(da nominare)	(da nominare)
• Ospedale di Caserta:	Franco Bottino	Diego Paternostro	Luigi Patrone
• Cardarelli	Rocco Granata	Patrizia Caputo	Daniela Giurazza
• Santobono	Anna M. Minicucci	Enrico De Campora	Salvatore Guetta
• Monaldi-Cotugno-Cto	Antonio Giordano	Antonella Troiano	Nicola Silvestri
• Ospedale Rummo	Nicola Boccalone	(da nominare)	(da nominare)
• Ruggi di Salerno	Attilio Bianchi	Virginia Scafaro	Lucia Musti
• Aou Federico II	Giovanni Persico	(da nominare)	(da nominare)
• Aou Sun	Pasquale Corcione	Maurizio Di Mauro	Elio Costa
• Pascale	Tonino Pedicini	Sergio Lodato	Loredana Cici

A Salerno e Napoli gli unici commissari che restano in carica fino al prossimo luglio

ciampato in unacensura della Corte dei conti (vicenda su cui indaga anche la Procura della Repubblica di Santa Maria Capua Vetere) per alcune consulenze scoperte dalla Sorsa in merito alla realizzazione del Dea di II° livello di Capua mai realizzato. Sul fronte della programmazione la giunta intende contestare a Menduni le rivolte sindacali scaturite dalle scelte organizzative. All'indice anche i ricorsi al Tar per l'avviso pubblico per la scelta dei direttori di distretto con l'impugnativa fatta scattare da **Diego Colaccio**, attuale vertice del distretto di Teano, e **Verniero Vicario** a capo del distretto di Sessa Aurunca. Nominare in solidità, infine, anche per le commissioni come quella per gli invalidi civili. Tutte questioni che hanno portato alla rottura dei rapporti tra Udc e Pdl con una dura presa di posizione del presidente della Provincia di Caserta **Domenico**

Zinzi che difende le prerogative del territorio nella scelta dei direttori. A pesare anche la mancata designazione di **Franca Cosima Cincotti** manager di area Udc. Addirittura Zinzi minaccia di rompere l'alleanza, nelle prossime amministrative - in particolare quelle di Aversa - stringendo un nuovo patto con il Terzo polo. A fare da paciere c'è al lavoro il commissario regionale del Pdl **Nitto Palma** accorso a Caserta a più riprese per tentare di ricucire lo strappo. Sempre per la direzione amministrativa della Asl ci sarebbe in corsa **Franco Ovaio**, ex direttore amministrativo a Caserta, area Pdl vicino al consigliere regionale **Angelo Polverino**. Se Menduni terrà le posizioni per Bottino potrebbe profilarsi anche un mandato al Cardarelli laddove per **Rocco Granata** resta in piedi la procedura di contestazione avviata a ottobre dello scorso anno.

GLI ESAMI NON FINISCONO MAI

Si avvicina intanto la data degli esami per i direttori generali e delle aziende ospedaliere. In vista la verifica in itinere a tre anni dal mandato per direttori con mandato quinquennale come **Anna Maria Minicucci** al comando dell'ospedale Santobono e **Antonio Giordano** al timone dell'azienda dei colli. Entrambi hanno lavorato con profitto: la Minicucci risanando i conti e qualificando l'assistenza, Giordano traghettando senza scossoni la fusione delle tre aziende collinari Monaldi, Cotugno e Cto. La commissione di verifica, alla quale la giunta ha concesso un mandato di proroga, dovrebbe dare il responso sulla base di una serie di dati in corso di acquisizione che si intrecciano a doppio filo con i lavori della commissione interministeriale sul piano di rientro.

DI ETTORE MAUTONE

► I conti in rosso. 1 ◀

Operazione Soresa 3: lavori in corso in Regione

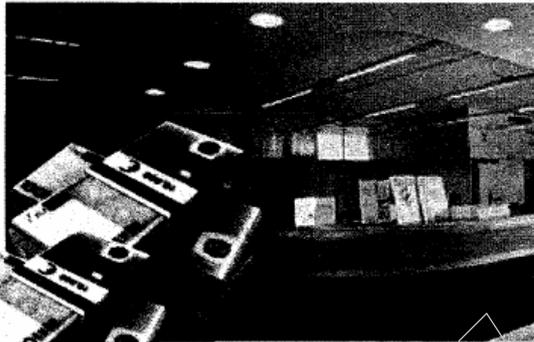
Dopo l'allarme delle banche con Deutsche e Biis (Banca infrastrutturale, innovazione e sviluppo) che chiudono i rubinetti alla certificazione dei crediti dei fornitori della Asl Napoli 1, invocando, per le altre aziende sanitarie, la riedizione in forma riveduta e corretta del decreto 12 del febbraio 2011, la Regione corre ai ripari e riattiva, presso la struttura commissariale, il tavolo di lavoro per procedere alla definizione della norma quadro relativa agli accordi transattivi con le associazioni di categoria della Sanità privata.

L'obiettivo è spostare lo spread sulle operazioni di cessione dall'Euribor più 200 punti base (previsto dal decreto di un anno fa) al tasso d'interesse dei Bot a 12 mesi. L'ultima riunione del tavolo di lavoro si è svolta venerdì all'isola C 3 del Centro direzionale. L'obiettivo è produrre in tempi brevi i correttivi annunciati alla manovra di rientro dal debito storico delle

Asl per il decollo della cosiddetta manovra Soresa 3. Come anticipato dal *Denaro* nei giorni scorsi, l'8 febbraio scorso gli istituti Deutsche bank e Biis (Banca infrastrutture innovazione e sviluppo) del gruppo Intesa San Paolo, inviano una nota alle imprese cessionarie, in cui comunicano che non intendono procedere all'acquisto di altri crediti certificati dell'Asl metropolitana almeno fino a quando la stessa risulterà inadempiente con il pagamento di posizioni debitorie inerenti precedenti delibere regionali finalizzate allo scopo. Di più, le banche sono in attesa, per le altre Asl, che la Regione aggiorni le regole per la cessione dei crediti prosoluto (contenute nel decreto commissariale n. 12 del febbraio del 2011) cambiando l'indice di riferimento dall'Euribor a quello dei Bot a 12 mesi.

IL DEBITO STORICO

Quella dell'azzeramento del debito pregresso delle Asl è una storia antica. Dopo l'operazione Soresa 1 datata 2005, che ha cartolarizzato, non senza difficoltà, debiti delle Asl per oltre 2 miliar-



di euro, all'avanzare delle azioni di risanamento del Servizio sanitario regionale, culminato nel piano di rientro dal debito, non è andato avanti con lo stesso passo il fronte deputato ad aggredire la zavorra debitoria del passato. Tanto che all'atto dell'insediamento la giunta Caldoro ha persino pensato a una gestione liquidatoria per

separare la spesa corrente da quella pregressa. Palazzo Santa Lucia negli ultimi anni ha adottato diverse delibere di merito: la 541 e 1.627 del 2009 poi aggiornate con l'ormai famigerato decreto commissariale n. 12 del febbraio del 2001 a sua volta emendato dal n. 48 del 20 giugno scorso.

Obiettivo di questi regolamenti è condurre in porto con accordi di transazione e il riconoscimento

di una quota interessi (sui crediti delle imprese cetti, liquidi ed esigibili) intese in grado di frenare il contenzioso saldare con fondi liquidi e certificazioni dei crediti le partite insolute di precedenti annualità.

Ora il meccanismo, per Napoli 1, si è inceppato.

SECONDA CESSIONE

Le banche, a più riprese, hanno manifestato alla Regione l'esigenza di aggiornare il decreto 12 alle attuali condizioni di mercato. Propongono di cambiare l'indice di riferimento dall'Euribor a quello dei Bot a 12 mesi. Modifica che la Regione si appresta a recepire. Le Banche hanno fiducia e dunque hanno deciso di dare seguito ad una seconda cessione che riguarderà tutti i cedenti che hanno già stipulato l'atto transattivo entro il 16 febbraio e comunque prima della cessione che si stima sia condotta in porto entro il prossimo 20 febbraio. Lo stop, dunque, riguarda solo Napoli 1.

ASL NAPOLI 1 - Aziende ospedaliere e policlinici cannibali di Na 1.

“Le aziende ospedaliere e i policlinici universitari saccheggiano l'Asl Na 1 ed affossano la sanità nelle altre province della Campania”. Così **Vincenzo D'Anna** (Popolo e Territorio), presidente nazionale di Federlab (il sindacato dei laboratoristi italiani), commenta la notizia del dimezzamento del debito corrente dell'azienda sanitaria partenopea annunciata dallo stesso Scoppa. “Finalmente - prosegue D'Anna - comincia a trapezare un raggio di luce dal cupo tunnel dell'immane debito accumulato dall'Asl Napoli 1 che, nonostante il proficuo lavoro svolto dal commissario Maurizio Scoppa, continua ad essere il tallone d'Achille dell'intero sistema regionale creando un effetto domino sulle reti sanitarie delle altre province della Campania”. Il riferimento è al fatto che Cardarelli, Monaldi, Santobono, Pascale e i policlinici contabilizzano prestazioni non in base ai Drg bensì sulla base dei costi sostenuti, cifre di gran lunga superiori a quelle dovute”.



Accreditamenti: firmato il decreto, ora la pubblicazione

Accreditamenti delle strutture sanitarie private: firmato il decreto commissariale che sblocca l'iter per l'accesso alla piattaforma informatica della Soresa destinata ad accogliere, nei prossimi venti giorni, oltre 5 mila istanze di altrettanti centri sanitari. La pubblicazione del provvedimento è ormai questione di giorni. Venerdì 17 febbraio o al massimo lunedì 20.

In base al decreto in fase di pubblicazione la dichiarazione di possesso dei titoli per poter erogare prestazioni sarà sottoscritta dagli

stessi titolari dei centri sanitari. Tra le novità, come anticipato nei giorni scorsi dal *Denaro*, il ricorso all'autocertificazione come strumento burocratico-amministrativo per comprovare il possesso dei requisiti previsti dalla legge e dunque erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale. Una misura che ha suscitato la dura reazione del leader della Federlab **Vincenzo D'Anna**, tra l'altro parlamentare del Pdl deputato di Popolo e territorio e presidente dell'associazione di categoria Federlab Italia. La semplice

memoria giurata e controfirmata dei titolari dei centri sanitari privati basterà dunque a garantire (salvo verifiche presumibilmente a campione) sia il possesso dei titoli autorizzativi sia l'ulteriore qualificazione strumentale, tecnologica e di personale acquisita nel corso degli anni. Titoli che segnano il passaggio dalle vecchie convenzioni ai provvisori accreditamenti entrati in pista con la riforma Bindi n. 502 del 1992 recepita in Campania nel 1994 e poi implementata con una serie di proroghe fino a febbraio del 2008.

IL DENARO SANITA'

Martedì
14 Febbraio 2012

Ripiano del debito: la Regione accelera. Stretta di Palazzo Santa Lucia sulla manovra di azzeramento della debitoria progressa che passa non solo per accordi transattivi e certificazioni del debito ma anche per la vendita e messa a reddito dei gioielli di famiglia. Ossia l'alienazione del patrimonio immobiliare (case e terreni) di Asl e ospedali, sia strumentali che non strumentali alle attività sanitarie. Il tutto da tradurre in una nuova legge che nasce come delibera di giunta e da portare a stretto giro in Aula per un'approvazione lampo visto che si tratta di attuare uno dei palati fissati dalla Finanziaria regionale sul terreno del ripiano del debito strutturale della Regione. La norma dovrebbe dunque approdare in Aula nei prossimi giorni un autonomo disegno di legge sulla scorta di quelli presentati a fine anno dall'assessore regionale al Bilancio **Gaetano Giancane**, poi integrato con una proposta a firma dell'assessore al Welfare **Ermanno Russo**. Le direzioni generali delle Asl sono state intanto allertate per acquisire suggerimenti nel senso della facilitazione e semplificazione delle procedure e per superarci paletti fissati dalla legge regionale n. 32 del 1994. Previsto, ad esempio, che le risorse derivanti da alienazioni patrimoniali delle aziende (strumentali e non) autorizzate dalla Giunta regionale, siano destinate a spese di investimento per finalità coerenti con la programmazione sanitaria regionale. Inoltre sarebbe consentita l'alienazione del patrimonio strumentale, con le procedure previste dalla Finanziaria regionale 2012 qualora l'intero ricavato sia reinvestito in analogo investimento strumentale più rispondente alle esigenze aziendali. In pratica sarebbe possibile vendere immobili poco funzionali sia per fare cassa sia per acquistarne altri maggiormente rispondenti alle esigenze sanitarie. Di più, gli eventuali avanzi di amministrazione sarebbero utilizzati dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente nonché, per eventuali forme di incentivazione

► In conti in rosso. 2 ◀

Ripiano del debito storico: in vendita i gioielli di famiglia

Il patrimonio degli enti assistenziali

Azienda	Totale	Strumentali	Non Strumentali	Terreni	Capitale immobilizzato
• Asl Avellino	42	28	14	52	94
• Asl Benevento	36	26	10	14	50
• Asl Caserta	169	194	5	293	462
• Asl Napoli 1 centro	871	209	662	482	1353
• Asl Napoli 2 nord	31	25	6	237	268
• Asl Napoli 3 sud	169	58	108	81	247
• Asl Salerno	196	100	96	267	463
• Cardarelli	25	25	0	1	26
• Cotugno	5	5	0	5	10
• Monaldi	1	1	0	0	1
• Moscati	5	5	0	19	24
• Ruggi	77	4	73	61	138
• Rummo	11	6	5	103	114
• San Sebastiano	1	1	0	0	1
• Santobono	44	10	34	1	45
Totale	1.653	667	1013	1616	3.296

Il totale del patrimonio strumentale e non di Asl e ospedali conta circa 3.200 unità per un controvalore di oltre 250 milioni di euro

al personale da definire in sede di contrattazione sindacale, secondo modalità e limiti previsti dagli accordi regionali decentrati. Tutta da definire la partita relativa alla copertura del debito storico su cui già nel 2004 la Regione ha legiferato.

LA MAPPA

Il nodo da sciogliere resta quello della corretta anagrafica degli immobili da vendere e la necessità di acquisire beni per una parte cospicua non più disponibili per una serie innumerevole di abusi in alcuni casi anche di stampo criminale. Capannoni industriali, pub e ristoranti, ma anche case, villini e in alcuni casi interi palazzi. E ancora: serre agricole, rivendite di gas, vivai di piante: sono solo alcune delle centinaia di insediamenti totalmente abusivi che si riscontrano sui beni non strumentali delle Asl, (ovvero fabbricati e terreni su cui non insistono attività sanitarie) e sui quali punta la Regione per fare cassa e

venire a capo di una parte del debito progressivo del settore. Dismissio- ni che, per il solo settore sanitario, tradotto in soldoni dovrebbe valere circa 250 milioni di euro. Il piano di alienazione dei beni non strumentali prevede anche un'opera di razionalizzazione nell'utilizzo dei beni strumentali e non (per lo più immobili dati in affitto a terzi, a prezzi politici, a fronte di costi a nove zeri per l'utilizzo delle sedi di distretti e ambulatori).

IN VENDITA I GIOIELLI DI FAMIGLIA

Il disegno di legge, presentato nei mesi scorsi dall'assessore regionale al Bilancio **Gaetano Giancane** prevede sostanziali modifiche, nel senso della facilitazione e semplificazione, alla legge regionale in materia di alienazione dei beni non strumentali. Ma non sarà una partita facile né breve. Per la parte sanitaria il patrimonio è vasto: si tratta di circa 700 fabbricati strumentali, trecento

in più quelli non strumentali mentre sono oltre 1.600 gli appezzamenti di terreno, di varia superficie, su cui per anni non vi è stato alcun controllo per un totale di ben 3.296 immobili. Il nodo da sciogliere è quello dei terreni, per gran parte attualmente sottratti alla disponibilità degli enti sanitari in quanto spesso occupato, abusivamente, da ogni sorta di attività. In ogni caso il gettito previsto (300 mln) è di scarsa rilevanza rispetto alle dimensioni del buco storico che ammonta, al 2010, a circa 7 miliardi di euro di cui circa 2,5 ancora non coperti. Una coperta corta che potrà essere allungata solo con il gettito dei fondi di affiancamento non ancora erogati dal governo: oltre al residuo di 230 milioni di 1,7 mld sbloccati a dicembre dello scorso anno ci sono in attesa 230 milioni dei fondi Fas, il gettito fiscale delle maggiorazioni di Irpef e Irap e altre poste finanziarie per un totale di circa 2 miliardi di euro che il presidente Caldoro reclama da mesi e che



Gaetano Giancane

ora sono all'attenzione dell'esecutivo guidato da Monti.

LA MAPPA

Quella delle alienazioni dei beni è comunque una leva su cui agire per la stabilizzazione strutturale del settore: il vantaggio è che il lavoro di ricognizione è in gran parte già attuato: data infatti dicembre del 2008 la redazione della prima mappa sulle proprietà delle Asl e delle aziende ospedaliere esistente nella disponibilità degli enti. Un mese prima, nel novembre del 2008, Palazzo Santa Lucia, in vista del commissariamento (poi concretizzatosi a marzo dell'anno successivo) con la legge 16 accorpa le Asl e i distretti in nome del risparmio.

Ma lo snodo cruciale è posizionato nel 1994: a distanza di due anni dal varo della riforma n. 502 che in Italia rivoluziona l'assetto della Sanità vanno in soffitta le vecchie UsI (e con esse i vecchi comitati di gestione della sanità allargati ai Comuni e alle Provincie) per fare posto alle neonate aziende sanitarie la Regione Campania vara la legge n. 32 con cui, tra l'altro, dispone il trasferimento di tutti gli immobili che fanno parte del patrimonio dei Comuni (con vincolo di destinazione alle disciolte UsI) e degli altri cespiti immobiliari (fabbricati e terreni) non strumentali alle attività sanitarie, al patrimonio delle neonate Asl. A coronare l'operazione è un comma (il numero 2 dell'articolo 5) del decreto di riforma del 1992 che dispone che le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità "secondo il regime della proprietà privata".

Diagnosi e cura

Ecco come si ottiene l'esenzione dal ticket

COSA FARE, a chi rivolgersi, come comportarsi quando ci si accorge, o si teme, di soffrire di ipertensione? «Verso i quarant'anni è una sana abitudine cominciare a misurare saltuariamente la pressione arteriosa, visto che l'ipertensione è una malattia cronica (in genere) priva di sintomi particolari; se ci si accorge che i valori sono alti, il primo approccio è con il medico di base cui spetta la diagnosi», spiega Chiara Arcangeli, responsabile dell'unità operativa di Cardiologia invasiva 2 del dipartimento del Cuore e dei vasi dell'azienda ospedaliero-universitaria Careggi.

Se il medico di famiglia conferma la diagnosi di ipertensione, cosa si deve fare? Si può ottenere l'esenzione dal ticket per patologia?

«L'ipertensione è una malattia cronica che rientra tra quelle per cui l'esenzione per patologia può essere richiesta anche dallo stesso

PATOLOGIA ESSENZIALE

Nell'80% dei casi non si sa da cosa sia causata

medico di base. Cosa che può fare anche lo specialista».

Come si fa a chiedere l'esenzione?

«Il medico di base o specialista redigono una certificazione con la quale il paziente può rivolgersi all'Asi e fare richiesta per esenzio-

ne».

Con l'esenzione per patologia per quali esami e visite non si paga il ticket? E per quali farmaci?

«L'esenzione attualmente è limitata a visite specialistiche, analisi cliniche ed esami strumentali. Per l'ipertensione essenziale non si pagano alcune voci delle analisi del sangue, tra cui elettroliti, assetto lipidico, creatinina, urine; tra gli esami, si possono fare gratuitamente elettrocardiogramma, ecocardiogramma, monitoraggio pressorio, holter 24 ore, esame del fondo dell'occhio e radiografia al torace. Sono quelli più utili per una valutazione globale del paziente, per rendersi conto se la patologia ha causato interessamenti a carico di altri organi, come i reni, il cuore o il sistema endocrino».

Se devono essere fatti altri esami, il paziente deve pagare il ticket?

«Sì. Ci può essere bisogno di un approfondimento diagnostico e, in quel caso, il costo del ticket per gli esami deve essere pagato».

Ha parlato di ipertensione essenziale. Cosa significa?

«Oltre l'80% dei casi di ipertensione è essenziale, vuol dire che non si sa esattamente a cosa sia dovuta. Il 10-15% sono forme di ipertensione secondaria: in questi casi, c'è una causa scatenante. L'obiettivo è trovarla: può essere il cuore, il sistema endocrino, oppure malattie renali».

Cosa si fa in caso di ipertensione secondaria?

«In questi casi sarà lo stesso medico di base a inviare il paziente a un centro di riferimento per l'ipertensione».

Quali casi tratta il medico di famiglia?

«Tutte le ipertensioni essenziali, se non ci sono complicazioni e se il paziente risponde bene alla terapia farmacologica».

Quali sono i farmaci più usati in caso di ipertensione? Funzionano?

«Sono moltissimi i farmaci. Tutti abbassano la pressione, quindi fanno ciò che chiediamo. Ma ognuno lo fa in modo diverso, con molecole differenti. La terapia più adeguata va individuata nel singolo paziente. Le categorie sono queste: ace inibitori, diuretici, sartanici, calcioantagonisti, betabloccanti ed altre meno usate. La terapia dev'essere provata per vedere come risponde il paziente e poi ottimizzata. Normalmente, se ha una storia di cardiopatia ischemica, può essere più indicato un betabloccante, viceversa ace inibitori

o sartani sono migliori per problematiche renali e di scompenso cardiaco; normalmente per un iperteso anziano può andare bene l'ace inibitore o il diuretico. Ma non c'è un farmaco buono per tutti. Devono inoltre essere valutati gli effetti collaterali. E, se necessario, ricorrere alle eventuali associazioni di più farmaci».

La legge regionale oggi al voto
No di Comuni e sindacati

Un ticket
da pagare
anche nelle case
di riposo
e nei consultori

ANDREA MONTANARI
A PAGINA IV

Il Pirellone vota i ticket in ospizi e consultori no di Comuni e sindacati

La nuova legge sull'assistenza oggi in aula

ANDREA MONTANARI

STANGATA in arrivo per gli anziani e i malati non autosufficienti in Lombardia. Esami diagnostici come il prelievo del sangue, le visite oculistiche, gli esami cardiologici o altre visite specialistiche da ora in poi potrebbero non essere più gratuiti perché ricoverato in una casa di riposo o in un hospice. Rischiano di doversi pagare le prestazioni sanitarie che nell'ambito del settore socio-assistenziale finora sono state tutte a carico del servizio sanitario nazionale o regionale, a differenza della retta per il servizio alberghiero. Vale lo stesso discorso per altri esami come lo screening neonatale nei consultori.

L'insidia è nascosta in un articolo del nuovo progetto di legge fortemente voluto da Roberto Formigoni che introduce in Lombardia il «fattore famiglia» al posto dell'indice Isee come criterio per ripartire gli aiuti alle famiglie bisognose, oggi al voto del Consiglio regionale lombardo. La nuo-

**Con il quoziente familiare arriva "la partecipazione alla spesa" per esami e visite in case di riposto
Dubbi nella Lega**

va norma, infatti, di fatto aprirebbe la strada a nuovi ticket sanitari. Perché nel testo introduce, per la prima volta, il principio della compartecipazione della spesa anche per i Lea. Ovvero: i livelli di assistenza sanitaria, finora totalmente gratuiti. Il terzo comma dell'articolo 1 del progetto di legge pidellino parla chiaro. Il nuovo criterio del «quoziente familiare lombardo», infatti, si applicherà anche «per determinare il finanziamento di prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza». Non solo per stabilire i contributi a favore delle famiglie numerose per pagare mense e asili nido. Spetterà comunque ai singoli Comuni applicare i nuovi coefficienti, dopo un periodo di

sperimentazione. I sindacati e l'opposizione, però, sono già sul piede di guerra. La Cgil lombarda ha scritto una lettera aperta a tutti gli ottanta consiglieri regionali. «Sarebbe semplicemente assurdo — denuncia il segretario Nino Baseotto — che la Lombardia che si è sempre presentata come una regione con il bilancio in equilibrio, ma che in questi anni ha garantito prestazioni di qualità garantendo esenzioni anche maggiori di quelle statali, introducesse un criterio di questo tipo». Anche l'Anci, l'associazione dei Comuni lancia l'allarme: «Riteniamo un errore che i familiari degli assistiti vengano esentati dalla compartecipazione alle spese qualora essi siano in grado di assumersene l'onere — scrive il presidente Attilio Fontana, sindaco leghista di Varese — Vorremmo che la Regione tenesse in

considerazione il reddito familiare e lasciasse ai Comuni il sostegno in primo luogo degli assistiti che non possono contare sul sostegno economico delle famiglie. È un principio di equità sociale».

L'appello

Confronto con il presidente della Regione Lazio Polverini su sanità e patto di stabilità: "Il nostro è un percorso comune"

Caldoro sveglia i parlamentari campani "Fatevi sentire, a Roma le nostre istanze"

IL PRESIDENTE della Regione, Stefano Caldoro, dà la sveglia ai parlamentari campani. Gli dice, tra le righe, «fatevi sentire». «Portate le istanze della Campania, e del Mezzogiorno, in Parlamento». Lo dice alla sua maniera, con l'understatement che gli è congeniale: «Occorre un clima di collaborazione tra i parlamentari campani sui grandi temi, che non sono di destra o di sinistra, ma che interessano il Sud». Gli altri, i parlamentari del Nord, fanno squadra, si fanno sentire, portano gli interessi del territorio sino a Roma. Ed i parlamentari campani? Così Caldoro lancia un vero e proprio appello, perché non basta la voce del presidente della Regione per spuntarla sugli interessi di altre zone del Paese: «Il nuovo quadro politico impone un diverso approccio alle grandi problematiche, che vanno al di là dello scontro dialettico costante tra maggioranza e minoranza».

Il nuovo quadro politico vede i maggiori partiti nazionali «seduti intorno al tavolo per discutere di riforme» ed è ora che questo «accada anche da noi». Mentre siamo dinanzi, afferma Caldoro, a «una certa debolezza delle delegazioni parlamentari del Meridione, una debolezza che si traduce nel fatto

che il Sud in Parlamento non si è fatto sentire e non ha prodotto atti significativi». Una debolezza da lasciarsi alle spalle in vista della battaglia parlamentare dei prossimi mesi per il Piano Sud: «Ci dovremo preparare alla battaglia, per ribaltare con forza e tenacia lo schema costruito in questi anni, che ha di fatto prodotto strumenti sul federalismo e distribuzione delle risorse decisamente penalizzanti per il Mezzogiorno». Spesso, punta l'indice Caldoro, «neppure le norme condivise in Conferenza delle Regioni vengono approvate in Parlamento, perché manca la necessaria coesione». Non che manchino le capacità, «ma i nostri parlamentari lavorano poco insieme, a differenza di quello che accade tra colleghi del Nord».

E se occorre fare sponda tra i parlamentari, lo stesso dicasi per i presidenti delle Regioni. E non è un caso che ieri si siano trovati d'accordo, su questo, Caldoro e il presidente della Regione Lazio Renata Polverini (a Napoli per presentare la Fondazione "Città Nuove"), a confronto a Santa Lucia su temi "sensibili" come la sanità e il patto di stabilità. Ne nasce una rinnovata collaborazione, ribadita dall'uno e

dall'altra. «Entrambe le Regioni sono in piano di rientro - ricorda Caldoro - Il nostro è un percorso comune, anche una battaglia comune in sede nazionale per vedere riconosciuti parametri meno penalizzanti per il riparto del fondo sanitario nazionale». E c'è, in comune, anche il problema del trasporto pubblico, «un sistema fuori dai costi standard e che va riorganizzato».

(b. d. f.)



I GOVERNATORI

Il presidente della Regione Lazio Renata Polverini e il governatore della Campania Stefano Caldoro



Indagano Corte dei conti e Guardia di finanza: ottomila nomi non erano stati cancellati. Alcuni professionisti avevano avvertito

L'Asl pagava anche per i morti

Ai medici 150mila euro al mese non dovuti: ora devono restituirli

AI MEDICI andavano 150mila euro al mese non dovuti. La Finanza e la Corte dei conti stanno indagando su una mega truffa ai danni della

Asl di Bari. Secondo quanto accertato, 910 medici di base avrebbero intascato illecitamente soldi per pazienti che erano morti. In molti casierano stati gli stessi me-

dici a certificare il decesso, ma nessuno aveva provveduto a deperennare dalle liste ottomila nomi e quindi era scattato il pagamento automatico da parte della Asl.

GIULIANO FOSCHINI
A PAGINA II

L'emergenza sanità

Ottomila pazienti erano morti ma l'Asl Bari pagava i medici

Elenchi mai aggiornati: un buco di 150mila euro al mese

GIULIANO FOSCHINI

SONO 150mila euro al mese. E non si sa né da quanto tempo vada avanti né che buco abbia effettivamente creato nelle casse della sanità pugliese. La Guardia di Finanza e la Corte dei conti stanno indagando su una grande truffa ai danni della Asl di Bari. Secondo quanto accertato, 910 medici di base avrebbero intascato illecitamente per alcuni mesi i soldi loro dovuti per alcuni pazienti della mutua. Il problema è che quei pazienti erano morti. In molti casi erano stati gli stessi medici a certificare il decesso ma nessuno aveva provveduto a deperennarli dalle liste e quindi era scattato il pagamento automatico da parte della Asl. Il caso è stato intercettato dalla Guardia di Finanza e dalla Corte dei Conti nell'ambito di un controllo a campione. E così è cominciata un'attività di monitoraggio a campione che ancora continua. Nel frattempo hanno chiesto aiuto alla Asl

di Bari e hanno accertato per tre mesi (novembre, dicembre e marzo del 2011) un buco di circa 437mila euro, poco meno di 150mila al mese per un totale di ottomila pazienti defunti e mai registrati.

Il caso è stato immediatamente messo all'attenzione degli stessi medici di base che si sono difesi sostenendo che non tocca a loro (ma alla Svim-service) la cancellazione dei pazienti morti da quell'elenco e invocando la buona fede. «Non possiamo controllare ogni mese» hanno spiegato. Chiaramente si sono impegnati a restituire alla Asl le somme non dovute che vengono ora trattenute direttamente dallo stipendio. Per il momento quindi non è scattata la denuncia penale (tra i coinvolti ci sono tutti i big della medicina di base barese) ma questo non significa che l'indagine sia terminata. Al contrario gli investigatori stanno cercando di accertare se ci sia stato un comportamento doloso da parte di alcuni medici

ma soprattutto si sta accertando nel corso degli anni quale sia la somma esatta illecitamente percepita dai medici di base con lo stesso meccanismo. 1437mila euro individuati fanno riferimento a controlli per appena tre mesi, ma il sistema è verosimile pensare vada avanti da molto più tempo. Da un lato ci sono gli inquirenti. Dall'altro si è azionato un sistema di controllo interno alla Asl che ha creato una sorta di task force per recuperare il denaro versato e non dovuto: sono state inviate lettere informative a ogni medico con l'importo da recuperare e i nomi degli assistiti morti o trasferiti.

La situazione dell'Asl di Bari non è l'unica di questo tipo in Puglia. A Lecce un anno fa Finanza era riuscita a recuperare circa 400mila euro per «colpevole omessa cancellazione dagli archivi del servizio sanitario nazionale di 1.674 assistiti, deceduti da diversi anni». Diversi i casi limite rilevati nelle indagini: c'era la storia di un paziente deceduto nel 1975 e

per il quale l'Asl continuava a pagare. O ancora, quelli di altre persone venute a mancare nel 1980 e registrate nella lista dei decessi solo nel 2001.

Il problema dei finti pazienti è uno dei punti sui quali il servizio sanitario regionale sta cercando di recuperare denaro. L'altro — questo invece og-

getto di una lunga indagine dei carabinieri del Nas — riguarda le forniture di gas medicali (spesso prescritti anche in questo caso a pazienti deceduti) e più in generale un sistema di truffe su gare e appalti sempre sulle spalle dei contribuenti: a breve potrebbero esserci grandi sviluppi.

Corte dei conti e Finanza indagano chiesta la restituzione delle somme. Alcuni però avevano avvertito

Le cifre



OTTOMILA

E' il numero di pazienti deceduti o trasferiti che non sono stati cancellati dalle liste regionali per i quali il servizio sanitario regionale ha continuato a pagare i medici di base



437MILA EURO

Sono i soldi che è stato accertato siano stati sottratti alle casse del servizio sanitario regionale: sono finiti nelle tasche dei medici per pagarli dell'assistenza a pazienti già deceduti da tempo



910

Sono i medici di base che sono stati chiamati a rifondere la Asl per soldi illecitamente percepiti: le cifre sono state prelevate direttamente dagli stipendi dei singoli medici, anche a rate



L'Asl sta cercando di recuperare importanti somme dai medici di famiglia

