

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 15.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidiano **sanità.it**

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

L'analisi. Scenari della crisi. Se la sanità per tutti diventa un lusso

La crisi non si placa. Anzi. E ci stiamo rendendo conto che, con manovre tanto pesanti quanto parziali come quelle fin qui varate, i conti potrebbero non tornare mai. E allora si fa strada la via dello "Stato leggero" con dismissione di beni e funzioni pubblici. E tra questi potrebbe entrarci anche il Ssn. Ipotesi legittime ma il sistema Paese deve essere coinvolto perché si tratta di scelte che riguardano tutti noi. Oggi e per le prossime generazioni.

14 SET - Dalle parti della Maggioranza non se ne parla ancora ufficialmente. Anzi. A sentire il neo segretario del Pdl Angelino Alfano (ieri sera a Ballarò) la "sanità non è stata e non sarà toccata dalla manovra". Sappiamo che Regioni e sindacati di categoria la pensano diversamente. Ma non è questo il punto. Il punto è che a seguito del precipitare della crisi economica e dell'impegno al pareggio di bilancio entro il 2013, si stanno facendo strada diverse ipotesi di drastiche dismissioni di pezzi importanti di spesa pubblica. Di patrimoni ma anche di funzioni.

E tra queste ultime potrebbe esserci anche la sanità. Come dicevamo, Regioni e sindacati già oggi denunciano un taglio di 7/8 miliardi al fondo sanitario da qui al 2013. Ma qui non stiamo parlando dei soliti (altalenanti) tagli che ogni anno si prospettano al settore per tenere i conti sotto controllo. Qui stiamo parlando dell'ipotesi di una vera e propria revisione dell'attuale sistema sanitario, con il superamento, o almeno di un grosso ridimensionamento, dell'attuale universalismo finanziato dalla fiscalità generale.

A dire il vero il ministro Sacconi ne parla apertamente fin dall'inizio della legislatura con i suoi due libri bianco/verde sul nuovo welfare, dove si traccia il disegno di una sanità ad "universalismo selettivo", con un doppio sistema assistenziale basato su due pilastri, uno pubblico pagato dalla fiscalità generale e uno privato pagato da contributi integrativi e finalizzati a soddisfare particolari bisogni.

Fino a ieri le idee di Sacconi erano rimaste abbastanza isolate nella sua stessa Maggioranza. In primis è stata la politica finanziaria di Tremonti, e i suoi continui richiami alla salvaguardia del bene salute come supporto fondamentale per le famiglie in tempi di crisi, a rilegare in un cantuccio le riforme sacconiane.

Ma oggi le cose potrebbero appunto cambiare. E i segnali si avvertono da diverse parti. Per la sua riforma fiscale (che non può non avere ripercussioni sul welfare) Berlusconi ha voluto a capo di un pool di economisti il liberal Antonio Martino che da sempre prospetta uno Stato "leggero". Tra le righe di diversi autorevoli editoriali comincia poi a farsi strada l'idea che bisogna comunque rimettere le mani al finanziamento della sanità in modo strutturale. Lo scrive Massimo Mucchetti sul *Corriere della Sera* di ieri, di cui è vice direttore, auspicando di "far pagare la sanità a tutti i cittadini secondo aliquote progressive anziché alle imprese e ai dipendenti". Lo chiede trasversalmente l'economista Tito Boeri su *Repubblica* del 27 agosto quando, criticando la contromanovra del Pd, interroga Bersani sul perché nel suo decalogo alternativo a quello di Tremonti non ci sia alcun intervento strutturale sulla sanità, che da sola, segnala Boeri, copre il 17% della spesa pubblica. Ma se ne parla ormai apertamente anche nei palazzi e nelle feste della politica. E non solo nel centro destra. Venerdì scorso al Festival della salute del suo partito, il responsabile nazionale del Welfare del Pd Giuseppe Fioroni, ha infatti richiamato tutti a rivedere l'attuale assetto di pensioni e sanità, alla luce del combinato disposto della crisi mondiale e dei nuovi indici di invecchiamento, che richiedono diverse logiche di compartecipazione alla spesa in relazione ai redditi. E se ne sta parlando ormai anche nelle sedi competenti del Governo (Economia e Salute), dove si è ben consci che se si vuole raggiungere l'obiettivo del pareggio di bilancio entro due anni, dando contestualmente una bella mazzata al debito, la sanità non può non dare il suo contributo in misura ben maggiore di quello sin qui prospettato.

E dato che non si può continuare a tagliare i finanziamenti all'infinito senza toccare le prestazioni da erogare, non si può escludere che si faccia strada la via di una riduzione progressiva del paniere di servizi sanitari pubblici, intervenendo magari sui Lea o con nuovi e più significativi ticket, fino al ripescaggio del modello Sacconi con la costituzione di due

sistemi sanitari in parte complementari e in parte, di fatto, alternativi.

Il succo di questi ragionamenti è che, con una vita media ormai prossima ai 90 anni e con una crisi economica strutturale di questa portata con la quale, ormai si è capito, potremmo dover fare i conti per decenni, un lusso come quello del Ssn potremmo non potercelo permettere più.

Intendiamoci. Siamo di fronte a ragionamenti e ipotesi legittimi che meritano di essere analizzati e sviscerati nel dettaglio. Quello che vogliamo segnalare è il rischio che, ancora una volta, il sistema Paese nel suo complesso sia di fatto esautorato dalle scelte, come avvenuto, per citare il caso più recente, con la riforma federalista. Adesso abbiamo le leggi federali ma ci accorgiamo che non siamo pronti ad attuarle e che, alla fine, a volerle è, anche se forte, una pur sempre minoranza del Paese.

Tornare indietro rispetto alla riforma sanitaria del 1978 e ai suoi principi è, per l'appunto, legittimo, ma farlo senza un reale confronto nel Paese no. Anche perché potremmo presto pentircene.

FederLab Italia

Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

**IL MATTINO
NAPOLI**

Dir. Resp.: Virman Cusenza

15-SET-2011

da pag. 37

La sanità Asl 1, pugno di ferro: così staneremo i fannulloni

«Con me, niente imboscati. Ci sono settori che fanno resistenza per conservare il "sistema" ma lavorerò per convertirli». E ancora: «Credo che questa azienda possa essere risanata». Dopo 40 giorni dal suo insediamento alla guida della Asl Napoli 1, Maurizio Scoppa, generale di Corpo d'Armata dei carabinieri, fa un primo bilancio e indica la prospettiva che si darà. E sulla gestione finanziaria avverte di aver avvocato a sé la diretta dipendenza del settore. «Ho trovato i bilanci compilati a mano, prima si spendeva e poi si tiravano le somme».

> Mainiero a pag.

La sanità Il commissario presenta il piano di risanamento: gestione finanziaria da medioevo, bilanci ancora scritti a mano

Sprechi e «imboscati», linea dura all'Asl 1

Gli impegni
«Tuteleremo le eccellenze Radiologia? Siamo certi di rispettare i tetti di spesa»

Scoppa avverte la politica: nessuna ingerenza non mi farò condizionare

Paolo Mainiero

È ottimista. «Credo che questa azienda possa essere risanata». Nella sua prima conferenza stampa da quando, quaranta giorni fa, si è insediato alla guida della Asl Napoli 1, Maurizio Scoppa, generale di Corpo d'Armata dei carabinieri, traccia un primo bilancio. «Non sono venuto a fare il carabiniere ma mi giovo della lunga esperienza maturata nel mio lavoro», dice. E aggiunge: «Vi sono settori che fanno resistenza per conservare il "sistema" ma lavorerò per convertirli». Sul rapporto tra politica e sanità è chiarissimo. «Ho ricevuto dal presi-

dente Caldoro, che ringrazio, un mandato pieno. Fino ad oggi nessuno, in qualsiasi modo, ha interferito nella mia attività. La politica intesa nel modo peggiore del termine non si è rappresentata. Ma se lo facesse, siate tranquillo: non me ne andrò ma additerò pubblicamente chi mi ostacola». Le idee sono precise. Un esempio: «Chi è stato assunto per fare il tecnico farà il tecnico, chi è stato assunto per fare il geometra farà il geometra e così via. Con me non ci saranno imboscati. Dai sindacati ho colto un clima di collaborazione, le mie priorità coincidono con le loro».

Gestione finanziaria. «È il cuore del problema», avverte il commissario che ha avvocato a sé la diretta dipendenza del settore. Tra quantificazione del debito e pagamento degli arretrati non si hanno cifre certe. «C'è un sistema arcaico, siamo al medioevo della burocrazia. Ho trovato i bilanci compilati a mano. Per non dire che i bilanci venivano redatti in consuntivo, prima si spendeva e poi si tiravano le somme». Scoppa ha affidato a un esperto il compito di avviare la gestione informatica. «A tutt'oggi non sappiamo a quanto ammonta il debito».

Manutenzione. Il com-

missario prende spunto dalla chiusura delle sale operatorie e dal mancato funzionamento degli ascensori dell'Ascale: «Si per annunciare le prime novità. «Ho ritenuto non adeguato il servizio di manutenzione svolto dalle ditte appaltatrici per conto della Asl e ho scoperto che queste stesse ditte agiscono in regime di proroga da dieci anni. È inaccettabile che i contratti siano impropriamente prolungati». Scoppa ha chiuso il rapporto con queste ditte, ha affidato la manutenzione al personale interno, ha praticamente ricostituito l'ufficio tecnico attraverso la nomina di un responsabile e il potenziamento del settore, passato da otto a diciassette addetti. «Abbiamo rastrellato - dice - i tecnici sparsi in altri uffici». Nel frattempo le sale operatorie sono state riparate. «Ma con costi ridot-



Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

IL MATTINO
NAPOLI
 Dir. Resp.: Virman Cusenza

15-SET-2011

da pag. 37

ti», puntualizza.

Tetti di spesa. Scoppa assicura che le prestazioni non saranno sospese, a partire da quelle per la radiologia che, secondo «una malaccorta comunicazione fornita dai nostri stessi uffici», avrebbero esaurito i fondi dal 6 settembre. «Il servizio non è stato interrotto e ci sono margini perchè si arrivi sino a fine anno. Spero che con lo sblocco dei fondi ci sia continuità nell'offerta». Ma Scoppa ha anche sottolineato che «la Asl può fare molto di più». In questo senso, il commissario ha firmato una direttiva per rivedere i turni dei tecnici di radiologia e riprogrammare gli interventi. «Applicheremo nuovi standard. Nel frattempo ho recuperato professionalità, circa dieci unità, disperse in altre attività».

Centri di eccellenza. La chiusura di reparti e pronto soccorso sta penalizzando centri di eccellenza come la chirurgia della spalla e la chirurgia della mano del Pellegrini, le cui corsie si ritrovano con i pazienti in barella. «I centri di eccellenza saranno salvaguardati. Il pronto soccorso? Educheremo i cittadini a un corretto utilizzo dei codici bianchi».

Comunicazione. Scoppa ha nominato suo portavoce il vice-capo di gabinetto Maria Cristina Boccia. È stata invece sospesa la pubblicazione della rivista interna. «Per i soli costi vivi - spiega Scoppa - la spesa era di 40mila euro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scadenza Nuovi manager verso un rinvio delle nomine

Scade oggi la proroga dei commissari delle Asl, il cui mandato era scaduto il 31 luglio. Ma in giornata non è prevista alcuna riunione della giunta anche perchè Caldoro è impegnato a Roma. Va anche detto che martedì prossimo dovrebbe tenersi nella Capitale una riunione con i tecnici del ministero dell'Economia, un incontro decisivo per lo sblocco delle risorse. In gioco ci sono 700 milioni del programma di affiancamento previsto dal piano di rientro e il via libera a quei fondi è legato, secondo quanto sostiene il governo, non solo alle misure (peraltro adottate dalla Regione) per il contenimento dei costi ma anche alla nomina dei direttori generali.

Il provvedimento era oggi al voto. Poi l'ordine di bloccare tutto per evitare contraddizioni con la Manovra

Albi sanitari, la riforma si impantana

LE TAPPE DELLA REGOLAMENTAZIONE

2006	Legge 43 Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione. La legge dà la delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali
2009	Tra Camera e Senato vengono depositati sei disegni di legge in materia
2010	Il disegno di legge della senatrice Boldi 1142 viene adottato come testo base per attuare la riforma. Durante tutto il corso dell'anno si svolgono le audizioni delle categorie interessate
2011	Il testo viene discusso a lungo in Commissione Igiene e sanità. Il 2 agosto viene approvato all'unanimità. Il 13 settembre inizia la discussione, il 14 viene conclusa la discussione senza votazione. Il provvedimento è sospeso

DI BENEDETTA PACELLI

L'istituzione degli albi delle professioni sanitarie s'impantana di nuovo nelle sacche del parlamento. Tra un ministro della salute furioso per l'inaspettato stop e che, da sempre, ha fatto di questa regolamentazione il suo cavallo di battaglia (martedì sera aveva già pronto il comunicato stampa) e uno dell'economia preoccupato che l'approvazione sarebbe stata letta in controtendenza con il programma di promozione delle liberalizzazioni, a pagarne le spese è stato il disegno di legge (n. 1142) che istituisce gli ordini e le professioni sanitarie. Dopo una normale discussione bipartisan avvenuta martedì e l'attesa del voto prevista per ieri infatti, il dibattito è stato sospeso su richiesta della stessa relatrice Laura Bianconi (Pdl) con l'intento di ricalendarizzarlo appena i capigruppo dei senatori di Palazzo Madama decideranno. La motivazione? Alcune perplessità, come spiega la Bianconi, in relazione ad un emendamento che affrontava in maniera poco chiara il tema delle sanzioni tra dipendenti sanitari che operano nel pubblico rispetto a quelli che lavorano nel privato. «Questo passaggio», spiega la Bianconi, «va riscrit-

to soprattutto per ciò che potrebbe creare in termini di ritorno qualora il professionista facesse causa. Sono certa che una volta chiariti alcuni punti, come richiesto dal Pd, saremo in grado di farlo ricalendarizzare dalla Conferenza dei capigruppo e di approvarlo in tempi rapidi». E se la Bianconi si dice assolutamente certa che il testo andrà avanti, rinviando al mittente chi crede esista la volontà di affossarlo, di tutt'altro avviso è Giuseppe Caforio (Idv) autore dell'emendamento «incriminato» che aggiunge: «Se la sospensione nasce da motivazioni tecniche può essere accettata, purché segua presto un atto risolutivo che consenta la rapida approvazione di una legge necessaria per ampliare le tutele del settore», se invece «il ministro Tremonti ha altri tipi di sollecitazioni lo dica chiaramente».



TROPPI SPRECHI: PER LA SANITÀ OCCORRE UN CAMBIO DI PASSO

CURSI: DOBBIAMO PASSARE DAL "TUTTO GRATIS A TUTTI" AL "TUTTO GRATIS MA SOLO QUEL CHE SERVE"

La severa azione di verifica dei bilanci delle Regioni sta dando ottimi risultati

L'esperienza – spiega il responsabile salute del Pdl – dimostra che le Regioni che meno spendono sono le più virtuose quanto a servizi offerti, mentre quelle con i conti in rosso garantiscono i livelli peggiori di assistenza

◆ *Liliana Giobbi*

Ce lo siamo chiesto tante volte. È ancora possibile affermare che la salute non ha prezzo? Ne parliamo con il senatore Cesare Corsi, responsabile nazionale salute e affari sociali del Pdl e presidente della decima Commissione permanente di Palazzo Madama. «Le garanzie costituzionali sul diritto alla cura della persona sono state di fatto correlate dalla stessa Corte costituzionale alla effettiva disponibilità di risorse economiche a disposizione, così come avviene in altri settori statali».

— **Il che significa che i rigidi vincoli di bilancio governeranno la nostra sanità futura?**

Significa semplicemente che si può avere una sanità eccellente mantenendo un rigido controllo dei conti che in passato è venuto meno.

— **La sanità nazionale sembra a due velocità, dove quella del centro-nord appare inarrivabile?**

È una questione di organizzazione dei vari Sistemi sanitari regionali, non di risorse a disposizione. È questo il paradosso.

— **Cioè le risorse ci sono ma vengono spese male?**

L'esperienza di questi anni ha dimostrato proprio questo: le Regioni che meno spendono sono le più virtuose quanto a servizi offerti, quelle che hanno i conti fuori controllo sono anche quelle che garantiscono peggiori livelli essenziali di assistenza.

— **Ciò non toglie che la sanità**

costa, e non poco.

Ricordo che la spesa sanitaria risulta essere la voce più importante della spesa corrente delle Regioni (75% in media) ed è in costante crescita. Siamo passati dai circa 69 miliardi di euro del 2000 agli oltre 113 miliardi di euro nel 2010, con previsione di poco inferiore ai 115 miliardi per il 2011.

— **Un trend apparentemente inarrestabile, visto anche il costante invecchiamento della popolazione.**

Molto si sta facendo e moltissimo rimane da fare. Mi preme sottolineare come la severa azione di verifica dei conti delle Regioni, messa in essere dallo sforzo congiunto dei ministri Fazio e Tremonti, abbia già dato ottimi risultati. Come noto, le Regioni in disavanzo non scaricano più sulle casse pubbliche i loro debiti ma hanno l'obbligo di alzare le proprie addizionali regionali a danno dei cittadini residenti. E anche questo, in attesa di un compiuto federalismo, è un segno di rispetto verso chi sa meglio amministrare.

— **Di federalismo in sanità si parla sempre con apprensione. Che contributo pensa questo potrà dare sul fronte del controllo della spesa?**

L'obiettivo del federalismo fiscale è rappresentato dal passaggio ai "costi standard", ovvero dall'esigenza di garantire uguale peso economico alle prestazioni sanitarie offerte dai vari Sistemi sanitari regionali. Infatti, i "costi standard" implicano un criterio di riparto dall'alto che incide positivamente sul sistema di autovalutazione delle Regioni, richiamando i dati della migliore produzione sanitaria (la cosiddetta best practice) al miglior prezzo (ovvero quello predeterminato, a fronte del quale le Regioni deboli potranno godere della perequazione al 100%).

— **Non crede che molto rimanga da fare anche sul fronte degli sprechi?**

Se consideriamo che un ricovero su tre è inappropriato e che circa il 40% degli esami diagnostici e di laboratorio sono inutili, abbiamo già dato una prima risposta. Ma la situazione è più complessa. Abbia-

mo un modello sociale, tra i migliori al mondo è vero, che però costa troppo. Dobbiamo passare dal "tutto gratis a tutti" al "tutto gratis ma solo quello che realmente serve" e, mi creda, il percorso non è semplice.

— **Allude forse alla eccessiva facilità del ricorso al Servizio sanitario nazionale?**

Credo che vada fatto un passo in avanti nel modo di intendere il nostro Ssn. Prioritaria ritengo una azione persuasiva nei confronti dei medici di Medicina generale – che vantano eccellenti professionalità – per far sì che usufruiscano di quel sistema integrato di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, garantito dal nostro Ssn, solo quei cittadini che ne hanno realmente bisogno. Oggi non sempre è così.

— **Lei sarebbe favorevole all'introduzione a forme di assistenza complementare?**

Io credo che saranno il futuro. L'istituzione di mirati fondi integrativi del Ssn renderanno possibile riorientare la spesa privata dei cittadini verso ciò di cui le politiche pubbliche non riescono o non riusciranno a farsi carico. Cioè, orientare risorse verso i problemi di maggiore rilevanza sociale, come l'assistenza agli anziani non autosufficienti, sempre secondo uno schema di tipo solidaristico negoziale, non lasciando gran parte della popolazione da sola ma permettere di provvedervi in maniera autonoma, in base alla propria capacità reddituale.

— **Facile a dirsi. Ma nei fatti?**

Occorrerebbe innanzitutto una azione di miglioramento degli incentivi fiscali per favorire lo sviluppo di tali forme di assistenza sanitaria integrativa. Sul totale di 279 fondi registrati solo 249 hanno già inviato tutta la documentazione



Lettori: n.d.

SECOLO

15-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: **Marcello De Angelis**

da pag. 11

prevista. Nei 187 fondi già registrati – di cui solo uno al Sud del Paese! – risultano iscritte tre milioni di persone, di cui 1,5 milioni come dipendenti e altri 1,5 milioni come parenti o pensionati. Dobbiamo impegnarci in tal senso nella convinzione di una spesa non più totalmente sostenibile per le casse pubbliche.

FederLab Italia

PSG. **22**
ACQUISTI SUL WEB

GROUPON & Co.
 L'UNIONE FA LO SCONTO
 (MA OCCHIO AI TRUCCHI)

gli
**an
 ci**

Check up completo donna
 con visita senologica,
 ecografia mammaria
 e pap test:

39 euro invece di 230
 (GROUPON)

Imbiancatura di un
 appartamento
 di 50 metri quadri:

199 euro anziché 850
 (GROUPON)

Rifugiati in un monastero
 diventato beauty farm:

39 euro invece di 125
 (LETSBONUS)

Relax e sapori: 1 o 2 notti,
 cena a base di tartufo
 e ingresso

al centro benessere:
39 euro anziché 80
 (LETSBONUS)

Visita notturna con guida
 di Townload al Colosseo

a 15 euro invece di 25
 (GROUPALIA)

6 mesi in palestra a Milano
a 29 euro invece di 500
 (GROUPALIA)

Dalle cure estetiche
 ai viaggi, dalle cene
 alle cure mediche.
 Decolla il giro di
 affari dei gruppi
 d'acquisto on line.
 Spesso convenienti
 (a patto di seguire
 alcune regole).

Lettori: n.d.

il salvagente

15-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 1

GROUPON & CO. Guida al lusso in salsa **low cost**

Lorenzo Stracquadanio

C'è la lezione di tango con la maestra-ballerina a 5 euro invece che 25, il corso di fotografia a 45 euro anziché 270, oppure 3 massaggi a 39 euro invece di 150 e una seduta dal parrucchiere per lei, con shampoo, taglio, piega e colore a 39 euro anziché 240.

Proliferano senza sosta i cosiddetti siti di "social shopping": Groupon, Groupalia, LetsBonus, Glamo, Yoodeals, Tuangon, Kgb Deals, Prezzofelice, Noi Buy solo per citare i principali ma la lista è anche più lunga. Come già raccontato dal Salvagente (n. 4 del 2011) si tratta di siti per acquisti di gruppo on line che consentono di comprare beni e servizi a un prezzo conveniente - in media con sconti dal 30 al 60% con punte anche dell'80% - a patto che l'offerta raggiunga un numero minimo di acquirenti entro una certa scadenza (di solito dalle 24 alle 72 ore). Se il quorum non viene raggiunto, niente da fare: il servizio o l'oggetto non può essere acquistato.

La lista di proposte è in continuo aggiornamento, con un'offerta che nell'arco degli ultimi mesi, è passata dai tratta-

menti di bellezza (per lo più destinati a un pubblico femminile) alle escursioni fino ai week end fuori porta, alle cene al ristorante e persino alla giornata in autodromo alla guida di una Ferrari. Ultimi in ordine di tempo alcuni prodotti tecnologici di tendenza, smartphone e tablet in prima fila.

Social shopping

A chi si rivolgono i siti di social shopping? A chiunque, senza distinzioni, visto la trasversalità di profili di chi usa internet, ma di certo a tutti coloro i quali vogliono concedersi qualche extra o togliersi uno

sfizio ma che fino a oggi non avevano osato per via dei prezzi troppo alti. Una sorta di lusso in salsa low cost fatto di ben tutt'altro che di prima necessità, ma che - come recitava il poeta Oscar Wilde: "Viviamo in un'epoca in cui il superfluo è la nostra unica necessità", ed eravamo nell'800 - diventano indispensabili per molti. Ed ecco quindi spo-

"Lo scorso giugno ho acquistato su Glamo un coupon per un hotel dopo aver pagato e ricevuto il buono sconto ho chiamato per prenotare, ma tutte le date che proponevo erano occupate e il primo week end libero era in ottobre. Ma ci prendono per fessi? Gli albergatori vogliono occupare le stanze nel periodo di bassa stagione, ma almeno che lo dicano chiaro e non ci prendano in giro".

"Il 5 agosto ho acquistato su Groupon due computer e un cellulare, ma dopo più di 20 giorni la consegna non è ancora avvenuta. Sono stata molto a cercarli, a contattare la ditta erogatrice dell'offerta, il tutto senza successo. Groupon sa solo rispondere per mail, quando gli va, dice di avere pazienza e che tutto arriverà. Per telefono riattaccano senza dar spiegazioni e il telefono della ditta è perennemente occupato. Ho fatto reclamo e richiesto il rimborso per e-mail".

Sono solo due fra le tantissime testimonianze di **utenti delusi e arrabbiati** che hanno avuto a che fare con i gruppi di acquisto on line (per farsi un'idea basta cercare su Google associando il nome del sito con parole quali "opinioni", "pareri" o "consigli" oppure visitare le pagine Facebook dei siti città per città).

Lettori: n.d.

il salvagente

15-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 1



polare i pacchetti riguardanti cure estetiche per unghie, capelli, corpo, o soggiorni per coppie in castelli medioevali; il tutto per un pubblico che secondo le stime conta clienti nell'ordine di grandezza di alcuni milioni, solo in Italia.

I servizi più utili

I siti di gruppi di acquisto online tuttavia hanno nel paniere una serie di offerte meno "superflue", ma decisamente più concrete e con le quali gli utenti possono davvero risparmiare. C'è ad esempio il tagliando e **check-up dell'auto** a 49 euro (che comprende cambio olio e filtri, ricarica aria condizionata, e controlli di filtri aria, clima e impianto frenante) oppure la **revisione della caldaia** di casa - che per legge deve essere effettuata ogni 12 mesi - a 29 euro anziché 80 (pulizia, analisi dei fumi e rilascio bollino verde).

Da qualche tempo a questa parte inoltre stanno prendendo sempre più piede le offerte legate ai **dentisti**, notoriamente poco amati soprattutto per i prezzi non proprio accessibili.

E anche qui è possibile risparmiare spendendo 39 euro anziché 130 per una visita di base (rimozione tartaro, pulizia con trattamento air flow e spazzolino elettrico in omaggio). Stessa musica per gli **oculisti**: con 39 euro si può acquistare un pacchetto completo di controlli: dall'esame della refrazione alla misura della vista, dalla topografia corneale computerizzata alla mappa pachimetrica a ultrasuoni.

consigli

"RIPASSI IL PROSSIMO ANNO"

Tra i problemi più frequenti c'è quello della **mancata disponibilità** al momento della prenotazione, per un week end fuori porta, una seduta di massaggi o una cena al ristorante. Da Groupon, il sito con il più alto numero di utenti (115 milioni in tutto il mondo), spiegano che "ciò è dovuto all'alto numero di richieste che arrivano all' esercente il quale deve spalmare le prenotazioni nell'arco di un periodo più o meno lungo". Sarà anche vero, ma prima di acquistare il coupon è meglio alzare la cometa e **chiedere l'effettiva disponibilità**, precisando chiaramente che si vuole usufruire del buono sconto. Perché? Molti commercianti purtroppo tendono a considerare i clienti di questo tipo dei consumatori di Serie B. Ecco quindi che il sabato la pizzeria o la seduta dal parrucchiere diventano off limits se si ha in tasca il coupon. Per tutelarsi è meglio specificarlo sin dall'inizio: dalla reazione si può capire se accettare o se è meglio lasciar perdere. Di recente Groupon ha implementato un sistema di prenotazione online (per ristoranti e pizzerie) in modo da facilitare la procedura. Ovviamente è utilizzabile solo **dopo** aver acquistato il buono sconto.

Lettori: n.d.

il salvagente

15-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 1

consigli/2**OCCHIO AI PREZZI... E AGLI SCONTI**

Un controllo da effettuare riguarda i prezzi e le **percentuali di sconto**. Sebbene nella maggior parte dei casi il risparmio sia reale, resta comunque difficile calcolare con precisione l'effettiva convenienza delle offerte. Appare poco credibile ad esempio che 6 sedute di epilazione permanente con luce pulsata costino inizialmente 2.800 euro (189 euro con lo sconto del 93%), o che un trattamento di liposuzione chirurgica costi di listino 5.100 euro (1.199 con lo sconto del 76%). Non è un caso del resto che gli **sconti più bassi**, ma forse sarebbe meglio dire più vicini alla realtà, siano quelli dei **prodotti elettronici** dove il prezzo è imposto in modo unitario dal costruttore e non dal singolo commerciante.

consigli/3**EFFETTO CLESSIDRA**

Altra raccomandazione: non farsi attirare dal **conto alla rovescia** sulle offerte - un meccanismo mutuato dalle aste online tipo eBay - che spinge il consumatore a comprare per non perdere l'occasione. Non cadete nell'equivoco: il più delle volte non si tratta di una proposta "one shot" (unica) ma viene **riproposta**, anche dopo poco tempo. Per tutto il resto valgono le regole generali: leggere attentamente le condizioni generali del contratto e i termini di recesso, controllare le scadenze dei coupon, eventuali spese di spedizione per restituzione di oggetti, modalità di reclamo e richiesta di rimborso.



LE ACCUSE DA PARTE DELLE CATEGORIE. INSOLFERENZA ALLA CONCORRENZA?

L'ira dei medici: "Sono Gratta e vinci sulla salute"

Visite dentistiche, pap test, perfino cure veterinarie a prezzi stracciati. Di fronte a tante offerte partono le denunce all'Antitrust

Visite dentistiche, oculistiche, senologiche, ma anche ecografie mammarie, della tiroide e pap test. Tutto a prezzo scontato, anche del 70%. L'ultimanovità del social shopping riguarda la **salute**. Ecco che una visita dentistica con radiografie, igiene orale, ablazione con ultrasuoni costa 59 euro invece di oltre 400. Bastano invece 39 euro anziché 200 per un controllo con pulizia dei denti, smacchiamento air flow (getto di bicarbonato) e radiografia endorale.

Una manna per i consumatori che risparmiano fior di euro e che altrimenti ne avrebbero probabilmente fatto a meno e vitan-



do potenziali salassi. L'ingresso di queste offerte tuttavia ha sollevato direcentemente alcune **polemiche** in particolare da parte delle associazioni profes-

sionali che da un lato se la prendono con i propri associati, accusandoli di svilire la qualità professionale, e dal-

Lettori: n.d.

il salvagente

15-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 1

l'altro con i siti di shopping di gruppo che, secondo loro, non fornirebbero ai consumatori gli strumenti adeguati per capire cosa stanno realmente comprando. Fra queste c'è l'**Associazione nazionale**

dei dentisti italiani (Andi) che ha segnalato Groupon Italia all'Antitrust per abuso di posizione dominante e pubblicità ingannevole chiedendo di "ripristinare il corretto gioco della concorrenza e legittima informazione al cittadino".

E per il presidente dei medici italiani, **Amedeo Bianco**, questo fenomeno presenta grossi rischi. Per la tra-

sparenza commerciale ma anche per la qualità. "La sanità è una cosa seria, questi fenomeni sono il Gratta e vinci della salute. Non ci fidiamo", ha dichiarato a "Quotidiano Sanità".

Non è rimasta a guardare neanche l'**Associazione dei medici veterinari italiani** (Anmvi) che ha chiesto un intervento del **ministro della Salute**, Ferruccio Fazio, per far sì che le prestazioni medico-sanitarie vengano **escluse** dal paniere di offerte dei gruppi di acquisto sul web perché, sostiene l'Anmvi, "indurre una domanda di salute, subordinare l'erogazione della prestazione sanitaria al raggiungimento di un minimo di acquirenti sono fattori incompatibili con il diritto alla salute e l'etica medico-veterinaria". Segnali di insoddisfazione a una concorrenza del tutto inedita. ■

Lettori: n.d.

Panorama della Sanità

05-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 6

La sanità nella Manovra Bis

Salva l'Aifa, non ancora l'Agenas

Salva la dirigenza dell'Aifa, mentre è a rischio la sopravvivenza dell'Agenas. La manovra varata alla vigilia di Ferragosto e attualmente in discussione, in sede referente, alla Commissione Bilancio del Senato prima di approdare in Aula, sta facendo molto discutere anche il mondo sanitario per numerose norme contenute che incidono in maniera profonda sulla vita professionale degli operatori sanitari. La discussione al Senato del ddl n. 2887, di conversione del decreto 13 agosto 2011, n. 138, sta apportando numerosi correttivi che confluiranno in un maxiemendamento del Governo di cui riferiremo nel prossimo numero di Panorama della Sanità. Intanto riportiamo i temi più importanti

che riguardano la Sanità contenuti nel testo del decreto legge.

Aifa

L'Agenzia del farmaco è esclusa dalla riduzione delle dotazioni organiche dirigenziali prevista invece per altre amministrazioni pubbliche già interessate da analoghi provvedimenti adottati nel 2008 e nel 2009. (art.1, commi da 3 a 5).

Agenas

Rischio di soppressione per l'Agenzia dei servizi sanitari regionali, un organo indispensabile per la programmazione sanitaria. Il decreto legge infatti prevede la soppressione, a partire dal 90° giorno dalla sua entrata in vigore,

degli enti pubblici non economici inclusi nell'elenco delle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato individuate dall'Istat, con una dotazione organica inferiore a 70 unità. Le funzioni esercitate da ciascun ente soppresso sono attribuite all'amministrazione vigilante ovvero, nel caso di pluralità di amministrazioni vigilanti, a quella titolare delle maggiori competenze nella materia che ne è oggetto. L'amministrazione così individuata succede a titolo universale all'ente soppresso, in ogni rapporto, anche controverso, e ne acquisisce le risorse finanziarie, strumentali e di personale. I rapporti di lavoro a tempo determinato, alla prima scadenza successiva alla soppressione dell'ente, non possono essere rinnovati o prorogati. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, le funzioni commissariali di gestioni liquidatorie di enti pubblici ovvero di stati passivi, riferiti anche ad enti locali, possono essere attribuite a società interamente posseduta dallo Stato.

Mancata emissione di ricevuta o scontrino fiscale

Il decreto legge modifica l'articolo 12 del decreto legislativo n. 471/1997, introducendo la san-

Lettori: n.d.

Panorama della Sanità

05-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 6

zione accessoria della sospensione dell'iscrizione all'albo o all'ordine per i soggetti iscritti in albi ovvero ad ordini professionali a carico dei quali siano state contestate reiterate violazioni dell'obbligo di emettere il documento certificativo dei corrispettivi (ricevuta o scontrino fiscale).

Questa nuova sanzione accessoria è posta a carico degli iscritti agli albi e ordini professionali che, nell'esercizio della professione, abbiano commesso, nel corso di un quinquennio e in giorni differenti, quattro distinte violazioni inerenti all'obbligo di emissione dei documenti attestanti i corrispettivi.

Il professionista sarà sospeso dall'albo o dall'ordine da 3 giorni ad 1 mese. In caso di recidiva la sanzione accessoria sarà inasprita con un periodo di sospensione da 15 giorni fino a un massimo di 6 mesi.

È prevista la pubblicazione degli atti di sospensione sul sito internet dell'ordine professionale.

La norma prevede l'applicazione delle disposizioni recate dai commi 2-bis e 2-ter dello stesso articolo 12, ovvero:

- la sospensione è disposta dalla direzione regionale dell'Agenzia delle entrate competente per territorio in relazione al domicilio fiscale del contribuente. Gli atti di sospensione devono essere notificati, a pena di decadenza, entro sei mesi da quando è stata contestata la quarta violazione (secondo quanto previsto dal comma 2-bis);

- l'esecuzione e la verifica dell'effettivo adempimento delle sospensioni è effettuata dall'Agenzia delle entrate, ovvero dalla Guardia di finanza (comma 2-ter). Infine, con la novella apportata introducendo il comma 2-septies, viene stabilito che la sanzione accessoria introdotta dal comma 2-sexies deve essere disposta nei confronti di tutti gli associati qualora le violazioni siano commesse nell'esercizio

dell'attività professionale in forma associata. (art.2, comma 5)

Liberalizzazione delle professioni

Viene normata dai primi 5 commi dell'articolo 3. In particolare il principio affermato al comma 1 (secondo cui Comuni, Province, Regioni e Stato adeguano i rispettivi ordinamenti al principio per il quale l'iniziativa e l'attività economica privata sono libere ed è permesso tutto ciò che non è espressamente vietato) non è soltanto ricognitivo della previsione dell'attuale articolo 41 della Costituzione: esso si inquadra tra gli effetti anticipatori di una possibile revisione della medesima norma costituzionale. La decorrenza è legata al termine di un anno dall'entrata in vigore della legge di conversione.

Come effetto, il divieto non è più condizione sufficiente per ritenere che l'iniziativa (e l'attività conseguente) economica privata non sia libera. In assenza di leggi "qualificate", si legge nella relazione, va rimossa la prescrizione incompatibile con il principio della libertà dell'attività economica privata.

La previsione più incisiva è quella rivolta al livello statale, nel quale: da un lato entro il predetto termine si provvederà "anche" mediante gli strumenti "vigenti" di semplificazione normativa; dall'altro lato, oltre il medesimo termine, scatterà una clausola abrogativa delle disposizioni statali incompatibili "con conseguente diretta applicazione degli istituti della segnalazione (certificata) di inizio attività e dell'autocertificazione con controlli successivi" (comma 3).

Rivolta al livello regionale appare invece la previsione dei commi 2 e 4: oltre ad una locuzione descrittiva ("attua la piena tutela della concorrenza tra le imprese") si afferma che il comma 1 costituisce principio fondamentale "per lo sviluppo economico; vi è poi la

previsione del comma 4, che accomuna gli enti territoriali non statali (Regioni, Province, Comuni) nella valutazione di virtuosità di cui all'art. 20, comma 3, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, nel caso in cui provvedano all'adeguamento al principio di cui al comma 1.

Riforma delle professioni

Il comma 5 dell'art. 3 individua i principi generali cui dovrà uniformarsi la riforma delle professioni. Tra questi: libero accesso alla professione, previsione dell'obbligo di seguire percorsi di formazione continua, effettività dell'attività formativa del tirocinio per l'accesso alla professione, disciplina dei compensi dei professionisti. Gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

La lettera a) prescrive che la riforma degli ordinamenti professionali dovrà assicurare che l'accesso alla professione sia libero e che il suo esercizio sia fondato e ordinato sull'autonomia e sull'indipendenza di giudizio, intellettuale e tecnica, del professionista. La limitazione, in forza di una disposizione di legge, del numero di persone titolate ad esercitare una certa professione in tutto il territorio dello Stato o in una certa area geografica, sarà consentita unicamente laddove risponda a ragioni di interesse pubblico e non introduca una discriminazione diretta o indiretta basata sulla nazionalità o, in caso di esercizio dell'attività in forma societaria, della sede legale della società professionale.

La lettera b) dispone che gli ordinamenti professionali riformati dovranno prevedere l'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai

Lettori: n.d.

Panorama della Sanità

05-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 6

consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (Ecm). La violazione dell'obbligo di formazione continua costituirà un illecito disciplinare e come tale sarà sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione.

La lettera c) stabilisce quindi che la disciplina del tirocinio per l'accesso alla professione dovrà conformarsi a criteri che garantiscano l'effettivo svolgimento dell'attività formativa e il suo adeguamento costante all'esigenza di assicurare il miglior esercizio della professione. Al tirocinante dovrà essere corrisposto un equo compenso di natura indennitaria, commisurato al suo concreto apporto. Al fine di accelerare l'accesso al mondo del lavoro, la durata del tirocinio non potrà essere complessivamente superiore a tre anni e potrà essere

svolto, in presenza di una apposita convenzione quadro stipulata fra i Consigli Nazionali e il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, in concomitanza al corso di studio per il conseguimento della laurea di primo livello o della laurea magistrale o specialistica. Per le professioni sanitarie, ai fini della disciplina dell'attività di tirocinio, resta peraltro confermata la normativa vigente.

La lettera d) prevede che il compenso spettante al professionista sarà pattuito per iscritto all'atto del conferimento dell'incarico professionale prendendo come riferimento le tariffe professionali. Sarà peraltro ammessa la pattuizione dei compensi anche in deroga alle tariffe 130. Il professionista resta comunque tenuto a rendere noto al cliente il livello della complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento alla conclusione del mede-

simo. In caso di mancata determinazione consensuale del compenso, quando il committente è un ente pubblico, in caso di liquidazione giudiziale dei compensi, ovvero nei casi in cui la prestazione professionale è resa nell'interesse dei terzi si applicheranno le tariffe professionali stabilite con decreto dal Ministro della Giustizia.

La lettera e) dispone che, a tutela del cliente, il professionista sarà tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista dovrà rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative potranno essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti.

Lettori: n.d.

Panorama della Sanità

05-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 6

La lettera f) stabilisce che gli ordinamenti professionali dovranno prevedere l'istituzione di organi a livello territoriale, diversi da quelli aventi funzioni amministrative, ai quali saranno specificamente affidate l'istruzione e la decisione delle questioni disciplinari e di un organo nazionale di disciplina. Viene inoltre prevista l'incompatibilità della carica di consigliere dell'Ordine territoriale o di consigliere nazionale con quella di membro dei consigli di disciplina nazionali e territoriali. Per le professioni sanitarie resta confermata la normativa vigente. La lettera g) prevede infine che la pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività professionale, le specializzazioni ed i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni, è libera. Le informazioni fornite dovranno essere trasparenti, veritiere, corrette e non do-

vranno essere equivoche, ingannevoli, o denigratorie.

Libertà d'impresa

Viene affrontata dal comma 6 ed i successivi cinque commi dell'art.3 in particolare dell'accesso alle attività economiche e delle relative restrizioni, già disciplinato dal decreto legislativo 26 marzo 2010, n. 59 del 2010, di recepimento della cosiddetta direttiva Bolkenstein (direttiva 2006/123/CE).

Il comma 6 prevede una prima tipologia di restrizioni, quella ricadente sotto la disciplina del comma 5 per le professioni, espressamente fatta salva.

Il comma 7 ribadisce che le disposizioni vigenti che regolano l'accesso e l'esercizio delle attività economiche devono garantire il principio di libertà di impresa e di garanzia della concorrenza.

Il comma 8 disciplina una secon-

da tipologia di restrizioni in materia di accesso ed esercizio delle attività economiche previste dall'ordinamento vigente, per le quali introduce una generale clausola abrogativa, decorrente quattro mesi dopo l'entrata in vigore del decreto. Si tratta delle restrizioni di cui al comma 9, espressamente tipizzate attingendo assai spesso a fattispecie già considerate dalla direttiva Bolkenstein. Una terza tipologia di restrizioni è quella atipica ("restrizioni diverse da quelle elencate nel comma 9"), per la quale il comma 10 prevede la possibilità di revoca ad hoc: si provvede su proposta del Ministro competente, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro quattro mesi dall'entrata in vigore del decreto. Il comma 11 prevede che singole attività economiche possano essere escluse, in tutto o in parte, dall'abrogazione delle restrizioni disposta ai sensi del comma 8, purché si tratti della tipologia di restrizioni prevista dal comma 9: vi si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro competente di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Autorità per la concorrenza ed il mercato. Anche in tale eventualità il termine, che è di quattro mesi, decorre dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge. L'esclusione può essere concessa solo qualora ricorrano determinate ragioni di interesse pubblico, modulando in senso parzialmente coincidente alcuni indirizzi già contenuti nella direttiva Bolkenstein.

Il comma 12 dispone la sostituzione della lettera d) dell'articolo 307 comma 10 del decreto legislativo n. 66/2010, recante il codice dell'ordinamento militare. Si stabiliscono finalità diverse cui vengono destinate le risorse derivanti dall'alienazione, permuta e valorizzazione dei beni immobili della Difesa.



Oltre alla manovata sulla salute, il taglio di 850 milioni l'anno del governo, ha comportato regole diverse da Regione a Regione. La nostra guida.

In cerca di una **bussola** nel caos **SUPERTICKET**

Barbara Cataldi

Confusi e tartassati. Spesso anche molto arrabbiati. Così sono gli italiani di fronte all'ennesima batosta di fine estate. Per rientrare del taglio di quasi 850 milioni di euro all'anno che il governo ha varato con la manovra di luglio, le Regioni sono state costrette a rifarsi sui cittadini attraverso nuovi ticket sanitari. Il costo dei balzelli comincia a produrre i primi effetti proprio in queste settimane. E purtroppo la situazione potrebbe anche peggiorare, dal momento che la finanziaria di Ferragosto, in via di approvazione alla Camera, impone alle amministrazioni locali altri sacrifici: 6 miliardi in meno per il 2012 e un ulteriore taglio di 3,2 miliardi nel 2013.

Di fronte all'emergenza, però, ognuno si è mosso in modo autonomo. Il risultato è il caos. Così per comprare un farmaco, sottoporsi a una visita specialistica, usufruire del Pronto soccorso, eseguire le analisi del sangue o una risonanza magnetica si hanno diritti diversi e si pagano cifre molto differenti

a seconda del luogo in cui si abita.

Le informazioni sono ancora scarse e i meccanismi di calcolo piuttosto complicati. Per questo il **Salvagente** ha realizzato una "guida" nazionale al "superticket", mettendo a confronto il balzello imposto attualmente da ogni Regione con quello in vigore fino allo scorso luglio, quando il governo ha suggerito la sua ricetta per sanare il buco: l'imposizione di una quota fissa aggiuntiva di 10 euro sulle ricette per l'assistenza ambulatoriale e sulle prestazioni specialistiche e un ticket di 25 euro sui ricorsi

Lettori: n.d.

il salvagente

15-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 35

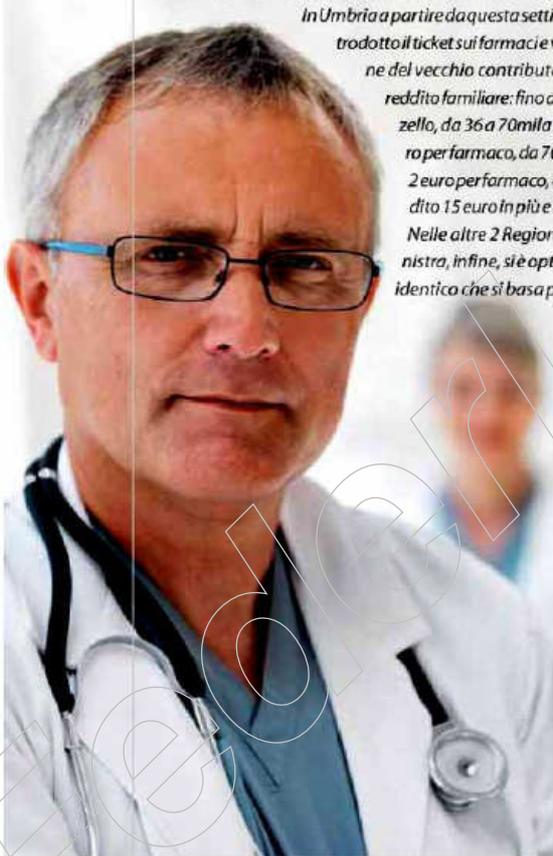
LE REGIONI CHE ADOTTANO SCAGLIONI DI REDDITO



**La ricetta del medico?
Con l'Isee o il 730**

Ogni Regione di fronte al superticket ha seguito la propria strada. La Lombardia e il Piemonte, per esempio, invece di aggiungere una quota fissa al contributo già pagato dai cittadini per le prestazioni ambulatoriali, di diagnostica o di specialistica, hanno elaborato una **tabella** proporzionata al valore della prestazione stessa: su un esame per il quale si pagavano tra i 5 e i 10 euro si aggiungono **1,50 euro**, tra i 10 e i 15 si aggiungono **3 euro** e così via fino ad aggiungere un massimo di **30 euro** per le prestazioni del valore di oltre 100, come la risonanza magnetica per la quale il ticket ora è di 66 euro. In molte altre regioni, invece, si dovrà andare dal medico per autocertificare il proprio reddito (impugnando il 730, Unico o l'Isee). Veneto, Toscana, Emilia-Romagna e Umbria, per esempio, hanno deciso di rimodulare il balzello in base al reddito. La Regione governata da Luca Zaia applica un ticket di **5 euro** a ricetta per chi ha un reddito sotto i 29 mila euro e uno da **10 euro** per chi supera quel tetto.

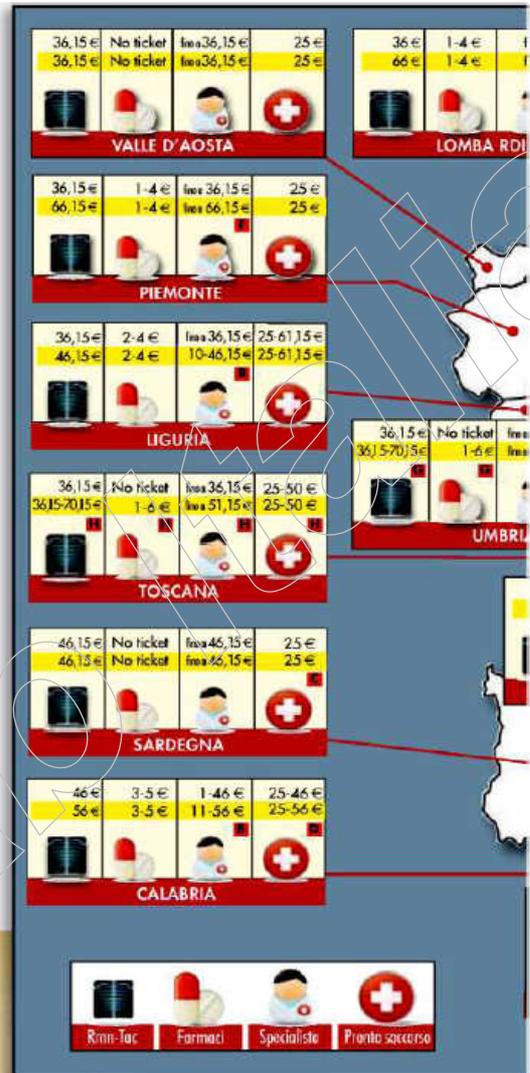
In Umbria a partire da questa settimana, invece, è stato introdotto il ticket sui farmaci e varata una rimodulazione del vecchio contributo sulla base di 4 fasce di reddito familiare: fino a 36 mila euro nessun balzello, da 36 a 70 mila 5 euro aggiuntivi e 1 euro per farmaco, da 70 a 100 mila 10 euro in più e 2 euro per farmaco, oltre 100 mila euro di reddito 15 euro in più e 3 euro per ogni farmaco. Nelle altre 2 Regioni guidate dal centro-sinistra, infine, si è optato per un meccanismo identico che si basa però sull'Isee.



In cerca di una bussola nel caos...

non urgenti al Pronto soccorso. Non tutti si sono allineati. Si sono rifiutate di intervenire la Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, che già applicano un ticket sui codici bianchi in Pronto soccorso, oltre alla Sardegna che ha annunciato la richiesta di un obolo simbolico di un euro

per tutti. Anche perché sull'isola si pagavano già il ticket massimo più alto d'Italia, 46,15 euro, un contributo di 25 euro per i codici bianchi e uno di 15 per i codici verdi. "In alcuni casi, come per le analisi del sangue, rivolgersi alle strutture private è diventato più conveniente". A commentare è



no per un'ecografia o un elettrocardiogramma".

Effettivamente tra un territorio e l'altro cambia proprio la logica con cui viene calcolato il contributo. In alcune regioni del Nord, come **Lombardia** e **Piemonte**, il superticket si misura in proporzione al valore delle prestazioni erogate. In altre regioni, come **Toscana** ed **Emilia-Romagna**, il balzello introdotto anche sui farmaci viene pagato in base al reddito calcolato sull'**Isee** (Indicatore della situazione economica equivalente) delle famiglie: sistema più equilibrato perché tiene conto del reddito familiare complessivo, compresi figli a carico, conto in banca, mutuo o affitto.

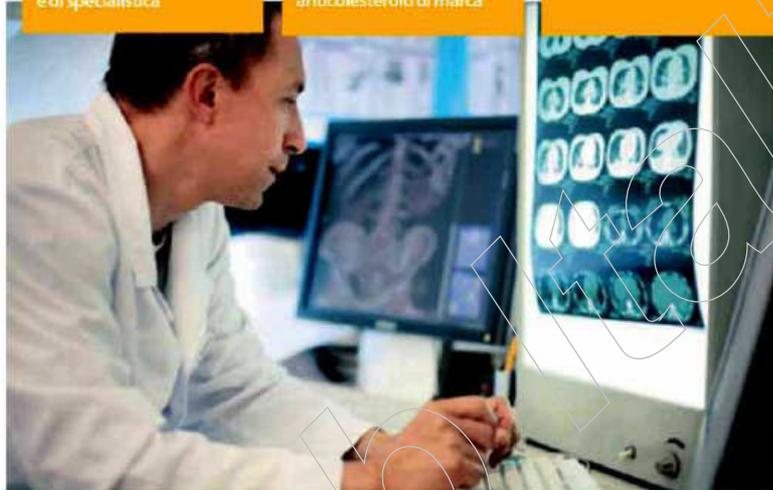
La stessa filosofia dovrebbe essere adottata presto anche dalle **Marche**, che per ora applicano la quota fissa aggiuntiva di 10 euro, come la maggior parte delle Regioni. Fa eccezione l'**Abruzzo**, che la fa scattare oltre la soglia di 32 mila euro di reddito annuo. **Sicilia**, **Calabria** e **Campania** avevano già una quota fissa per ricetta, che hanno dovuto aumentare. Il superticket più costoso (20 euro) è quello della Regione guidata da Stefano Caldoro, che ha messo al lavoro i suoi tecnici per rimodulare il contributo dei cittadini in modo più equo. Ma non mancano i presidenti intenzionati a contestare la norma presso il Tar del Lazio o la Corte Costituzionale. Gli uffici legali di **Friuli-Venezia Giulia** e **Veneto** stanno lavorando su questo.

20 euro **9 euro** **61 euro**

20 euro per ricetta è la quota fissa da pagare in Campania per prestazioni ambulatoriali e di specialistica

9 euro per ricetta è il ticket sui farmaci da pagare in Sicilia per 2 confezioni di antipertensivo o anticolsterolo di marca

61 euro il ticket da pagare nel Lazio per una risonanza magnetica



FRANCO TOMASSONI, ASSESSORE ALLA SALUTE DELL'UMBRIA

"Ma così conviene rivolgersi al privato"

"Il superticket ci è stato imposto da questo governo". A parlare è **Franco Tomassoni**, assessore alla Salute della Regione Umbria, l'**ultima a capitolare** di fronte al diktat del ministro Tremonti. Da questa settimana, in-

fatti, anche i cittadini umbri dovranno fare i conti con la compartecipazione alla spesa sanitaria sia in farmacia che in ospedale. "Noi ci siamo opposti fin dal primo momento, proponendo di coprire il fabbisogno con



È CACCIA ALLE ESENZIONI

Chi ha diritto all'esenzione? Ogni Regione decide in materia in modo diverso. La cosa migliore è informarsi presso la Asl di riferimento o il proprio medico di base.

Le esenzioni possono essere parziali o totali, ed essere motivate da ra-

gioni sociali (come quelle previste per disoccupati, cassaintegrati, vittime del terrorismo, pensionati di minima) o da patologie.

In alcuni casi hanno diritto a non pagare il contributo sui farmaci i bambini sotto i 6 anni e gli anziani sopra i 65 anni che non raggiungono una determinata soglia di reddito.

Quanto al balzello da pagare al Pronto soccorso, infine, nella maggior parte delle Regioni sono esentati i minori di 14 anni e i pazienti ricoverati per traumatismi o avvelenamenti acuti.



56 euro

Da 25 a 56 euro il contributo da pagare in Calabria per visita e prestazione sanitaria al Pronto soccorso in codice bianco e verde



l'accisa sulle sigarette, oppure recuperando la cifra necessaria dal nostro bilancio", ribadisce l'amministratore, "eppure il ministro dell'Economia ha detto no".

Assessore Tomassoni, perché un ticket se i conti sono in ordine?

La compartecipazione del cittadino alle spese sanitarie è obbligo di legge dal 2007. Fino a oggi l'avevamo evitata solo perché ogni anno il governo trasferiva i fondi per evitarla. La legge non è mai stata abrogata e da luglio il governo ha bloccato i trasferimenti.

Perché non avete seguito le indicazioni del governo?

Noi siamo contrari al ticket e soprattutto il metodo imposto dal governo, che prevede 10 euro fissi qualunque sia la prestazione, è ingiusto e in termini di concorrenza provoca la sconfitta del si-

stema pubblico nei confronti di quello privato. Se io devo pagare per un'azotemia 3 euro più i 10 del superticket nel pubblico è chiaro che preferisco rivolgermi a un ambulatorio privato dove il prelievo mi costa 8 euro.

Però avete introdotto il balzello anche sui farmaci ...

Per renderlo meno oneroso sui cittadini abbiamo spalmato il ticket anche sui farmaci, però abbiamo voluto che fosse proporzionale al reddito familiare. Abbiamo predisposto 4 differenti fasce di reddito e chi è al di sotto dei 36mila euro annui non paga niente. Si tratta del 58% della popolazione umbra, cui si aggiungono le persone esenti per patologia o per età.

La reazione dell'opinione pubblica quale è stata?

La popolazione ha condiviso il

È stato l'ultimo a capitolare dopo aver tentato di evitare in tutti i modi il balzello

metodo, ma ha qualche perplessità sull'applicazione perché è molto macchinosa. Abbiamo dovuto rifare tutta la modulistica, chiedere la collaborazione dei medici di base e dei farmacisti. L'utente deve autocertificare il proprio reddito ma stiamo studiando un modo per non obbligarlo a ripetere ogni volta la stessa operazione. Stiamo studiando il metodo per registrare i dati sulla tessera sanitaria. ■

Speciale Manovra

Dal Parlamento. Per 22 categorie

Stop all'iter del Ddl sugli Albi sanitari

IL QUADRO

Il relatore minimizza:

«Dobbiamo verificare sole le sanzioni»

L'opposizione insorge sulla controliberalizzazione

■ La tavola era già apparecchiata: cinque nuovi Ordini con 22 Albi annessi per 22 professioni sanitarie non mediche. Poi, secondo il tam tam degli interessati, sarebbe arrivato lo stop da Tremonti. E in Aula la dura contestazione di Francesco Rutelli (Api-terzo polo). «Ma come con la manovra ter liberalizziamo le professioni, e ora si alzano altri steccati?», le accuse. E così il disegno di legge bipartisan, almeno tra i senatori "sanitari", ieri in Aula a palazzo Madama ha dovuto fare marcia indietro. O quanto meno rallentare il suo cammino. Chissà per quanto tempo. Anche se formalmente a chiedere una sospensione dell'esame per chiarire alcuni aspetti sulle sanzioni, in attesa di essere reinserito nel calendario del Senato, è stata la relatrice Laura Bianconi (Pdl): «Lo approveremo presto», giura.

E così per il momento 583mila operatori sanitari restano a bocca asciutta. Il grosso (375mila) sono infermieri, che conquisterebbero l'Ordine e due albi. Poi ci sarebbero l'Ordine delle ostetriche (17mila), quello delle professioni della riabilitazione (84mila) con otto albi, l'Ordine dei tecnici di radiologia medica (23.500), infine l'Ordine delle professioni tecnico-sanitarie e

della prevenzione (84mila) con dieci albi. Albi per tutti, o quasi: fisioterapisti, logopedisti, ortotisti, podologi, educatori professionali, terapisti occupazionali. Ma anche, tra gli altri, igienisti dentali, dietisti, tecnici ortopedici, audiometristi. Un elenco di 22 professioni della salute. Il Ddl prevede poi la possibilità di nuovi Ordini di almeno 20mila iscritti. Una vera e propria carica. Con annessa possibilità di riscattare ai fini previdenziali gli studi per l'abilitazione, non tutti e non sempre negli anni passati a livello universitario.

«Sarebbe questa la rivoluzione liberale di cui si fa portatrice l'attuale maggioranza?», ha attaccato Rutelli. «È impensabile - ha aggiunto ricordando la posizione storica dell'Antitrust - portare avanti questo provvedimento come se non ci trovassimo in una tempesta che ci impone di ripensare tutto il sistema ordinistico, non di aggiungere altri Ordini e Albi». Come "legare", insomma, la legge con la manovra che intanto la Camera stava approvando definitivamente? «Qui non stiamo facendo il tagliando alla crescita, stiamo tagliando la crescita». Parole contestate duramente da tutti i senatori "sanitari". Che però hanno dovuto accettare, anche se a malincuore, la frenata alla legge. Che resta ancora in stand by: ma accade dal 1999, quando già D'Alema, presidente del Consiglio, ne decretò lo stop.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PROVINCIA DI BARI LETTIERI E CASSANO RICORDANO L'EMENDAMENTO ALLA MANOVRA APPROVATO. L'UDC: AL FIANCO DEI SINDACI

Sanità, sale la protesta per le chiusure

Pdl: punti di primo intervento disattivati, ma ora c'è la deroga al blocco del turn-over

● «Condivido e sosterrò in pieno l'iniziativa dei sindaci dei Comuni del Barese interessati dalla chiusura dei punti di primo intervento che hanno deciso di impugnare la delibera della Asl di Bari dinanzi al Tar». Lo annuncia il senatore Pdl **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, ricordando la deroga allo sblocco del turn over passata nella manovra bis del governo grazie ad un emendamento del Pdl. «Adesso tocca al governo regionale saper utilizzare al meglio gli strumenti che governo nazionale e maggioranza stanno mettendo a disposizione delle regioni oggetto di piani di rientro». La chiusura dei sette punti di primo intervento (Polignano, Mola, Noci, Locorotondo, Alberobello, Ruvo e Grumo) va bloccata e vanno attivate le procedure previste dalla manovra finanziaria «che ora consente le assunzioni di personale alle Regioni sottoposte a Piano di Rientro» anche per il vicecapogruppo del Pdl alla Regione, **Massimo Cassano**. «La Regione Puglia - aggiunge - non ha quindi più alcun motivo per chiudere questi centri indispensabili per garantire assistenza ai cittadini».

Chiede alla Asl la revoca della delibera con la quale sospende il turno notturno dei punti di primo intervento territoriali anche il consigliere regionale Pdl **Domi Lanzilotta**. I punti di primo intervento, dallo scorso 1 settembre, vengono chiusi dalle 20 alle 8 del mattino in comuni «ad alta densità turistica. La Asl di Bari e il suo management - dice - avrebbero dovuto trovare soluzioni alternative e oggi, grazie alla previsione contenuta nella manovra finanziaria del Governo, che prevede lo sblocco del turn over e consente l'assunzione di personale per garantire i Lea (Livelli essenziali di assistenza), si può procedere alla sospensione delle chiusure». «La sanità è un bene primario ed i sindaci del Barese che sono scesi in campo a difesa delle strutture sanitarie non devono essere lasciati soli» dice **Filippo Barattolo** (segretario Udc di Bari). «Mi impegno a sostenere questa battaglia invitando il direttore generale della Asl di Bari a rivedere la scelta».



Massa

Si allarga l'inchiesta sul buco della Asl

SI ALLARGA l'inchiesta sul buco di bilancio di 270 milioni della Asl di Massa. Ci sarebbero cinque nuovi indagati iscritti nel registro della procura, nessun politico ma tecnici e funzionari che a vario titolo avrebbero avuto a che fare con i conti dell'azienda sanitaria. La magistratura starebbe indagando su reati di falso in bilancio. Nessuna con-

ferma da parte del procuratore capo di Massa Carrara Aldo Giubilaro, che ha solo detto che oggi parlerà col suo sostituto degli sviluppi dell'inchiesta. Finora erano indagati l'ex direttore generale della Asl Antonio Delvino e l'ex direttore amministrativo Ermanno Giannetti, che fu tra l'altro licenziato dall'azienda a seguito dello scandalo.

FederLab Italia



L'ECO DI BERGAMO.it

Sanità, scattano le nuove regole per la certificazione dei redditi

15 settembre 2011

Ticket, da oggi nuove regole

Scattano oggi, giovedì 15 settembre, le nuove regole per chi ha diritto all'esenzione per redditi dal ticket sanitario. Non cambia nulla per quanto riguarda gli esoneri riconosciuti ai pazienti colpiti da patologie gravi (malattie croniche, invalidanti, rare) e ai portatori di handicap.

Non sono previste modifiche neppure per le ricette relative all'acquisto di farmaci. Tutto come prima anche per chi avesse in mano una impegnativa con data antecedente al 15 settembre. I nuovi provvedimenti, infatti, partono da oggi e riguardano esclusivamente l'esenzioni dal ticket sanitario su esami medici e visite specialistiche: in sostanza non sarà più concesso al cittadino autocertificare il proprio reddito (basso), firmando l'impegnativa.

Toccherà ai medici di famiglia verificare, su richiesta dell'interessato, al momento della compilazione del certificato e attraverso l'anagrafe regionale (il sistema informatico Crs Siss), se il proprio assistito ha diritto o meno all'esenzione. Il giro di vite sui ticket è stato imposto da un decreto ministeriale del 2009, recepito dalla Regione Lombardia con un provvedimento del maggio scorso.

I cittadini che hanno diritto all'esenzione - secondo le disposizioni statali, valide quindi su tutto il territorio nazionale - devono avere un'età superiore ai 65 anni con reddito complessivo familiare inferiore o uguale a 36.151,98 euro o minori di 6 anni appartenenti a nucleo familiare che non supera i 36.151,98 euro (il codice di esenzione è E01). Ad avvisare tutti gli interessati ci ha pensato l'Asl bergamasca che ha inviato un'apposita lettera: consigliabile portarla sempre con sé, quando ci si rivolge al medico.

Un po' più ampie le condizioni per beneficiare dell'esenzione regionale (valida però solo in Lombardia). Occorrerà avere un'età superiore a 65 anni e reddito complessivo familiare inferiore o uguale a 38.500,00 euro. In Lombardia esenzione garantita anche a disoccupati, lavoratori in mobilità, cittadini in cassa integrazione straordinaria e in cassa integrazione in deroga e familiari a loro carico. In questo caso il cittadino dovrà però rilasciare l'autocertificazione recandosi all'Asl (sportello Scelta/Revoca).

Per i minori di 14 anni (e senza limiti di reddito) l'esenzione vale fino al compimento del 14° anno di età. La situazione parrebbe comunque sotto controllo, almeno stando ai medici di famiglia: «L'unico inghippo – spiega Guido Marinoni, segretario della Fimmg bergamasca (il maggior sindacato dei medici di famiglia) potrebbe essere la difficoltà di collegamento con il sistema informatico, se il paziente non ha con sé il documento cartaceo».

Qualche criticità in più si teme invece per quanto riguarda le strutture ospedaliere: nel mirino c'è sempre il sistema informatico. «Ma - assicurano dall'Asl – in questi giorni si è fatto un grosso lavoro sia dal punto di vista tecnico, che del potenziamento delle attrezzature».

Ultima spiaggia per chi non avesse ricevuto la lettera dall'Asl e non risultasse nella banca dati: rivolgersi agli sportelli dei Distretti per autocertificare il diritto all'esenzione.

FederLab Italia

Nominati i nuovi commissari delle aziende sanitarie provinciali

Sono Salvatore Messina, Gaetano Sirna e Francesco Poli (ad interim) saranno i nuovi commissari delle aziende sanitarie provinciali di Agrigento, Catania e Messina. L'assessore regionale per la salute della Sicilia, Massimo Russo, ha già dato il via alle procedure per la loro nomina dopo la decadenza dei precedenti direttori generali dovuta, come previsto dalla legge, al mancato raggiungimento degli obiettivi di bilancio.

Salvatore Messina, 59 anni, nato a Piazza Armerina (enna), laureato in giurisprudenza, dall'aprile scorso era direttore di unità operativa complessa all'asp di enna e coordinatore amministrativo dell'area territoriale di Enna. Messina ha ricoperto dal 1979 ad oggi, nel sistema sanitario regionale, numerosi incarichi apicali nel settore amministrativo. Per un anno (tra il 2008 e il 2009) è stato direttore amministrativo dell'asp di Reggio Calabria, città nella quale, su incarico del prefetto, ha anche avuto la responsabilità della delicata struttura complessa "acquisizione beni e servizi".

Gaetano Sirna, 58 anni, nato a Cesaro' (messina), laureato in medicina, ha ricoperto numerosi ruoli dirigenziali nella sanità siciliana. È stato direttore di presidio ospedaliero a Lipari (1999), a Patti (2000) e Taormina (2003); dal mese di giugno del 2005, per quasi un anno e mezzo, è stato direttore sanitario all'asp di Messina; dal novembre del 2006 al 31 agosto 2009 è stato direttore generale dell'azienda ospedaliera "Papardo" di Messina per poi assumere il ruolo di direttore sanitario all'ospedale di Taormina (fino all'aprile 2010) e quindi dell'azienda ospedaliero universitaria "policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania. Sirna si è formato all'università di Catania.

Francesco Poli, 74 anni, nato a Catania, laureato in giurisprudenza, è uno degli uomini di maggiore esperienza della sanità siciliana. È l'attuale direttore generale dell'azienda ospedaliera "Cannizzaro" di Catania. Negli anni '90 è stato direttore generale dell'azienda "ospedali Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino" di Catania e poi dell'asp di Messina, dell'azienda policlinico di Catania e dell'azienda ospedaliera "Garibaldi" sempre a Catania. Dal novembre 2008 è stato anche consulente dell'assessore russo partecipando al gruppo di lavoro che ha predisposto gli atti preliminari per la riforma del sistema sanitario.



2 Debito sanitario, quanto costa agli abruzzesi il piano di rientro?

MERCOLEDÌ 14 SETTEMBRE 2011 15:27 REDAZIONE REGIONE ABRUZZO - ABRUZZO

Quanto costa agli abruzzesi il piano di rientro dal debito sanitario? Solo di consulenza, 4mila euro al giorno. Ad affermarlo è il consigliere regionale dell'Italia dei Valori, Cesare D'Alessandro, che ha presentato un'interrogazione al presidente della Regione e Commissario ad Acta alla Sanità, Gianni Chiodi.

Al Governatore viene chiesto perché dal 2009, dopo il terremoto dell'Aquila, non si è provveduto a chiedere al Ministro Tremonti di farsi carico di una spesa resa obbligatoria dal Governo, che l'Abruzzo sopporta dal 2008, pagando la consulenza della KPMG (la multinazionale olandese leader nel settore della revisione dei bilanci e nella consulenza alle imprese in materia fiscale, ndr), pari a circa 4mila euro al giorno.

"Oltre al terremoto" spiega D'Alessandro "dal 2008 ad oggi abbiamo attraversato una crisi economica e finanziaria di tale entità che l'esborso di un milione e 300mila euro l'anno per le casse regionali è inaccettabile. Con questa cifra si paga un terzo del Consiglio regionale, ma soprattutto si potrebbe far fronte alle richieste dei disabili, dei malati oncologici e via discorrendo. Purtroppo Chiodi, per il 2011, ha già presentato il nuovo impegno per un milione e 300mila euro da elargire alla KPMG, ma sarà il caso che dica a Tremonti, e lo faccia in fretta, che l'Abruzzo non può sborsare più un euro per il futuro, anzi il Governo dovrebbe rimborsare quanto speso negli ultimi tre anni. A Chiodi, comunque, faccio un ultimo appunto, visto che il decreto commissariale per la KPMG lo fa lui: la Regione Campania, obbligata come noi ad avvalersi dell'Advisor KPMG, con quasi 6 milioni di abitanti, spende meno di noi per fare pressappoco le stesse cose. Perché? La stessa Campania ha previsto nel proprio decreto la facoltà di recesso con un mese di preavviso e senza penalità, l'Abruzzo no! Perché? E soprattutto, perché non usciamo al più presto da questa situazione restituendo la normalità al Servizio Sanitario Regionale?"

Una task-force per il nodo del debito

Istituito un gruppo di lavoro per fronteggiare la carenza di liquidità e definire linee guida per la cessione pro-soluta dei crediti vantati dalle Pmi

ETTORE MAUTONE

Iniziative per l'accelerazione dei pagamenti della Regione nei confronti dei fornitori di beni e servizi. Palazzo Santa Lucia mette in pista un gruppo di lavoro investito del compito di

fronteggiare il contenzioso tra pubblica amministrazione e creditori. Ne fanno parte il capo di gabinetto del presidente della giunta e i coordinatori delle Aree Programmazione, piani e programmi, Avvocatura, Bilancio, Ragioneria e tributi, Rapporti con gli organi nazionali e internazionali e due funzionari della struttura commissariale per la stabilizzazione finanziaria. Un nodo, quello del debito, incancrenitosi soprattutto nell'ambito della spesa sanitaria e diventato preoccupante con l'esplosione della crisi e la conseguente carenza di liquidità che rende non più sostenibili le spese fuori bilancio dovute a pignoramenti e

I compiti del gruppo di lavoro

- **Monitoraggio:** Individuare concrete situazioni di criticità nei pagamenti alle Pmi da parte dell'amministrazione e accertare quali partite debitorie hanno i requisiti per uno specifico regime giuridico
- **Istruttoria tecnica:** Individuare, in relazione a settori omogenei e in confronto con le associazioni di categoria, gli strumenti tecnico-giuridici utilizzabili, compreso il meccanismo della cessione pro-soluta del credito
- **Istruttoria normativa:** Prevedere l'introduzione, nella normale prassi delle strutture regionali linee guida e opportuni provvedimenti organizzativi

Il gruppo di lavoro è coordinato dal capo di gabinetto del governatore

decreti ingiuntivi. L'obiettivo è anche superare i limiti imposti dal Patto di stabilità interno che, di fatto, ha gli stessi effetti nei rapporti tra imprese e pubblica amministrazione. L'obiettivo è

prevedere, in linea generale, la possibilità di certificare e consentire la cessione pro-soluta dei debiti della Regione laddove i crediti vantati da terzi siano divenuti certi, liquidi ed esigibili, come previsto dalle norme del settore, nonché individuare, in settori omogenei e uniformi, (in particolare nei settori più significativi, (vedi la Sanità) ogni altra possibilità di utilizzo degli strumenti previsti dall'Ordinamento che consentano di coniugare al meglio le difficoltà di bilancio del settore pubblico e le esigenze di certezza e tempestività delle regolazioni finanziarie dei soggetti che intrattengono rapporti economici con esso.

Si tratta, insomma, di mettere in campo modalità di pagamento alternative alla liquidità e di istruire le complesse procedure tecnico-giuridiche.

Difesa legale degli enti, decide la Consulta

Patrocinio all'Avvocatura regionale, anche per gli enti strumentali: alla Corte costituzionale una delibera del 2009. Presenta, infatti, secondo il Tar, profili di incostituzionalità la delibera di giunta regionale n. 603 del 27 marzo del 2009 relativa alla approvazione dello schema tipo di convenzione per l'affidamento all'avvocatura regionale dell'attività di consulenza ed il patrocinio in giudizio degli enti strumentali della Regione e delle società regionali. E' quanto prevede l'ordinanza collegiale del Tribunale amministrativo n. 3.725 del 12 luglio scorso notificata alla Regione Campania il 24 agosto. Delibera impugnata con ricorso del giugno del 2009 da un gruppo di avvocati rappresentati e difesi da **Lorenzo Lentini** e **Alessandro Biamonte**. Oggetto del contenzioso l'attuazione dell'articolo 29 della Legge regionale n. 1 del 2009 (finanziaria regionale del 2009) per il cui articolo 29 - relativo, appunto, alla possibilità di affidare all'avvocatura regionale l'attività di consulenza ed il patrocinio in giudizio degli enti strumentali della Regione e delle società regionali - il Tar dichiara "non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale, in relazione all'articolo 117, comma terzo della Costituzione" (competenza regionale concorrente). La Regione dunque, si costituisce in giudizio e, nella difesa, decide di affiancare all'avvocatura **Beniamino Caravita**, avvocato e docente di Istituzioni di diritto pubblico alla Sapienza di Roma.

► Regione. 3 ◀

Nomine Asl: D'Amora in lizza per Na 3. Lanzetta al distretto 24

Stasera la riunione della giunta di Palazzo Santa Lucia: in lizza anche i ripescati dell'albo unico regionale dei direttori generali

Conto alla rovescia per l'appuntamento fissato per domani, in giunta, per la nomina dei nuovi manager delle Asl: tra le novità dell'ultimora c'è l'allargamento della rosa dei papabili alla guida dell'azienda sanitaria locale Napoli 3 sud dove ai nomi di **Antonio Marchiello** e di **Manlio Carli** si aggiunge quello di **Maurizio D'Amora**, attualmente nei ruoli della Asl Napoli 1.

L'ALBO REGIONALE

Entrano, intanto, nell'albo regionale unico dei direttori ge-



Franco Nardone

nerali (salvo ricorso della Regione che dovrebbe essere depositato entro oggi), **Patrizio Fiore** ex coordinatore dello staff della direzione generale dell'azienda ospedaliera universitaria ai tempi in cui era manager **Carminio Marmo**, **Nicola Silvestri**, fresco di nomina alla direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera dei colli e **Bruno Zamparelli**, ex manager a Caserta, presidente regionale

Anmdo (Associazione nazionale medici direttori di ospedale) attualmente nei ruoli dell'assessorato regionale alla Sanità, tutti difesi in giudizio, dopo la iniziale esclusione, dall'avvocato **Fabio Orefice**.

Ora si attende l'adozione della delibera di merito per l'ufficiale inclusione nell'elenco licenziato da Palazzo Santa Lucia a febbraio scorso.

Delibera già adottata nei giorni scorsi per **Franco Nardone** (ex direttore della Asl Napoli 3 rimosso alla vigilia delle elezioni dall'ex presidente della giunta regionale **Antonio Bassolino** su cui si è innestato un ricorso di illegittimità vinto da Nardone).

L'esclusione di Nardone dall'albo unico era motivata dalla commissione regionale per la mancata esibizione dei certificati elencati per l'accesso all'albo. Anche in questo caso il ricorso

di Nardone è stato parzialmente accolto in quanto Nardone è tenuto ad esibire i documenti ma non può per questo essere escluso.

I costi di giudizio, di 600 euro, sono stati attribuiti dal Tribunale del Lavoro a Palazzo Santa Lucia. Entra ufficialmente nell'albo anche **Paolo Monorchio** presidente dell'associazione Campania Sanità, commissario della Croce rossa di Napoli.

MARCIA INDIETRO

Marcia indietro, infine, della Asl Napoli 1 nell'attribuzione a **Rosario Lanzetta** (ex manager del Rummo ed ex direttore sanitario del Cotugno) di responsabile dell'incarico di traghettatore dei presidi della Asl Ascalesi, Loreto Mare, Annunziata e San Gennaro nel realizzando Ospedale del Mare. Poiché l'ospedale del Mare non è ancora completato il neo commissario della Asl **Maurizio Scoppa** decide di revocare la delibera di incarico a Lanzetta (in via di autotutela) e di attribuirgli contestualmente il ruolo di responsabile del distretto sanitario n. 24 (Chiaia, Posillipo, San Ferdinando, Isola di Capri).

A NAPOLI 1 ALTRI DUE COLONNELLI

Sempre a Napoli 1, stando alle indiscrezioni dell'ultimora raccolte in ambienti interni alla Asl, il commissario Scoppa vorrebbe al proprio fianco, nel ruolo di sub commissario sanitario e amministrativo, altri due graduati dell'arma (probabilmente due colonnelli dotati di specifiche competenze) in uno scenario che vedrebbe completamente militarizzata l'azienda sanitaria metropolitana.

Et. Mau.

ROMA

Giovedì
15 Settembre 2011

I TAGLI

Asl Napoli 1, 007 contro gli imboscati

NAPOLI. Il generale dei carabinieri Maurizio Scoppa, commissario dell'Asl Napoli 1, fa un bilancio dei suoi primi 40 giorni all'Azienda sanitaria. Oltre alla dismissione della sede del centro direzionale, parla di tagli agli sprechi. «Ho creato un Nucleo investigativo che fa capo a me - annuncia - La caccia agli imboscati sarà sistematica». Tra le altre iniziative, la rescissione dei contratti con le ditte di manutenzione, «illegittimi perché prorogati da dieci anni». Tra i tagli anche quello di una rivista interna per la quale erano impiegate tre sedi, quattro dipendenti e 40mila euro di spese.

ROMA

Giovedì
15 Settembre 2011

IL BILANCIO IL COMMISSARIO SCOPPA: NUCLEO INVESTIGATIVO ALLE MIE DIPENDENZE. CONTROLLI SISTEMATICI

«Asl, 007 contro fannulloni e sprechi»

di Claudio Silvestri

NAPOLI. In poco meno di quaranta giorni alla guida dell'Asl Napoli 1 è riuscito a fare quello che non si è fatto in dieci anni: dalla dismissione della sede centrale al centro direzionale, che costava un milione all'anno, fino alla revoca di tutti gli appalti illegittimi per la manutenzione; dal taglio degli sprechi alla caccia sistematica ai fannulloni; dalla razionalizzazione dei servizi all'informatizzazione del sistema contabile dell'azienda. Maurizio Scoppa, generale dei carabinieri in pensione, dal 9 agosto è il commissario dell'Asl Napoli 1. Il suo mandato è quello di ripulire e riorganizzare la più indebitata azienda sanitaria d'Europa. Un'impresa da far tremare le vene ai polsi. «Non intendo annunciare programmi - dice - comunicherò solo quello che ho fatto e lo farò costantemente, perché i cittadini devono conoscere i progressi che stiamo facendo». Ieri è stato il giorno del primo rendiconto. La «prima quaresima»: 40 giorni di lavoro intenso, nonostante le ferie estive. Quaranta giorni segnati sui volti dei suoi collaboratori: tutti motivati, ma non abituati ai ritmi frenetici del generale.

UNA SQUADRA DI 007.

Ma Scoppa è pur sempre un carabiniere, per questo tra i suoi primi atti c'è stato quello di costituire un Nucleo ispettivo alle sue dirette dipendenze «che analizzerà le singole situazioni che saranno segnalate». Inutile pensare al servizio ispettivo già esistente, si tratterà di un gruppo di 007 che tra gli obiettivi principali avrà la caccia agli imboscati. «Sarà sistematica», annuncia il generale. «Per rendermi conto di qual è la situazione dell'Asl ho già cominciato un giro di ricognizione in tutte le strutture - racconta - Mi sento dire dal personale che è la prima volta che si vede un commissario negli ospedali. Ma ritengo essenziale conoscere le realtà che devono essere riorganizzate. È vero, sono un carabiniere, ma sono anche uno che ha gestito una unità complessa come la Regione Lombardia con 10mila uomini e, chiaramente, con un bilancio da gestire». Oltre agli ispettori ci sarà anche un Nucleo per il controllo

ro e proprio buco nero. «Attualmente non posso avere contezza del reale debito dell'Asl, perché in quest'azienda siamo alla preistoria della burocrazia - denuncia il commissario - Qui la contabilità è tenuta con metodi arcaici: carta e penna. In queste condizioni i doppi pagamenti sono un incidente che può avvenire in qualsiasi momento. La legge impone l'informatizzazione e ho già dato mandato di avviare la modernizzazione che dovrà essere completata entro il 31 dicembre. In questo modo potremo sapere i debiti che abbiamo, ma anche accelerare i pagamenti». E non finisce qui. «Per fortuna eredito il lavoro di Achille Coppola che ha cercato di mettere ordine tra le carte - continua - Ma già da ottobre ci sarà un primo cambiamento: presenteremo il bilancio di previsione per il 2012. E mese per mese effettueremo verifiche sugli sforamenti. Prima di adesso non era mai stato fatto. C'era una situazione strana: prima si spendeva e poi si faceva il bilancio».

BARELLE E TICKET.

Per la riorganizzazione degli ospedali, l'obiettivo principale è quello di aprire entro due anni l'Ospedale del Mare. Intanto, però, si deve sopperire anche alle criticità. È stato affrontato anche il problema barelle al Loreto Mare: che dovrà essere risolto con la costituzione di



«Per una rivista interna c'erano a disposizione tre sedi, quattro persone impiegate e altri 40mila euro di spese. L'ho tagliata»

della qualità dei servizi. Riformato anche l'ufficio di gabinetto con a capo Michele Montagna con la vice Maria Cristina Boccia (che ricopre anche il ruolo di portavoce).

BILANCIO, BUCO NERO.

Ma il problema più grande dell'Azienda è quello dei bilanci. Scoppa ha avocato a sé la gestione

economico-finanziaria per avere sotto controllo quello che è un ve-

ROMA

Giovedì
15 Settembre 2011

un triage che funzioni. Il problema principale, infatti, resta quello dei codici bianchi. Facendo pagare il ticket si eviteranno inutili ricorsi ai reparti di emergenza. Per agevolare i pagamenti è in corso un accordo con le farmacie. «Si pagherà in farmacia ma anche online», dice il generale. Rivoluzione anche per la comunicazione: per informare ci sarà un nuovo sito internet più accessibile e totem informativi in strada.

TAGLI AI DIPARTIMENTI.

L'Asl ha 9.500 dipendenti circa, nono sono molti per un'azienda così grande. Ma, in attesa dello sblocco delle assunzioni, la riorganizzazione è uno dei punti fondamentali della ristrutturazione. «Il mio compito - annuncia il generale - è quello di attuare i piani per il riordino aziendale. Accorperemo numerosissime inutili ramificazioni aziendali. Partiremo proprio dai servizi della direzione generale. Poi



«Triage e codici bianchi a pagamento contro l'emergenza barelle. Preso il ticket si potrà pagare in farmacia e su internet»

passeremo agli altri».

FITTI PASSIVI.

«In meno di 20 giorni e a costo zero - dice Scoppa - abbiamo lasciato i locali di Palazzo Esedra al Centro Direzionale e ci siamo trasferiti al Frullone dove c'è questa grande struttura di proprietà dell'Asl Napoli 1. Questo ci garantisce il risparmio di un milione di euro all'anno». È solo il primo passo per il recupero dei cosiddetti fitti passivi, soldi versati per sedi di cui l'Azienda potrebbe fare pure a meno. Presto toccherà a via Baracca (300mila euro), via Chiattomone, via De Gasperi, via Vespucci.

APPALTI ILLEGITTIMI.

Il generale parla di diverse inefficienze per la manutenzione: ascensori costantemente fermi, il blocco delle sale operatorie dell'ospedale Ascalesi ne sono un esempio. «Il problema è rappresentato dagli appalti con i quali questi lavori sono stati affidati - dice Scoppa - Basti pensare che da ben 10 anni le ditte lavorano in regime di proroga.

Una cosa inammissibile. Per questo ho resciso i contratti e ho costituito un servizio tecnico interno con il personale a disposizione. Ebbene, rispetto alle previsioni dei nostri tecnici, per le riparazioni abbiamo speso la metà. Per le caldaie ci siamo affidati al nostro personale. Per gli impianti di condizionamento a lavoratori interinali. Per coprire la continuità dell'assistenza tecnica, poi, ci sarà una regolare gara d'appalto».

SERVIZIO TECNICO

SENZA UN CAPO

Fino a ieri non esisteva un capo del Servizio tecnico, collaudi e aperture di reparti erano fermi perché nessuno poteva firmare i documenti necessari ad avviare il funzionamento delle strutture. «Esistevano uomini e competenze tra i nostri dipendenti, per questo ho nominato immediatamente il capo del Servizio, l'ingegner Piscopo, e ho portato da 8 a 17 i tecnici della struttura».



«Siamo alla preistoria della burocrazia, si usano ancora carta e penna. Non sappiamo quanti debiti abbiamo. Informatizzazione entro il 31 dicembre»

RIVISTA SUPER-COSTOSA.

«L'Azienda sanitaria» pubblicava una rivista interna "Verba medica" - afferma Scoppa - con costi esorbitanti: 40mila euro per le spese, più i costi di ben tre sedi, più quelli del personale che lavorava all'interno della struttura: un dirigente medico, impiegato a tempo pieno, un medico-giornalista, direttore responsabile, e due lavoratori part-time. Un costo insostenibile, in questi periodi, che ho ritenuto di dover tagliare».

RIVOLUZIONE PER LA RADIOLOGIA.

TEMA SCOTTANTE

Tema scottante è quello delle prestazioni per i servizi radiologici. I fondi per i centri accreditati sono agli sgoccioli e garantiscono prestazioni per pochi giorni ancora, con il rischio che gli ammalati debbano pagare di tasca propria le analisi. «Spero che lo sblocco dei fondi ci permetta di garantire la continuità dell'assistenza - dice il commissario - Anche se stiamo lavorando per cercare di garantire dal prossimo anno l'assistenza per i mesi che restano costantemente scoperti. Una delle strategie è quella di potenziare il servizio che offre l'Asl Napoli 1 che, per ora, è al di sotto delle possibilità. I nostri centri aprono troppo tardi e chiudono troppo presto. È vero che manca personale, ma tra le professionalità disperse nella organizzazione abbiamo recuperato già 10 radiologi».

CRONACHE di NAPOLI

WWW.CRONACHEDINAPOLI.ORG

Il quotidiano indipendente dell'informazione partenopea

Giovedì

15 Settembre 2011

Il generale Maurizio Scoppa, attuale reggente dell'azienda sanitaria partenopea, ha presentato il suo programma

La Napoli 1 punta sulla riorganizzazione delle strutture

NAPOLI (LL) - Maurizio Scoppa, pronto a rimettere in sesto l'Asl Napoli 1 partendo dalla riorganizzazione e rifunzionalizzazione delle strutture e del personale e dalla nascita di un nucleo di ispettivo sul funzionamento di tutte le strutture sanitarie che rientrano nell'Asl Napoli 1. Una conferenza stampa, ieri, durante la quale il commissario dell'azienda sanitaria ha illustrato il suo progetto. Dopo aver trasferito la direzione centrale dai locali in fitto di palazzo Esedrea al vecchio ospedale Frullone di proprietà dell'azienda, con un risparmio per le casse regionali di circa un milione di euro all'anno, ora ha dato il via ad un censimento delle sedi inutilizzate. "Ci sono ancora 21 nuclei familiari in questo

edificio - ha spiegato Scoppa - sono terremotati che da trent'anni beneficiano anche del pagamento delle utenze a carico dell'Asl. Ho già comunicato questa situazione a chi dovrebbe occuparsi degli alloggi popolari e attendo una risposta. Questi locali devono essere restituiti. In caso contrario invierò una nota alla Corte dei Conti, perchè si sappia che gli oneri passivi sono causati anche da soggetti terzi". Presto un bando per reperire figure professionali che al momento mancano. "Sono stati evocati tutti i contratti di manutenzione in proroga - ha continuato - Erano scaduti da dieci anni e rinnovati senza bandire gara. Abbiamo rastrellato personale tecnico interno, che svolgeva altre

mansioni, e ci siamo affidati a un'agenzia interinale per quelle figure che mancavano. Nei prossimi mesi si procederà con un bando". Quella del personale è per il commissario una priorità per migliorare le prestazioni dell'Asl. "Avevamo un ufficio tecnico decimato dai pensionamenti e dai provvedimenti giudiziari - ha aggiunto Scoppa - abbiamo trovato all'interno le figure che servivano. Ho trovato bilanci compilati a mano - ha concluso - e l'uso dei mezzi informatici è pressoché inesistente. I bilanci venivano poi redatti in consuntivo, prima si spendeva e poi si facevano le somme. Ho chiesto che la pianificazione di bilancio 2012 mi venga presentata entro ottobre".

CRONACHE di NAPOLIWWW.CRONACHEINAPOLI.ORG
Il quotidiano indipendente dell'informazione partenopeaGiovedì
15 Settembre 2011**SANITA' PUBBLICA** Scadono oggi i mandati dei commissari in carica e per i sostituti bisognerà aspettare la prossima riunione di giunta**Nomine Asl, accordo vicino a Palazzo Santa Lucia**

NAPOLI (lo.le.) - Commissari Asl, la giunta del governatore campano, **Stefano Caldoro** (nella foto) è vicina all'accordo definitivo. Oggi scadono i mandati dei commissari in carica, le nuove nomine dovrebbero essere ufficializzate al massimo nella seduta di giunta della prossima settimana. L'accordo iniziale prevedeva che la scelta venisse effettuata tra una rosa di nomi condivisi dalle forze di maggioranza, Pdl e Udc, a questo, negli ultimi tempi, sembra si sia arrivati a stabilire che una delle tre Asl napoletane debba andare ai centristi. Alla Napoli 1 resta almeno fino al prossimo dicembre il commissario



Maurizio Scoppa, il sub commissario, però, dovrebbe essere in quota Udc. Sempre più insistenti le voci che danno come vicini ad un incarico **Antonio Marchiello** o **Manlio Carli** per le altre Asl napoletane. Per la Napoli 2 Nord a **Francesco Rocca**, dovrebbe

subentrare **Giuseppe Ferraro**, ex commissario del Pascale ed ex direttore amministrativo della Asl di Frattamaggiore. Probabile che **Vittorio Russo** venga spostato dall'Asl Napoli 3 in un'altra azienda sanitaria al suo posto, sponsorizzato dall'assessore al personale **Pasquale Sommese**, dovrebbe andare **Maurizio Damora** cinquantenne, laureato in medicina e specializzato in medicina del Lavoro e Igiene ha già svolto l'incarico di capo del gabinetto dell'azienda sanitaria Napoli 1. Per quanto riguarda Caserta sembra vicina alla nomina di manager **Flora Beneduce**, primario nell'ospedale San Leonardo di

Castellammare di Stabia e direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Generale degli Ospedali Riuniti della Penisola Sorrentina. Una riconferma per **Sergio Florio** all'Asl di Avellino nonostante le pressioni che sembra aver esercitato il centrista **Ciriaco De Mita**, poichè fortemente voluto dal presidente della Provincia, **Cosimo Sibilio**. A Benevento il favorito sembra essere **Francesco Bottino** già direttore sanitario dell'Ospedale Santobono di Napoli. Probabile proroga fino a dicembre, oltre a Scoppa alla Napoli 1, per il commissario dell'Asl di Salerno, **Maurizio Bortoletti**.

Il caso nomine

Infuriato
Paolo Romano, presidente del Consiglio regionale: si è sentito messo da parte per le nomine all'Asl e nell'azienda ospedaliera del capoluogo. Poi è intervenuto Nicola Cosentino

Sanità, Romano rompe e Cosentino mette pace

CASERTA — Ieri mattina l'intesa sulle nomine per la sanità casertana (conferma di Paolo Menduni all'Asl; e indicazione di Flora Beneduce, medico primario degli Ospedali Riuniti della penisola sorrentina, nonché candidata nelle liste napoletane del Pdl alle regionali del 2010, al San'Anna e San Sebastiano), anticipata dal *Corriere del Mezzogiorno* martedì scorso, pareva tornata in discussione. Le voci di corridoio riferivano del profondo malessere di un «autorevole esponente del livello regionale» del Pdl, sentitosi tagliato fuori dall'accordo che aveva contribuito a riportare il sereno nel partito di Berlusconi dopo mesi di aspri conflitti tra la componente degli ex An e quella degli ex Fi. Un accordo che - come spiegava in mattinata uno dei leader azzurri - «va ben oltre la partita delle nomine imminenti, coinvolgendo gli assetti futuri anche in previsione del congresso, nonché la questione del rimpasto in Provincia». Quanto al protagonista della levata di scudi, si faceva il nome del presidente del consiglio regionale Paolo Romano, da tempo in rotta con Angelo Polverino, che già prima della pausa estiva aveva tentato di giubilare l'attuale commissario dell'Asl Menduni, considerandolo troppo «appiattito» sulle posizioni del consigliere della città capoluogo. Ma proprio quando pareva che la situazione fosse ormai prossima a sfuggire di mano, da Roma arrivava l'altolà di Nicola Cosentino, che ribadiva i termini dell'intesa. D'altro canto, la proroga dei commissari delle aziende sanitarie ed ospedaliere disposta ai primi d'agosto dal governatore Caldoro, scadrà oggi. E nel pomeriggio, appena dopo il rientro del governatore dall'Inghilterra, è in programma la seduta della giunta regionale che dovrà ratificare i nuovi incarichi. Un passaggio fondamentale e non più procrastinabile, visto che è stato praticamente imposto dal «Tavolo Massicci» costituito presso il ministero dell'Economia come preconditione per il piano di rientro e quindi per lo sblocco dei fondi statali per il comparto sanità. In gioco ci sono ben 1,8 miliardi di euro, mentre l'anticipazione della Regione ammonta già a 700 milioni.

Pietro Falco

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità Relazione choc del commissario Scoppa, ecco il piano tagli e «disboscamento» personale
Sprechi-scandalo alla Asl 1, «cambia tutto»

NAPOLI — Trasparenza, «disboscamento» del personale, ripianamento della situazione di disagio economico finanziario. Sono alcuni dei punti principali del programma del neo commissario della Asl Napoli 1, Ferdinando Scoppa, illustrati ieri mattina. Il dirigente in carica dal 9 agosto per prima cosa ha spostato gli uffici della direzione centrale da palazzo Esedra al centro direzionale (locali in fitto) alla struttura del Frullone di proprietà dell'Asl, risparmiando così una cifra che si aggira intorno al milione di euro annui, utenze comprese. A questo spostamento seguiranno quelli dei dipartimenti per evitare ulteriori spese di fitto. L'alto ufficiale dei carabinieri in pensione ha inoltre sottolineato che dal terremoto del 1980 in quella struttura vivono abusivamente 21 famiglie che dovranno lasciare gli alloggi e «alle quali dovrebbe provvedere qualche istituzione che, al momento, risulta essere assente». «Sto

predisponendo una nota informativa alla Corte dei Conti — dice Scoppa — anche perché gli oneri passivi sono causati anche da terzi fattori. Inoltre stiamo effettuando uno screening sulle proprietà dell'azienda per capire cosa fruttano e come al meglio utilizzarle». Sospesa anche la pubblicazione della rivista interna il cui costo si aggirava intorno ai 100mila euro annui tra pagamento degli stipendi, mezzi e materiali. Tra i primi provvedimenti adottati, la revoca di tutti i contratti di manutenzione in proroga. «Erano scaduti da dieci anni — continua — e venivano rinnovati senza bandire gara.

Corte dei Conti

«Stiamo predisponendo una informativa per la Corte dei Conti sugli oneri passivi»

Abbiamo rastrellato personale tecnico interno che svolgeva altre mansioni, e ci siamo affidati a un'agenzia interinale per quelle figure che mancano. Nei prossimi mesi si procederà con un bando». Tra le priorità la riorganizzazione del personale a partire dall'ufficio tecnico che era decimato e che attualmente può contare su 17 unità, le figure mancanti c'erano ma erano utilizzate in altra maniera. Analogo discorso per l'unità di Radiologia: «C'erano tecnici radiologi negli uffici che ritorneranno alle loro funzioni e questo servirà anche a incrementare le prestazioni, riducendo i tempi di attesa.

Radiologi negli uffici

«C'erano radiologi negli uffici che ritornano alle loro funzioni riducendo i tempi di attesa»

Prima i pazienti erano accolti in ritardo e venivano mandati via in anticipo, ora le cose cambieranno». Scoppa annuncia anche una rimodulazione del settore economico e finanziario, con l'ufficio che sarà alle sue dirette dipendenze. «Ho trovato bilanci compilati a mano — racconta il commissario — e l'uso dei mezzi informatici è pressoché inesistente. I bilanci venivano poi redatti in consuntivo: prima si spendeva e poi si facevano le somme. Ho chiesto che la pianificazione di bilancio 2012 mi venga presentata entro la fine ottobre». Tra le novità introdotte, l'istituzione di un nucleo di ispettivo alle dirette dipendenze del top manager, che verificherà qualunque segnalazione interna ed esterna sul funzionamento di tutte le strutture sanitarie che rientrano nell'Asl 1. Ed infine la possibilità di pagare il ticket per le prestazioni sanitarie anche in farmacia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA