

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 16.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



12/05/2011 - 17:44 - Sanità toscana/6: Bilanci Asl, a rischio l'intero sistema

DI SIMONE PITOSI

Una cosa è certa. Secondo Marco Carraresi (Udc) il fondo di 80 milioni di euro della Regione per la non autosufficienza messi nel bilancio regionale di previsione per il 2011 è «ad oggi praticamente azzerato, e c'è veramente l'urgenza di chiarire una volta per tutte di come stiano effettivamente i conti della sanità toscana». Perché per pareggiare una voragine di oltre 300 milioni di euro – questa l'entità della perdita delle Aziende sanitarie toscane – i soldi sono stati presi un po' di qua un po' di là. E il fondo della non autosufficienza – creato per sostenere le famiglie nell'assistenza di situazioni particolarmente gravose – ha avuto la peggio. Questo caso ha risollevato la questione dei conti della sanità. E in particolare del «buco» di oltre 200 milioni della Asl di Massa. Che, ricordiamo, è stata commissariata dalla Regione dopo l'emersione di fatti gravissimi.

All'Azienda sanitaria di Massa Carrara esisteva «un sistema di manomissioni delle scritture contabili e di occultamento dei disavanzi perpetratosi negli anni dal 1998 al 2009; a questo si deve l'accertamento del disavanzo complessivo nel bilancio 2009 pari a circa 224 milioni e 820 mila euro». Così Jacopo Ferri (Pdl), nella relazione di minoranza che conclude i lavori della Commissione di inchiesta sulla Asl 1 da lui presieduta. Secondo la relazione di maggioranza – illustrata da Pieraldo Ciucchi (Gruppo Misto) – la Commissione ha comunque evidenziato, dice Ciucchi, «un deplorabile scaricabarile». «Tali ed evidenti sono invece le responsabilità del direttore generale» (pur distinguendo la «evidenza» degli occultamenti contabili a partire dal 2007, e quindi attenuando la responsabilità del direttore Scarafuggi). Alla società di revisione «Diloitte» si imputa «una leggerezza nelle modalità di acquisizione della certificazione del credito», perché riceve in tempi ravvicinati diverse certificazioni da parte della Regione (la seconda poi dichiarata falsa). A parte questo, replica Ferri, l'andamento di alcuni fattori di spesa è stato comunque influenzato da scelte gestionali che negli anni hanno «contribuito ad appesantire i costi aziendali»: costi strutturali (numero degli ospedali), l'inappropriatezza di certi servizi erogati (tasso di ospedalizzazione alto rispetto al resto della regione), spesa farmaceutica (troppo alta), spesa per il personale (dipendente e delle cooperative). E, infine, chiama in causa l'attuale assessore al diritto alla salute e il presidente Rossi per le loro «responsabilità politiche».

E così ritorniamo agli effetti di tutto ciò. E Carraresi pone alla Regione alcune domande. Prima fra tutte se la provenienza «non solo sanitaria» delle risorse necessarie per far quadrare i bilanci delle Asl «non contraddica la ripetuta affermazione che le risorse del fondo sanitario assegnate alla Regione Toscana per il 2010 sarebbero state sufficienti a garantire l'equilibrio dei conti della sanità toscana». «Non a caso – continua il consigliere regionale – nel corso della seduta della Giunta regionale, approvando la delibera nella quale venivano dettagliate le modalità di assegnazione aggiuntiva di risorse finanziarie alle Aziende sanitarie per l'esercizio 2010 (in modo da consentire alle stesse Asl di adottare nei prossimi giorni i loro bilanci), è stato necessario ricorrere anche ad una somma di 48 milioni di euro accantonata pochi giorni prima su un capitolo del bilancio 2011, il 23062 "Somme extra fondo sanitario". Somma che è stata poi utilizzata dall'Asl di Massa per consentire l'adozione del bilancio 2010».

L'assessore al diritto alla salute Daniela Scaramuccia è intervenuta su questa situazione assicurando che «la manovra di bilancio non ha pesato in alcun modo sui servizi. Il Fondo per la non autosufficienza è intatto: 80 milioni erano prima, e 80 milioni sono adesso». Ma, replica Carraresi, «non risulta affatto che entro il mese di aprile sia stato ricostituito il fondo per la non autosufficienza». «Perché – continua – anche se il Consiglio regionale approverà prossimamente la variazione di bilancio di 20 milioni, cosa che ancora non ha fatto, mancheranno ancora all'appello 40 milioni di euro, di cui 30 sono proprio quelli stornati per il far quadrare il bilancio dell'Asl di Massa. Come i 16 milioni del fondo nazionale che non sono ancora arrivati e, soprattutto, non si sa se mai arriveranno. O gli altri 24 milioni che si dice verranno prelevati dal fondo sanitario, che dovrà inevitabilmente essere a sua volta reintegrato. Non è certo con la "finanza creativa" – conclude Carraresi – che si reperiscono risorse che non ci sono».

Cisl: situazione sempre più critica

Anche in Toscana, regione tradizionalmente considerata tra le migliori da questo punto di vista, la situazione sta diventando sempre più critica per sanità, pensioni, fisco, sociale e servizi pubblici. Il grido d'allarme arriva dalla Cisl toscana. Una delle categorie più in difficoltà, è stato detto, è quella dei pensionati. Nella nostra regione la quota di cittadini anziani è più alta che nel resto del Paese. Un dato positivo, che comporta però dei costi. I pensionati (dati 2009) sono il 25,5% della popolazione contro il 23% della media nazionale. Tra i pensionati gli over 65 sono il 74,8% contro il 74,2% dell'Italia, ma gli over 80, la fascia di età in cui è più forte l'incidenza della non autosufficienza, sono il 25,6% dei pensionati in Toscana, contro il 23,8% in Italia. I non autosufficienti in Toscana (sempre dati 2009) sono circa 66 mila, l'8% degli over 65 della nostra regione. Circa 11.300 di questi (1,3% degli over 65) sono ospiti di una RSA; gli altri vivono in famiglia. La situazione è particolarmente critica per circa 30 mila toscani che vivono in casa con una condizione di non-autosufficienza medio grave o grave. L'Agenzia regionale di sanità prevede un incremento del 20% di toscani con non-autosufficienza media o grave al 2014. A fronte di questo aumento dei bisogni diminuiscono le risorse: il governo con la legge di stabilità 2011 ha infatti ridotto drasticamente le risorse per le politiche sociali: dai 2.181 milioni di euro nel 2008 ai 474 del 2011. Cancellato del tutto il Fondo nazionale per la non-autosufficienza, da cui nel triennio 2008-2010 sono arrivate il 30% delle risorse del Fondo regionale. Per il 2011 la

Regione si è impegnata a rifinanziare completamente il Fondo regionale, ma in prospettiva ? Per tutti i pensionati poi esiste un problema di reddito, che si accentua progressivamente per il penalizzante sistema di rivalutazione delle pensioni: nel 2009 il 54% dei pensionati toscani si collocava al di sotto dei mille euro mensili e il 20,7% sotto i 500 euro, a fronte di un costo della vita in Toscana elevato, specie in città.

Altro fronte caldo quello sanitario. Il trend di spesa della sanità toscana (+3%) e le minori risorse, secondo la Cisl, comporterà un aggravio di 200 milioni di euro. Tutto ciò mette a rischio i servizi, mentre i risparmi indicati in Finanziaria (-10%) di sprechi organizzativi e consulenze non ci sono ancora. Questo mentre il «buco» di Massa ha prosciugato ogni riserva e le sperimentazioni e innovazioni, come le Società della salute, si sono bloccate e si rinvia al piano sanitario regionale le soluzioni future.

Oltre 300 milioni di perdita

La perdita complessiva di tutte le aziende sanitarie per il 2009 ammonta a 304.341.214 euro: 224.820.884 euro quella della Asl di Massa, 79.520.330 euro quella di tutte le altre aziende, perdita quest'ultima che - si legge nella delibera della Giunta - «non necessita di copertura con ulteriori risorse, in quanto è più che compensata da partite non monetarie relative agli ammortamenti degli investimenti». Questi i bilanci del 2009 approvati dalla Giunta, azienda per azienda:

Asl 1 Massa Carrara: -224.820.884

Asl 2 Lucca: +12.637

Asl 3 Pistoia: -7.922.732

Asl 4 Prato: -451.295

Asl 5 Pisa: -2.611.617

Asl 6 Livorno: -8.975.870

Asl 7 Siena: -10.843.183

Asl 8 Arezzo: -9.870.991

Asl 9 Grosseto: -148

Asl 10 Firenze: -19.785.256

Asl 11 Empoli: -42.514

Asl 12 Viareggio: -8.374

Azienda ospedaliera Pisa: -14.682.623

Azienda ospedaliera Siena: -125.547

Azienda ospedaliera Careggi: -2.825.289

Azienda ospedaliera Meyer: -1.387.531



SANITA': EX ASSESSORE REGIONE UMBRIA INDAGATO DA PROCURA PERUGIA

13:33 13 MAG 2011

(AGI) - Perugia, 13 mag. - L'ex assessore alla Sanita' della Regione Umbria, Maurizio Rosi, e' stato iscritto nel registro degli indagati dalla procura di Perugia nell'ambito dell'inchiesta denominata 'Sanitopoli', con le accuse di falso ideologico e abuso in atti di ufficio. A riportare oggi la notizia il quotidiano 'La Nazione'. Al centro delle contestazioni ci sarebbe una delibera regionale del 2009 per l'assunzione di alcuni infermieri e medici, delibera che - sempre secondo quanto riporta 'La Nazione' - riporterebbe alcune cancellature a penna e sarebbe rimasta "aperta per troppo tempo". Lo stesso Rosi, dimessosi dal suo incarico qualche mese fa', proprio a seguito della vicenda, in una nota divulgata oggi tramite il suo legale, l'avvocato Luciano Ghirga, conferma di essere stato sentito dalla Procura della Repubblica di Perugia quale indagato e di avere "negato radicalmente ogni profilo di illecita' del proprio operato e di quello dell'intera Giunta regionale, ribadendo la legittimita' degli atti adottati e degli ottimi risultati della sanita' umbra, correlati alle esigenze del bilancio regionale". L'ex assessore, "nel mantenere il doveroso riserbo istruttorio - si legge nella nota -, intende manifestare la propria fiducia nell'operato degli inquirenti e ribadire la propria estraneita' ai fatti contestatigli". Secondo quanto riferisce La Nazione, Rosi e' stato ascoltato nei giorni scorsi dal procuratore Giacomo Fumu e dai sostituti Sergio Sottani e Mario Formisano.(AGI) Pg1/Sep



Nuovo Polo per l'Abruzzo chiede Consiglio regionale sulla sanità

Il Nuovo Polo per l'Abruzzo (Fli, Udc e Api) chiede che il Consiglio regionale abruzzese torni ad occuparsi di sanità. Lo fa con una mozione, da discutere in Consiglio regionale, con cui si chiede al presidente della giunta regionale Gianni Chiodi, che è anche commissario della sanità, se e quali iniziative "intenda attivare per investire il Consiglio regionale dell'approvazione del provvedimento legislativo di adozione del piano sanitario concernente la riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale".

A parlarne sono stati oggi i consiglieri che rappresentano il nuovo polo, alla presenza del coordinatore regionale di Fli, Daniele Toto e di Marino Roselli.

"La sanità - ha detto **Berardo Rabbuffo** - è stata sottratta al Consiglio regionale, ma ci sono delle funzioni che spettano a questa assise e d'altronde su questo punto ci sono 8 pronunciamenti del Tar. Prima si procederà in tal senso e prima ripristineremo il senso di legalità che ci sta a cuore. Chiediamo leggi e non atti commissariali". Daniela Stati ha denunciato invece "la presunzione e l'arroganza di chi governa" e ha annunciato una manifestazione per domenica ad Avezzano, "un territorio mortificato dalle scelte sulla sanità per l'eliminazione delle specialistiche". In quella occasione, ha detto, si punterà al dialogo con i cittadini.

Luigi Milano ha parlato invece del commissariamento come di un modus operandi di cui "si dota in maniera forzosa questa Regione" ed ha contestato il fatto che "in maniera imperterrita e sconsiderata la Regione vada avanti con un commissariamento che supera ogni limite. Eppure - ha sottolineato - siamo a 8 pronunciamenti del Tar che continua a dire che non si può andare avanti così". La mozione, quindi, è per riaffermare i principi della convivenza civica".

«NO AI TAGLI SU BARI»

D'Ambrosio Lettieri e Cassano (Pdl)
lanciano allarme sulla Neurochirurgia
al «Di Venere»: servono 20 posti letto

«Accorpare sanità e servizi sociali»

La proposta Uil. E Marmo (Pdl): caos sui centri riabilitativi

● **BARI.** «Unificare gli assessorati alla Salute e ai Servizi Sociali affinché la persona sia presa in carico in modo unitario e si eviti che la mano destra spesso non sappia quello che fa la sinistra». A lanciare la proposta è il segretario regionale della Uil pensionati **Rocco M t rozzo**, dicendosi convinto del fatto «che in Puglia si debba smettere di governare ancora con logica assessorile».

ventuali commissioni inter-assessorili per l'integrazione socio-sanitaria sarebbero «tempo perso. Questa tendenza porta a doppioni di spese inutili e pericolose - dice - anche per quel che riguarda la trasparenza». Piuttosto occorrerebbe «operare sul territorio con l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria» e, in tal senso, il piano sanitario regionale è «ospedalocentrico, con scarsa propensione per il servizio sul territorio e, soprattutto, per la prevenzione». Lo si riscriva, invece, «partendo dall'unificazione dei due assessorati e dalla rivisitazione dell'Ares, anche per liberarsi di qualche componente più attaccato agli organigrammi che ai servizi che i distretti socio-sanitari debbono garantire». Quanto ai tagli del piano di rientro, niente barricate a difesa dei piccoli ospedali - aggiunge il segretario Uilp - «dobbiamo invece pretendere e lottare affinché in ogni distretto ci siano dei poliambulatori, degni di questo nome».

Il vicepresidente del Consiglio, **Nino M rmo**, invece, punta l'indice sulla situazione dei centri diurni socio-educativi e riabilitativi. «Nel Piano delle politiche sociali 2009/2011 la Regione - ricorda - ne ha previsti almeno uno ogni 50.000 abitanti, ma a Bari ne risultano autorizzati solo tre sui sette necessari secondo il Piano». Per questi centri, essendo strutture socio-sanitarie e non sani-

tarie, non è richiesto l'accREDITAMENTO istituzionale, mal'iscrizione all'Albo regionale Regione Puglia delle strutture autorizzate al servizio per utenti diversamente abili. «L'accesso ai Centri, come da regolamento, avviene tramite la richiesta di valutazione da parte dell'utente, ai Distretti socio-sanitari, che dopo parere dell'U.V.M., ne autorizzano l'accesso. Ma a tutt'oggi - denuncia Marmo - la Asl di Bari non ha posto in essere alcuna convenzione né per i Centri della città né per quelli della provincia». Il tutto condito da assegnazioni all'esercizio giudicate «discriminatorie», in base ad una verifica dei requisiti sancita dall'Asl nel maggio 2009 ed evidentemente «ancora non conclusa». Così l'Asl «mentre nega l'autorizzazione a talune strutture, anche se in possesso dei requisiti sia strutturali che organizzativi ed autorizzate definitivamente al funzionamento, liquida tranquillamente fatture ad altri Centri pur in assenza di accordi contrattuali formalmente sottoscritti e senza la prescritta valutazione dei pazienti».

«Ai tagli lineari e senza criterio operati sino a questo momento a nocumento dei cittadini pugliesi si stanno per aggiungere anche quelli dei posti letto della Neurochirurgia dell'Ospedale di Venere di Carbonara che verrebbero ridotti a 15», attacca il senatore Pdl **Luigi D'Ambrosio Lettieri**. È la prova, sostiene, del fatto che «questa riorganizzazione ospedaliera è priva di criteri oggettivi che dovrebbero basarsi sui reali fabbisogni dei territori e delle persone e che invece rispondono solo alla logica della fretta, perché il governo regionale deve bruciare il tempo perso in oltre sei anni di immobilismo e di clientele».

«Crediamo che sia inconcepibile

e chiediamo alla Giunta di aumentare almeno a 20 i posti letto di quel reparto» aggiunge il vicecapogruppo del Pdl alla Regione, **M ssimo C ss no**, che ha inviato un'interrogazione sul caso al presidente Vendola ed all'assessore Fiore chiedendo di modificare quanto previsto nel piano di rientro. Torna, invece, sulla vicenda del lebbrosario di Gioia del Colle il consigliere Flì **Gi n m rco Surico**: «non può concludersi con una semplice deliberazione di chiusura della struttura da parte della giunta regionale. Sono convinto che le lettere di licenziamento inviate dall'nte ecclesiastico Miulli ai lavoratori siano puri adempimenti legali. La Regione convochi un tavolo con il Miulli per trovare, al di là del contenzioso legale, una convergenza».

IL PIANO SANITARIO

Per il sindacato i servizi sul territorio e la prevenzione sono insufficienti



Formigoni

«Tagli
alla sanità
ma la qualità
resta alta»

Un'ammissione, con rassicurazione: «La Finanziaria impone effettivamente agli ospedali di Milano risparmi per 10 milioni di euro. Ma la qualità delle cure ai cittadini non sarà assolutamente toccata». Così interviene il governatore Roberto Formigoni dopo l'approvazione dei piani di razionalizzazione della spesa corrente varati da ciascuna azienda ospedaliera.

A PAGINA 7 Ravizza

Sanità Approvato il piano di austerità sugli ospedali di Milano

«Dieci milioni di tagli, ma la qualità resta alta»

Formigoni: abituati ad abbattere gli sprechi

Un'ammissione, con rassicurazione: «La Finanziaria impone effettivamente agli ospedali di Milano risparmi per 10 milioni di euro. Ma la qualità delle cure ai cittadini non sarà assolutamente toccata».

Così interviene il governatore Roberto Formigoni, dopo l'approvazione dei piani di razionalizzazione della spesa corrente varati da ciascuna azienda ospedaliera. I tagli, imposti dalla manovra economica del ministro Giulio Tremonti, vanno in sei direzioni: lavoratori a tempo determinato o con contratti atipici ridotti del 50% (tranne quelli strettamente indispensabili all'attività sanitaria e a quella dell'emergenza-urgenza); corsi di formazione dimezzati; consulenze tagliate dell'80% come le spese di rappresentanza; giro di vite del 50% sulle missioni e del 20% sulle auto. «Da anni in Lombardia lavoriamo per ridurre gli sprechi — ribadisce Formigoni —. Sono risparmi che possiamo

permetterci di fare, dunque, senza intaccare l'eccellenza dell'offerta sanitaria».

Precisazione d'obbligo per tranquillizzare i pazienti. Le difficoltà nel fare tornare i conti, infatti, non mancano. Anche se la salute è la voce più importante nel bilancio del Pirellone, le risorse in arrivo da Roma sono sempre più esigue. Con 17 miliardi e 51 milioni di euro, i fondi sanitari da soli pesano per quasi l'80%: la crescita rispetto al 2010, però, è solo dell'1,5%. Praticamente niente, cioè, se l'aumento viene paragonato ai bisogni sanitari che si moltiplicano anche per l'invecchiamento della popolazione e all'inflazione media tendenziale per il 2011 che è del 2,3%. Di qui i chiarimenti del governatore Roberto Formigoni: «Negli scorsi anni abbiamo investito i soldi recuperati dal taglio degli sprechi per offrire prestazioni in più ai cittadini extra

Lea (sono i livelli essenziali di assistenza, le prestazioni e i servizi che il servizio sanitario è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket, ndr). Nel 2011, invece, le risorse saranno indirizzate principalmente alla cura delle malattie rare e alle patologie neuromuscolari gravi». Gli adolescenti sotto i 14 anni continueranno, poi, a non pagare il ticket.

Il Pirellone si è abituato a tenere i conti in pareggio dal

2003 (anno che corrisponde all'arrivo ai vertici dell'assessorato alla Sanità di Carlo Lucchina).

Da allora viene stimata una riduzione ai cosiddetti sprechi per 70 milioni di euro l'anno. I posti letto pubblici sono passati dai 35.255 del 1999 ai 26.491 del 2008, con una diminuzione di 8.764 unità (dati della relazione annuale della Corte dei Conti). Un'operazione necessaria per

rispettare il patto di stabilità. Venerdì, al margine di un'inaugurazione alla clinica Columbus, l'assessore Luciano Bresciani aveva spiegato: «Questa grande opera di contenimento di costi impropri è in corso al di fuori dei Lea. Mi riferisco a quelle spese del sistema sanitario che non producono nessun vantaggio né diagnostico né terapeutico. Ed è grazie a questa nostra capacità di razionalizzare che abbiamo mantenuto la parità di bilancio per 8 anni consecutivi».

Sull'argomento, comunque, martedì il Pd presenterà



una mozione al Pirellone firmata da Sara Valmaggi.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17

Millardi e 51 milioni. Sono le risorse a disposizione della Lombardia per il 2011

353

I milioni di euro in più sul 2010. È l'esito dell'accordo sul riparto del Fondo sanitario nazionale

La scheda

Austerità

La Finanziaria impone tagli in sei settori

Precari

I lavoratori a tempo determinato o con contratti atipici devono essere ridotti del 50% (esclusa l'attività sanitaria)

Formazione

I corsi di formazione dimezzati (tranne quelli imposti dal contratto collettivo)

Consuenze

Tagli dell'80%

Altre spese

Taglio dell'80% anche per le spese di rappresentanza, giro di vite del 50% sulle missioni e del 20% sulle auto

Bresciani inaugura il nuovo blocco operatorio della Columbus di Milano
«Sanità d'eccellenza, funzioni territoriali veloci»

Quest'eccellenza sanitaria segue la filosofia delle funzioni territoriali più veloci, quelle ospedaliere con orientamento territoriale: day surgery e attività a bassa complessità, che sono quelle ad alta velocità di esecuzione". Lo ha detto l'assessore regionale alla Sanità **Luciano Bresciani**, inaugurando oggi, a Milano, il nuovo blocco operatorio della Casa di cura Columbus dell'Istituto Suore missionarie del Sacro Cuore di Gesù. "In questa struttura - ha ricordato Bresciani -, oltre a moderne sale operatorie, è presente un nuovo impianto geotermico, che servirà ad abbattere i costi dell'energia elettrifi-

ca e che si stima possa portare ad un risparmio del 30 per cento. Questa operazione, nonostante sia privata e quindi autofinanziata, è importante, perché si inserisce nella logica del nostro sistema, un impianto che eroga sanità, e quindi valori, che deve essere sostenuto anche da Regione Lombardia non in termini economici ma a livello di rete che produce valore per tutto il sistema". Il nuovo blocco chirurgico, composto da tre sale operatorie, comprende una sala di endoscopia digestiva ope-

rativa e altre due prevalentemente dedicate alla chirurgia a breve durata di degenza. Al nuovo blocco si affiancano anche il day hospital e 15 camere di degenza, che permetteranno di ridurre i trasferimenti dei pazienti e di dedicare i blocchi di alta intensità con terapia intensiva alla crescente funzione tipica. L'assessore Bresciani ha evidenziato il cambiamento, nel tempo, del sistema sanitario lombardo, che, da una corsa unica intasata dove viaggiano insieme macchine e tir, è passato ad un'autostrada a tre corsie divise per velocità e complessità di cura. Bresciani ha quindi illustrato ironicamente con una metafora ciclistica il sistema sanitario: "A volte penso ad una corsa ciclistica dove in fuga ci sono Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, con il Piemonte che sta procedendo al ricongiungimento alla fuga; nel gruppo ci sono le Regioni del Centro-Sud con, fuori tempo massimo, decisamente in ritardo, 4 Regioni del Sud: tre sistemi diversi in un unico Paese, uniti da un tricolore, che è verde al Nord, bianco papalino al Centro e rosso intenso al Sud".



Dichiarazioni 2011. Circolare dell'agenzia delle Entrate con le risposte ai principali dubbi sulle spese agevolate

Sconti vincolati per la salute

La detrazione del 19% sui dispositivi medici è condizionata dalla marcatura Ce

Luciano De Vico
Marco Peruzzi

Sulle spese sostenute nel 2010 per i dispositivi medici - come per esempio cerotti, siringhe e termometri - la detrazione Irpef del 19% spetta a condizione che il contribuente provi che il prodotto è a marcatura Ce: questo, in pratica, si traduce nella necessità di produrre (al Caf o al professionista) la confezione oppure la scheda tecnica del prodotto (ricavabile dal sito del produttore, ammesso che ci sia) o, ancora, una dichiarazione del produttore stesso. È quanto si desume dalla circolare dell'agenzia delle Entrate n. 20 del 13 maggio in risposta a numerosi quesiti su deduzioni e detrazioni Irpef, diffusa proprio nel giorno dell'ufficializzazione dello slittamento dei termini per la presentazione delle dichiarazioni dei redditi, 730 compreso (si veda l'articolo a pagina 30).

I dispositivi medici

La novità principale della circolare riguarda la possibilità, finora esclusa, di detrarre le spese sostenute per l'acquisto di dispositivi medici a condizione, però, che dallo scontrino o dalla fattura risulti il soggetto che sostiene la spesa e la descrizione del dispositivo. Il **ministero della Salute**, interpellato dalle Entrate, ha precisato che rientrano nella nozione di dispositivo medico i prodotti, le apparecchiature e le strumentazioni contenuti nelle apposite norme (Dlgs 507/92, 46/97 e

332/00) e che siano marcati "Ce" dal fabbricante in base alle direttive europee di settore. Dal momento che non esiste un elenco dei dispositivi medici, l'Agenzia ha ne ha fornito uno esemplificativo e non esaustivo (si veda la tabella qui a fianco), per i quali la detraibilità è ammessa purché sia conservata la documentazione «dalla quale risulti che il prodotto acquistato ha la marcatura Ce». Ma a quale documentazione fanno riferimento le Entrate? La marcatura Ce compare, infatti, solo sulla confezione dei prodotti acquistati e non anche sui documenti di spesa, scontrini o fatture. Se così fosse, quindi, occorrerà conservare anche la confezione di ogni dispositivo medico acquistato.

Gli sconti fiscali

La circolare precisa poi che sono detraibili le spese sostenute per l'iscrizione ai conservatori musicali e quelle per attività sportive; anche se queste ultime sono pagate direttamente a comuni che hanno stipulato apposite convenzioni con strutture idonee. Un importante chiarimento riguarda le detrazioni per canoni di locazione sostenuti da studenti universitari fuori sede. In presenza di due figli a carico di entrambi i genitori, titolari di distinti contratti di locazione, la detrazione del 19% può essere calcolata da ciascun genitore su un importo massimo di 2.633 euro. Con riferimento alle detrazioni per figli a carico, le Entrate chiariscono che lo sconto deve essere consi-

derato unitariamente per tutti i figli degli stessi genitori. Se si hanno due figli, ad esempio, non è possibile richiedere per il primo figlio la detrazione del 100% da parte del genitore con il reddito più elevato e ripartire al 50% con l'altro genitore la detrazione del secondo figlio. La detrazione può essere applicata in misura diversa solo in presenza di figli nati non dai medesimi genitori.

Per le spese di intermediazione immobiliare, inoltre, se la fattura è intestata a un solo proprietario di un immobile in proprietà, per usufruire della detrazione pro quota occorre integrare la fattura annotandovi i dati del comproprietario. Se invece l'immobile è intestato a un solo proprietario, ma la fattura è intestata a più soggetti, occorre riportare su quest'ultima che la spesa è stata sostenuta solo dal proprietario. Nessuna detrazione, invece, se la fattura è intestata a un soggetto non proprietario dell'immobile.

Tassazione dei redditi

Gli assegni periodici corrisposti al coniuge per il mantenimento dei figli non sono tassabili, neanche in presenza di figli naturali, sempreché gli assegni risultino da provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Lo stesso vale per i contributi assistenziali concessi ai professionisti in attività o in pensione da parte di Casse previdenziali per i danni provocati da calamità naturali alla prima abitazione o allo studio professionale degli iscritti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I chiarimenti

01 | DISABILI

Le spese sostenute all'estero per l'acquisto di veicoli da parte di cittadini disabili hanno per il Fisco lo stesso valore di quelle effettuate in Italia e, quindi, sono detraibili con le stesse regole e gli stessi limiti

02 | SPESE SANITARIE

Le spese sostenute per l'acquisto e la realizzazione di una piscina, anche se a fini terapeutici, non rientrano tra quelle detraibili. Infatti, l'agevolazione riguarda il trattamento sanitario, ma non anche la realizzazione o l'acquisto delle strutture nelle quali il trattamento può essere svolto. Le prestazioni professionali dello psicologo-psicoterapeuta rientrano tra quelle che possono essere rese senza prescrizione medica, che quindi non è necessaria ai fini della detrazione

03 | UNIVERSITARI FUORI SEDE

I genitori con due figli a carico che studiano in città diverse possono beneficiare entrambi della detrazione del 19% su ciascun canone d'affitto. I figli, infatti, sono titolari di due distinti contratti di locazione. Entrambi i genitori, quindi, possono beneficiare dell'agevolazione per intero, considerando per ciascun canone pagato il limite massimo di 2.633 euro

04 | SPESE DI ISTRUZIONE

Le spese sostenute per l'iscrizione ai nuovi corsi istituiti (Dpr 212 del 2005) presso i Conservatori di musica e gli Istituti musicali pareggiati sono detraibili nella misura del 19%, al pari delle spese sostenute per l'iscrizione ai corsi universitari

05 | MUTUI PRIMA CASA

L'omessa indicazione della

destinazione nei mutui ipotecari misti (acquisto e ristrutturazione) può essere sanata dal contribuente che attesta gli importi degli interessi relativi ai due scopi

06 | RISPARMIO ENERGETICO

La posticipazione dell'inizio della detrazione del 55% all'anno della fine dei lavori non è possibile per i bonifici effettuati negli anni precedenti

07 | RISTRUTTURAZIONI EDILIZIE

Se la fattura per la ristrutturazione e il relativo bonifico riportano il nominativo di uno solo dei comproprietari, ma la spesa è sostenuta da entrambi, la detrazione del 36% spetta anche a chi non è indicato in questi documenti, se nella fattura viene annotata la percentuale di spesa da lui sostenuta

L'elenco

Dispositivi medici di uso più comune per i quali non occorre verificare ulteriori condizioni ma per i quali bisogna conservare la documentazione che il prodotto ha la marcatura Ce

DISPOSITIVI MEDICI

- Lenti oftalmiche correttive dei difetti visivi
- Montature per lenti correttive dei difetti visivi
- Occhiali premontati per presbiopia
- Apparecchi acustici
- Cerotti, bende, garze e medicazioni avanzate
- Siringhe
- Termometri
- Apparecchio per aerosol
- Apparecchi per la misurazione della pressione arteriosa
- Penna pungidito e lancette per il prelievo di sangue capillare ai fini della misurazione della glicemia
- Pannolini per incontinenza
- Prodotti ortopedici (ad esempio tutori, ginocchiere, cavigliere, stampelle e ausili per la deambulazione in generale eccetera)
- Ausili per disabili (ad esempio cateteri, sacche per urine, padelle eccetera)
- Lenti a contatto
- Soluzioni per lenti a contatto
- Prodotti per dentiere (ad esempio creme adesive, compresse disinfettanti eccetera)
- Materassi ortopedici e materassi antidecubito

DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO

- Contenitori campioni (urine, feci)
- Test di gravidanza
- Test di ovulazione
- Test menopausa
- Strisce/Strumenti per la determinazione del glucosio
- Strisce/Strumenti per la determinazione del colesterolo totale, HDL e LDL
- Strisce/Strumenti per la determinazione dei trigliceridi
- Test autodiagnostici per le intolleranze alimentari
- Test autodiagnosi prostata PSA
- Test autodiagnostici per la determinazione del tempo di protrombina (INR)
- Test per la rilevazione di sangue occulto nelle feci
- Test autodiagnostici per la celiachia

CERTIFICATI MEDICI

L'invio viaggerà soltanto online

Si avvicina l'addio definitivo ai certificati medici su carta. Il datore privato non potrà più richiedere al lavoratore la copia, ma dovrà visionarla con i servizi attivati dall'Inps.

► pagina 5

Dal 18 giugno
la procedura
diventa solo
telematica

18

Malattia segnalata solo online

Diventa obbligatoria la comunicazione del medico in via telematica

Certificati sanitari

Tra un mese termina il periodo transitorio: il datore privato non potrà più richiedere al lavoratore la copia cartacea, ma dovrà visionarla avvalendosi esclusivamente dei servizi attivati dall'Inps

LA SCAVENZA

18 giugno

Debutta la nuova procedura: le novità per lavoratori e aziende

ADDIO ALLA CARTA

2 miliardi €

Il risparmio complessivo atteso dall'invio online anche delle ricette

PAGINA A CURA DI
Alessandro Rota Porta

Si avvicina l'addio definitivo ai certificati medici su carta, visto che manca ormai un mese alla fine del periodo transitorio. Le disposizioni emanate con la circolare n. 4 del 17 marzo scorso, dalla presidenza del Consiglio dei ministri e dal ministero del Lavoro, oltre ad armonizzare le procedure tra il settore pubblico e quello privato, hanno fissato come data limite il prossimo 17 giugno, per il passaggio definitivo al sistema telematico (Sac).

Dal giorno successivo, infatti, i certificati medici dei lavoratori di tutti i settori saranno gestiti solo online: si darà così piena attuazione al percorso di digitalizzazione avviato dalla legge n. 311/2004 e completato dall'articolo 25 del collegato lavoro (legge n. 183/2010).

Fino ad allora, i datori di la-

voro privati potranno ancora richiedere ai propri dipendenti la consegna della copia cartacea dell'attestazione di malattia rilasciata dal medico, secondo le modalità attualmente vigenti, vale a dire nei due giorni successivi all'inizio dell'evento.

Sebbene le istruzioni operative siano a questo punto complete, merita ripercorrere il processo per trovarsi pronti al momento del passaggio al web, poiché la gestione delle certificazioni di malattia coinvolge più soggetti e comporta conseguenze che impongono la giusta attenzione.

Il rilascio

Il primo step è costituito dall'invio telematico del certificato di malattia da parte del medico o della struttura sanitaria all'Inps. In questa sede il lavoratore deve richiedere al medico il numero di protocol-

lo identificativo del certificato inviato mezzo internet e può farsi rilasciare sia una copia cartacea del certificato sia dell'attestato di malattia, oppure farsi inviare copia degli stessi sulla propria casella e-mail.

Il lavoratore, come avveniva nel sistema precedente, dovrà sempre avere cura di segna-

lare l'indirizzo di reperibilità da indicare nel certificato, qualora questo sia diverso da quello di residenza o domicilio a conoscenza del datore di lavoro.

Solo in via residuale il medico consegnerà al lavoratore la certificazione in forma cartacea, ad esempio in caso di malfunzionamento della connessione internet, anche se sono state previste dall'Inps particolari modalità per coloro che operano in zone scoperte dalla connettività adsl. In questi casi il lavoratore dovrà conse-

gnare il certificato al datore di lavoro seguendo le vecchie regole: presentazione o spedizione con raccomandata a/r entro i due giorni lavorativi successivi all'inizio della malattia; nelle ipotesi previste, la consegna dovrà essere fatta anche all'Inps.

Il lavoratore avrà anche facoltà di visionare e stampare i propri attestati di malattia accedendo al sito web dell'Inps, inserendo nell'apposita sezione il proprio codice fiscale e il numero di protocollo del certificato; se si doterà di Pin potrà



altresi consultare i propri certificati medici ovvero farseli inviare mezzo Pec.

Gli adempimenti del datore

A regime, come avviene già nel settore pubblico, anche il datore di lavoro privato non potrà più chiedere al lavoratore l'invio della copia cartacea dell'attestazione di malattia. Quest'ultima gli sarà infatti messa a disposizione da parte dell'Inps, e potrà essere acquisita con diverse modalità: prendendo visione delle attestazioni mediante accesso alla sezione web dedicata, dopo essersi accreditato e aver ricevuto il Pin; chiedendo all'Inps di fargli pervenire le attestazioni sul proprio indirizzo di posta elettronica certificata; ricercando la singola attestazione su sito dell'Inps attraverso l'inserimento del protocollo del certificato che può essere richiesto al lavoratore; rivolgendosi agli intermediari abilitati (per questa

opzione sono allo studio le modalità operative).

Nel settore pubblico è previsto un onere in più a carico dell'amministrazione, qualora il medico non proceda all'invio online del certificato di malattia poiché impossibilitato. In questa ipotesi l'ente, appena acquisita la certificazione medica da parte del dipendente, è tenuto a segnalarne il ricevimento entro 48 ore, tramite Pec, alla Asl di riferimento del medico.

La Rassegna Stampa

Se da un lato la gestione telematica dei certificati di malattia può eliminare alcune criticità del precedente sistema (si pensi al caso in cui il lavoratore non consegnava tempestivamente al datore di lavoro il certificato), la nuova impostazione comporta però oneri aggiuntivi e alcune problematiche che attendono soluzione: senza dubbio sorge l'incombenza - soprattutto per le grandi aziende - di controllare molto spesso, se non quotidianamente, la sezione dedicata del sito Inps per verificare la presenza di eventuali attestazioni di malattia.

Per limitare tale aggravio si

potrebbe optare per la consegna dei certificati tramite Pec, da parte dell'Inps: forse la modalità migliore per essere costantemente aggiornati.

Questa soluzione, alternativa a quella sopra descritta, è invece l'unica strada percorribile dai datori di lavoro già in possesso di un Pin per altre funzioni (ad esempio un consulente del lavoro) che vogliono farsi abilitare anche alla consultazione dei certificati: sebbene infatti la circolare Inps n. 60/2010 sembrava consentire tale attivazione, in realtà questo può avvenire solo generando un nuovo Pin, che andrebbe però a sostituire quello già in uso con evidenti ripercussioni sull'archivio telematico dell'utente o addirittura causando l'impossibilità di consultare lo "storico".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PATTI CHIARI

Tempi e doveri contro le liti

Il settore privato si allinea a quello pubblico dove già è in vigore la riforma che ha mandato in soffitta il certificato di malattia su carta. I datori di lavoro non riceveranno più le attestazioni di malattia cartacee dai propri dipendenti. Ora che è tutto pronto ed è iniziato il conto alla rovescia per l'ultimo mese del periodo transitorio conviene allertare i lavoratori con un "avviso ai naviganti" che sia chiaro e dettagliato. Dal 18 giugno la certificazione dovrà essere acquisita in via telematica attraverso l'Inps, ma al dipendente spetterà sempre l'obbligo della comunicazione tempestiva dell'assenza.

LE ECCEZIONI

Modalità particolari sono state previste nei casi di cattivo funzionamento della connessione internet o in zone ancora senza adsl

La prassi

Un codice interno sulle assenze

SPAS Nel periodo che resta prima dell'avvio esclusivamente online della procedura di rilascio del certificato di malattia, è opportuno che il datore di lavoro privato - cui questa facoltà è concessa - fissi come regola aziendale sulle assenze per malattia (si consiglia per iscritto e dietro riscontro per presa visione) la comunicazione da parte del lavoratore del protocollo identificativo del certificato medico. Questa prassi diventa così un obbligo per il lavoratore. Inoltre, avere certezza della natura dell'assenza è fondamentale ai fini dell'adozione di eventuali provvedimenti disciplinari.

Peraltro questo accorgimento è il solo che può consentire la visualizzazione dell'attestato da parte del datore di lavoro in caso di mancato abbinamento tra il certificato e il rispettivo datore di lavoro: se infatti la banca dati Inps (che si basa principalmente sulla denuncia Uniemens) non fosse aggiornata (pensiamo al caso di inizio malattia a ridosso dell'assunzione) il certificato non verrà collegato e, rimanendo in una sorta di "limbo" telematico, non sarà messo in consultazione né sull'area web né mezzo Pec. Ricordiamo infatti che il nuovo modello di certificato non prevede tra i vari campi - nessun dato che lo possa ricondurre con facilità all'azienda, come avveniva invece con i vecchi moduli, dove era indicata la matricola Inps.

Anche i datori di lavoro domestici si dovranno adeguare alle nuove procedure: potranno però ovviare alle incombenze facendosi comunicare dal lavoratore il numero di protocollo informatico del certificato, utile a recuperare l'attestazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti chiave

LE NORME

- articolo 1, comma 149, legge 311/2004, sulla trasmissione online dei certificati;
- articolo 8, Dpcm 26 marzo 2008, sul funzionamento del Sac;
- articolo 69, decreto legislativo 150/2009 (settore pubblico);
- decreto ministeriale Salute-Lavoro-Economia del 26 febbraio 2010, sulle modalità tecniche;
- articolo 25 della legge 183/2010, sull'uniformazione del regime legale nel settore pubblico e privato;
- circolare congiunta presidenza del Consiglio dei ministri e ministero del Lavoro n. 4/2011

LE CIRCOLARI

- circolare Inps 60 del 16 aprile 2010;
- messaggio Inps 18901 del 16 luglio 2010;
- circolare Inps 119 del 7 settembre 2010;
- circolare Inps 164 del 28 dicembre 2010;
- circolare Inps 21 del 31 gennaio 2011;
- messaggio Inps 3161 del 8 febbraio 2011;
- messaggio Inps 6143 del 10 marzo 2011;
- messaggio Inps 9197 del 20 aprile 2011;
- Fondazione Studi Consulenti del lavoro: circolare 2/2011.

IL GLOSSARIO

Certificato di malattia

Contiene i dati della diagnosi e/o il codice nosologico, che sostituisce o si aggiunge alle note di diagnosi e permette di identificare il tipo di malattia. Inoltre sono inseriti il codice fiscale del lavoratore, la residenza o il domicilio abituale, eventuale domicilio di reperibilità durante la malattia, data di inizio malattia, data di rilascio del certificato, data presunta di fine malattia (di prosecuzione o ricaduta nelle rispettive ipotesi), modalità ambulatoriale o domiciliare della visita eseguita.

La copia, rilasciata dal medico, è riservata all'assistito.

Attestato di malattia

È il documento privo di diagnosi che viene ricavato dal certificato di malattia (contiene i dati della prognosi), trasmesso in via telematica dal medico, viene ricevuto dall'Inps che lo rende disponibile al lavoratore e al datore di lavoro.

Sac

Acronimo di Sistema di accoglienza centrale del ministero dell'Economia: i medici certificatori acquisiscono e inviano i certificati al Sac, che provvede a inoltrarli all'Inps. Con questa procedura, dopo l'invio all'Inps, il Sac restituisce al medico il numero identificativo per la stampa del certificato e dell'attestato da consegnare al lavoratore.

Pin

Credenziale di accesso che consente sia al lavoratore che al datore di lavoro di accedere alla sezione dedicata del sito internet dell'Inps per visualizzare e stampare i certificati di malattia (questi solo per i lavoratori) e le relative attestazioni.

I cittadini possono farne richiesta attraverso i canali: internet, contact center (numero 803164) e uffici Inps. I datori di lavoro devono richiedere l'abilitazione all'istituto con i moduli allegati alla circolare 60/2010.

I passaggi a regime



IL MEDICO



- acquisisce e invia online i certificati al Sistema di accoglienza centrale del ministero dell'Economia (Sac);
- al termine della trasmissione, riceve dal Sac il numero identificativo del certificato;
- consegna al lavoratore copia cartacea del certificato e dell'attestato di malattia;
- in caso di impossibilità di stampare la certificazione, comunica al lavoratore il numero del certificato;
- nei casi in cui sia impossibilitato all'inoltro telematico, rilascia la certificazione e l'attestazione di malattia in forma cartacea;
- sono previste sanzioni disciplinari nei confronti dei medici inadempienti.

IL LAVORATORE



- può chiedere al medico l'invio del certificato e dell'attestato in formato pdf sul proprio indirizzo di posta elettronica;
- è esonerato dalla consegna dell'attestazione di malattia al datore di lavoro;
- è sempre obbligato ad avvisare il datore di lavoro della propria assenza e a comunicare il numero identificativo del certificato, laddove richiesto espressamente;
- solo nel caso in cui il medico non possa procedere all'invio online, deve consegnare al datore di lavoro copia dell'attestato di malattia, entro i due giorni lavorativi successivi all'inizio della malattia; una copia va consegnata anche all'Inps, come nel precedente sistema;
- può accedere al sito web dell'Inps per consultare e stampare i dati relativi ai propri certificati: mediante l'inserimento del codice fiscale e del numero di certificato (si visualizza solo l'attestato), oppure tramite il codice Pin (previo accredito). In quest'area web può anche attivare la modalità di inoltro dei certificati sulla propria casella Pec.

L'INPS



- riceve i dati del certificato dal Sac;
- individua per l'intestatario del certificato il datore di lavoro al quale mettere a disposizione l'attestato.

IL DATORE DEL LAVORO INVIATO



- Le possibilità per recuperare le attestazioni:
 - a) richiedere al lavoratore il numero di protocollo del certificato e attraverso quest'ultimo, accedere al sito internet dell'Inps e consultare la singola attestazione;
 - b) procurarsi il Pin previa richiesta all'istituto e consultare gli attestati nell'apposita area web, con elementi di ricerca diversi (per codice fiscale, per dati anagrafici o per periodo).
 - c) rivolgere apposita richiesta alle caselle Pec delle strutture territoriali Inps competenti (reperibili sul sito Inps) contenente la matricola Inps dell'azienda, per farsi recapitare sulla propria Pec le attestazioni di malattia (alternativa all'opzione b), abbinando anche più matricole Inps alla stessa Pec.
 - d) delegare l'adempimento a un intermediario abilitato (non operativo).
- Anche chi è già in possesso di Pin per altre finalità, deve fare comunque la medesima istanza. Dovrebbe essere aggiunta l'autorizzazione al servizio di consultazione attestati di malattia (non operativo).
- A breve sarà disponibile la procedura online per richiedere le visite fiscali.

17 mln

Sono i lavoratori dipendenti (di cui 13,5 del settore privato) che non dovranno più trasmettere i certificati di malattia ai datori di lavoro e all'Inps

590 mln €

Stima del risparmio diretto complessivo per l'abolizione dell'invio con raccomandata A/R del certificato di malattia all'Inps e al datore di lavoro

180 mila

Numero dei medici che dovrà usare la nuova modalità esclusivamente telematica di invio dei certificati di malattia (dal 18 giugno)

4,4 mln

È il numero delle imprese che avrà informazioni immediate sul quadro delle assenze senza più chiedere ai propri dipendenti la copia cartacea del certificato di malattia.

Le maglie di partito dei manager sanitari

SPOIL SYSTEM ALL'ITALIANA

Sorprendono, ma non più di tanto, i dati sulle nomine dei manager nella sanità pubblica e ai vertici degli ospedali. Due dirigenti su tre hanno perso la poltrona, saltati come tappi di champagne. Il cambio di governatore e di maggioranza nelle Regioni, lo spostamento degli equilibri nelle giunte confermate sono stati fatali ai manager di Asl e ospedali. Come re travicelli, ma seduti su bilanci da 106 miliardi l'anno, i Dg delle aziende sanitarie sono fuscilli al vento della politica. Non siamo in America e non va chiamato spoil system perché sotto la giacca da manager non c'è la maglietta del partito sponsor: almeno a sentire governatori e assessori alla sanità, la selezione è tutta sui meriti. Lo è stata alle precedenti elezioni, lo è adesso, lo sarà dopo le prossime tornate. Peccato però che l'evidenza dei fatti smentisca in pieno questa interpretazione: saltano i manager che hanno ben governato la sanità e rimangono in sella quelli che hanno provocato lo sfascio, o che avendolo trovato non hanno saputo porvi rimedio o almeno invertire la tendenza. Se cercate un denominatore comune al cambio, dalla Sicilia alla Val d'Aosta, c'è: il nuovo colore della giunta.

La sanità Conti in rosso rischio aumento per Irpef e Irap

Irap e Irpef, è concreto il rischio di un aumento. «Rispettivamente, nelle misure di 0,15 e 0,30 punti», è scritto in un verbale romano. Motivo: la verifica sui conti della sanità del 14 aprile 2011 al tavolo romano è andata male. Il risultato di gestione al quarto trimestre 2010 evidenzia, si legge ancora nel verbale, «un disavanzo non coperto di 248,888 milioni», comprensivo della perdita 2009, pari a 0,386 milioni per il «conferimento delle risorse derivanti dal Fas». La Regione ha quaranta giorni di tempo, dal 14 aprile, per evitare che sui cittadini si abbatta un'altra stangata. Ma l'assessore Calabrò assicura: rispetteremo gli impegni.

> Mainiero a pag. 44

I conti pubblici Fumata nera dal vertice romano

Sanità in rosso rischio aumento per Irap e Irpef

Disavanzo di 248 milioni
Ma Calabrò assicura:
«Rispetteremo gli impegni»

Paolo Mainiero

Il verbale lascia poco spazio ai dubbi. «Si prefigurano - è scritto - le condizioni per un ulteriore incremento delle aliquote fiscali di Irap e di addizionale Irpef per l'anno in corso rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti». In sostanza, è concreto il rischio di un nuovo aumento delle tasse perché la verifica sui conti della sanità del 14 aprile 2011 al tavolo romano è andata male. Il risultato di gestione al quarto trimestre 2010 evidenzia, si legge ancora nel verbale, «un disavanzo non coperto di 248,888 milioni», comprensivo della perdita 2009, pari a 0,386 milioni per il «conferimento delle risorse derivanti dal Fas». La Regione ha una quarantina di giorni di tempo, a partire dal 14 aprile, per evitare che sui cittadini si abbatta un'altra stangata. «Ab-

biamo avviato - dice il senatore Raffaele Calabrò, consigliere per la sanità del governatore Caldoro - un'azione incisiva per risanare i conti. Non siamo ancora riusciti a recuperare tutto perché partivamo da una situazione disastrosa». Calabrò è comunque fiducioso. «Sinora - spiega - abbiamo operato attraverso interventi forti. Ora passeremo ad interventi più calibrati perché abbiamo l'esigenza di mantenere i livelli di assistenza. Ma sono sicuro che al prossimo appuntamento ci presenteremo con le carte in regola». Sta di fatto, si legge nelle conclusioni, che «non è stato possibile erogare alcuna spettanza residua».

La riunione del 14 aprile ha verificato sia lo stato dei conti che dei provvedimenti adottati dal commissariato a seguito del precedente incontro dell'ottobre scorso. Per quanto riguarda i conti è stato accertato un disavanzo di 248,888 milioni. Questo sfioramento comporta non solo il rischio dell'au-

mento di Irap e Irpef (che, ricordiamo, sono già oltre il massimo) ma anche «il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso» (dunque fino al 2013), «il divieto ad effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo». Ma il tavolo interministeriale ha messo nero su bianco anche altre conclusioni non propriamente positive. In merito alla verifica annuale 2010, Tavolo e Comitato ritengono «solo parzialmente completati gli obiettivi previsti dal Piano operativo ed evidenziano il ritardo con il quale la Regione interviene nelle fasi di programmazione degli interventi». Per quanto riguarda il programma operativo 2011-2012, si

La verifica
Il Tavolo tecnico chiede anche il blocco del turn over e la nomina dei manager



sottolinea che «necessita di integrazioni e modifiche in ordine alla effettiva realizzazione dei risparmi proposti». Riserve sui rapporti con i privati. «Risultano non pervenuti i contratti sottoscritti con gli erogatori». Anzi, il Tavolo osserva che le «associazioni maggiormente rappresentative invitano i propri associati a non stipulare i contratti» in mancanza delle garanzie sui pagamenti. Sul Piano ospedaliero, che nella riunione di ottobre era stato verificato positivamente, «si resta in attesa di ulteriore documentazione dell'effettiva attuazione». Il Tavolo interministeriale pone riserve anche sulla finanziaria regionale. «Presenta - sostiene - profili di incostituzionalità». E infatti la legge è stata impugnata dal governo. «Contiene norme - è scritto nel verbale - in contrasto con quanto previsto nel Programma operativo e con i poteri commissariali». Il Tavolo chiede alla Regione di modificare la Finanziaria.

C'è infine un ultimo rilievo che Tavolo e Comitato pongono, e riguarda i vertici delle Asl. «È necessario procedere - si legge nel verbale - alla nomina dei direttori generali delle aziende e dei conseguenti direttori amministrativi e sanitari superando la fase di commissariamento delle stesse che si protrae ormai da un biennio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Meno furbetti e cure migliori con il certificato medico on line

Inps Mastrapasqua: nel Lazio ci si ammala di più ma per poco tempo

52.058

**Ultima settimana
Certificati emessi**

Il numero degli utenti laziali che si sono ammalati nel corso degli ultimi sette giorni. I dati verranno tagliati da Laziosanità

684mila

**Influenza
Gli ammalati**

Le persone che sono rimaste a letto colpite dall'influenza nell'ultimo periodo invernale. I dati si riferiscono al periodo ottobre-aprile

208mila

**Bambini
I più colpiti**

La fascia d'età fino ai 14 anni ha fatto registrare il numero più elevato di malati. Record per gli adulti: 439mila a letto

Daniele Di Mario
d.dimario@iltempo.it

■ Nell'ultima settimana sono stati 52.058 i certificati medici on line trasmessi nel Lazio all'Inps, come prevede la riforma Brunetta. Presto questi dati verranno messi a disposizione della Regione e, in particolare, di Laziosanità, l'Agenzia di Sanità Pubblica che potrà utilizzarli per finalità tecnico scientifiche.

La stagione influenzale 2010-2011 è stata l'annata che ha visto il maggior numero di casi di sindrome influenzale degli ultimi dodici anni. Da metà ottobre all'1 maggio si sono ammalate nel Lazio 684 mila persone. La classe d'età più colpita è stata quella di bambini e ragazzi da 0 a 14 anni con 208 mila casi. In numeri assoluti, la classe di età da 15 a 64 anni ha poi registrato il maggior numero di casi mai rilevato: 439 mila persone adulte

hanno preso l'influenza. Tra gli over 65 invece tale fenomeno ha riguardato 37 mila soggetti. Questi dati non tengono conto dei certificati on line, che, una volta messi a disposizione dell'Asp, potranno essere usati per studiare l'andamento delle patologie. Ma anche per becchare qualche «furbetto».

«Con i certificati medici on line si può avviare un processo di conoscenza inimmaginabile ai tempi della compilazione cartacea - spiega il presidente dell'Inps Antonio Mastrapasqua - È uno dei vantaggi dell'operazione avviata un anno fa dal ministro

Brunetta, che produce nuove opportunità di tipo sociale. Per tutte le Regioni potremo disporre di un'ampia e completa base statistica omogenea, con informazioni sulle patologie denunciate, e sui connessi fenomeni di assenza dal lavoro, fino a una lettura dell'as-

senteismo. Il codice nosologico identifica la patologia e quindi consente di archiviare informazioni essenziali di tipo socio-sanitario. È possibile conoscere durata e frequenza delle assenze per malattia, produrre confronti tra pubblico e privato e tra diversi territori. Qualche dato è già disponibile: «Il Lazio è la regione che con Sicilia e Basilicata



mostra una sensibile differenza tra eventi di malattia nel settore pubblico, rispetto a quelli del settore privato; mentre il numero dei giorni è sotto la media nazionale. Insomma nel Lazio ci si ammala spesso, ma per poco tempo. Ma è solo l'inizio, molto altro si

potrà scoprire con l'aumento dei dati».

Sul trasferimento dei dati alla Regione Mastrapasqua dice: «Siamo in una fase sperimentale. La messa a regime dipenderà dai ministeri competenti, dall'Inail e dalla Regione. Occorreranno delle convenzioni che l'Inps è disposto a stipulare non appena ci

saranno le indicazioni ministeriali». La collaborazione tra Inps ed Enti locali potrà dare risultati eccezionali. «Oltre a individuare frequenza e durata delle malattie, potremo disporre di informazioni importanti sulla dipendenza dei fenomeni dell'età e dal settore produttivo di appartenenza del lavoratore in malattia. emerge ad esempio che agricoltura e costruzioni sono i settori in cui il numero medio di malattie è basso, ma presentano una durata media particolarmente lunga (rispettivamente 14 e 10 giorni). Il numero delle malattie inoltre cresce col crescere della dimensione dell'impresa. Gli enti locali potranno acquisire notizie di grande

interesse per definire programmi socioassistenziali, oltre che sanitari. Le patologie insorgenti possono essere codificate e rubricate».

«Credo che l'analisi dei dati in possesso dell'Inps possa disegnare un quadro approfondito delle cause di assenza dal lavoro, delle principali tendenze e distorsioni, nonché dei costi che si nascondono nelle pieghe di questa realtà - dice dal lato suo Lucio D'Ubaldo, presidente di Asp-Laziosanità - Può cambiare la conoscenza e la percezione del fenomeno. Dovremo aggiornare il modello epidemiologico su cui fondiamo le nostre politiche per la salute. A me sembra importante che il Lazio faccia da apripista: serve definire con urgenza, un protocollo d'intesa tra Regione e Inps per dare all'Agenzia il compito di gestire questo prezioso e vasto patrimonio informativo. È da valutare se non sia il caso di rompere gli indugi e insediare subito il Comitato scientifico dell'Agenzia».

Edizione

Siracusa

LA SICILIA

del 16.05.2011

da pag. 41

CAMERA. Il deputato del Pid entra a far parte della Commissione affari sociali

Gianni scelto per la Sanità

LAURA VALVO

Pippo Gianni (nella foto), deputato nazionale del Pid, entra a far parte della Commissione nazionale Affari sociali e Sanità della Camera dei deputati. Un riconoscimento che premia l'impegno del leader del Pid soprattutto nel settore sanità.

E Gianni ha progetti ambiziosi e ha già individuato alcune priorità.

«Il mio primo impegno è di valutare le criticità a livello regionale ma soprattutto in provincia di Siracusa. Intanto chiederò un'audizione immediata dell'assessore Russo per avere un quadro generale della situazione e del direttore generale dell'Asp 8 per sapere quali sono i criteri con cui sono stati adottati alcuni provvedimenti. L'obiettivo finale è dare una sanità più giusta, più seria e più efficiente anche in provincia di Siracusa».

Pippo Gianni vuole anche verificare quali sono i criteri di selezione dei primari e se viene applicata la legge regionale n. 5 che prevede che tutti gli ospedali che ricadono nelle zone industriali, quindi in zone ad

alto rischio ambientale, vengano potenziati.

«Tutto ciò diventa prioritario, ma naturalmente il mio impegno non avrà sosta per quanto riguarda il criterio di scelta per il polo oncologico, per il polo di eccellenza e capire il perché di questi ritardi. Voglio ricordare a me stesso, e quindi all'assessore Russo e al direttore generale dell'Asp, che lo Stato concorre alla spesa sanitaria per il cinquanta per cento e quindi voglio sapere come sono stati spesi, sino ad oggi, i soldi pubblici».

Per il parlamentare nazionale del Pd la rete ospedaliera ha bisogno di una rivisitazione e di cambiamenti radicali. Una base di partenza per modificare e migliorare il rapporto fra ospedale, città e territorio.

«L'organizzazione ospedaliera - spiega Pippo Gianni - è stata infatti considerata sino ad oggi in funzione delle esigenze

del medico. Trascurando le esigenze dei pazienti, considerati numeri, soggetti da cui trarre ricavi. Non va dimenticato invece che il rispetto della persona malata è fondamentale. Per questo le nuove strutture ospedaliere devono essere pensate a misura d'uomo e non soltanto sotto il profilo sanitario.

«Oggi soprattutto - conclude Gianni - è arrivato il momento di occuparsi del divario strutturale e qualitativo dell'offerta pubblica di salute, che determina disuguaglianze di assistenza sanitaria».



E' il momento di occuparsi del divario strutturale e qualitativo dell'offerta di salute

del 14 Maggio 2011

agenzia

ANSA

estratto da pag. 1

SANITA': REGIONE A PDL, NESSUN TRUCCO NEI CONTI

SANITA': REGIONE A PDL, NESSUN TRUCCO NEI CONTI (ANSA) - ANCONA, 13 MAG - L'assessore regionale alla Salute Almerino Mezzolani e il direttore del Dipartimento salute e servizi sociali Carmine Ruta replicano al consigliere regionale Pdl Giancarlo D'Anna, che, ieri aveva parlato di "conti in ordine nella sanita' con i trucchi Spacca-Mezzolani". "Niente trucchi" dice Mezzolani. "L'andamento dei conti economici relativi al periodo 2007-2010, verificati annualmente in sede ministeriale, e' in equilibrio, e registra un trend positivo sul versante della riduzione dei costi". Chiudendo il conto economico dell'esercizio 2010, la Regione ha confermato i risultati raggiunti negli ultimi anni. Il dato previsionale per il 2011 (primo trimestre) mantiene il risultato positivo anche per l'anno in corso. E' di questi giorni inoltre, ricorda Mezzolani, la pubblicazione da parte del ministero della Salute dei risultati della rilevazione ministeriale sui livelli essenziali di assistenza (Lea) che certifica i livelli di garanzia delle prestazioni sanitarie in termini quali-quantitativi. Solo poche Regioni in Italia raggiungono la garanzia completa, e tra queste le Marche sono al quarto posto. Unica regione, con la Lombardia, a mantenere l'equilibrio economico finanziario. Ruta spiega poi che "lo sviluppo del sistema sanitario marchigiano, in linea con gli indirizzi nazionali, e' orientato al rafforzamento, (per aree omogenee ed aree vaste) della capacita' di risposta ai bisogni dei cittadini. Partendo dai bisogni espressi dai cittadini, la programmazione della Regione ha previsto e attivato l'integrazione tra le strutture ospedaliere di Pesaro e Fano per quanto riguarda l'Area Vasta 1 e Ascoli e San Benedetto per l'Area Vasta 5. Fermo vedra' la realizzazione della nuova struttura ospedaliera in Area vasta 4. Nell'Area Vasta 3 e' previsto il potenziamento delle strutture di Civitanova, Camerino e Macerata. Per quanto attiene l'Area Vasta 2, sono previsti il completamento dell'ospedale di Jesi, la realizzazione del nuovo Inrca-Ospedale di rete nell'area sud di Ancona e la realizzazione del nuovo Salesi per l'area materno infantile, strutturalmente integrato con l'Azienda universitaria Ospedali Riuniti di Ancona. Per quanto riguarda le zone interne e montane, verranno sviluppati l'elisoccorso e l'elisuperficie. Il Piano sanitario 2011-2013 (in fase di approvazione) prevede la riprogrammazione dell'intero sistema regionale dell'assistenza sociosanitaria, in collaborazione con il ministero. (ANSA).
COM-MOR/GIG 13-MAG-11 19:17 NNNN

del 14 Maggio 2011

il Resto del Carlino PU

estratto da pag. 21

«Sanità ostaggio del Pd: in corso una lotta interna»

IL SINDACO AGUZZI

«LA SANITÀ non può essere ostaggio delle lotte intestine del Pd».

Il sindaco Stefano Aguzzi ieri pomeriggio durante l'incontro che la conferenza dei sindaci ha avuto con l'assessore regionale alla Sanità Almerino Mezzolani, ha messo i puntini sulle i su una serie di problematiche che stanno interessando la Zona Territoriale e numero 3 e in particolare l'ospedale Santa Croce al centro da tempo di un vivace dibattito sul futuro.

«LA REGIONE deve dimostrare di essere un po' più determinata rispetto a quanto mostrato finora — ha detto Aguzzi — perché dopo che è stata trovata l'intesa sul posizionamento dell'ospedale unico, tutto si è improvvisamente fermato. Questo perché a mio avviso è in corso una lotta interna nel Pd che però si sta ripercuotendo sui cittadini, ma quando si parla di sanità non si possono mettere avanti gli interessi per le poltrone. In questo momento la Zona territoriale

numero 3 è commissariata da Ancona e dalla stessa persona che ha presentato quelle determina, prodotta dalla giunta regionale, che non è stata condivisa con nessuno. Con quella determinata di fatto si trasformeranno in lungodegenze gli ospedali di Fossombrone e Pergola e se non fosse stato per il consigliere regionale Elisabetta Foschi nessuno ne sarebbe venuto a conoscenza. Per il

momento quell'atto è stato sospeso fino a dopo le elezioni ed io ho chiesto a Mezzolani di ritirarlo. Ecco perché domani (oggi per chi legge, ndr) il Comune di Fano sarà presente nella manifestazione in programma a Pergola. Noi non vogliamo la chiusura dei presidi del territorio noi vogliamo che anche questi siano coinvolti nel processo di integrazione che interessa Fano e Pesaro».

AGUZZI sottolinea come in questo momento si stiano perdendo di vista i reali problemi dei cittadini in termini di sanità. «Porto l'esempio dei malati di Sla. La Regione erogava 300 euro mensili per ogni malato e siccome questa cifra era stata considerata non sufficiente tutto il consiglio regionale aveva approvato all'unanimità l'aumento a 500 euro. Oggi la Regione ha tolto anche i 300 euro ed i malati di Sla non ricevono più nulla. Ecco perché dico che i problemi della politica non devono entrare nella sanità. Non è certo il segretario provinciale del Pd Marco

Marchetti che deve incontrare i primari di Pesaro per tranquillizzarli. Io ho fiducia in Mezzolani e mi auguro che i problemi della sanità non dipendano più da chi nel Pd si schiera a suo favore e chi contro. In tutto questo caos faccio un plauso agli operatori della Zona territoriale 3 e a quelli del Santa Croce perché stanno svolgendo con grande professionalità il loro lavoro pur avendo poche certezze sul loro futuro».

Corrado Moscelli

del 14 Maggio 2011

Corriere Adriatico PU

estratto da pag. XIII

LA REPLICA**Fatto**

L'assessore regionale alla salute Almerino Mezzolani replica al consigliere regionale Pdl Giancarlo D'Anna, che aveva parlato di "conti in ordine nella sanità con i trucchi Spacca-Mezzolani". "Niente trucchi" dice Mezzolani.

**La Regione al Pdl
"Niente trucchi, sanità
ai vertici in Italia"**

"L'andamento dei conti economici relativi al periodo 2007-2010 è in equilibrio, e registra un trend positivo nella riduzione dei costi". Chiudendo il bilancio 2010, la Regione ha confermato i risultati raggiunti negli ultimi anni. Il dato previsionale per il 2011 (primo trimestre) mantiene il risultato positivo. E' di questi giorni inoltre la pubblicazione da

parte del ministero dei risultati della rilevazione sui livelli essenziali di assistenza (Lea) che certifica i livelli di garanzia delle prestazioni in termini quali-quantitativi. Solo poche Regioni raggiungono la garanzia completa, e tra queste le Marche sono al quarto posto. Unica regione, con la Lombardia, ad avere l'equilibrio economico finanziario.

“Giù le mani dall'ospedale”

In 2.500 al corteo contro la Regione. Sindaci in prima linea

LA SANITA' CHE CAMBIA

FEDERICA BURONI

Pergola

Insieme per protestare contro la paventata chiusura dell'attività dell'ospedale cittadino. Tanti, oltre 2.500 secondo gli organizzatori, hanno preso parte ieri alla manifestazione promossa dall'amministrazione comunale di Pergola e dal comitato locale in difesa del nosoco-

mio. Un lungo corteo, aperto da uno striscione con la scritta "Giunta regionale, giù le mani dall'ospedale", che ha percorso lo stesso tratto di strada che circa 20 anni fa fecero i cittadini per difendere l'ospedale: corso Matteotti, viale Kennedy, circonvallazione e quindi il "Santi Carlo e Donnino". Una sorta di ritorno di fiamma. Tanto per non dimenticare e tenere alta la

bandiera della memoria. Stesso luogo, anni diversi, dunque. Con un particolare in più rispetto al passato: per tutto il tragitto, questa volta, a scandire il ritmo dei manifestanti, è stato il tamburello della banda cittadina.

Proprio sul piazzale antistan-

te l'edificio, si sono svolti gli interventi dei rappresentanti delle istituzioni. Del sindaco di Pergola, in primo luogo. "La grande partecipazione di popolo - ha detto Francesco Baldelli - dimostra come sia sentita l'esigenza di un ospedale che garantisca urgenze ed emergenze per i cittadini di un'ampia fascia di entroterra pesarese". Dopo il sindaco, è toccato al rappresentante della Cisl, Franco Fratesi e quindi all'esponente del Psi locale, Armando Roia. Alla manifestazione hanno preso parte anche molti sindaci della zona. Come il primo cittadino di Fano, Stefano Aguzzi, ma anche quelli di Frate Rosa, Frontone, Mon-

teporzio, San Giorgio di Pesaro. Presenti al corteo anche i sindaci di Corinaldo e di Castellone di Suasa. Non solo. C'erano anche tante associazioni locali come Avis e Avuls.

Sono ormai diversi mesi che a Pergola è alta la protesta contro il paventato ridimensionamento dell'ospedale. Il sabato precedente si era svolta una seduta del consiglio comunale sull'argomento e ieri la manifestazione di piazza guidata dall'amministrazione ha voluto dare un ulteriore segnale a Palazzo. Nei giorni scorsi, tuttavia, lo stesso governatore si è speso sulla questione rassicurando sul fatto che i piccoli ospedali non sono destinati alla chiusura.

del 15 Maggio 2011

Corriere Adriatico PU

estratto da pag. V

“Stop al ridimensionamento”

L'Udc si mobilita in difesa degli ospedali minori. Singolare manifestazione il 21 maggio

**LA SANTA
CHE CAMBIA**

LUCA SENESI

Pesaro

Anche l'Udc si schiera a difesa degli ospedali di polo dell'entroterra e lo fa con una iniziativa che coinvolgerà molti rappresentanti politici locali prevista per sabato 21 maggio. Il perché è presto detto. “I nosocomi di Cagli, Pergola, Fossombrone e Sassocorvaro hanno assicurato fino ad ora una presenza costante e necessaria per la popolazione delle aree interne (ben oltre la metà di quella dell'intera provincia) - afferma il segretario provinciale Udc Marcello Mei - la questione dell'O-

spedale Unico ha spostato l'attenzione su di sé e benché sia un processo necessario non si devono dimenticare le problematiche sanitarie delle aree interne come la presenza di numerosi anziani, difficoltà in termini di viabilità e collegamenti, i numerosi piccoli centri abitati”.

Nelle ultime settimane la divulgazione della determina 240 che prevedeva la drastica riduzione dei servizi ospedalieri dei quattro nosocomi, ha riportato l'attenzione su queste zone. “Il documento prevede il drastico ridimensionamento delle quattro strutture che verrebbero trasformate in semplici case della salute con una copertura garantita solo per 12

ore anziché 24; non è pensabile che per patologie di gravi o piccole entità ci si debba sobbarcare un viaggio di un'ora verso Fano o Pesaro”. Perché tuttavia

al documento non si è opposto subito veto da parte dell'assessore Udc interno alla giunta Spacca?. “La delibera è stata fatta a gennaio tenendo conto dei tagli governativi che allora sembravano molto più alti di oggi - replica Mei - date le circostanze attuali riteniamo che siano possibili notevoli modifiche”.

Sabato 21 maggio comunque l'iniziativa organizzata dall'Udc prevede il raduno di due gruppi che partiranno intorno alle ore 10.30 uno dalla frazione di Massa di Cagli e l'altro da Moria di Cantiano. Entrambi scenderanno verso il più popoloso centro di Pianello. In queste località un volantinaggio informerà i residenti e i partecipanti del corteo delle motivazioni dell'iniziativa. Da Pianello quindi ultima tappa per Cagli dove alle ore 11.30 i partecipanti si ritroveranno in Piazza Matteotti di fronte al Comune.

“Molti esponenti politici del territorio hanno già dato la loro adesione - continua Mei - tra essi i consiglieri regionali Elisabetta Foschi e Giancarlo D'Anna del Pdl, i capigruppo consiglieri in Provincia Renzo Savelli di Rifondazione, Antonio Baldelli del Pdl e Domenico Papi del Pd; ancora Massimo Papolini dell'Italia dei Valori e Roberto Giannotti del Pdl”. Da sottolineare che parteciperanno anche il presidente della Provincia Matteo Ricci, la consigliera regionale Camela Valeriano e i sindaci di Pergola e Sassocorvaro.

“Non una protesta dunque, ma un momento di informazione trasversale e condiviso per rendersi conto, lungo il tragitto, di quanto sia difficile per i piccoli centri arrivare all'ospedale loro più vicino. Figurarsi se un domani fossero costretti a fare almeno 60 chilometri per raggiungere Fano o Pesaro”.

Debiti Asl, primo accordo a Salerno

Semaforo verde per i pagamenti arretrati e la spesa corrente: Palazzo Santa Lucia ha un mese di tempo per recuperare lo scivolone al tavolo sul Piano di rientro

ETTORE MAUTONE

La Regione spinge sull'acceleratore per la chiusura di accordi transattivi tra le Asl e il fronte delle imprese fornitrici di beni e servizi. Venerdì pomeriggio scatta il disco verde alla chiusura di un'intesa tra la Asl di Salerno e i privati, propedeutica all'abbattimento del contenzioso e allo sblocco dei contratti da siglare in base ai tetti di spesa fissati dalle ultime delibere regionali. La prima Asl a centrare l'obiettivo è dunque l'azienda sanitaria guidata dal neo-commissario **Mario Bortoletti** che si configura come un esempio virtuoso.

PIANO DI RIENTRO

La sostanziale bocciatura della Regione al tavolo interministeriale di verifica per il Piano di rientro dal deficit (vedi il denaro di sabato 7 maggio) oltre a uno sbilancio non coperto di oltre 248 milioni di euro trova proprio nel mancato accordo con i privati e nella mancata sottoscrizione dei contratti tra ex convenzionati e Asl uno dei motivi per i quali la Campania dovrà attendere per gli incassi degli accounti 2011 previsti dal patto per la salute.

L'accordo rimuove le cause che hanno determinato nel tempo la grave situazione di crisi economico-finanziaria e i pignoramenti che paralizzano la disponibilità di regolari flussi finanziari attraverso i quali assicurare la normale operatività aziendale e il pagamento delle spettanze ai fornitori di beni e servizi. L'intesa



Antonio Gambardella

L'intesa in sintesi

- **Ex convenzionati:** remunerazione delle prestazioni entro i limiti fissati dagli accordi contrattuali
- **Farmacie:** pagamenti entro il giorno 10 del mese successivo a quello di scadenza fino a novembre del 2011, mese che sarà pagato a dicembre
- **Recupero del debito pregresso:** sarà seguito lo stesso metodo condiviso, fatte salve le previsioni del decreto del commissario ad acta n.12

Il prospetto definito nell'accordo sarà assicurato a quanti rinunceranno alle azioni ingiuntive e alle azioni giudiziarie di recupero del credito pregresso

sa prevede pagamenti omogenei tra gli erogatori di prestazioni, definendo azioni volte ad evitare il ricorso a procedure ingiuntive per il recupero dei crediti dell'anno in corso. Un percorso virtuoso e trasparente, già definito negli incontri del 13 e 27 aprile scorso tra il commissario straordinario e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle strutture provvisoriamente accreditate della specialistica, riabilitativa, socio-sanitaria ed ospedaliera, e delle farmacie convenzionate e finalizzato alla normalizzazione dei pagamenti per il 2011.

Grazie alla disponibilità del tesoriere del Monte dei Paschi di Siena l'Asl ha avviato il pagamento di due mensilità. E' stato inoltre possibile garantire il pagamento di mensilità a favore dei fornitori di servizi inderogabili, nonché il riconoscimento delle spettanze ai destinatari di emolumenti per fondi vincolati.

"Questo accordo - dice Antonio Gambardella, dirigente dell'Aspat - è frutto di buone relazioni, trasparenti, chiare. Diamo atto al Commissario Bortoletti che in sessanta giorni è stato capace di conquistare la nostra fiducia fino a farci impegnare in prima persona in un difficile percorso di ripristino di un clima di fiducia oramai eroso da anni di alterne ed eterne direzioni e commissariamenti che hanno generato molte liti e contenziosi. E' dunque possibile uscire fuori dalla palude dei decreti ingiuntivi come dimostriamo a Salerno".

quotidiano**sanità**.it

Marche. Tra maggioranza e opposizione è guerra sui conti

“Sono mesi, anzi anni che il presidente Spacca in coro con l’assessore Mezzolani continua a cantare il ritornello dei ‘conti in ordine’ della Regione”. La denuncia è del consigliere Pdl Giancarlo D’Anna che ha accusato la Giunta di usare “trucchi” per trasformare i debiti in “conti in ordine”. Pronta la replica dell’assessore alla Salute: “Niente trucchi, i conti sono in equilibrio”.

16 MAG - L'accusa del consigliere del Pdl. Al consigliere regionale del Pdl e vicepresidente della commissione sanità Giancarlo D’Anna i conti della sanità marchigiana non tornano. Secondo D’Anna “nel 2006 la perdita della Sanità nella Regione Marche ammontava a 108,336 milioni di euro e tale perdita è stata coperta con risorse rese disponibili con la variazione dell’art.18 della legge 23 ottobre 2007 art. 22. Le Aziende possono ripianare le perdite di gestione attraverso delle riserve disponibili dal patrimonio netto (voce “altre riserve” dello stato patrimoniale)”. Insomma, secondo il consigliere Pdl i conti in perdita della sanità sono stati coperti dalla Regione con risorse proprie. “La giunta per il 2006 – continua D’Anna - autorizzò la copertura con delibera n.177 dell’11.2.2008 con la conseguenza, che attraverso il provvedimento si sono resi disponibili 96 milioni di euro di quote trattenute per la programmazione 2007-2008-2009 per la copertura della perdita del 2006”. Questi sono per il consigliere Pdl i “trucchi di Spacca e Mezzolani per trasformare i debiti in conti in ordine”.

La replica dell’assessore alla Salute. “Niente trucchi, i fatti: l’andamento dei conti economici della sanità marchigiana - dichiara l’assessore alla Salute Almerino Mezzolani - relativi al periodo 2007-2010, verificati annualmente in sede ministeriale, risultano in equilibrio, registrando un trend positivo sul versante della riduzione dei costi. In particolare per quanto riguarda la chiusura del conto economico relativo all’esercizio dell’anno 2010, la Regione ha confermato i risultati raggiunti negli ultimi anni. Il dato previsionale per l’anno 2011, relativo al I trimestre, conferma il mantenimento del risultato positivo dei conti economici della sanità anche per l’anno in corso”. Per l’assessore non ci sono trucchi anzi la sanità marchigiana è tra le più efficienti d’Italia. “È di questi giorni – sottolinea l’assessore - la pubblicazione del Ministero della Salute dei risultati della rilevazione ministeriale sui livelli essenziali di assistenza (LEA) che certificano i livelli di garanzia delle prestazioni sanitarie in termini quali-quantitativi. Solo poche Regioni in Italia raggiungono la garanzia completa e tra queste la Regione Marche si colloca al quarto posto. Tutto ciò con i conti economici in equilibrio, insieme alla sola Regione Lombardia che come noi è l’unica a mantenere l’equilibrio economico-finanziario”.