

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 17.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Corruzione, Balduzzi: «Nella sanità serve più trasparenza»

«La guardia va tenuta altissima. In sanità, dove circolano molti soldi, ci vuole la fermezza più assoluta». Il ministro della Salute, Renato Balduzzi, non nasconde i problemi dell'illegalità e della corruzione che circondano il Ssn. Ma mette in guardia: sul versante dei controlli la sanità è il comparto pubblico più avanzato, «tanto che si scoprono le magagne». Ciò non toglie che servono strumenti sempre più «raffinati», precisa. Anche nella lotta all'evasione dai ticket, che potrebbe trovare qualche risposta nel prossimo «Patto» per la salute.

Le sollecitazioni del capo dello Stato, le denunce della Corte dei conti dopo quelle della Guardia di finanza: la corruzione dilaga e la sanità è un terreno minato. Ministro Balduzzi, il Ssn sembra una polveriera.

Come sempre il capo dello Stato è intervenuto puntualmente mettendo il dito sulle vere piaghe. Che la Corte dei conti ha confermato. Non ci si può accontentare dicendo che sono casi isolati. Bisogna sempre tenere altissima la guardia. E in sanità, siccome circolano molti interessi e molti soldi, c'è la tentazione a pensare che si possa approfittarne. Per questo serve la fermezza più assoluta. Ma attenzione: non si deve fare di tutte le erbe un fascio e colpevolizzare alcuni settori o categorie.

Cosa serve: regole, pene adeguate...

Le regole le abbiamo. Certamente possono essere migliorate. Ma non servono chissà quali norme per battere l'illegalità e la corruzione. Dobbiamo passare dalle parole ai fatti, fare ciascuno per la propria parte il proprio dovere.

Le regole ci saranno, però sono bypassate.

Il problema dei controlli è sempre stato e resta il problema di questo Paese. Ma non è un problema che riguarda solo la sanità. Anzi.

Anzi?

Da un certo punto di vista in sanità il sistema dei controlli è anche più raffinato. Tutto in sanità è più avanti rispetto ad altri comparti.

Intende dire?

È il comparto dove, con più livelli istituzionali interessati, si controlla di più. È un mondo più leggibile di altri. Infatti vengono fuori le magagne. Ma è chiaro che ci vuole ancora più trasparenza. Ad esempio sui direttori generali, sui primari, sulle scelte aziendali, nella dinamica delle relazioni tra medico e paziente e istituzioni. Sicuramente c'è molta strada da fare.

L'Ordine dei medici dovrebbe essere più severo e più rapido nelle sue decisioni contro i dottori corrotti?

Questo è un problema generale del sistema ordinistico del nostro Paese. Non riguarda solo i medici, ma tutti gli ordini professionali. Non è tanto il problema di dire "ordini sì, ordini no", ma di dire cos'è l'ordine professionale, che non è nato per fare il sindacalista di una categoria ma per assicurare l'interesse pubblico, la possibilità di valorizzare le eccellenze e le capacità della categoria e di assicurare la tutela dell'interesse generale sulla qualità dei servizi dei professionisti. Se gli ordini fanno questa scelta ed entrano pienamente in questa logica, probabilmente non c'è bisogno di chissà quali sfracelli normativi. Già le norme dicono tutto.

Non crede che serva un'operazione forte per azzerare le false esenzioni dai ticket? Chi evade in sanità ci ruba la salute, tanto più in tempi di risorse scarse e di tagli. Giusto per tornare alla progressività prevista dall'articolo 53 della Costituzione...

Assolutamente sì. La progressività è un "sottotipo" dell'equità. E l'equità assicura che le risorse limitate vadano soprattutto a chi ne ha più bisogno. Sotto questo profilo qualche strumento ulteriore è opportuno, anche con una rimodulazione dei sistemi di esenzione, come faremo col «Patto» per la salute.

Farete qualcosa anche contro le false esenzioni?

Per le false esenzioni non servono chissà quali strumenti: basta incrociare opportunamente i dati. Se necessario però qualche indicazione per migliorare la situazione sarà data anche col «Patto». Ci stiamo lavorando.

quotidiano sanità.it
EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Veneto. Bilancio sanitario 2011 in attivo. Zaia: “È la prima volta in assoluto”

La previsione è di un attivo di 624.000 euro. Zaia esulta e ribadisce il no alla deprivazione: “È la prima volta in assoluto grazie alla squadra. Il rigore gestionale sta pagando. Evitare gli sprechi si può: la via giusta non è la deprivazione ma i costi standard”.

17 FEB - “Il bilancio d’esercizio 2011 della sanità veneta si è chiuso per la prima volta in assoluto con la previsione di un attivo di 624.000 euro. L’anno scorso si chiuse con una previsione di disavanzo di 72 milioni, poi interamente recuperati fino a raggiungere una chiusura definitiva a più 12,5 milioni. I tecnici regionali hanno definito ieri la rendicontazione a consuntivo dell’andamento del quarto trimestre 2011 e la documentazione è stata trasmessa al Ministero delle finanze, dove si svolgono i monitoraggi periodici sull’andamento dei conti sanitari delle Regioni, che verranno formalmente chiusi a fine marzo”. Ne dà notizia il presidente della Regione del Veneto **Luca Zaia**.

“Dopo l’exploit dell’anno scorso, quando ottenemmo il miglior risultato d’esercizio dell’ultimo decennio – sottolinea Zaia – nel 2011 siamo riusciti a migliorare ancora, in una situazione generale ben più difficile a causa delle manovre nazionali, a cominciare da quella sui ticket del luglio scorso, che ci ha sottratto di fatto altri 64 milioni di euro, contro la quale abbiamo ancora pendenti ricorsi a Tar e alla Corte Costituzionale”.

“È la politica del rigore che paga – aggiunge Zaia – e che dimostra quanti sprechi si potrebbero evitare nella sanità italiana se solo lo si volesse, se solo ci si impegnasse seriamente come stiamo facendo in Veneto, tagliando ogni possibile spesa non necessaria ma salvaguardando al contempo quantità e qualità dell’assistenza erogata”. “Non dimentichiamo che proprio gli sprechi in sanità sono la principale causa del dissesto finanziario degli Stati – dice il presidente del Veneto – ed anche per questo il Veneto è pronto a dare il suo contributo al risanamento dei conti in Italia mettendo a disposizione di tutti la nostra esperienza di questi due anni di amministrazione, le migliori pratiche attuate nelle nostre Ulss, le scelte di rigore nella gestione della spesa ospedaliera, farmaceutica e territoriale”.

Zaia ribadisce il no alla deprivazione per il riparto del Fsn. “Questa è la strada da seguire – prosegue Zaia – non certo quella fatta di invenzioni barocche e scialacquatrici come la deprivazione per la quale il nostro no è irremovibile. Piuttosto, se si vuol davvero fare il bene della sanità, si applichino i costi standard, i cui fondamenti sono di fatto alla base dei risultati di gestione ottenuti in Veneto”.

Zaia conclude sottolineando l’importanza “del grande gioco di squadra grazie al quale siamo arrivati a questo punto. Ringrazio il mio assessore Luca Coletto, il segretario Domenico Mantoan, i tecnici regionali, i direttori generali e tutto il personale sanitario e non. Senza il lavoro, il rigore e la fatica quotidiana di tutti certi obiettivi non si raggiungono”.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Toscana. Rossi sfida le altre Regioni: “Certifichino i bilanci Asl tramite agenzie esterne”

Per il governatore toscano è proprio grazie a questa procedura, “caso unico in Italia”, che la Regione può vantare i propri conti della Sanità in pari. Rossi ha poi annunciato di voler fare di questo tema “una battaglia personale”, dicendosi sicuro dell’appoggio del Governo.

16 FEB - “La Toscana ha i conti della sanità in pari e, caso unico in Italia, i bilanci delle Asl certificati da agenzie esterne. Sfido anche tutte le altre Regioni a imitarci, ne farò una battaglia personale e sono sicuro che i tecnici che oggi sono al governo capiranno bene cosa intendo”. È stata questa la sfida lanciata dal presidente della Regione, **Enrico Rossi**, a seguito dell’approvazione da parte della Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori sanitari e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali della “Relazione sul disavanzo della Asl 1 di Massa”.

“Il caso della Asl di Massa – ha spiegato il governatore – è esploso proprio grazie alle attività approfondite di controllo svolte dalla Regione. Quanto al mio comportamento personale lo ritengo esemplare”. Rossi ha infatti precisato che “non appena avvertito dai tecnici del buco di bilancio ho portato tutto all’attenzione della Procura della Repubblica e della Corte dei Conti”. “Ho rimosso e sostituito il Direttore generale, avviato verifiche sugli ultimi dieci anni di attività della Asl, e - ha concluso - pareggiato i conti facendo in modo che nello stesso tempo anche i conti generali della sanità toscana restassero in pareggio”.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Corte dei Conti. Sanità. Contestati danni per 333 milioni di euro. Dilagano truffe e illeciti

A tanto ammontano i danni erariali al Ssn rilevati dalle Procure ma ancora in attesa del giudizio contabile. Nel 2011 già notificati 22 milioni di euro di risarcimento (metà confermata in appello). Lo rileva [la relazione della Corte illustrata oggi](#). Ecco la mappa regione per regione.

16 FEB - "La sanità conferma di essere un terreno abbastanza fertile per il verificarsi di fattispecie dannose per la finanza pubblica". Questo l'incipit della relazione della Corte dei conti nel capitolo dedicato ai danni erariali nella sanità della relazione presentata oggi in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2012.

Le Procure regionali - sottolinea la Corte - hanno attivato numerosi processi in materia sanitaria che sono tuttora in attesa della valutazione del giudice contabile. I danni contestati ammontano complessivamente ad un importo particolarmente rilevante, circa 333 milioni di euro, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali, per l'esatta quantificazione dei quali, ovviamente, occorre attendere le relative pronunce.

Nel corso del 2011- spiega la relazione - la Corte dei conti ha avuto modo di occuparsi di vicende in tale ambito in oltre un centinaio di occasioni, decidendo risarcimenti ammontanti complessivamente ad oltre 22 milioni di euro, a cui saranno tenuti 144 soggetti persone fisiche ed 8 persone giuridiche. Circa la metà dell'importo è frutto di pronunce d'appello ed ha quindi acquisito il carattere di definitività, mentre l'altra metà riguarda sentenze di primo grado, quasi sempre devolute al giudizio di appello, non ancora svoltosi, e nell'ambito del quale, come è noto, sarà possibile usufruire, ricorrendone le condizioni, della riduzione del danno addebitato nella misura compresa almeno del 30 e fino al 10 per cento.

Giurisprudenza d'appello delle Sezioni centrali e di quella siciliana.

Sono state 26 le sentenze emesse dalle Sezioni d'appello (centrali e siciliana) per un importo complessivo di oltre 11 milioni di euro, dovuti da 34 persone fisiche. Nove sentenze della Sezione I^a centrale hanno confermato condanne di primo grado relative tutte a danni patrimoniali, per un importo complessivo di oltre 10 milioni di euro, concernenti fattispecie di vario genere: danni indiretti per errori sanitari in **Toscana** e **Basilicata**, corresponsione di indennità di rischio non dovute in **Emilia**, ammanchi alle casse ticket ed economiche nel **Lazio** e in **Campania**, illecite prescrizioni di prodotti farmaceutici in **Molise**, violazioni delle regole procedurali contrattuali in **Toscana**, irregolare rapporti con case di cure private in **Abruzzo**, danni da disservizio in **Calabria**.

In alcuni casi gli originari importi di condanna sono stati ridotti ovvero sono state accolte le istanze per la definizione agevolata del giudizio. Tra queste - segnala la Corte - figurano l'illegittima decadenza dell'incarico di direttore generale in un'ASL del **Piemonte**, violazioni in materia contrattuale in **Lombardia**, ammanchi alla cassa ticket in **Umbria**, irregolare trasferimento di un dipendente in **Calabria**, un danno indiretto a seguito dell'esito letale di un grave incidente stradale causato da un dipendente dell'ASL in **Emilia**, l'acquisto irregolare di beni e servizi in **Piemonte**, casi di assenteismo in **Umbria**, violazioni delle disposizioni in materia di attività libero-professionale sempre in **Umbria** e rimborso di spese legali non dovute nelle **Marche**.

Reso definitivo inoltre il risarcimento di un importo complessivo di oltre 273 mila euro (di cui quasi 266 mila per danni patrimoniali ed oltre 8 mila per danni all'immagine), per tipologie di danno attinenti all'irregolare acquisizione

di beni e servizi in **Toscana**, all'irregolare espletamento dell'attività libero-professionale intramuraria ed extra ospedaliera nel **Lazio** ed in **Toscana**, all'illecita prescrizione di farmaco particolarmente costoso in **Umbria**, al danno indiretto da errore sanitario, con conseguente danno all'immagine, in **Piemonte**. A queste pronunce va aggiunta una sentenza della Sezione **siciliana** d'appello, totalmente confermativa di una condanna al risarcimento di oltre 98 mila euro per spese ingiustificate derivanti da un progetto relativo ad una campagna informativa concernente l'emergenza dell'influenza aviaria.

Giurisprudenza di primo grado delle Sezioni giurisdizionali regionali.

Sono state emesse complessivamente 83 sentenze di condanna, che hanno riguardato oltre un centinaio di soggetti persone fisiche (taluni con più condanne) ed anche una decina di soggetti persone giuridiche, decidendo importi di condanna per quasi 11 milioni di euro complessivi.

La maggior parte delle sentenze concernono i danni patrimoniali (oltre 10,1 milioni di euro); in via residuale le pronunce riguardanti il danno all'immagine (euro 771 mila). A livello territoriale – segnala la relazione – l'importo di condanna complessivamente più consistente è stato deciso dalla Sezione **Calabria** con oltre 2.700.00 euro di risarcimento, riferibili tutti a danni patrimoniali. Tra di essi si evidenzia la condanna di un dirigente medico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro per un risarcimento di 76 mila euro per avere violato il rapporto di esclusività con l'Azienda medesima avendo, illegittimamente, esercitato attività libero professionale intramuraria ed avendo svolto attività extraistituzionale, in carenza di autorizzazione, così violando la disciplina delle incompatibilità. Per la stessa ipotesi di responsabilità amministrativa sono in attesa di giudizio presso la Corte calabrese più di altri cento medici.

A quasi 1,9 milioni di euro ammontano le sentenze di condanna emesse dalla Sezione **Toscana**. Tra di esse spicca il risarcimento di oltre 1,5 milioni di euro per danno patrimoniale ed altri 200 mila euro di danno all'immagine, inflitto ad un presunto medico anestesista per aver esercitato, benché privo del possesso del diploma di laurea, l'attività sanitaria per circa 27 anni presso un'Azienda ospedaliera che lo aveva a suo tempo assunto sulla base di documentazione risultata poi falsa.

Nel **Lazio**, la Corte di primo grado ha pronunciato condanne per quasi 1,6 milioni di euro complessivi per fattispecie di vario genere (danni indiretti da lesioni, truffe e falsità, opere inutilizzabili ancorché pagate, illecite mansioni superiori, indebita transazione, danni all'immagine per abusi sessuali, irregolare affidamento di incarichi).

La Sezione **Liguria** ha deciso un'unica, ma eclatante fattispecie di danno erariale in materia sanitaria, riguardante un caso di truffa al S.S.N. effettuata da alcuni medici e farmacisti, i quali avevano ideato un articolato sistema di false prescrizioni, che oltre ad essere numericamente eccessive erano anche ideologicamente false: i primi compilando ricette per patologie diverse da quelle sofferte dagli assistiti o in misura notevolmente eccedente le necessità terapeutiche dei medesimi, ovvero intestando ricette ad assistiti risultati deceduti anteriormente alla data della prescrizione, i secondi, consapevoli del raggio, fornendo compiacentemente in sostituzione farmaci di fascia "C" o altri prodotti non rimborsabili, ma chiedendo ed ottenendo il rimborso dalla A.S.L. delle predette ricette non veridiche.

La vicenda, prescrittasi in sede penale, ha però comportato in sede contabile un risarcimento di oltre 819 mila euro (la richiesta risarcitoria della Procura era stata di quasi 1,4 milioni).

Altri importi di particolare rilievo complessivo, si sono avuti in **Campania** (oltre 1.050.000 euro), **Piemonte** (oltre 580.000 euro) e **Puglia** (circa 568.000 euro). Piuttosto diffusa la fattispecie di esercizio non corretto della professione medica intramuraria o privata; ricorrenti anche i casi di rimborsi ottenuti, ma non dovuti, a carico del S.S.N. da strutture non correttamente accreditate o convenzionate; fra le tipologie di diverso genere, si sono registrati anche casi di danni da disservizio, violazioni amministrative, conferimenti di incarichi, ecc. In attesa di esito, infine, perché solo recentemente dibattute, fattispecie di danni erariali relativi alla mancata distribuzione diretta dei farmaci del prontuario PHT (i più costosi) (Sezione **Friuli V.G.**) ed all'elusione al sistema ed ai principi di accreditamento delle strutture private ed alla disciplina sulla esclusività del rapporto d'impiego del medico dipendente dal S.S.N. (Sezione **Emilia Romagna**).

Citazioni in attesa di giudizio.

Rilevanti e consistenti sono pure le fattispecie in attesa di essere valutate dalle Corti territoriali. Le Procure regionali hanno attivato numerosi processi in materia sanitaria che sono tuttora in attesa della valutazione del giudice contabile. I danni contestati ammontano complessivamente ad un importo particolarmente rilevante, circa 333 milioni di euro, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali, per l'esatta quantificazione dei quali, ovviamente, occorre attendere le relative pronunce. Il dato, comunque, è già di per sé significativo della rinnovata attenzione prestata dal P.M. contabile ai fenomeni di malcostume che accadono nel settore. Una parte significativa di tali azioni è dovuto ai rapporti delle forze dell'ordine (in primis Guardia di finanza e Carabinieri), circostanza che conferma la già rilevata riluttanza delle amministrazioni danneggiate a sporgere l'obbligatoria denuncia di danno erariale.



Cerm: nel 2030 spesa sanitaria anche oltre il 10% sul Pil

Si chiama "La sostenibilità dei sistemi sanitari regionali" il nuovo report del Cerm che contiene: proiezioni regionalizzate della spesa sanitaria (standard e lorda delle inefficienze); proiezioni regionalizzate delle fonti di finanziamento; proiezioni dei flussi redistributivi interregionali.

L'orizzonte dello studio si spinge sino al 2030, con quantificazioni anno per anno.

Ecco cosa dice il sommario sintetico

Le proiezioni di indicano che la spesa sanitaria Ssn eserciterà pressioni crescenti sul Pil. A normativa invariata (in particolare, livelli essenziali e universalismo assoluto), nel 2030, dopo un trend continuo l'aumento di incidenza sarà compreso tra 1 e 1,5 punti percentuali se si considera la spesa efficiente (standard), e tra 1,3 e 1,8 p.p. se si tiene conto degli attuali livelli di inefficienza. Questa dinamica porta conferma dei risultati di Ecofin, Ocse e Fmi che, riferiti a un perimetro di spesa più ampio e inglobante anche la voce di assistenza ai non autosufficienti, suggeriscono un potenziale raddoppio della spesa sanitaria sul Pil nei prossimi cinquant'anni.

Lo spaccato regionale aggiunge criticità. La pressione sul Pil supererà soglie critiche proprio nelle Regioni che oggi mostrano le maggiori sacche di inefficienza e i più gravi gap di qualità delle prestazioni. Nel 2030, nel Mezzogiorno l'incidenza della spesa standard sarà almeno pari al 10%, con

punte sopra l'11 per cento. Senza risultati di efficientamento, bisognerà mettere in conto ulteriori aggravii di almeno mezzo punto percentuale, con picchi sino a un punto percentuale. Altre criticità emergono affiancando alle proiezioni della spesa quelle del finanziamento. Si ipotizza che tutte le Regioni concorrano al finanziamento della spesa standard con una percentuale omogenea del Pil, pari all'incidenza della spesa standard nazionale sul Pil nazionale. Si costruisce la matrice dei flussi di redistribuzione che così si attiverrebbe. La massa redistributiva passerebbe da circa 10 miliardi di euro a circa 13 nel 2030; valori

impegnativi, pari a quasi lo 0,7% del Pil e all'8-9% della spesa standard. La maggior parte dei flussi partirebbe dal Nord a beneficio del Mezzogiorno.

Ne emerge un quadro frastagliato. Alcune Regioni, Umbria e Marche in testa, saprebbero mettere a frutto la redistribuzione che ricevono, perché sono efficienti nella spesa e di qualità nelle prestazioni. Queste due Regioni sono d'esempio anche per un altro motivo. Riescono così bene pur con un livello di infrastrutturazione medio, lontano dai valori più elevati del Nord (l'Umbria addirittura sotto la media Italia). Una testimonianza probabilmente del fatto che gli sforzi di investimento non debbano puntare tout court sull'ospedale e sui ricoveri ordinari, ma spostarsi sulla prevenzione, sull'assistenza domiciliare, sull'integrazione socio-sanitaria, sull'adattamento delle prestazioni alle esigenze del territorio e alla casistica soggettiva/familiare. Le Regioni del Mezzogiorno appaiono (in gradi diversi) non "meritare", sic stantibus rebus, la redistribuzione di cui beneficiano. Troppo bassa la qualità che offrono, e sprechi equivalenti al 20, anche al 40% del supporto che ricevono dalla collettività nazionale. Bisogna cambiare, affinché la coesione resti sostenibile.

Poi ci sono Regioni "ricche", come il Lazio, la Valle d'Aosta, e le due Province Autonome di Bolzano e Trento, che, nell'ipotesi di finanziamento adottata, dovrebbero concorrere positivamente alla redistribuzione, mentre invece ricevono risorse: il Lazio attraverso i prestiti sanitari negoziati con lo Stato (ma non l'unica Regione con sindrome dei soft budget constraint); le altre Regioni attraverso la fiscalità speciale. La contraddizione è amplificata dal fatto che sono tutte inefficienti nella spesa: il Lazio mostra lo spreco maggiore in valore assoluto (oltre 1 miliardo di Euro); le altre hanno gli sprechi percentuali più alti (rispettivamente, 21, 23 e 17%).

La maggior parte delle Regioni "ricche" riesce a centrare il binomio di efficienza/qualità e contribuzione alla redistribuzione territoriale (in primis Emilia Romagna, Lombardia, Toscana). Anche a proposito di queste Regioni, tuttavia, non si deve sottovalutare che, attraendo mobilità, esse ricevono i relativi flussi finanziari che si muovono prevalentemente dal Mezzogiorno. Il controvalore complessivo della mobilità è di circa 1 miliardo all'anno, più del doppio della capienza del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze nella sua breve vita del 2008 e del 2009, e oltre il 6,6% degli investimenti fissi lordi annui di tutta la Pubblica amministrazione. Posto che la mobilità deve rimanere una garanzia di cittadinanza nazionale, le Regioni del Nord dovranno provarsi efficienti e di qualità anche senza contare sulle risorse della mobilità, e le Regioni del Mezzogiorno dovranno migliorare efficienza e qualità anche per valorizzare endogenamente quelle risorse che ora son drenate. Le sfide, come si vede, sono tante; ed è per questo che, nonostante il rallentamento imposto dalle urgenze della crisi, l'agenda delle riforme non deve essere trascurata. Anche se tutte le Regioni fossero pronte, la dinamica della spesa standard porrebbe comunque interrogativi di sostenibilità che rimandano direttamente ai temi della selettività dell'universalismo, della regolazione lato domanda e offerta, della diversificazione del finanziamento tra pay-as-you-go e accumulazione reale. Tre fronti di policy in Italia aperti ormai da tanti anni.

Il quadro è ovviamente complicato dalla profonda divaricazione di efficienza e qualità esistente tra le Regioni, che interagisce con lo sviluppo duale e con l'obiettivo di mantenere coesione per rendere effettivi i livelli essenziali di assistenza in tutto il Paese. Per superare i gap di efficienza e di qualità, è necessario fissare in maniera chiara le regole di

standardizzazione della spesa e le regole per il suo finanziamento integrale, con l'obbligo per le

Regioni che sovraspendono di attivare la loro leva fiscale con la tempistica e per gli importi compatibili con un sano andamento dei conti pubblici. Questo cambiamento ne dovrebbe portare con sé tanti altri, coinvolgenti i rapporti tra livelli di governo, i rapporti tra Regione e Enti Locali sottesi, la verifica

infrannuale delle tendenze, il funzionamento della Conferenza Stato-Regioni (futuro Senato Federale?) come luogo di assegnazione di policy-guideline anche a carattere cogente, la responsabilità di mandato di politici e amministratori, etc.. Anche questi, fronti di policy aperti da troppo tempo.

Per una agenda così complessa e da affrontare senza più ritardi, SaniMod-Reg porta l'esempio di quella valutazione di impatto macrofinanziario a tutto tondo che sinora è mancata. Completato con approfondimenti sul lato del finanziamento (microfondandolo in imposte e gettiti predefiniti), e

soprattutto completato con la specificazione dei percorsi di convergenza da richiedere a ciascuna Regione, SaniMod-Reg può prestare un valido esempio di come dovrebbe essere strutturata la relazione tecnica di accompagnamento di una legge di riforma della governance del sistema sanitario italiano.

Riparto del Fondo Nazionale e nuovo Patto per la Salute Confronto tra Regioni a Roma

Due giorni dedicati alla sanità, in particolare alla stesura del nuovo Patto per la salute 2013-2015 e al riparto del Fondo sanitario 2012 da circa 108 miliardi di euro.

Li ha programmati la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome che è stata convocata in seduta straordinaria dal presidente, Vasco Errani, per mercoledì 22 febbraio al termine delle Conferenze Unificate e Stato-Regioni (previste per le 15,30 e le 16) e per giovedì 23 febbraio alle ore 10, quando i lavori proseguiranno poi per l'intera giornata. È probabile però che le due giornate non ba-

steranno per venire a capo delle due questioni - Patto salute e Riparto - che sono molto complesse e che i governatori dovranno rivedersi nel corso della settimana successiva. Nei giorni scorsi il ministro della Salute Renato Balduzzi, ha detto, per quanto riguarda i criteri per il riparto dei fondi destinati al Servizio sanitario nazionale, che «non è bene cambiare radicalmente le regole, però qualche piccola sperimentazione che ci aiuti a capire come l'indice di deprivazione può essere utile per determinare il riparto delle spese, si può fare. Lo proporrò al tavolo del Patto della Salute».



Claudio Burlando insieme a Vasco Errani

VISITE MEDICHE A causa di una riunione sindacale gli operatori non risponderanno fino alle 14

Cuptel, per due ore niente prenotazioni telefoniche

■ Stop alle prenotazioni telefoniche per gli aretini che contatteranno il servizio Cuptel della Asl 8. Oggi dalle 12,30 alle 14 si verificherà una possibile interruzione del servizio Cuptel a causa dell'assemblea sindacale del personale. A darne comunicazione è direttamente l'Azienda sanitaria aretina che, a seguito della convocazione di un'assemblea sindacale del personale

della società Heureca s.r.l., azienda che gestisce il Call

Center per la prenotazione telefonica di visite specialistiche ed esami diagnostici (CUPTEL), potrebbe essere sospeso o attivo con personale ridotto, dalle ore 12,30 alle ore 14. In questo orario, gli utenti che dovessero rivolgersi al servizio, saranno comunemente informati da una specifica messaggistica vocale. L'Azienda USL 8, scu-

sandosi per l'eventuale e temporaneo disagio, precisa che a partire dalle ore 14, il CUPTEL riprenderà la

consueta attività pomeridiana, sino alle ore 17,30. Due ore intere di black-out ma dopo, il servizio sarà garantito ed assicurato. Nessuna variazione per quanto riguarda il normale sportello per le prenotazioni di visite specialistiche e mediche. Gli operatori sanitari saranno a disposizione dei cittadini con le normali modalità ed orari di apertura al pubblico.



GIULIA RODANO DELL'IDV PUNTA L'INDICE CONTRO LA POLVERINI

Continua la penalizzazione del sistema sanitario pubblico

«Per il centrodestra del Lazio, l'indebolimento del pubblico a vantaggio del privato è una collaudatissima strategia di gestione del servizio sanitario: lo ha fatto ieri Storace, accumulando il debito miliardario che pagheremo per decenni, lo fa oggi la Polverini, tagliando le strutture pubbliche e redistribuendo ai privati. La denuncia odierna della Uil ne è purtroppo una testimonianza lampante. A Ostia, nella asl RMD, il commissario straordinario Polverini ha progressivamente indebolito l'ospedale Grassi,


Giulia Rodano

a partire dalla casa parto acqualuce, e al contempo ha stipulato convenzioni pubbliche con analoghe strutture del settore privato: il policlinico Di Liegro e la casa di cura Marry House». Lo dichiara, in una nota, Giulia Rodano, consigliere regionale di Italia dei Valori e vicepresidente della Commissione Sanità della Regione Lazio. «Stamane - conclude - abbiamo presentato un'interrogazione urgente per chiedere conto alla Giunta Polverini di queste decisioni gravi e improvvide».



«La sanità locale? Fiore all'occhiello e tale deve restare»

Catanzaro da vivere, appello a Scopelliti

Esprimono il proprio plauso per l'azione del presidente Scopelliti che, nella qualità di commissario per il piano di rientro sanitario, «ha avuto il coraggio di emanare provvedimenti anche a rischio di impopolarità, rimediando all'inerzia della precedente amministrazione regionale». Tuttavia vogliono evidenziare «il rischio che l'azione di risanamento, pur indispensabile, possa incidere negativamente sull'attuale equilibrio del sistema sanitario nel comprensorio catanzarese». A intervenire sull'attuale difficile momento per la sanità catanza-

rese il gruppo Catanzaro da Vivere del Comune, costituito dagli ex consiglieri Federico Bonacci, Oreste Cosentino, Francesco Galante, Francesco Lobello, Marco Polimeni, e dagli ex assessori Franco Nania e Stefania Lo Giudice. «Catanzaro ha storicamente avuto un ruolo di primo piano nel panorama sanitario calabrese, riuscendo ad attrarre pazienti da tutta la regione presso le proprie strutture pubbliche e private – scrivono nella nota. Ma in questi ultimi mesi «in una città in cui la sanità rappresenta la prima industria, ci sono stati diversi

segnali allarmanti, quali la cassa integrazione a carico di numerosi dipendenti di fondazione Betania, che offre da oltre 60 anni risposte assistenziali innovative. Altri apprensione provocano i licenziamenti della casa di cura

Villa Serena, realtà consolidata ed apprezzata in città, come pure le difficoltà a vario titolo rappresentate dalle altre strutture accreditate, di cui esempio eclatante è rappresentato dal S. Anna Hospital che, pur garantendo prestazioni di altissima specializzazione fra le prime in Italia, ri-

schia di vedere ridotto il budget annuale. Denunciano pertanto l'allarme sociale, gli esponenti di Catanzaro da Vivere, causato sia dalla perdita dei posti di lavoro che dall'accessibilità ai servizi sanitari e socio-sanitari, che diventano più ridotti e meno fruibili dalla popolazione». Ancora, in particolare, gli esponenti di Catanzaro da Vivere esprimono perplessità riguardo to del commissario n. 136 del 2011, relativo al riordino della rete ospedaliera pubblica.



Dopo gli anni del grande disavanzo la Regione chiude con un attivo minimo. I medici: «Migliaia di ore non pagate»

Sanità, primo bilancio senza deficit

Il piano di risparmi sistema i conti. Coletto: «Risultato storico e senza nuove tasse»

VENEZIA — Conti in attivo per la sanità veneta, ma questa volta senza manovre di ripiano. Nel 2010 si era infatti arrivati a un clamoroso +12,5 milioni dal -72 milioni inizia-

le grazie all'intervento della Regione, invece il quarto trimestre del 2011 si presenta direttamente in utile: +624 mila euro. «Un risultato eccezionale, perchè raggiunto senza l'Ir-

pef, pagando 103 milioni di prestazioni extra livelli essenziali di assistenza, 30 di Iva e 60 di ammortamenti», commenta l'assessore Luca Coletto. «Un traguardo frutto del la-

voro di squadra», aggiunge il governatore Luca Zaia.

A PAGINA 3 Nicolussi Moro

I conti del 2011 Il bilancio di esercizio chiude a più 624 mila euro, frutto di risparmi nella spesa farmaceutica e nei costi di assistenza

Sanità veneta, prima volta in attivo (subito)

Non ci sarà bisogno di manovre per ripianare Coletto: risultato unico senza addizionale Irpef

VENEZIA — L'immagine più suggestiva se l'è lasciata scappare, di prima mattina, un tecnico del ministero della Salute: «Il Veneto è come Carl Lewis, un campione di salto in lungo». In effetti per il secondo anno consecutivo la Regione chiude i conti della sanità in attivo, ma con un valore aggiunto. Mentre il 2010 era terminato con una previsione di disavanzo di 72 milioni di euro, poi ripianati con una manovra che portò a un clamoroso utile di 12,5 milioni, il bilancio d'esercizio 2011 per la prima volta si presenta al ministero dell'Economia direttamente in attivo: +624 mila euro. E stavolta senza bisogno di aggiustamenti, ma anzi forte della prospettiva di vedere tale previsione ulteriormente migliorata. Manca infatti il consuntivo delle aziende sanitarie, che di solito si tengono un po' larghe nelle previsioni di spesa e che arriverà a fine marzo. Questo è solo il quarto trimestre del 2011, che il ministero ora deve approvare e che è il frutto di una rincorsa partita da un consolidato di -444.854.000, registrato fino allo scorso agosto. L'«accentrata» (parte del fondo sanitario ricevuto da Roma e messo da parte) e altre risorse proprie del settore hanno portato alla causa 213

milioni, altri 232.470.000 sono la quota degli ammortamenti da corrispondere al governo in 25 rate annuali. La prima, di 60 milioni, sarà versata a breve.

«È un risultato eccezionale — commenta l'assessore alla Sanità, Luca Coletto — siamo gli unici in Italia ad avere i conti in ordine senza l'addizionale Irpef, versando 103 milioni per 400 prestazioni extra livelli essenziali di assistenza (riservate ai veneti, che ci pagano solo il ticket, ndr), facendo fronte a 30 milioni di aggravio per l'aumento dell'Iva e mantenendo invariata la qualità dei servizi. Una vera impresa, portata a termine dal lavoro di squadra: ringrazio tecnici, direttori generali e personale della sanità per il senso di responsabilità e per i sacrifici affrontati». Effettivamente le 24 aziende hanno tirato la cinghia: la spesa farmaceutica territoriale è scesa a 147 euro pro capite, per un risparmio di 44 milioni; la farmaceutica ospedaliera è stata contratta, soprattutto per i medicinali oncologici più cari; l'assistenza specialistica è limitata a 4 prestazioni per abitante, per una spesa non superiore a 160 euro pro capite all'anno; i posti letto sono arrivati a 16 mila in virtù di un tasso di ospedalizzazione ridotto a 140 ricoveri per mille abitanti, con un costo

per l'assistenza non superiore ai 616 euro pro capite all'anno; le gare centralizzate hanno favorito un risparmio di circa 70 milioni; un altro di 72 milioni (12 euro a referto) arriva dall'invio on line dell'esito degli esami, già avviato a Verona, Bassano, Vicenza, Adria, Rovigo, Treviso e San Donà.

E poi ci sono l'obbligo di mantenere per il personale il costo del 2006 e, da un anno, il blocco degli investimenti. «La nuova sfida è proprio di creare un fondo per gli investimenti — annuncia Coletto —. Non potremo utilizzare allo scopo i 624 mila euro di attivo, perchè ci dovremmo pagare gli ammortamenti entro l'anno. Pensiamo di ricorrere a beni immobili delle Usl e a finanziamenti o mutui da accendere».

Nel frattempo il governatore Luca Zaia si gode il «bis»: «Dopo l'exploit dell'anno scorso, ovvero il miglior risultato d'esercizio dell'ultimo decennio, siamo riusciti a migliorare ancora, in una situazione generale resa più difficile dalle manovre nazionali. A cominciare da quella sui ticket, che ci ha sottratto di fatto altri 64 milioni di euro e contro la quale siamo ricorsi alla Consulta. È la politica del rigore che paga e che dimostra quanti sprechi si potrebbero evi-

tare nella sanità italiana se ci si impegnasse seriamente come stiamo facendo in Veneto, tagliando ogni possibile spesa non necessaria ma salvaguardando quantità e qualità dell'assistenza». Chiaro il riferimento alla lotta condotta a Roma per

portare a casa i previsti 8,7 miliardi di euro dal nuovo riparto del fondo sanitario, minacciati dal criterio di deprivazione rispolverato dal ministro Renato Balduzzi.

Una preoccupazione in un clima di festa al quale si aggiunge

l'altolà del Pd. «C'è poco da cantare vittoria — denunciano Claudio Sinigaglia e Bruno Pigozzo — queste briciole di attivo sono state raggiunte sulla pelle dei cittadini. Il taglio di 70 milioni alle Usl ha limitato l'ingresso degli anziani nelle case

di riposo e i ricoveri nelle comunità terapeutiche. Senza contare la grave riduzione delle visite specialistiche».

Michela Nicolussi Moro

I punti del piano risparmi

Partenza con rosso di 444,8 milioni

✓ La rincorsa è partita su un consolidato di -444.854.000 euro, registrato lo scorso agosto. Decisivi i 213 milioni di «accentrata»

Ammortamenti, via alla prima rata

✓ La quota di ammortamenti netti è di 232.479.000 euro, da pagare in 25 rate. La prima, di 60 milioni, sarà versata a breve

I conti in ordine pure senza l'Irpef

✓ Il quarto trimestre 2011 ha chiuso con un bilancio d'esercizio di +624 mila euro, nonostante la mancanza dei 200/300 milioni di euro di Irpef

Farmaci e gare, tutti i risparmi

✓ L'appropriatezza prescrittiva ha consentito alla farmaceutica territoriale un risparmio di 44 milioni. Altri 70 sono frutto di gare centralizzate

Pagati 103 milioni di servizi ai veneti

✓ L'utile è stato ottenuto pur pagando 103 milioni per 400 prestazioni non passate dal servizio sanitario nazionale e 30 milioni di Iva

Letti e specialistica tassi controllati

✓ I posti letto sono scesi a 16 mila, le prestazioni specialistiche sono 4 per abitante, per una spesa non superiore a 160 euro pro capite all'anno

VENETO Il Ministero delle Finanze ha promosso i conti: il 2011 chiude con un attivo di 624mila euro

Sanità, prima volta in pareggio

Zaia: «E' tutto merito del gioco di squadra». Coletto: «Abbiamo tagliato gli sprechi»

Daniela Boresi

E' almeno da due mesi che in un modo o nell'altro lo lasciano intendere: quest'anno nessun fiato sul collo, la sanità sta conquistandosi per la prima volta un bilancio in attivo senza (o quasi) arrivare in affanno sul filo di lana.

Ma per averne la certezza occorre il sigillo del Ministero delle Finanze, via libera che finalmente ha tolto la suspence: 624mila euro in positivo. Non saranno tanti, ma se si conta che lo scorso anno la Regione aveva dovuto fare i salti mortali per ripianare 72 milioni, c'è da stare allegri.

«E' la politica del rigore che paga - sottolinea il presidente Luca Zaia - e che dimostra quanti sprechi si potrebbero evitare nella sanità italiana, se solo lo si volesse, se solo ci si impegnasse seriamente, come stiamo facendo in Veneto, tagliando ogni possibile spesa non necessaria». Zaia sottolinea poi come questa sia la strada da perseguire e non quella del criterio della deprivazione (che calcola il riparto sul grado di povertà) che il ministro Balduzzi ha fatto rientrare dalla finestra sotto forma di sperimentazione e che il Veneto bocchia categoricamente.

Ed è su questa partita che si dovranno giocare le performance del prossimo anno. L'assessore Luca Coletto saluta con soddisfazione il pareggio e ricorda che è maturato senza addizionale Irpef, ero-

gando 100 milioni di prestazioni extra Lea, facendo fronte a 30 milioni di aggravio per l'aumento dell'Iva: «Fra quadrare i conti con quello che è successo a Roma è stata una vera impresa di cui devo ringraziare l'intera squadra, dalla segreteria ai direttori generali. Per l'assessore il bilancio è frutto di un certosi-

no lavoro di cesoie che ha coinvolto l'appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni, il contenimento della spesa farmaceutica, le nuove norme per le gare d'acquisto, l'introduzione dell'informatizzazione.

Per il Veneto, che a questo punto rientra nelle 4-5 regioni che potranno presentarsi in attivo davanti al Mef, l'anno era partito in salita. 44 milioni e 854 euro di disavanzo, 213 dei quali sono stati reperiti con risorse propri, 232 arrivano da ammortamenti.

Per il 2012 la partita si farà però più dura: non si potranno più pagare gli extra Lea con fondi sanitari, da Roma i trasferimenti dovrebbe puntare ad una riduzione più che a un aumento. Sempre che non passi il concetto della deprivazione che aggraverebbe ulteriormente la posizione del Veneto. Insomma, non si deve dimenticare che la politica delle lacrime e sangue non è ancora archiviata. Lo ricordano anche i consiglieri del Pd Claudio Sinigaglia e Bruno Pigozzo: «la delibera del luglio 2011

ha tagliato 70 milioni alle Ulss, con la conseguenza che si è drasticamente limitato sia l'ingresso degli anziani nelle case di riposo sia l'inserimento di più pazienti nelle comunità terapeutiche. Senza contare la grave riduzione delle visite specialistiche, spostandole nel 2012. Di fatto l'esercizio economico ha prevalso sulla programmazione ma soprattutto sui diritti della salute». Tradotto: bene le economie, ma sulla pelle di chi?

© riproduzione riservata

PD PERPLESSO



Critici i consiglieri Sinigaglia (foto) e Pigozzo: «Risparmi si, ma sulla pelle dei cittadini».

Mugnai e Ferri (Pdl): fare chiarezza sul deficit a Massa «Asl 1, indaghi la commissione sanità»

La relazione finale della commissione d'inchiesta parlamentare conferma in toto quanto il Pdl ha sempre sostenuto sul buco della Asl di Massa e a questo punto si rendono assolutamente necessari altri approfondi-

menti», sostengono i consiglieri regionali del Pdl Stefano Mugnai e Jacopo Ferri. «Crediamo che li potrebbe svolgere la commissione sanità del Consiglio regionale in sede d'indagine».

MORANDI a pagina 3

«Asl 1, ora indaghi la commissione sanità»

Mugnai e Ferri (Pdl): chiarire al più presto ogni responsabilità politico-amministrativa

MICHELE MORANDI
FIRENZE

Non con una commissione d'inchiesta ad hoc, che ha concluso i lavori il 12 aprile scorso, ma serve uno strumento che faccia piena chiarezza sul maxi deficit da 270 milioni dell'Asl di Massa. Lo strumento individuato dai consiglieri regionali del Pdl Stefano Mugnai e Jacopo Ferri è molto semplice: sia la stessa commissione sanità del Consiglio regionale a rivedere il quadro generale in cui è maturato uno dei più grandi scandali che la sanità toscana abbia fino ad oggi conosciuto. Anche, e soprattutto, alla luce di quanto emerso nella relazione finale della commissione d'inchiesta parlamentare, dove si è evidenziato, dicono Mugnai e Ferri, come «l'Asl 1 è stata da una parte sottofinanziata per anni, dall'altra "commissariata" e "guidata" di fatto da consulenti come il prof. Persiani e la sua società Title srl, oltre che da Carla Donati che era a capo del dipartimento regionale alla salute. Tutti soggetti di stretta fiducia di Enrico Rossi».

Da qui la richiesta dei con-

siglieri Pdl: «A questo punto si rendono assolutamente necessari altri approfondimenti - spiegano -. Crediamo che li potrebbe svolgere la commissione sanità in sede d'indagine. Bisogna chiarire ogni aspetto ed ogni responsabilità politico-amministrativa. Sin da subito vanno comunque formalizzate contestazioni specifiche a Donati, Persiani, Title e Vernazza, sin qui rimasti inspiegabilmente ignorati dal presidente Rossi e dall'assessore Scaramuccia. È davvero incredibile, infine, che Rossi (assessore alla sanità per 10 anni e poi Presidente) continui a far finta di nulla o a dare la colpa ad altri: che dormisse o che sapesse ha una sola strada davanti, levare dignitosamente il disturbo».

A stretto giro Mugnai perfezionerà la richiesta ufficiale per approfondire la questione in sede di commissione sanità, di cui è il vice presidente. «Crediamo che gli elementi espressi dalla commissione

parlamentare confermi le nostre perplessità e i nostri dubbi che la relazione Ferri aveva già espresso a suo tempo a

conclusione dei lavori della commissione regionale d'inchiesta - sottolinea Mugnai -. E cioè che le responsabilità di quanto accaduto all'Asl di Massa non si potessero esaurire in quella cerchia ristretta che ha indicato Rossi. Secondo noi la relazione parlamentare offre quindi spunti e argomenti da approfondire e siamo aperti a varie proposte. Dal conto nostro ne avanziamo subito una: che se ne occupi direttamente la commissione sanità».

Duro il giudizio di Gian Luca Lazzeri della Lega Nord: «La relazione mette in evidenza le responsabilità politiche di Rossi - attacca, dicendosi d'accordo con la richiesta di dimissioni di Rossi avanzata dal Pdl -. Dal documento della commissione parlamentare emerge una grande preoccupazione per la situazione della sanità toscana. Tale relazione conferma le responsabilità politiche di Enrico Rossi, ex assessore alla sanità per dieci anni e ora Presidente della Regione, che non aveva intercettato o aveva sottovalutato i segnali negativi che venivano dal territorio».



Sanità, accreditamenti: Monti ricorre alla Consulta

Impugnata la norma regionale che prevede la presa d'atto per decreto commissariale dell'avvenuto passaggio delle strutture private al nuovo regime erogativo in assenza di controlli sui requisiti

DI ETTORE MAUTONE

Il Consiglio dei ministri impugna la legge regionale n. 23 del 14 dicembre del 2011 relativa agli accreditamenti delle strutture private con il servizio sanitario regionale.

In particolare viene argomentato del ricorso che il passaggio della norma per il quale la concessione dell'accREDITAMENTO non può avvenire sulla base di una presa d'atto ma è subordinata, necessariamente, alla verifica della sussistenza dei requisiti previsti della normativa vigente e ciò a tutela della sicurezza dei pazienti. In particolare il ricorso rimanda presentato il 14 febbraio è contro la finanziaria regionale 2011 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 che al comma 1, nel modificare l'articolo 1, comma 237 undecies della Legge regionale n. 4 del 2011, prevede che la conferma dell'accREDITAMENTO istituzionale per le strutture sanitarie e sociosanitarie private che hanno presentato tale domanda utilizzando l'apposita piattaforma applicativa informatica, avviene mediante decreto commissariale di presa d'atto.

I NODI DELLE DATE

A tal proposito, l'articolo 1, comma 237 duodecies, prevede anche l'espletamento dei controlli diretti a verificare la sussistenza dei requisiti prescritti per l'accREDITAMENTO, ma il termine previsto per l'espletamento di detti controlli è successivo al termine di adozione dei provvedimenti di presa d'atto di



Stefano Caldoro

cui al comma 237 undecies. Tale prassi, pertanto, di fatto espone il cittadino-paziente ad affidarsi ad una struttura che reca un riconoscimento di qualità sulla cui validità non è stato espletato alcun controllo e verifica da parte della Regione, mentre tali controlli, ai sensi della normativa statale, avrebbero dovuto essere effettuati e conclusi già da tempo. La disposizione regionale nella parte in cui prevede che la conferma dell'accREDITAMENTO istituzionale avviene mediante decreto commissariale di presa d'atto, si pone in contrasto, tra l'altro, con l'articolo 8 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, secondo cui l'accREDITAMENTO istituzionale può essere rilasciato alle strutture autorizzate che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La disposizione regionale, inoltre, si pone in contrasto con l'art. 1,

comma 796, lettera t), della Legge n. 296 del 2006 (Finanziaria di quell'anno) in base al quale le procedure per il passaggio dal regime di accREDITAMENTO provvisorio a quello di accREDITAMENTO istituzionale definitivo avrebbero dovuto concludersi, per le strutture private ospedaliere e ambulatoriali, il 31 dicembre 2010. La legge impugnata prevede invece una ulteriore dilazione della tempistica per la definizione delle procedure di accREDITAMENTO.

I DECRETI SOSPESI

La norma impugnata prevede che le strutture di Fisiokinesiterapia, provvisoriamente accreditate per tale attività, possono, in deroga a quanto previsto dal comma 237 quater della stessa legge, presentare domanda di accREDITAMENTO istituzionale per l'intera area sociosanitaria, ossia un'area sanitaria diversa e più ampia rispetto a quella per la quale era stato rilasciato l'accREDITAMENTO provvisorio. Tale norma è stata tuttavia già sospesa con un apposito decreto commissariale firmato da Stefano Caldoro.

Analogamente per la possibilità di attivare automaticamente, negli ambiti territoriali delle comunità montane, l'accREDITAMENTO istituzionale per le strutture sanitarie e sociosanitarie in possesso del solo titolo autorizzativo e dei requisiti per l'accREDITAMENTO richiesti dai soli regolamenti regionali. L'accREDITAMENTO può essere infatti rilasciato solo al termine dei processi relativi alle strutture già in possesso di accREDITAMENTO provvisorio.

DI ETTORE MAUTONE

Pianificazione e programmazione dei pagamenti ai fornitori di beni e servizi: a pochi giorni dal ritorno in sella il commissario della Asl di Salerno **Maurizio Bortoletti** oggi alle 16 firma con le associazioni di categoria della Sanità provinciale (Aiop, Arcade, Aspat, Confindustria, Federfarma, Federlab e Snr) l'accordo quadro per il pagamento della spesa corrente e per il ripiano, tramite i fondi del Fas, del debito storico con le imprese. Immediatamente sospende la serrata delle farmacie per un giorno e il passaggio all'assistenza indiretta su tutto il territorio provinciale prevista a partire da domani.

L'INTESA

L'intesa che fa dunque da apripista ad analoghi accordi attesi da un anno alla firma in tutte le Asl della regione. Il protocollo d'intesa prevede la nuova pianificazione dei pagamenti ordinari, fino ad ora, tra l'altro, puntualmente onorati grazie al precedente accordo siglato a maggio del 2011.

I rappresentanti del comparto della Sanità privata hanno analizzato e riscontrato anche condizioni di particolari criticità da parte di alcune strutture in gravi difficoltà finanziarie approntando delle misure straordinarie di aiuto.

Buone notizie anche sul fronte dei crediti ancora non pagati del 2010.

Con l'auspicato arrivo dei fondi Fas, il protocollo prevede la possibilità di aggredire, fin quanto possibile, questo buco nero che mette seriamente in discussione i bilanci già critici delle aziende sanitarie private del salernitano.

PERCORSO VIRTUOSO

Bortoletti, dunque, a dispetto delle polemiche dell'ultimo mese, continua nel percorso virtuoso tracciato sin dal proprio insediamento per il risanamento della Sanità provinciale.

Il colonnello dei carabinieri commissario della Asl assesta un duro colpo alle disconomie che derivano dal contenzioso con i fornitori e alle spese legali e per interessi moratori (circa 200 mln annui) conseguenti al-

Sanità, crediti delle Pmi: pagamenti coi fondi Fas

Si firma oggi pomeriggio alle 16 l'accordo tra il direttore generale Bortoletti e le associazioni di categoria dei fornitori di beni e servizi

Alt al contenzioso e ai decreti ingiuntivi. Federfarma revoca la serrata

Fabbisogno di cassa a dicembre 2011

Azienda	Fondi Fas riparto 2009	saldo parziale novembre 2011	saldo parziale dicembre 2011	Fondo disavanzi ripiano 2010	Erogati con i Fas a dicembre 2011
• Asl Avellino		15.000.000,00			15.000.000,00
• Asl Benevento	10.518.000,00	5.955.000,00	5.694.635,67	7.832.364,33	30.000.000,00
• Asl Caserta		36.424.000,00	1.576.000,00		38.000.000,00
• Asl Na 1 Centro	60.000.000,00				60.000.000,00
• Asl Na 2 Nord		45.000.000,00			45.000.000,00
• Asl Na 3 Sud	9.986.000,00	35.014.000,00			45.000.000,00
• Asl Salerno	9.616.270,31	43.392.000,00	6.991.729,69		60.000.000,00
• AO Cardarelli		1.000.000,00			1.000.000,00
• AO Santobono		1.000.000,00			1.000.000,00
• AO Monaldi		1.000.000,00			1.000.000,00
• AO Salerno		1.000.000,00			1.000.000,00
• AO Avellino		1.000.000,00			1.000.000,00
• AO Benevento		66.000,00	934.000,00		1.000.000,00
• AO Caserta		1.000.000,00			1.000.000,00
• Totale	90.120.270,31	186.851.000,00	15.196.365,36	7.832.364,33	300.000.000,00
• Subtotale Asl	90.120.270,31	180.785.000,00	14.262.365,36	7.832.364,33	293.000.000,00
• Subtotale AO	0,00	6.066.000,00	934.000,00	0,00	7.000.000,00

Alla Asl Napoli 1 e di Salerno sono attribuiti 60 mln, a Benevento 30 mln. I fondi sono a valere sui 322 mln del Fas

le azioni ingiuntive grazie alla sospensione, da parte di tutti gli erogatori della sanità privata, delle azioni legali e dei pignoramenti che, di fatto, hanno paralizzato, negli ultimi 4 anni (da quanto la legge 16 del 28 novembre del 2008 ha accorpato le tre Asl salernitane in un'unica azienda di area vasta) l'attività amministrativa dell'Asl Salerno.

I FORNITORI

Soddisfazione da parte dei rappresentanti delle associazioni di categoria che, nelle ultime settimane, Federfarma in testa, erano tornate sul sentiero di guerra con l'invio di una dura protesta al Presidente della Regione Stefano Caldoro. All'indice l'evidente e documentata disparità della attribuzione delle rimesse regionali che penalizza fortemente l'Asl di Salerno.

"Non vi è dubbio, sostengono i rappresentanti della Sanità privata, che in presenza di un interlocutore serio ed affi-

dabile come Bortoletti, le buone relazioni ed i ragionamenti di buon senso sono facilitati anche in presenza di situazioni drammatiche ed apparentemente irrisolvibili come quelle ereditate dal commissario Bortoletti nell'Asl Salerno. In questa Asl stiamo dimostrando, anche alle altre compagini della sanità regionale, che la competenza gestionale del commissario unita a rapporti di lealtà e trasparenza, generano risultati straordinari, mai raggiunti finora. Uno su tutti l'azzeramento totale delle spese legali".

I FINANZIAMENTI

L'unico serbatoio al quale attingere è quello dei fondi Fas destinati per 500 milioni al ripiano del deficit registrato nel 2009.

Il 6 ottobre scorso, sulla Gazzetta ufficiale, è stata pubblicata la delibera Cipe n. 1 del 23 marzo di quest'anno che assegna alla Campania la prima consistente fetta di 322 milioni. Proprio quelli che ora sono girati alle Aziende sanitarie lo-

cali per quota in difetto di 22 mln sull'intera posta disponibile.

IL RIPARTO

Dei 300 milioni disponibili 90 sono ripartiti tra la Asl Napoli 1 (60 mln) e la Asl di Benevento (30) che scontano la situazione contabile più disastrosa. Una fetta dello stesso importo viene divisa a metà tra la Asl Napoli 2 nord e la Asl Napoli 3 sud (45 mln).

Altri 30 milioni vanno a Salerno dove pure il rosso di cassa è preoccupante, 38 alla Asl di Caserta. A tutte le altre aziende ospedaliere (Cardarelli, Santobono, dei Colli, Avellino, Benevento e Salerno) 1 mln ciascuno.

Un colonnello dell'Arma per sanare il deficit



Maurizio Bortoletti

Il Colonnello dei Carabinieri **Maurizio Bortoletti** quando a marzo 2011 viene nominato alla guida dell'Asl di Salerno deve fare i conti con un bilancio che macina debiti, dal 1° gennaio del 2009, per 760 mila euro al giorno, sabati, domeniche, Natale, Pasqua, compresi. Anche per l'ufficiale quarantenne, con una singolare preparazione economico-finanziaria e gestionale per un Carabiniere, la situazione estremamente complessa: oltre 9 mila dipendenti, decine di ospedali e distretti, 1,6 miliardi di euro di bilancio annuo, 250,597 milioni di euro persi nel 2009, 292,635 milioni di euro persi nel 2010 (prima della correzione finanziaria con un decreto nel 2011), 1,7 miliardi di buco complessivo accumulatosi negli anni e iscritto a perdita nello Stato patrimoniale 2010, 64,311 milioni persi nel 1° trimestre del 2011, il tutto accompagnato da una drammatica situazione di carenze amministrative e gestionali. Non a caso, il 16 gennaio, il Comandante generale della Guardia di Finanza, **Nino Di Paolo**, racconta come sui 6 miliardi di euro sottratti all'erario tra il 2009 e il 2011 dai 14.327 dipendenti pubblici accusati di danno erariale, di cui 841 milioni di euro solo nell'ultimo anno (4.148 le persone segnalate al termine delle 883 ispezioni), il settore della spesa sanitaria - con quello del "mercato" delle consulenze e delle case popolari - rimanga in cima alla lista degli sprechi e delle ruberie. Nell'azienda di Salerno viene investito quasi il 2 per cento della spesa sanitaria nazionale e il 15 per cento di quella campana.

LA CURA

Dopo 9 mesi di cura e la riconferma di Bortoletti da parte della Regione il disavanzo corrente della Asl è sotto controllo e il Tavolo interministeriale sui piani di rientro certifica che il buon risultato della Campania è in parte attribuibile al risultato salernitano. Dai meno 760 mila euro al giorno ai meno 74 mila euro al giorno di perdita corrente negli ultimi 9 mesi del 2011, con gli ultimi due trimestri chiusi in equilibrio, il buco corrente è ridotto del 90 per cento, con la perdita passata dai meno 250 milioni nel 2009, e meno 292 milioni nel 2010 (prima di una correzione finanziaria) ai meno 84 milioni del preconsuntivo 2011, dei quali 64,5 persi nei primi 3 mesi dell'anno prima dell'insediamento di Bortoletti. Negli ultimi 9 mesi dell'anno si è registrato - tra valore e costo della produzione - un avanzo di 18 milioni, con il 2011 chiuso con una differenza negativa pari a 33.274.000 euro dopo un primo trimestre che aveva registrato una perdita di oltre 51 milioni di euro.