

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 17.06.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

» | **La sentenza** Accolto il ricorso

Tetti di spesa, il Tar dà ragione ai privati

BARI — Il Tar di Bari demolisce il criterio dei tetti di spesa riformulato un anno fa dalla giunta regionale. I giudici amministrativi hanno accolto numerosi ricorsi (dal contenuto analogo) presentati da diverse aziende della specialistica ambulatoriale, accreditate con la Regione. La delibera annullata è la numero 1500 del giugno 2010. Il provvedimento, nelle intenzioni della giunta, deve correggere una distorsione evidente del mercato (come annotato anche dall'Autorità per la concorrenza): ossia l'assegnazione di un tetto di spesa a ciascuna azienda, sulla base delle prestazioni da questa svolte nel 1998 (diventate il parametro di riferimento). Questo tipo di assegnazione impediva alle piccole aziende (o a quelle nate più tardi) di crescere. La giunta prova a rimediare, e con la delibera 1500 fissa il principio di un «fondo unico aziendale»: le risorse che ciascuna Asl dedicano a quella necessità (la specialistica, tranne le analisi biochimiche). Poi divide il fondo in due parti: una tiene conto della popolazione del distretto, l'altra considera il punteggio di ciascuna azienda sulla base delle caratteristiche possedute (strumenti e personale). Infine, assegna una quota del fondo a ciascuna azienda sulla base del «merito» e dei cittadini residenti. Ma così facendo (hanno ragionato i legali impegnati nei ricorsi: tra gli altri Gianluigi Pellegrino, Giuseppe

L'altra polemica

Sull'acqua pubblica hanno continuato a litigare il leader pdl Palese e l'assessore Amati

fossero più gradite. Sicché il proposito di garantire la migliore concorrenza tra le imprese, superando la spesa storica del 1998, ha finito per calmierare il mercato. Con un eccesso di dirigismo». La sentenza annulla la delibera e gli atti conseguenti delle Asl. È presumibile che la Regione ricorra al Consiglio di Stato. Intanto si deve attrezzare per le conseguenze: dovrà pagare le aziende che nel 2010 hanno erogato prestazioni fuori dal tetto fissato dalla Regione e dunque non rimborsate. Per il 2011 si tratta di fare una correzione in corso. È un'altra gatta da pelare per la giunta, alle prese con ristrettezze di bilancio.

Intanto continua la polemica sulla legge che ripubblicizza l'Aq. Ieri Rocco Palese (Pdl) ha chiesto, anche sulla base dell'esito del referendum, che venga eliminato dalla bolletta dell'acqua «il 7% che la legge abrogata destinava alla remunerazione del capitale investito». Gli ha risposto l'assessore Fabiano Amati: «La tariffa rimarrà invariata fino al 2018. In Puglia la remunerazione del capitale investito del 7% è un costo: quello che pagheremo ogni anno, fino al 2018, sul prestito in sterline, contratto durante la gestione dell'era Fitto». Un prestito molto rischioso (di recente rinegoziato).

F. Str.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il Sole **24 ORE**

Sanità

16 giugno 2011 - ore 18,33

Gestire gli eventi avversi: la guida del ministero

«La gestione della relazione tra strutture sanitarie e pazienti al verificarsi di un evento avverso richiede un approccio consistente, chiaro e definito sulla base di una procedura condivisa da parte di tutte le strutture sanitarie del Ssn, basata sia sulla gestione dell'evento avverso che sulla comunicazione aperta e trasparente con i pazienti e i loro familiari rispetto a quanto avvenuto».

Nasce da qui l'idea del ministero della Salute di predisporre delle Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità dalle quali Regioni e strutture sanitarie di riferimento, definiranno, le proprie procedure operative, adattate, modificate e «rese conformi allo specifico contesto regionale».

Le Linee guida individuano due fasi principali rispetto alle quali predisporre le procedure per la gestione dell'evento avverso. Una prima fase con l'"analisi dell'evento" con le seguenti azioni prioritarie: 1) segnalazione dell'evento; 2).identificazione dei fattori causali e/o contribuenti; 3) azioni di miglioramento e valutazione.

La seconda fase prevede invece le "azioni di comunicazione e di contenimento del danno e/o di ristoro", con le seguenti azioni prioritarie: 1) esprimere rincrescimento e relazionarsi con il paziente e con i familiari; 2) attivare le azioni di sostegno agli operatori; 3) attivare una comunicazione istituzionale esterna veritiera, completa, seria ed esaustiva; 4) Favorire la definizione stragiudiziale.

Il Sole **24 ORE**

Sanità

17 giugno 2011 - ore 6,33

Certificati on line: l'obbligo per i privati scatta dal 13 settembre

Scatteranno il 13 settembre, ovvero a tre mesi dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (VEDI), le disposizioni contenute nella "circolare n. 4" messa a punto dal ministero della Pubblica amministrazione e dell'Innovazione sull'invio da parte delle aziende private dei certificati di malattia on line. La decisione è stata presa ieri, al termine di un incontro a Palazzo Vidoni relativa proprio all'applicazione al settore privato delle regole di invio telematico dei certificati di malattia già previste per i dipendenti pubblici.

Il ministero ha di fatto tenuto conto dell'interpretazione più favorevole, sull'entrata in vigore delle nuove disposizioni, auspicata dalle aziende, che chiedevano di avere più tempo a disposizione per adeguarsi alle nuove regole. Anche perché l'intero settore necessita di più di un chiarimento. A partire dalla previsione di una serie di circostanze apparentemente banali ma concrete. Come, nel caso in cui, a esempio, il "datore di lavoro" si configuri in un anziano non autosufficiente assistito da badante, a chi spetti la comunicazione dell'eventuale stato di malattia della caregiver.

Sono nel frattempo proseguite le attività di verifica del funzionamento del sistema e dei servizi messi a disposizione delle imprese per la verifica e ricezione on line delle attestazioni di malattia dei dipendenti. È stato inoltre annunciato che, al fine di risolvere eventuali problemi (anche temporanei) di connessione a Internet, l'Inps ha annunciato che renderà a breve disponibile anche un nuovo servizio di call center telefonico dedicato alla verifica delle attestazioni di malattia dei lavoratori dipendenti.

Il Sole **24 ORE**

Sanità

16 giugno 2011 - ore 15,15

Nuove Casse previdenziali: contributo integrativo fino al 5%

Le casse previdenziali che hanno adottato il sistema di calcolo contributivo hanno la possibilità di aumentare dal 2 fino al 5% il contributo integrativo. A stabilirli è il Ddl (primo firmatario Antonino Lo Presti, Fli) convertito ieri in dalla Camera, che prevede - «senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e garantendo l'equilibrio economico, patrimoniale e finanziario delle casse - la possibilità di aumento fino al 5% del fatturato lordo (il 3% in più dell'attuale).

Attualmente questo contributo è fermo al 2% per le casse di previdenza nate nel 1996 con il Dlgs 103. Si tratta di diverse casse professionali tra cui in ambito sanitario, biologi, infermieri e psicologi. In tutto il provvedimento interessa oltre 1,5 milioni di iscritti di cui quali "sanitari" sono 450mila circa.

L'impatto dell'integrativo, sulla dote individuale, potrà essere significativo: aumenti della pensione anche del 35%. E potrà anche rilevarsi una leva per spingere i neo professionisti a investire di più nella loro pensione. Infatti i giovani professionisti guardano con diffidenza alla previdenza che, in alcuni casi, in passato, è stata compromessa dal precedente sistema retributivo che per molti anni è stato troppo generoso con i pensionati.

Sanità

Manager, contestate due nomine «Senza requisiti» Contestate le nomine di due manager

di SIMONA RAVIZZA

Il tentativo di tenersi il doppio incarico — sindaco e manager dell'Asl — gli è già andato storto. A inizio gennaio, Nicola Mucci, 38 anni, nominato ai vertici dell'Asl di Sondrio in quota Pdl, si vede costretto a lasciare la guida del Comune di Gallarate, dov'è stato eletto nel 2001 e nel 2006. Le due cariche sono incompatibili. Ora è a rischio anche la sua poltrona di manager all'Asl. Ci sono pesanti dubbi, infatti, sulla presenza nel suo curriculum vitae dei requisiti minimi per ricoprire il ruolo. Sulla nomina pende un ricorso al Tar ed è stata aperta un'istruttoria al Pirellone. Non è il solo: ci sono ipotesi di illegittimità anche sui requisiti di Alessandro Visconti, 43 anni, area Lega, al timone degli Istituti clinici di perfezionamento (Icp) di Milano da cui dipendono anche l'ospedale Buzzi e il Cto.

Non c'è pace per le nomine ai vertici dei 44 ospedali e Asl della Lombardia. Nomine arrivate il 23 dicembre dopo faticose trattative tra Pdl e Lega con accuse incrociate di lottizzazione. A seguire, le dimissioni di Pietrogino Pezzano dall'Asl 1, sfiduciato a sorpresa dal Consiglio regionale per le foto con due boss della 'ndrangheta. Arriva, poi, il passo indietro di Andrea Mentasti (uomo di punta della Lega) dal timone del San Paolo per diventare consigliere delegato della società che gestisce

l'aeroporto di Orio al Serio (Sacbo). Adesso, con i due ricorsi al Tar, rischia di scoppiare l'ennesima bufera. Questa volta sull'idoneità dei manager scelti. Il requisito fondamentale, per legge, è una qualificata esperienza dirigenziale quinquennale. A parte i 10 anni da sindaco, Nicola Mucci dell'Asl di Sondrio può esibire come (unica) esperienza la dirigenza nella società assicurativa di famiglia: agli atti, però, risulta che la Previtale e Mucci Sas ha solo tre addetti (Mucci stesso, il padre e il fratello). La questione è finita all'esame dello staff legale del Pirellone, guidato dall'avvocato Pio Vivone: la posizione del dg è definita critica e viene rimandato il tutto alla responsabilità personale assunta da Mucci nell'autocertificare la propria idoneità. Stesso iter per Visconti. Secondo le contestazioni, il manager può vantare l'incarico di direttore amministrativo per tre anni dell'Asl di Milano e una pregressa esperienza da dirigente amministrativo e finanziario della Newlast Group srl, una società dell'industria calzaturiera con pochi dipendenti. I legali del Pirellone parlano di obiettiva difficoltà nell'identificare in modo obiettivo l'attività svolta da Visconti nella società privata: alla fine, comunque, si confida nel rigetto del ricorso. Entrambi i casi saranno esaminati dal Tar il 10 novembre. Sia Mucci sia Visconti hanno presentato a loro volta un controricorso. Ma su 711 candidati — è la domanda che si fanno in molti — dovevano essere pescati proprio i casi discutibili? Non finisce qui.



IL FATTO Pubblicati i dati del secondo rapporto Saniregio del Cerm: previste economie per 12 miliardi

Il Molise come l'Umbria? Deve ridurre del 15% la spesa sanitaria

Male Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio: da sole potrebbero liberare risorse per 9,4 miliardi di euro

Regioni	Euro/000	spesa LEA - 2009			risorse liberabili
		effettiva	standardizzata	della %	
Campania	10.176.600	7.008.815	-31,10%	3.467.755	
Sicilia	8.718.556	6.617.384	-24,10%	2.101.172	
Puglia	7.362.098	5.602.557	-23,90%	1.759.541	
Molise	647.486	546.473	-15,30%	99.065	
Calabria	3.728.362	3.165.804	-15,10%	563.058	
Basilicata	1.076.244	913.759	-14,40%	144.485	
Valle d'Aosta	281.311	247.919	-12,60%	16.392	
Lazio	11.235.677	9.797.593	-12,80%	3.428.167	
Abruzzo	2.447.813	2.137.962	-12,30%	299.851	
Sardegna	3.112.487	2.735.076	-12,10%	376.611	
Trentino Alto Adige	2.188.445	1.969.647	-10,40%	227.604	
Liguria	3.379.996	3.096.896	-7,00%	233.100	
Veneto	8.817.601	8.359.066	-5,20%	458.535	
Piemonte	8.522.707	8.256.503	-3,10%	264.204	
Toscana	6.948.585	6.723.976	-2,40%	158.528	
Lombardia	16.260.356	16.686.993	+1,60%	271.366	
Emilia Romagna	8.101.115	8.029.104	-1,00%	91.011	
Marche	3.837.457	3.829.433	-0,40%	17.023	
Friuli Venezia Giulia	2.411.381	2.411.381	0,00%	-	
Umbria	1.610.768	1.610.768	0,00%	-	
ITALIA	16.820.460	98.815.021	-10,83%	12.005.439	

MAURIZIO ORIUNNO

CAMPOBASSO. In campo sanitario se tutte le Regioni italiane condividesero le stesse performance dell'Umbria (Regione cosiddetta benchmark), si potrebbero risparmiare oltre i 12 miliardi di euro, equivalenti a quasi lo 0,8% del Pil.

Risorse che, sottolinea il Cerm, "nel solo Ssn contenebbero per oltre il 37% di quanto la Pubblica Amministrazione annualmente dedica ai programmi di investimento, inclusi quelli riguardanti il sistema sanitario.

Una quota di primaria importanza, soprattutto

di fronte alle esigenze di rinnovamento ad ampio spettro delle infrastrutture del Paese". Questi sono i dati di partenza contenuti nel secondo Rapporto Saniregio2 del Cerm che individua l'Umbria come Regione benchmark: ovvero regione nella quale si verifica la migliore capacità di controllo della spesa e qualità dei servizi. Con l'Umbria c'è il Friuli Venezia Giulia e le Marche: nel resto del Paese c'è bisogno di correttivi. Anche in Emilia Romagna, Lombardia e Toscana, che hanno gap contenuti sulla spesa (1%, 1% e 2,4% rispettivamente), ma un po' più evidenti

sulla qualità (7,5%, 9,9% e 3,1).

Il Molise è tra quelle regioni che registrano un gap in doppia cifra (15,3%), ovvero dovrebbe ridurre le spese del 15,3% per raggiungere i risultati umbri, anche se accoppiato



ad un buon gap di qualità (63,9%).

Con la nostra regione c'è la Sardegna, l'Abruzzo e la Basilicata: il Molise potrebbe liberare 99 milioni, la Sardegna 377 milioni, l'Abruzzo 301 ed infine la Basilicata con 145 milioni di euro. Per apprezzare l'entità delle risorse, si deve riflettere che gli oltre 12 miliardi, liberabili se tutte le Regioni riuscissero ad emulare l'Umbria, equivalgono ad oltre 1/5 della correzione strutturale della spesa pubblica che il Governatore Mario Draghi ha auspicato nel suo commento alla Decisione di Finanza Pubblica 2011.

Tale dovrebbe essere la correzione sul lato della spesa pubblica per realizzare l'obiettivo del pareggio di bilancio nel 2014 e riavviare un percorso virtuoso di costante riassorbimento del debito pubblico.

I conti vanno male in Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio.

La Campania, in particolare, dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 33% e aumentare la qualità di quasi il 90%, per emulare in tutto e per tutto l'Umbria.

La Sicilia dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 24% e aumentare la qualità anch'essa di quasi il 90%. La Puglia dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 24% e aumentare la qualità di oltre il 96%.

La Calabria dovrebbe ridurre la spesa di poco più del 15% e aumentare la qualità di oltre il 132% (un più che raddoppio). Il Lazio, infine, dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 13% e aumentare la qualità di oltre il 76% (un ritardo che va soppesato anche alla luce della mobilità in ingresso nel Lazio). Tradotti in valori assoluti e aggregati, la Campania dovrebbe liberare risorse per oltre 3,4 miliardi di euro/anno. La Sicilia per oltre 2,1 miliardi. La Puglia per quasi 1,8 miliardi. Il Lazio per quasi 1,5 miliardi. La Calabria per oltre 560 milioni. Su quest'ultimo dato incide la relativa minor popolarità della Regione rispetto alle altre quattro. Nel complesso, le cinque Regioni più devianti potrebbero liberare risorse per circa 9,4 miliardi di euro/anno, più del 77% delle risorse.

Ricorso alla Consulta contro la legge sull'accREDITAMENTO

Fitto boccia la Polverini Piano sanitario a rischio

Daniele Di Mario
d.dimario@iltempo.it

■ Il piano di rientro dal deficit - e, conseguentemente, tutto il sistema sanitario regionale - rischia di collassare. Il ministro per gli Affari Regionali Raffaele Fitto ha impugnato dinanzi alla Corte Costituzionale la legge «sanatoria» sull'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie private varata dal Consiglio regionale lo scorso aprile. La delibera d'impugnativa, pubblicata sul sito del Ministero, porta la data di ieri.

La legge regionale censurata da Fitto è la numero 6 del 22 aprile 2011. Una norma-cardine per il sistema sanitario regionale: la messa in regola dell'accREDITAMENTO dei privati è stata posta come condizione dal tavolo tecnico di Palazzo Chigi per l'approvazione del Piano di rientro e del Piano di riordino della rete ospedaliera. Una legge che doveva essere approvata a tutti i costi entro le scadenze fissate dai tecnici ministeriali e che venne usata dal Pdl come moneta di scambio per regolare i rapporti alquanto tesi con la governatrice.

La legge viene ritenuta «censurabile» dal ministero per gli Affari Regionali soprattutto per quanto riguarda i commi 5, 6, 7, 8 e 9 dell'articolo 1. Tra i motivi del ricorso alla Consulta si legge: «Le strutture sanitarie possono esercitare in regime di accREDITAMENTO anche nel caso in cui abbiano incolpevolmente mancato di presentare la domanda di conferma dell'autorizzazione o di accREDITAMENTO definitivo o l'abbiano presentata in modo incompleto a condizione che la presentino o la integrino» entro 15 giorni dall'entrata in vigore della legge. Secondo il Ministero non è poi legitti-

mo che «le norme regionali» consentano alle strutture sanitarie private «di continuare a operare in regime di accREDITAMENTO in assenza dei requisiti di legge e in attesa dell'eventuale successiva acquisizione... La norma non fissa un limite temporale certo di cessazione del regime di accREDITAMENTO provvisorio» e prevede «la possibilità per le strutture provvisoriamente accreditate di continuare a operare anche in caso di accertamento di difformità delle strutture stesse rispetto a quanto autorizzato».

«La legge regionale - spiega una nota del Ministero - è stata censurata nella parte in cui contrasta con le norme di principio in materia sanitaria, violando l'articolo 117, comma 3 della Costituzione in materia di tutela della salute e coordinamento della finanza pubblica».

Tre pagine di motivazioni. Abbastanza per aprire il contenzioso costituzionale e sostenere l'illegittimità e il contrasto con le norme nazionali della legge-cardine del sistema della sanità privata del Lazio sulla quale ora dovrà pronunciarsi la Consulta. Un altro ostacolo sulla via della riorganizzazione del sistema sanitario regionale che la Polverini dovrà superare, anche se il ministero rassicura: «D'intesa con la Regione Lazio è stato individuato un percorso che porterà alla modifica della legge e, all'esito, alla conseguente rinuncia» del ricorso.



COMITATO TECNICO PER IL MONITORAGGIO

Certificati medici online dal 13 settembre prossimo

E fissata al 13 settembre l'entrata a regime per i datori di lavoro privati (e già operativa nel settore pubblico) della nuova disciplina sulle certificazioni mediche online. Per altri tre mesi ancora quindi le imprese possono continuare a richiedere ai propri dipendenti di presentare l'attestazione medica in formato cartaceo. Il chiarimento è arrivato ieri dalla seconda riunione del comitato tecnico per il monitoraggio del nuovo sistema, previsto dalla circolare n. 4 del ministro per la funzione pubblica, Renato Brunetta, e del ministro del lavoro, Maurizio Sacconi, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 135 del 13 giugno.

Certificati medici online. La circolare detta le istruzioni operative per l'equiparazione del settore del lavoro privato a quello pubblico sulla «trasmissione per via telematica dei certificati di malattia» (articolo 55-septies del dlgs n. 165/2001), prevista dall'articolo 25 della legge n. 183/2010 (il collegato lavoro). Il dlgs n. 165/2001, in particolare, prevede che il certificato medico attestante l'assenza per malattia di un dipendente pubblico sia inviato, per via telematica, direttamente all'Inps dal medico o dalla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia; una volta ricevuto il certificato, l'Inps lo invia immediatamente, sempre per via telematica, all'amministrazione di appartenenza del lavoratore. L'inservanza degli obblighi di trasmissione telematica da parte dei medici costituisce illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta licenziamento o, per i

medici convenzionati,

decadenza dalla convenzione.

Nel privato dal 13 settembre. Il collegato lavoro ha fissato l'estensione della predetta disciplina pubblica al settore privato dal 1° gennaio 2010. La legge n. 183/2010, però, è entrata in vigore successivamente, ossia il 24 novembre che rappresenta la data a partire dalla quale è da ritenersi

uniformato il regime legale del rilascio e della trasmissione dei certificati in caso di assenza per malattia per i dipendenti pubblici e per quelli del settore privato, ivi compresi gli aspetti sanzionatori. Tuttavia, la circolare ministeriale congiunta

(funzione pubblica/lavoro) ha previsto uno speciale regime transitorio per i datori di lavoro privato consentendo, per tre mesi successivi «alla data di pubblicazione» della stessa circolare, la possibilità di chiedere ai propri lavoratori l'invio, secondo le tradizionali modalità, di una copia cartacea dell'attestazione di malattia rilasciata dal medico all'atto dell'invio telematico, ovvero scaricata in un momento successivo dallo stesso lavoratore dal sito internet dell'Inps. Nel corso della riunione svoltasi ieri pomeriggio a Palazzo Vidoni (è la seconda del comitato tecnico di monitoraggio delle certificazioni mediche online) il ministero della funzione pubblica ha precisato che l'entrata a regime delle nuove disposizioni è prevista per il prossimo 13 settembre, ovvero a tre mesi dalla data di pubblicazione di quest'ultima sulla *Gazzetta Ufficiale*.

Daniele Cirioli

Lettori: n.d.

Il Messaggero CRONACA di ROMA

17-GIU-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Mario Orfeo

da pag. 47

Sanità privata, scontro Governo-Regione sugli accreditamenti

È scontro tra Governo e Regione sulla legge che la Pisana ha varato in tema di accreditamenti di strutture sanitarie private. Il Consiglio dei ministri ha approvato ieri un'imputativa con la quale ritiene di dover proporre la questione di legittimità costituzionale su questa legge. Le norme regionali in esame, secondo il Governo, «consentono alle strutture sanitarie private di continuare ad operare, addirittura in regime di accreditamento, in assenza dei requisiti di legge e in attesa dell'eventuale successiva acquisizione delle certificazioni comprovanti il possesso dei predetti requisiti di legge». La stessa legge, infatti, «non prevede un limite temporale certo e prefissato di cessazione del regime di accreditamento provvisorio per le strutture che non abbiano i requisiti per l'accreditamento». Una situazione che, secondo l'esecutivo, «può rivolgersi a discapito dei pazienti che vengono a essere privati della garanzia di qualità delle prestazioni sanitarie, con violazione del diritto alla salute e violazione del principio di eguaglianza».

I consiglieri regionali dei Radicali, Giuseppe Rossodivita e Rocco Berardo, sottolineano di aver denunciato «sin dal primo momento una legge irricevibile che da una parte ha riaperto i termini per l'accreditamento di strutture che si sono sentite extraterritoriali anche sul rispetto delle leggi, dall'altra ha stabilito il principio secondo il quale la programmazione sanitaria si fonda sulla dislocazione delle strutture private e non su chi quel servizio lo paga». La bocciatura della legge sugli accreditamenti «conferma che questa amministrazione regionale è alla deriva - commenta il capogruppo regionale Pd Esterino Montino - Voleva essere una furbesca scorcioia a favore delle sanità privata si è rivelata un bluff clamoroso: le strutture private dovranno ricominciare tutto l'iter dell'accreditamento daccapo in base alle profonde modifiche richieste e che dovranno passare al vaglio del consiglio regionale».

*Piemonte,
questione morale
per Cota*

VIRGINIA BRUNELLI

Piemonte, questione morale per Cota

Ferrero nega le accuse. Il Governatore: «Sono colpito, isolerò le mele marce»

VIRGINIA BRUNELLI

Pare che fin dall'inizio i due non abbiano fatto che discutere, con un livello di conflittualità politica pubblicamente invisibile ma da allarme rosso. E ora che Caterina Ferrero, Pdl, ex assessore alla sanità della regione Piemonte, accusata di turbativa d'asta, è agli arresti domiciliari, Roberto Cota, il governatore leghista che alle regionali 2010 aveva strappato alla sinistra uno dei suoi presidi al Nord puntando molto sulla trasparenza e il rigore nella sanità pubblica e che ora si trova imbrigliato in uno scandalo di matrice pidiellina, si trincerava dietro un discorso obbligato: «Sono colpito, voglio isolare eventuali mele marce».

Per la Lega piove sul bagnato. Il caso deflagra dopo l'infilata di «sberle» che la base non smette di mollare ai suoi nel segreto dell'urna per dire che dell'abbraccio con Berlusconi e il suo Pdl non ne può più. Prima le amministrative, dove il Carroccio è riuscito a perdere, oltre a Milano, in un altro dei suoi fortini, la

Novara dove non si muove foglia che Cota non voglia e dove governava da 10 anni. Poi i referendum con i leghisti a votare Sì contro le indicazioni di Bossi. E poi ancora l'interrogatorio di Bisignani. Il tutto mentre incombe il *reddes rationem* con la base di Pontida, sempre poco tenera con questo genere di cose.

Ferrero si è presentata ieri in procura per l'interrogatorio di garanzia, respingendo le contestazioni dei magistrati. È accusata di turbativa d'asta: a settembre ha revocato una gara d'appalto, appena bandita, per un lotto di pannoloni per incontinenti. E lo avrebbe fatto, secondo i pm Demontis e Toso, per favorire l'affidamento a trattativa privata del lotto più importante a Federfarma Piemonte. Secondo il gip l'obiettivo era «consolidare il consenso elettorale per sé e la sua coalizione». Per lei, i domiciliari arrivano dopo quelli del suo più stretto collaboratore Piero Gambarino e dei dirigenti di Federfarma Piemonte Luciano Platter e Marco Cossolo (appena confermato sindaco di Carignano per il centrodestra).

La quarantatrenne Ferrero entra in politica agli albori di Forza

Italia, sostenuta da un big della prima ora come Enzo Ghigo e dal bacino di voti di cui è depositario il suocero Nevio Coral, imprenditore, per oltre 10 anni sindaco di Leini. Forzitalico dei primordi, per un periodo Coral transita in An, poi, dopo un fugace innamoramento per la Lega, torna a casa con il Pdl. Oggi è in carcere alle Vallette, accusato di concorso esterno in associazione mafiosa in seguito all'inchiesta della procura di Torino sulla 'ndrangheta in Piemonte, l'operazione *Minotauro*. Da subito Ferrero fa incetta di voti, fino a risultare la più votata fra i berlusconiani alle regionali 2005. Nella seconda giunta Ghigo diventa assessore ai lavori pubblici. Con la vittoria di Cota alle scorse regionali il Pdl spinge perché la sanità vada a lei. Il Governatore non può che assentire, anche se le riduce sensibilmente le deleghe, riagliandosi lo spazio politico per arrivare alla riforma della sanità con il supporto del direttore generale dell'assessorato, l'ex uomo Fiat Paolo Monferrino che ora vorrebbe al posto di Ferrero.

Nelle carte dell'operazione

Minotauro, l'altra importante indagine della procura torinese, è restato impigliato, senza essere indagato, il deputato dem Mimmo Lucà (e altri esponenti politici del Pdl e dell'Idv). Nell'ordinanza dei giudici è infatti riportata un'intercettazione in cui Lucà chiede a Salvatore Demasi, ritenuto dai magistrati affiliato alla 'ndrangheta come boss di Rivoli, di sostenere Fassino alle primarie. Ex dirigente delle Acli, il deputato del Pd ha spiegato di conoscere Demasi solo in qualità di stimato imprenditore: «Non ho mai minimamente immaginato i suoi rapporti con i clan». L'inchiesta prosegue.



FARMAFACTORING**Piani di rientro salva-spesa***Senza misure deficit dieci volte più alto - Offerta al palo*

Il deficit stimato per il 2011, al netto delle manovre locali e con i piani di rientro attuali è previsto a -2,1 miliardi: senza piani di rientro esploderebbe fino a -22,8 miliardi. La stima dell'effetto "decuplicatore" sul risparmio dei piani di rientro,

ma anche sul loro freno all'offerta di prestazioni, è contenuta nel rapporto Farmafactoring 2011 che la Fondazione ha prodotto in collaborazione con Cergas Bocconi e Fondazione Censis.

A PAG. 10-11

FARMAFACTORING/ Senza gli interventi sulle Regioni in rosso debito dieci volte maggiore**Piani di rientro irrinunciabili****Le misure rallentano la crescita della spesa su tutto il territorio nazionale**

Tra i vari capitoli della spesa pubblica, quello della Sanità è sicuramente uno dei più analizzati e monitorati. La spesa sanitaria rappresenta una componente significativa dei bilanci pubblici, e riuscire a controllarne la crescita rimane un obiettivo di primaria importanza in Italia come nella maggior parte dei Paesi industrializzati. Ciò soprattutto alla luce delle previsioni di invecchiamento della popolazione e di un costante progresso tecnologico che, per nostra fortuna, mette a disposizione terapie e procedure mediamente sempre più efficaci che permettono di curare malattie una volta mortali, allungando così le aspettative di vita e, spesso, migliorandone la qualità. La sfida per il sistema è riuscire a essere sostenibile da un punto di vista finanziario e capace di soddisfare i reali bisogni dei cittadini.

In Italia nel 2009 la spesa sanitaria totale in percentuale del Pil era pari al 9,5%, perfettamente allineata con la media dei Paesi Ocse. Anche la sua componente pubblica, che al momento è attestata intorno al 7%, risulta essere in linea, nonostante in Italia negli ultimi anni la spesa sanitaria sia cresciuta in modo considerevole. Visti i risultati del nostro sistema sanitario e le valutazioni che otteniamo a livello internazionale, tra i Paesi dell'Ocse siamo tra i più virtuosi in assoluto. Eppure, quando decliniamo questo problema a livello italiano, la Sanità appare come uno degli spauracchi della finanza pubblica, o peggio come la madre di tutti i deficit. Va in effetti riconosciuto che nel settore della Sanità i primi anni del 2000 sono stati anni in cui, a livello regionale, è assolutamente mancato il controllo sulla spesa spingendo non poche Regioni ad accumulare un livello di debito elevatissimo (10 miliardi per il

Lazio nel 2006). E però anche vero che, a partire dal 2006, i controlli avviati nella Sanità non hanno un equivalente in nessun altro settore della pubblica amministrazione. Si potrà forse non concordare sul come tutto ciò sia stato realizzato, ma è innegabile che il lavoro congiunto della Ragioneria generale dello Stato e del **ministero della Salute** abbia permesso in pochi anni di avviare una inversione di tendenza. Inversione che ha portato molte Regioni a un sostanziale pareggio di bilancio e ad avviare una fase di risanamento per quelle che avevano aderito ai piani di rientro. Che questo sia il trend attualmente in atto è confermato anche dai risultati riportati nel "Rapporto sulla Sanità in controluce" presentato il 15 giugno a Roma dalla Fondazione Farmafactoring, e che tra i vari aspetti presi in esame ha affrontato quello della previsione della spesa sanitaria pubblica 2010-2012.

Nella tabella vengono riportate le simulazioni della spesa sulla base di due scenari, uno "con" e uno "senza" gli effetti dei Piani di rientro. A sua volta, lo scenario con Piani di rientro è stato ulteriormente specificato sulla base di due differenti ipotesi. La prima corregge le stime tendenziali sulla base degli effetti innescati dai Piani di rientro adottati a partire dal 2006 per il periodo 2007-2009, ipotizzando un effetto "annuncio" e, successivamente, un miglioramento della capacità delle Regioni di realizzare la razionalizzazione programmata fino al 2009 (effetto "di apprendimento"), dopo di che tale capacità rimane stazionaria. Nello scenario alternativo (definito "rinforzato") si è ipotizzato che nel triennio 2010-2012 si registri un ulteriore accrescimento della capacità delle Regioni di conseguire la riduzione dei costi, come se l'effetto "di apprendimento" conti-

nuasse.

I risultati mostrano come il processo di risanamento avviato nel settore abbia portato a dei risultati concreti, visto anche che la dinamica tendenziale della spesa (colonna "e") indica che in assenza di correttivi l'esistenza di fattori strutturali porterebbe a una crescita della spesa molto sostenuta, profondamente incompatibile con i livelli di finanziamento. In termini di saldi di bilancio si può osservare che, anche nello scenario con Piani di rientro "rinforzati", non si raggiunge il pareggio. Tuttavia, va chiarito che pesa da questo punto di vista il rallentamento della dinamica del finanziamento statale, anche per il mancato ri-finanziamento del fondo straordinario riservato alle Regioni che avevano aderito ai Piani di rientro per il 2007-2009.

Se da un lato questi risultati ci presentano un dato positivo, dall'altro raccontano chiaramente che in futuro sarà necessario continuare a mantenere alta la guardia dal lato dei conti pubblici per la Sanità e che la partita non è ancora vinta. C'è molto da fare soprattutto nelle Regioni con piano di rientro che, sebbene riallineate in termini di trend, continuano ad avere costi unitari superiori alla media. I prossimi mesi saranno cruciali anche per quel che riguarda la possibilità di implementazione del decreto sui costi standard e il loro effetto sulle Regioni.

Vincenzo Atella

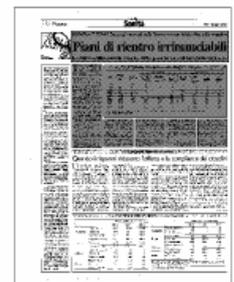
Direttore scientifico

Fondazione Farmafactoring

Docente di Economia Università

di Tor Vergata, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: n.d.

Il Sole **24 ORE Sanità**

14-GIU-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 10

Simulazione dei risultati di esercizio del Ssn (miliardi di euro)									
Anni	Risorse disponibili (a)	Costi effettivi (b)	Previsioni di spesa			Calcolo deficit			
			Scenario "con" Piani rientro rinforzati (c)	Scenario "con" Piani rientro (d)	Scenario "senza" Piani rientro (e)	Effettivi (a-b)	"Con" Piani rientro rinforzati (a-c)	"Con" Piani rientro (a-d)	"Senza" Piani rientro (a-e)
2002	78,1	81,0	80,0	80,0	80,0	-2,9	-	-	-
2003	81,4	83,7	84,7	84,7	84,7	-2,3	-	-	-
2004	86,2	92,0	91,9	91,9	91,9	-5,8	-	-	-
2005	92,9	98,6	99,5	99,5	99,5	-5,7	-	-	-
2006	97,8	102,3	101,9	101,9	104,3	-4,5	-4,1	-4,1	-6,5
2007	103,0	105,6	105,4	105,4	110,6	-2,6	-2,4	-2,4	-7,6
2008	106,3	108,7	109,0	109,0	118,1	-2,4	-2,7	-2,7	-11,8
2009	108,5	110,8	110,7	110,7	123,8	-2,4	-2,2	-2,2	-15,3
2010	110,7		111,0	111,0	127,9	-	-0,3	-0,3	-17,2
2011	112,0		112,2	114,1	134,8	-	-0,2	-2,1	-22,8
2012	114,7		115,4	118,1	142,4	-	-0,7	-3,4	-27,7

(a) Fino al 2009, ricavi Ssn (Rgsep); 2010-2012, nostre stime (finanz. statale e risorse reg., comprensive ticket); (b) Stime Rgsep.
Fonte: Rapporto Farmafactoring 2011

Lettori: n.d.

la Repubblica ROMA

17-GIU-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 13

Regione

Accreditamenti sanità il governo fa ricorso

**Impugnata
davanti alla
Consulta
la sanatoria
per le
cliniche**



È «censurabile», per il Consiglio dei ministri, la «sanatoria» sugli accreditamenti (legge n. 6) approvata dal Consiglio regionale il 22 aprile: contrasterebbe con la Costituzione, con la tutela della salute dei cittadini, il coordinamento della finanza pubblica e con altri principi. Il governo, con l'impugnativa, passa la parola alla Corte costituzionale.

La legge affrancava (per il conteggio dei posti letto) i privati dai vincoli delle quattro mega-aree del Lazio, prorogava di 6 mesi il termine per le domande, trasformava il policlinico Tor Vergata in Istituto di cura a carattere scientifico... La governatrice, minimizzò: «Macché sanatoria: ci sono 7 mila pratiche di accreditamento in giacenza». Che sarebbero state «sanate» online con un'autocertificazione attraverso la Lait. La legge passò con le astensioni del Pd, il no di Idv, Sel, Fds e Radicali che la assimilarono a un condono violando la concorrenza con il pubblico. Ora le censure del governo: l'autorizzazione spetta alla Regione, non alle Asl; i privati possono essere accreditati, anche se non hanno presentato domanda o lo hanno fatto in modo incompleto, purché provvedano entro 15 giorni. Nessun accreditamento senza l'accertamento o la comunicazione dell'esistenza dei requisiti e non può essere glissata la verifica triennale sulla sperimentazione gestionale per il policlinico Tor Vergata...

(carlo piccozza)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Proroga al 13 settembre per i certificati medici

È arrivata la proroga del ministero per la Pa sui certificati medici in via telematica: fino al 13 settembre (e non più da domani) i datori di lavoro privati potranno ancora chiedere ai propri dipendenti la copia cartacea del documento.

► pagina 29

Lavoro. Arriva il chiarimento del ministero per i privati

Certificati medici online, proroga al 13 settembre

NUOVO ORIENTAMENTO

Il periodo transitorio di tre mesi si calcola dalla pubblicazione della circolare in «Gazzetta Ufficiale»

Andrea Carli
MILANO

La proroga ministeriale sui certificati medici è ufficiale. L'addio definitivo al cartaceo per i datori di lavoro privati scatterà il 13 settembre: il nuovo sistema non partirà più, come inizialmente previsto da palazzo Vidoni, domani, 18 giugno. Nel corso della seconda riunione del Comitato tecnico di monitoraggio che si è tenuta ieri a Roma - e a cui hanno partecipato i rappresentanti di Dipartimento per la digitalizzazione della Pa e l'Innovazione, ministero del Lavoro, Inps, più quelli delle confederazioni dei datori di lavoro e dei medici di medicina generale comparativamente più rappresentative a livello nazionale - il ministero ha precisato che l'entrata a regime delle nuove disposizioni contenute nella circolare n. 4, firmata il 18 marzo scorso dai ministri Brunetta e Sacconi, sarà il 13 settembre, cioè al termine del periodo transitorio di tre mesi che ha preso avvio lunedì scorso, giorno della pubblicazione del documento sulla «Gazzetta Ufficiale».

La circolare, pubblicata per la prima volta sul sito del ministero il 18 marzo, è stata emanata dopo che il collegato lavoro (articolo 25 della legge 183/2010, entrata in vigore il 24 novem-

bre) ha previsto la trasmissione in via telematica dei certificati di malattia anche per le aziende. Terminato il periodo transitorio, dunque, il datore di lavoro privato non potrà più richiedere al proprio lavoratore l'invio della copia cartacea dell'attestazione di malattia, ma dovrà prendere visione delle attestazioni di malattia dei propri dipendenti avvalendosi esclusivamente dei servizi resi disponibili dall'Inps. E in ogni caso riconosciuta alle aziende la possibilità di richiedere ai propri dipendenti di comunicare il numero di protocollo identificativo del certificato, inviato in via telematica dal medico.

Si chiude dunque una partita, quella sui certificati medici, che si è giocata nell'ultimo periodo a colpi di interpretazioni: quella ministeriale e quella delle organizzazioni datoriali. In un primo momento Palazzo Vidoni ha chiarito che i tre mesi di periodo transitorio sono partiti il 18 marzo, giorno di pubblicazione della circolare n. 4 sul sito del ministero: quindi dal 18 giugno i datori di lavoro privati si sarebbero dovuti adeguare alle nuove regole. Le aziende, invece, hanno fatto presente che, nonostante la strada fosse quella giusta e la trasmissione dei certificati medici vantaggiosa per tutti - lavoratori e imprese

- , sarebbe stato necessario più tempo. I tre mesi - è stata (ed è tuttora) la tesi delle organizzazioni datoriali - sarebbero dovuti partire dalla pubblicazione della circolare ministeriale sulla «Gazzetta Ufficiale».

Il 1° giugno, in occasione della prima riunione del comitato tecnico del monitoraggio, i rappresentanti ministeriali hanno adottato una posizione più flessibile, e la questione dell'entrata a regime del nuovo sistema è sembrata riaprirsi. Sensazione che ha trovato conferma all'indomani della pubblicazione del testo in Gazzetta, e che è stata ufficializzata nel corso dell'incontro di ieri.

Le organizzazioni datoriali esprimono soddisfazione. In questi tre mesi si riusciranno a risolvere i problemi tecnici. A fine mese dovrebbe essere emanata dall'Inps una circolare che andrà a completare il quadro.

La proroga è stata criticata da alcuni sindacati dei medici. Angelo Testa, presidente dello Snami, il sindacato nazionale autonomo medici italiani, afferma: «Siamo molto contrariati. Il sistema è pronto: per altri tre mesi dobbiamo continuare a stampare i certificati. Dovremo togliere tempo all'assistenza per impiegarlo nella parte burocratica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lettori: 1.015.000

Il Sole
24 ORE

17-GIU-2011

Diffusione: 291.405

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

da pag. 29

I passaggi**01 | LA SCADENZA DEL 13**

Dal 13 settembre i datori di lavoro privati saranno obbligati a ricevere i certificati medici dall'Inps in via telematica, con conseguente addio al cartaceo. Quel giorno, infatti, scadranno i tre mesi dalla pubblicazione della circolare ministeriale n. 4 del 18 marzo sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 135 del 13 giugno. Durante il periodo transitorio le aziende potranno chiedere al lavoratore l'invio della copia cartacea del certificato rilasciato dal medico o successivamente scaricata dal dipendente dal sito dell'Inps

02 | IL CALL CENTER

Intanto per risolvere eventuali problemi (anche temporanei) di connessione a internet, l'Inps - spiega un comunicato

ministeriale - renderà disponibile a breve un servizio di call center dedicato alla verifica delle attestazioni di malattia dei lavoratori dipendenti

03 | LE INTERPRETAZIONI

In un primo momento, per il ministero il termine per l'entrata in vigore del nuovo meccanismo sarebbe dovuto essere domani, 18 giugno: tre mesi dalla pubblicazione sul sito della circolare n. 4. In occasione della riunione del Comitato tecnico di monitoraggio, che si è tenuta ieri, il ministero ha invece chiarito che il periodo transitorio è partito lunedì scorso, quando cioè è stata pubblicata in Gazzetta la circolare, e il sistema sarà del tutto operativo il 13 settembre

L'anticipazione

«Il Sole 24 Ore» del 18 maggio ha segnalato il rebus dell'operatività del sistema di trasmissione telematica dei certificati di malattia. Secondo il ministero, il periodo transitorio al termine del quale le aziende avrebbero dovuto dire addio al cartaceo sarebbe scaduto il 18 giugno. Per le imprese il conto alla rovescia sarebbe dovuto partire dalla pubblicazione della circolare sulla «Gazzetta Ufficiale»

In uno studio i dati dei costi sociali

Sanità. Iva celata per oltre 1 miliardo

DI GABRIELE FRONTONI

Oltre un miliardo di euro. A tanto ammonta oggi in Italia l'importo dell'Iva occulta generata ogni anno dalla sola sanità pubblica. Un macigno di maggiori costi sociali superando soltanto in Italia il 4,5% del valore della produzione. Il dato piuttosto sconcertante è il risultato di uno studio («L'Iva occulta, un caso di technological fiscal drag?») condotto da Giovanni Bianchi dello studio Comma 10 di Milano e da Lucio Fumagalli dell'Università La Sapienza di Roma. «Il fenomeno dell'Iva occulta costituisce uno dei temi sensibili da affrontare nell'ambito della fiscalità comunitaria rivolta a quei settori che i legislatori europei negli anni 60 hanno inteso sostenere per motivi sociali o tecnici tramite una legislazione agevolatoria incentrata sul cosiddetto "beneficio dell'esenzione"», ha spiegato Riccardo Ribera d'Alcalá, direttore generale delle Politiche interne presso il Parlamento europeo secondo cui i settori coinvolti per motivazioni di interesse pubblico sarebbero quello postale, sanitario, assistenziale. Ma anche quello dell'educazione, della formazione e della cultura. Senza dimenticare i settori coinvolti per motivi tecnici, ovvero quello finanziario, assicurativo e di locazione di beni immobili. «Con il passare del tempo, le mutate condizioni socio economiche e lo sviluppo tecnologico possono aver ridotto progressivamente questo beneficio fino a trasformarlo, in alcuni settori, in un elemento negativo e di freno al miglior impiego delle risorse e delle tecnologie, ponendosi così in contrasto con gli obiettivi di Lisbona e della nuova strategia "Europa 2020"», ha spiegato Bianchi. Fino a qui,



la teoria. Nella pratica, succede che chi vende prodotti Iva esenti non può scaricare l'imposta sul valore aggiunto pagata ai fornitori che deve entrare definitivamente nella struttura dei costi dell'esercente. E questo incide in maniera molto seria sull'Europa, sulle sue strutture produttive e, ovviamente, sui suoi cittadini. In altre parole, gli operatori sanitari devono sostenere costi della produzione sensibilmente più alti rispetto agli altri comparti economici; mentre i cittadini pagano servizi sanitari parecchio più cari di quanto previsto al momento dell'ideazione dell'Iva. Infine, gli operatori sanitari che, non potendo scaricare l'Iva, sono disincentivati dall'investire in beni durevoli, necessari a un miglioramento dell'assistenza in campo sanitario. Senza contare la gigantesca perdita di trasparenza per le amministrazioni pubbliche (nazionali ed europee) che non hanno, di fatto, idea a quanto ammoniti questa esternalità. Ma come fare a tradurre questa situazione in numeri? A questo ci hanno pensato Bianchi e Fumagalli. «Per determinare l'impatto dell'Iva occulta sul sistema sanitario nazionale abbiamo utilizzato il costo di produzione delle aziende sanitarie desunto dai conti economici degli anni 2002-2007», hanno spiegato gli autori. «All'interno del costo della produzione vengono rintracciate le voci che rilevano costi di beni e/o servizi assoggettati al regime Iva, sulla base dell'ipotesi della loro totale indebitabilità. Da ciascun conto viene scorporata l'imposta occulta sulla base dell'aliquota ipotizzata: 10% per i prodotti farmaceutici, 20% per i servizi non sanitari e per quelli di manutenzione». Così facendo si è riusciti a rintracciare un valore, il miliardo di euro, per l'appunto, che rappresenterebbe l'incidenza dell'Iva occulta sulla sanità della Penisola.

il Giornale di Napoli

Venerdì
17 Giugno 2011

IL CORTEO

«CITTADINI PENALIZZATI: BISOGNA GARANTIRE SERVIZI E ASSISTENZA»

Sanità, la Cgil in piazza contro la Regione

«Aumento dei ticket per farmaceutica e diagnostica anche alle fasce più deboli, riduzione dei servizi, blocco del turnover, mancata soluzione per il personale precario». La Cgil Campania scende in campo per dire "no" alla politica sanitaria della Giunta Caldoro. In centinaia hanno risposto all'appello: cittadini, lavoratori del comparto, persone diversamente abili, pensionati. La mobilitazione è avvenuta ieri. I manifestanti si sono radunati in mattinata a piazza del Plebiscito e poi lì si sono portati a Santa Lucia, nei pressi della sede della Giunta, dove hanno formato un presidio e tenuto un comizio. «La Giunta regionale non garantisce nessuna risposta in merito ai problemi finanziari della sanità pubblica e privata», ha reclamato il sindacato. Per Teresa Granata, responsabile regionale Cgil per le Politiche Sociali ed il Welfare «Occorre subito un tavolo istituzionale per avviare il dialogo con il Governatore Caldoro, verificare gli effetti del commissariamento, identificare gli elementi di dispersione economica. Così com'è la riforma sanitaria risulta fallimentare - ha aggiunto -, perché basata sui soli elementi economici e contabili.

In pratica si chiudono i reparti, il pronto soccorso, e molti presidi sanitari territoriali come i Sert oppure i Centri di salute mentale, senza però offrire una valida alternativa all'utenza. Non a caso - ha osservato - nei maggiori ospedali cittadini quello delle barelle è diventato un problema cronico e sempre più grave, e anche le cooperative sociali sono in grave difficoltà». Secondo la Granata a monte dei tagli ci sono le direttive del ministro dell'Economia, «che sta imponendo un rigore eccessivo e penalizzante per la Campania e per il Sud». Ma poi aggiunge: «Se da un lato si procede ad azioni di "razionalizzazione", dall'altro si fa poco o nulla per intervenire sulle sacche di privilegio. In Campania abbiamo il maggior numero di laboratori di analisi privati, e anche di centri di dialisi, mentre usufruire di quelli pubblici significa andare incontro a molti disagi. In Campania sono saltati i Lea - ha concluso -, e di recente stiamo anche ricevendo delle segnalazioni da parte dei diabetici che hanno difficoltà a reperire i presidi sanitari, perché non gli sono stati consegnati ed in farmacia non è più possibile ritirarli».

Luca Clemente

La sentenza

Corte dei conti, assolto Florio

Sabato Leo

Non sussiste, per la Corte dei conti (sezione giurisdizionale per la Campania), responsabilità amministrativo-contabile a carico del manager dell'Asl, Sergio Florio, accusato di sperpero di danaro pubblico e conseguente danno erariale in merito all'intricata vicenda dell'incarico conferito nel 1997 dalla Regione a Giuseppe Liguori, direttore amministrativo, incaricato di svolgere, inizialmente per 60 giorni, le funzioni di direttore generale in quanto più anziano del direttore sanitario in servizio. Florio è stato assolto con formula piena per la mancanza di idonei elementi di prova in ordine ai fattori costitutivi della responsabilità, azionata dalla Procura regionale contabile.

È, questa, la motivazione con cui la Corte dei conti ha mandato assolto il manager al quale, in forza del verdetto napoletano, l'Asl dovrà rimborsare anche le spese di giudizio (mille euro). La citazione in giudizio risale a maggio 2009 quando, secondo l'impianto accusatorio del pm contabile, Florio avrebbe dovuto restituire di tasca propria alle casse dell'ente sanitario 167mila euro, oltre rivalutazione monetaria



e interessi. Dopo varie pronunce della magistratura del Lavoro, per il tramite del direttore generale subentrato a Florio (Ziccardi), l'Asl a febbraio del 2004 stipulava una transazione per definire bonariamente con Liguori la vertenza giudiziaria. Secondo la Procura, Florio avrebbe agito con «evidente noncuranza e dispregio» della normativa, della convenzione stipulata con Liguori e dei verdetti della magistratura del Lavoro. Il collegio giudicante (presidente Fiorenzo Santoro, a latere Marta Tonolo e Daniela Acanfotra, relatore), con l'assistenza del segretario Francesca Cerino, ha scagionato Florio che è stato difeso dall'avvocato Claudio Preziosi. Pubblico ministero Pierpaolo Grassi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRIERE DEL MEZZOGIORNOVenerdì
17 Giugno 2011**La protesta** Cgil contro stop ai turn over e piano ospedaliero

La Sanità «dismessa» in corteo alla Regione: no all'aumento ticket Precari, pensionati e il Maresca in piazza

NAPOLI — In migliaia hanno partecipato, ieri, sfilando in corteo da Palazzo Reale alla Regione, alla mobilitazione promossa dalla Cgil Campania contro le scelte del governatore-commissario sulla Sanità.

Cittadini, lavoratori del comparto (dalle cooperative dell'alta Irpinia ai veterinari) e di altre realtà produttive (Iacrossi, Sma), disabili, pensionati, personale dei nosocomi cancellati dal piano regionale hanno protestato contro l'ulteriore aumento di ticket per farmaceutica e diagnostica anche per le fasce più deboli, una nuova riduzione dei servizi, il blocco dei turn over e in generale, contro «lo smantellamento» del sistema sanitario locale.

Tante le drammatiche realtà locali rappresentate in piazza. All'iniziativa è intervenuto anche il sindaco di Lioni, Rodolfo Salzarulo, lamentando «la devastazione del settore pubblico, dalla sanità, alla scuola, alla pubblica amministrazione, promossa dal Governo ed eseguita dalla Regione». Un lungo cahier de doléances quello gridato dai manifestanti alla giunta regionale e in particolare al commissario. «Ha scarica-

to i debiti della sanità sui più deboli», afferma Tanzi dello Spi. «È stato azzerato il fondo per le non autosufficienze», denuncia Estate della Lega per i diritti per portatori di handicap. «Faccio la volontaria forzata, non sono una dipendente, ecco cosa dico ai miei figli», lamenta invece una dipendente di un'azienda sanitaria privata da mesi senza stipendio.

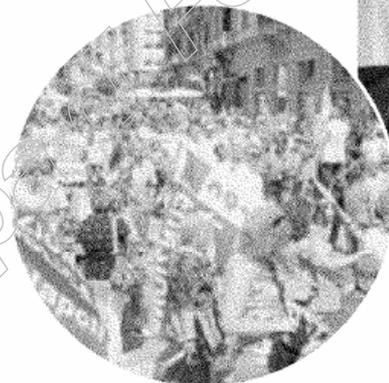
«Siamo stanchi di tavoli tecnici in cui non si conclude nulla», afferma Teresa Granato della segreteria regionale Cgil: «Il Commissariamento è un atto politico che noi contestiamo e che ha cancellato il diritto alla salute per tutti, il presidente Caldoro ci deve delle risposte». «È vero o no?» aggiunge — che c'è un progetto per lo smantellamento del sistema sanitario pubblico e che in

I sindacati

«Basta coi tavoli tecnici inutili il commissariamento sta cancellando strutture alla cieca e diritto alla salute»

Da 8 mesi dormono in ginecologia

Pina Vitiello, una delle madri che da oltre otto mesi stanno dormendo nel reparto di ginecologia del Maresca di Torre del Greco per contrastarne la chiusura, dice: «È l'unico presidio di pronto soccorso pediatrico della zona, occorre ai nostri figli»



Campania si tengono le prove generali per realizzarlo? Noi vogliamo discutere della fine del Commissariamento, abbiamo delle proposte. Crediamo che non c'è bene comune più grande della salute e che chiudere strutture, ospedali, pronto soccorso così come fatto dalla Regione senza offrire alternative e senza confronto sia contro la Costituzione».

Tra gli intervenuti, anche Carmine Cenna, ex dipendente della Iacrossi, in presidio dal primo giugno davanti alla sede della giunta regio-

nale. E Pina Vitiello, una delle madri che da oltre otto mesi stanno occupando il reparto di ginecologia dell'ospedale Maresca di Torre del Greco per contrastarne la chiusura: «È l'unico presidio di pronto soccorso pediatrico della zona», dice, «la nostra lotta è il diritto di preservare la salute dei nostri figli».

Una delegazione di manifestanti è stata ricevuta ma dall'assessore alle Politiche sociali della nuova Giunta comunale, D'Angelo, a cui sono state rappresentate «le difficoltà e

le drammatiche ricadute» del comparto sotto commissariamento. Secondo la Cgil, infine, la Regione non garantisce nessuna risposta fattiva ai problemi finanziari della sanità pubblica e privata. Alle 14.30 i vertici della Cgil hanno poi consegnato alla manager dell'ospedale Pausilipon-Santobono, Annamaria Minicucci, 10.000 euro allo scopo di contribuire all'acquisto di macchinari per i piccoli ricoverati.

R. C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Brescia. Nasce la Commissione ordinistica Medici-Farmacisti

Interpretare le recenti normative in tema di servizio farmaceutico (Legge 69 sui nuovi Servizi in farmacia), l'evoluzione dei bisogni sanitari e dei modelli assistenziali del territorio, incrementare i rapporti fra le due professioni in un'ottica di proficua collaborazione e reciproco rispetto delle competenze e dei propri ruoli a vantaggio dei cittadini. Questi gli obiettivi della commissione ordinistica Medici-Farmacisti istituita nella città lombarda.

16 GIU - Sulla scorta dell'evoluzione dell'assistenza dettata tra l'altro dalla legge sulla farmacia dei servizi, nasce la Commissione ordinistica Medici-Farmacisti di Brescia, composta da esponenti dell'Ordine dei Medici e dell'Ordine dei Farmacisti: Raffaello Mancini, presidente dell'Ordine dei Medici, Bruno Platto, Ovidio Brignoli e il professor Cesare Proto, per la componente medica, Francesco Rastrelli, presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Brescia, Alberto Ferro, Elena Albini e Clara Mottinelli per la componente farmaceutica.

Ad oggi il termine "collaborazione" è la chiave di volta per rendere possibile qualsivoglia cambiamento: medici e farmacisti si impegnano dunque a promuovere contenuti e dinamiche volti a favorire maggiore cooperazione fra i diversi attori del processo sanitario, in un'ottica d'ascolto e miglioramento dell'adesione ai percorsi diagnostico-terapeutico-sanitari e delle prestazioni a favore dei pazienti, interlocutori privilegiati al centro di un contesto aperto al cambiamento.

Ad ognuno il proprio ruolo, la propria competenza, ed a tutti la possibilità di offrire le proprie conoscenze a favore degli altri e di poterne ricevere altrettante. Questo è di fondamentale importanza, soprattutto oggi, in uno scenario globalizzato all'interno del quale medici e farmacisti non possono porsi in una posizione di autosufficienza e di indifferenza rispetto al contesto ambiente e a chi opera con essi.

Gli incontri hanno permesso ai componenti della Commissione di analizzare come il settore farmaceutico, da anni, stia evolvendo verso una sempre maggiore interazione con l'utenza.

I farmacisti della provincia di Brescia, a conferma di questa tendenza, sono impegnati nell'esercizio di una professione più moderna e più rispondente ai bisogni dei cittadini ed alle esigenze delle istituzioni. Queste nuove iniziative sposano sia i contenuti del D. Lgs. 153/2009 sulla farmacia dei servizi sia i successivi decreti attuativi dedicati alle prestazioni erogabili nelle farmacie. Tali nuovi servizi concernono l'assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti; l'aderenza terapeutica, mediante iniziative volte a garantire il corretto utilizzo dei medicinali; i servizi di primo livello, per mezzo di programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione; i servizi di secondo livello e l'analisi di prima istanza, anche avvalendosi di personale infermieristico; le prenotazioni di visite ed esami.

La forza del progetto della farmacia, centro socio-sanitario polifunzionale dei servizi, mirata a garantire la continuità

assistenziale Ospedale/Territorio ed a migliorare sempre di più la continuità terapeutica Medico/Paziente, è tale da aver immediatamente coinvolto quelli che sono i nostri partner, a cominciare dai medici e dagli operatori sanitari in generale. Il farmacista, in virtù delle conoscenze e competenze in materia farmacologica e tecnica farmaceutica, acquisite durante il percorso formativo e nell'esercizio dell'attività professionale, "mette a disposizione dei pazienti e dei colleghi il frutto delle proprie esperienze tecnico- scientifiche" (come da codice deontologico), affiancandosi, nel rispetto degli specifici ambiti di attività riconosciuti dalla legge, al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta, garantendo il corretto impiego dei farmaci da parte dei cittadini e monitorando l'efficacia della terapia prescritta.

Diventa importante che il farmacista, in collaborazione con il medico, partecipi alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio, realizzati anche a livello locale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate e,ove necessario, previa formazione dei professionisti che vi operano.

È altresì importante seguire con continuità i pazienti in certi casi, in particolare nella dispensazione dei trattamenti ai bambini più piccoli ed alle persone anziane, nell'avvio e nelle modifiche dei trattamenti cronici, nelle malattie di lunga durata ed in generale nei pazienti che presentano bisogni assistenziali complessi.

La sfida fondamentale è quella di garantire l'uso razionale dei farmaci: i pazienti devono cioè ricevere cure appropriate alle loro esigenze mediche, secondo dosi adeguate alle loro necessità individuali e con i costi più bassi per loro e per la comunità in cui vivono. Secondo le rilevazioni dell'Oms, infatti, più della metà dei pazienti non assume correttamente i farmaci prescritti.

Diventa quindi rilevante collaborare e partecipare a tutti gli interventi a favore della salute ed alla gestione dei medicinali, considerati componenti chiave di un sistema di tutela accessibile, sostenibile, disponibile ed equo, capace di assicurare l'efficacia e la sicurezza. Affinché ciò si realizzi, i ruoli del farmacista e del medico vanno ridefiniti in un'ottica di miglioramento della qualità delle prestazioni a prezzi più bassi. I professionisti devono investire sul futuro rendendosi sempre più indispensabili per il Servizio Sanitario Nazionale, che avrà, nel corso degli anni, sempre meno soldi da spendere.

Siamo di fronte ad una stewardship dell'innovazione, intesa come "la possibilità d'esprimere il nostro potenziale nel presente, lasciando uguali o migliori opportunità per le generazioni future di esprimere le proprie capacità". Si tratta quindi di combinare il "meglio del vecchio" con il "meglio del nuovo", sviluppando pratiche innovative socialmente responsabili. Occorre che la sanità italiana non continui ad essere ospedalocentrica, devono crearsi percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi condivisi sul territorio. La chiave è proprio la riforma delle cure primarie e un rafforzamento della sanità territoriale, di cui Medici e Farmacisti rappresentano uno dei soggetti fondamentali. La nascita di questa nuova sanità è una necessità imposta dalla riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, e una risposta alla crescente richiesta di prestazioni sociosanitarie dovuta all'invecchiamento della popolazione ed alla più rapida deospedalizzazione.

In tempi in cui l'accesso al farmaco è più ampio e diffuso e le dinamiche demografiche rendono sempre più esteso il fenomeno della cosiddetta "politerapia", crescono anche le esigenze ed i bisogni dell'utenza. Emerge un nuovo modo di intendere la sanità ed i suoi protagonisti, che oggi più che mai sentono la necessità di abbandonare posizioni solipsistiche a favore di una stretta collaborazione.

Il lavoro della Commissione ordinistica evidenzia come Brescia sia una provincia che "gode di buona salute". Una salute che deriva anche e soprattutto dallo sforzo delle numerose figure sanitarie che mirano a potenziare la rete di collaborazione e continuità fra ospedale-territorio, strategia vincente per autonomizzare e responsabilizzare i cittadini e snellire presidi ospedalieri. La nostra provincia riconferma la sua leadership ed una posizione avanzata a livello nazionale, una propensione ad emergere anche in questo contesto, nell'ottica di una continua ricerca di miglioramento, al fine di offrire il suo contributo professionale alla sanità ed alla società.



CAMPANIA: CALABRO', DEFICIT IN CALO

(AGI) - Napoli, 16 giu. - "Non bisogna parlare di immobilismo della sanità campana. Bisogna invece cogliere le grandi difficoltà che ci sono state in tutto quest'anno e il fatto che oggi possiamo cominciare a lavorare per programmare il futuro, con criteri aperti al futuro". A margine dell'inaugurazione all'ospedale pediatrico "Pausillipon" di Napoli della residenza 'Alma Mater' per le mamme di piccoli pazienti oncologici, Raffaele Calabro', consigliere per la Sanità del presidente della Regione Stefano Caldoro, interviene sulle accuse mosse dai sindacati sulla gestione dell'assistenza sanitaria in Campania e ribadisce: "Abbiamo ereditato un passivo enorme di oltre 5 mila miliardi di euro e recuperarli in un piano di rientro non è una cosa che si può fare in un mese e neppure in un anno. Oggi siamo con un deficit molto più modesto, circa 400 miliardi, bisogna rientrare da questo debito e lavorare alla costruzione". Calabro' sottolinea il risultato "positivo" raggiunto dall'avvio del percorso di stabilizzazione dei precari. "Tanti ospedali si lamentano delle difficoltà per la carenza del personale, è una realtà oggettiva alla quale siamo tutti molto attenti - aggiunge - e stiamo lavorando non solo per la stabilizzazione dei precari ma anche per aprire a nuove assunzioni di personale giovane che possa contribuire a cambiare la sanità". In ultimo la collaborazione in sanità tra pubblico e privato, che per il consigliere di Caldoro è oggi un meccanismo vincente, soprattutto in sanità. "Il contributo economico finanziario ma anche di partecipazione attiva a una serie di iniziative che i privati stanno avendo in questa realtà è importantissimo e ci farà uscire dalle difficoltà", conclude Calabro'.

La manovra. Il premier annuncia che il varo slitterà a dopo la verifica e il consiglio europeo del 24 giugno

Risparmi con i costi standard nei ministeri

Davide Colombo
Marco Rogari
ROMA

Costi standard anche nei ministeri e nelle amministrazioni periferiche. L'estensione ad altri settori pubblici del modello federalista per la sanità è un'ipotesi che i tecnici del ministero dell'Economia stanno valutando con attenzione in vista della stesura della manovra pluriennale da 45 miliardi. Tra le opzioni dell'ultima ora anche il blocco totale del turn over nel pubblico impiego, l'accorpamento delle Province alle prefetture, un prelievo sulle pensioni più alte e un corposo giro di vite su auto blu e voli di Stato. Il menù, dunque, si arricchisce. Per le scelte definitive il ministro Giulio Tremonti avrà a disposizione più tempo visto che il varo della manovra, insieme alla delega fiscale, slitta dal 23 giugno al

la fine di giugno, probabilmente a martedì 28.

Ad annunciare questo allungamento dei tempi è stato ieri Silvio Berlusconi alla fine del Consiglio dei ministri, che era stato preceduto da un incontro del premier con Tremonti e Umberto Bossi. «La manovra la presenteremo nei giorni immediatamente successivi alla verifica del 22 giugno, all'inizio della settimana successiva», ha detto Berlusconi aggiungendo che il via libera avverrà quindi anche dopo il Consiglio europeo del 23 e 24 giugno. A spingere per rinviare il varo del piano pluriennale di finanza pubblica sarebbe stata soprattutto la Lega.

Nel frattempo i tecnici del Tesoro continuano a lavorare alla griglia dei possibili interventi. Al momento appaiono quasi certi la soppressione di una nuova tranche di enti pubblici e strutture burocratiche (tra cui molto proba-

bilmente l'Ice), un intervento massiccio sugli acquisti di beni e servizi, in particolare quelli di comuni e regioni, e il passaggio dalla spesa storica ai costi standard nella sanità. La manovra investirà direttamente anche i ministeri e le amministrazioni periferiche: allo studio, oltre al ricorso ai costi standard, il potenziamento dei nuclei ispettivi di controllo interno e, in generale, dei meccanismi di *spending review*. In bilico l'innalzamento a 65 anni dell'età di pensionamento delle lavoratrici private (i sindacati sono contrari e il ministro Maurizio Sacconi frena) mentre il ministro Renato Brunetta torna a smentire la pro-rogna del blocco della contrattazione (tra l'altro i tendenziali di spesa non prevedono il rinnovo).

Sul pubblico impiego circola invece l'ipotesi di un'estensione, al cento per cento del blocco del turn-over, oggi limitato all'80%

delle uscite. Se confermata la misura si tradurrebbe nella cancellazione delle residue 12-13 mila assunzioni che amministrazioni centrali, agenzie, enti locali e Regioni attualmente riescono a fare ogni anno, con un risparmio di circa 720 milioni di euro. Si tratterebbe, in ogni caso, di una misura difficile da gestire sul piano politico e sindacale, esattamente come lo sarebbero i nuovi interventi sul fronte previdenziale. Oltre all'ipotesi di innalzamento graduale dell'età di pensionamento delle lavoratrici del privato, sarebbe stato messo a punto anche un nuovo parziale blocco delle rivalutazioni delle «pensioni d'oro», vale a dire quelle che superano di almeno 5 volte le minime. E una «solidarietà» che prevede un taglio di questi assegni per dare più sollievo alla pensioni povere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE NUOVE «OPZIONI»

Prelievo su pensioni ricche, stretta su auto blu, blocco totale del turn over degli statali, accorpamento province-prefetture



Costi standard

« Sono la principale novità introdotta dal federalismo fiscale. Indicano un livello di spesa efficiente e identico sull'intero territorio nazionale per assicurare l'erogazione di un determinato servizio. La legge 42 del 2009 e i relativi decreti attuativi ne hanno sancito l'introduzione per Regioni, Province e Comuni. I più importanti riguarderanno la sanità: il livello di spesa «standard» andrà fissato sulla base dei costi registrati in tre Regioni «benchmark» scelte da Governo e Conferenza unificata in una rosa di cinque. Ora si sta studiando la loro estensione ai ministeri

