

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

The logo for FederLab features the word 'Feder' in blue and 'Lab' in red. A pipette is positioned horizontally across the 'Lab' part of the logo. Below the main text is a red horizontal bar containing the text 'COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI' in white. To the right of the bar is a blue square with the word 'italia' in white.

Rassegna Stampa del 22.02.2012

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



CAMPANIA: Nodo del debito: due proposte per risanare

Le aziende sanitarie private sono al collasso e tale crisi rischia di mettere in ginocchio l'assistenza per i cittadini della nostra regione. Basti pensare che le aziende sanitarie private campane, oggi, erogano l'80 per cento circa delle prestazioni medico specialistiche di diagnosi e cura.

Bisogna intervenire subito, per dare risposte concrete ai cittadini ma anche per evitare una ulteriore crisi lavorativa che già oggi fa registrare percentuali elevate di disoccupazione, soprattutto tra i più giovani.

La Campania spende ogni anno per la sanità quasi 10 miliardi di euro l'anno, pari all'80 per cento della spesa complessiva regionale. Quindi basta dare solo questo parametro di riferimento per capire quanto sia nevralgico per l'economia dell'intera Regione mantenere in perfetta salute il sistema ed evitare pericolose crisi.

Le principali criticità del settore che condizionano la corretta gestione delle aziende sono molteplici ma ne individuiamo le principali. La prima è la mancanza di programmazione del sistema sanitario, con eccessiva centralità regionale che determina assenza di autonomia delle Asl territoriali.

Il secondo problema riguarda il sistema dei mancati o eccessivi ritardi nei pagamenti della pubblica amministrazione che causa l'assenza di liquidità ed i conseguenti problemi finanziari che paralizzano l'intero sistema.

È da approfondire soprattutto questo aspetto: la Campania è tra le prime tre Regioni d'Italia per ritardi nei pagamenti per le strutture sanitarie, accumulando un ritardo anche di 700 giorni, soprattutto in determinate Asl. L'immediata conseguenza è la paralisi sia per le aziende sanitarie sia per le aziende del cosiddetto indotto. Questa crisi agevola eventuali manovre speculative da parte del sistema bancario e finanziario.

Difatti le aziende del settore per far fronte ai propri impegni hanno fatto sempre più ricorso al finanziamento verso terzi ovvero indebitandosi verso le società finanziarie, con cessioni di crediti e/ anticipi su fatture, pagando tassi di interesse elevatissimi e per alcune circostanze ai limiti dell'usura. Ma anche il sistema creditizio ha messo un freno anzi ha quasi completamente sospeso qualsiasi operazione di finanziamento verso il sistema sanitario della nostra regione. Cosa fare? Subito bisogna agire e la pubblica amministrazione deve assumersi serie responsabilità.

La prima proposta: attivare il fondo pubblico di garanzia.

La seconda proposta: compensazione tra crediti e debiti che le aziende sanitarie private hanno verso lo stato.



Ripiano del debito, via alle transazioni

DI REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 21 FEBBRAIO 2012

Ripiano del debito: dopo la Asl di Salerno tutte le Asl della Campania stanno procedendo, negli ultimi giorni, alla stipula di accordi quadro transattivi per il ripiano del debito storico. Manovre condotte con il via libera delle Asl senza passare per le tagliole del decreto commissariale n. 12 del febbraio del 2011 al palo da un anno per una sostanziale inapplicabilità.

I pignoramenti, infatti, (nonostante il blocco per legge delle azioni di recupero forzoso del credito) hanno l'effetto di paralizzare tutti i pagamenti per cassa della Asl (anche quelli relativi alla spesa corrente) in quanto bloccano non solo la quota capitale ma anche il 50 per cento della quota pignorata per la copertura di spese legali e interessi di mora. Gli accordi siglati a Salerno, Napoli 2, Napoli 3, e Avellino, a fronte della rinuncia agli interessi legali e di mora su decreti ingiuntivi già approdati alla fase finale di riscossione del credito riconoscono un pagamento cash che dà notevoli benefici alla tenuta finanziaria dell'impresa e per questo accolti con favore dalle associazioni di categoria. Gli accordi proposti in sede regionale, infatti, avrebbero comportato la totale rinuncia a crediti già esigibili per discutere nuovamente nel merito la legittimità dei titoli (ad esempio pagamenti oltre le com, capacità operativa massima ovvero rese oltre i tetti di spesa fissati). Ma tutta la questione si avvita attorno a nodi giuridici di difficile risoluzione nel breve termine. Molte pretese di illegittimità delle prestazioni, relativamente ai tetti di spesa, ad esempio, non tengono conto del fatto che i tetti applicati dalla Regione negli anni sono stati applicati a valle di prestazioni già rese e dunque illegittimi come più volte sancito dalla giurisprudenza di merito. Di più: i giudizi del Tar o della magistratura ordinaria per la riscossione coatta difficilmente possono essere messi in discussione. Intanto, proprio sul nodo del debito, si registrano le dimissioni del sub commissario Achille Coppola



Centri ex convenzionati, accreditamenti: indietro tutta

DI ETTORE MAUTONE – MARTEDÌ 21 FEBBRAIO 2012

Il governo impugna la legge regionale varata a dicembre scorso. Freno tirato all'iter in corso: bloccato il decreto attuativo. La Regione pronta a portare in Aula una nuova norma quadro

Accreditamenti, punto e a capo: con l'impugnativa, da parte della presidenza del Consiglio dei ministri – della legge regionale n. 23 del 14 dicembre scorso – che rileva estremi di incostituzionalità nella norma varata a fine dello scorso anno da Palazzo Santa Lucia, subisce un nuovo stop il tormentato iter per il passaggio dei centri sanitari privati – ex convenzionati – al definitivo accreditamento con il Servizio sanitario regionale. Una tela di Penelope, quella degli accreditamenti, che dura da oltre dieci anni e che sottende il destino di centinaia di strutture sanitarie e di migliaia di camici bianchi tra medici, infermieri e personale tecnico-amministrativo impiegato nelle strutture sanitarie private della Campania.

NODO INTRICATO

Con l'aggravante che, per ora, nessuno è in grado di capire quali siano le strade giuridicamente percorribili per rimettere in rotta il procedimento amministrativo ora in stallo. E con un pregiudizio anche sul fronte dello sblocco dei fondi di affiancamento che proprio negli accreditamenti vedono uno dei pilastri su cui si erge l'edificio del Piano di rientro dal debito e il conseguente sblocco dei fondi di affiancamento (circa 480 mln attesi ancora all'incasso a valere sul 2009 e 2010 e 2 mld in totale). Da quanto apprendiamo il commissario ad acta Stefano Caldoro è pronto ad esercitare i suoi poteri e varare una nuova legge che rispetti i dettami indicati dal governo.

TUTTO BLOCCATO

Il freno del governo, infatti, viene tirato alla vigilia della pubblicazione sul Burc del decreto attuativo della norma regionale: data che avrebbe dovuto segnare l'apertura della finestra temporale (venti giorni in tutto) disponibili per presentare le istanze alla piattaforma informatica allestita della Soresa.

Il nuovo testo dovrebbe innanzitutto prevedere regole sia per il settore pubblico sia per quello privato. Poi procedere ad una fotografia dell'attuale situazione coordinando le norme con le disponibilità della finanza pubblica escludendo a priori, nella prima fase, nuovi accreditamenti ad esempio per Rsa e Hospice che andrebbero ad aggravare il peso finanziario del servizio sanitario regionale.

I PUNTI CONTESTATI

Quindi si tratta di elidere il passaggio della legge impugnata che prevede una presa d'atto, per decreto regionale, dell'avvenuto accreditamento prima che siano stati esperiti i controlli sulla legittimità del titolo. L'azione di Palazzo Santa Lucia è, comunque, facilitata dalla circostanza che il governatore Stefano Caldoro ha già provveduto a sospendere per decreto due commi della legge su sei contestati: ossia la possibilità di estendere all'intera area socio-sanitaria gli accreditamenti delle strutture di Fisiokinesiterapia (un'area sanitaria diversa e più ampia rispetto a quella per la quale era stata rilasciatoo l'accreditamento provvisorio) e garantire l'accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie di territori corrispondenti alle comunità montane anche ai centri in possesso del solo titolo autorizzativo.

Gli altri profili riguardano appunto gli accreditamenti degli Hospice, quelli delle Rsa e la tempistica per la definizione delle procedure di accreditamento. Tale disposizione regionale si pone in contrasto con l'articolo 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, entro il 31 dicembre 2010.



Migliaia di ricorsi e bilanci oscuri: la cura del commissario per le casse dell'Asl

DI REDAZIONE IL DENARO – MARTEDÌ 21 FEBBRAIO 2012

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.

IL PROCESSO DI RISANAMENTO

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.



Prestazioni senza accreditamento: se l'Asl paga c'è danno erariale

DI SERGIO CANZANELLA – MARTEDÌ 21 FEBBRAIO 2012

Determina danno erariale il pagamento delle prestazioni rese all'utenza da una struttura privata non accreditata con il Ssn.

Con sentenza n. 205 del 2011 i giudici contabili della Corte dei Conti per il Friuli Venezia Giulia, hanno condannato il Direttore generale di una Asl a risarcire la somma di € 500 mila. La sentenza riveste particolare interesse anche per la Regione Campania nella parte in cui si sofferma su natura e funzione dell'accreditamento (cfr. art. 8 quater D.L. vo n. 502/92 e s.m. ed integrazioni), finalizzato a creare le migliori condizioni concorrenziali tra strutture pubbliche e private per tutelare al meglio il diritto alla salute dei cittadini. L'obiettivo di garantire prestazioni di elevata professionalità agli utenti che optano per il privato spiega l'interesse della Regione e delle Asl a verificare il mantenimento del livello delle dotazioni delle strutture private accreditate, le quali, a loro volta, conseguono il valore aggiunto del riconoscimento della loro efficienza e competenza. Al direttore generale dell'Asl spetta il compito di verificare che i rapporti con le strutture private siano in regola con le norme sanitarie in materia di accreditamento, in considerazione dei poteri gestionali e di controllo della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate dall'azienda a cui deve garantire imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa. Sotto il profilo soggettivo, la Corte dei Conti ha ravvisato la colpa del Direttore generale perché non si era curato di verificare l'inesistenza dell'accreditamento e di sospendere l'erogazione dei rimborsi economici. L'articolo 8 comma 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992 prevede una serie di requisiti delle strutture sanitarie private per poter offrire alla collettività l'erogazione di prestazioni mediche in alternativa alle strutture pubbliche. I centri privati devono quindi essere dotati di requisiti tecnologici, strutturali, professionali ed organizzativi minimi prestabiliti da apposito atto. La finalità è senza dubbio quella di assicurare le migliori condizioni concorrenziali tra le strutture pubbliche e quelle private in un'ottica di garanzia nei confronti dell'utenza e della tutela del fondamentale diritto alla salute dei cittadini (art. 32 Cost.). L'atto d'indirizzo e di coordinamento per le procedure ed i requisiti dell'accreditamento è stato definitivamente adottato dalla Regione Campania e prevede che le strutture che erogano prestazioni di assistenza devono necessariamente rispettare gli standard di qualità stabiliti; inoltre, devono tener conto del fatto che l'accreditamento sia funzionale alle scelte della programmazione regionale e che la concorrenza tra strutture pubbliche e private vada a vantaggio della qualità del servizio e che detto riconoscimento sia improntato all'uguaglianza di diritti e doveri.

quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

Canone Rai. Viale Mazzini: “Nessun canone sui computer”

Una nota di Viale Mazzini interviene nella [polemica](#) sul canone dovuto da medici e farmacisti per il possesso del computer precisando che si tratta "esclusivamente del canone speciale dovuto da imprese, società ed enti nel caso in cui i computer siano utilizzati come televisori".

21 FEB - “La Rai non ha mai richiesto il pagamento del canone per il mero possesso di un personal computer collegato alla rete, i tablet e gli smartphone”. È quanto si legge in una nota diffusa oggi da Viale Mazzini, dopo un incontro tra i rappresentanti della tv di Stato e i rappresentanti del ministero dello Sviluppo Economico per fare chiarezza sulla polemica esplosa nei giorni scorsi rispetto alla richiesta di pagamento del canone Rai su i computer denunciata da professionisti e imprenditori.

A denunciarlo erano stati nei giorni scorsi medici e veterinari, e oggi anche Federfarma aveva fatto sapere che nelle farmacie stavano iniziando ad arrivare i bollettini con la richiesta di pagamento. Dalla Rai, però, si precisa che “la lettera inviata dalla Direzione Abbonamenti Rai si riferisce esclusivamente al canone speciale dovuto da imprese, società ed enti nel caso in cui i computer siano utilizzati come televisori (digital signage)” e quindi “a un'utilizzazione molto specifica del computer”. “Fermo restando – aggiunge la Rai - che il canone speciale non va corrisposto nel caso in cui tali imprese, società ed enti abbiano già provveduto al pagamento per il possesso di uno o più televisori”.

La Rai sottolinea inoltre che questo campo di applicazione del tributo ad una utilizzazione molto specifica del computer è limitato anche “rispetto a quanto previsto in altri Paesi europei per i loro broadcaster (BBC...), che nella richiesta del canone hanno inserito tra gli apparecchi atti o adattabili alla ricezione radiotelevisiva, oltre alla televisione, il possesso dei computer collegati alla Rete, i tablet e gli smartphone”.

Si ribadisce quindi che “in Italia il canone ordinario deve essere pagato solo per il possesso di un televisore”.

Il Sole **24 ORE**

Sanità

Assobiomedica: 4,4 anni per incassare una fattura a Napoli

di Roberto Turno (da Il Sole-24 Ore)

È la Asl del centro di Napoli la reginetta del "non pagherò i debiti" del 2011: ha lasciato in attesa i suoi fornitori di tecnologie biomediche per 4 anni, 4 mesi e 15 giorni. A contarli tutti di fila, quasi si perde il conto: ben 1.596 giorni prima che l'azienda fornitrice sia riuscita a passare all'incasso. L'ospedale San Sebastiano di Caserta ha fatto solo appena meno peggio: 1.443 giorni. E ancora a Napoli l'ospedale Federico II ha conquistato la terza peggiore piazza d'Italia: 1.435 giorni di fatture congelate nei cassetti.

Risultati da brividi per i privati che con le loro attrezzature - dalle siringhe alle Tac - fanno letteralmente marciare la macchina della sanità pubblica. E ancora più incomprensibili se paragonati con i record da ottimi pagatori che intanto nel 2011 hanno conquistato altre Asl e ospedali italiani: la Asl 3 dell'alto Friuli ha rimborsato in 61 giorni, la Asl 4 di Udine in 67, l'ospedale Bolognini di Seriate (Bergamo) in 85. Roba che neppure in Germania ce la fanno.

Regione e Asl che vai, tempi di pagamento che trovi per i fornitori della sanità pubblica. E intanto la aziende di Assobiomedica già strangolate dal credit crunch, soprattutto quelle di piccola e media dimensione, falliscono o lasciano il campo in Italia, con tanto di perdita di posti di lavoro. Una condizione che riguarda l'intero universo delle imprese che lavorano col servizio sanitario pubblico: dai farmaci al tessile, dai servizi sanitari a quelli non sanitari. Decine di miliardi l'anno imbrigliati in crediti impossibili: secondo uno studio di Prometeia, mentre in Italia le aziende farmaceutiche riscuotono le fatture in media dopo 270 giorni, in Germania i loro crediti sono stati intanto rimborsati già quattro volte. Un altro pesante spread creditizio che ci distanzia dai tedeschi.

Intanto le aziende biomediche riunite in Assobiomedica sono riuscite ad elaborare la classifica dei tempi lumaca di pagamento quasi per ogni struttura sanitaria pubblica. Anche se il fenomeno, come ha ricordato di recente Assosistema (servizi tessili e medici), va affermandosi sempre di più anche con le cliniche private, verso le quali le azioni cautelari sono per legge meno efficaci rispetto a quelle possibili nei confronti della sanità pubblica.

Classifica impietosa, quella di fine 2011 di Assobiomedica. Con tempi medi nazionali di rimborso che hanno toccato quota 307 giorni. Che però sono 974 in Calabria, 903 in Molise, 795 in Campania e 396 nel Lazio. Guarda a caso, tutte regioni con la sanità commissariata e con un sospeso verso i fornitori privati che vale cumulativamente 2,15 miliardi su 5,4 miliardi di debiti totali da rimborsare a livello nazionale. La Campania da sola ha uno scoperto di 932 milioni, il Lazio di 690,7, la Calabria di 459 che pesano come un macigno per la sua economia, come del resto il Molise con 114,3 milioni di debiti in sospeso.

Tutto il Sud, a cominciare dalle regioni sotto piano di rientro dai deficit, è in coda alla classifica. E andrebbe anche peggio se di 81 tra Asl e ospedali a dicembre fosse stato possibile conoscere i dati dei ritardati pagamenti. Manca tutta la Sicilia, ad esempio, ma non solo. E alcune strutture che a ottobre erano le peggiori, come l'azienda sanitaria di Crotona: nell'ottobre scorso pagava in 1.582 giorni, a dicembre non è dato sapere. Chissà che non paghi anche più tardi, se è vero che in soli due mesi le tre peggiori pagatrici 2011 di Napoli e Caserta hanno aumentato il loro ritardo di 30 giorni.

PATTO E RIPARTO**Risorse 2012, scontro finale***Il ministro: prove di deprivazione - Il Veneto dice no*

È subito scontro alla vigilia del confronto di questa settimana sul riparto del Fondo sanitario 2012 e sul Patto della salute. Ad accendere la miccia è il ministro della Salute, Renato Balduzzi, che apre all'indice di deprivazione: «Si può fare qual-

che piccola sperimentazione», ha detto. Immediata la reazione del Veneto che ha ribadito la sua netta contrarietà: «Piuttosto sperimentiamo i costi standard», ha detto il governatore Zaia.

A PAG. 9

Riprende in settimana il confronto su patto e Fondo 2012: è subito scontro sulle risorse

Riparto, test di deprivazione

Balduzzi: «Sì a piccole sperimentazioni» - Veneto: «Siamo contrari»

Si apre un piccolo spiraglio nel muro granitico del riparto del Fondo sanitario 2012. Ad aprirlo è il ministro della Salute, Renato Balduzzi, che alla vigilia di una settimana di fuoco per la Sanità - mercoledì e giovedì sul tavolo delle Regioni ci saranno il nuovo patto della salute e proprio il riparto 2012 - lancia un sasso nello stagno che rischia subito di provocare una piccola tempesta: «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». Per Balduzzi «si possono tenere insieme rigore ed equità in un tempo di risorse limitate. Dobbiamo solo verificare come», ha aggiunto il ministro durante un convegno organizzato a Napoli la scorsa settimana sul Patto della salute. Parole, queste, che hanno scatenato l'immediata reazione del Veneto che prima con l'assessore alla Salute, Luca Coletto, e poi con il presidente Luca Zaia hanno ribadito il loro netto no all'introduzione dell'indice di deprivazione, il criterio cioè che prende in considerazione - oltre all'età e alla popolazione - anche le condizioni socio-economiche peggiori delle Regioni del Sud.

«Siamo fermamente contrari a questo come a ogni altro criterio che non si basi su elementi oggettivi e indiscutibilmente collegati ai bisogni di salute dei cittadini, alla realtà epidemiologica, demografica e organizzativa», ha spiegato Coletto. «Prima

di sperimentare la deprivazione - ha insistito l'assessore veneto -, si sperimentino i criteri e i costi standard. Per questo il Veneto è già pronto e disponibile». Sulla stessa scia il governatore Luca Zaia che boccia le «invenzioni barocche e scialacquatrici come la deprivazione». «Piuttosto se si vuol davvero fare il bene della Sanità - aggiunge Zaia in coro con il suo assessore -, si applichino i costi standard, i cui fondamenti sono di fatto alla base dei risultati di gestione ottenuti in Veneto».

A fianco del ministro si schiera ovviamente il presidente della Campania Stefano Caldoro che parla di «grande apertura». «Il ministro ci ha dato ragione sui parametri di riparto del fondo sanitario che penalizzano il Sud - ha detto Caldoro -, è chiaro che il ministro è stato prudente perché dobbiamo essere tutti d'accordo, però dire che si può sperimentare è il primo grande segnale perché vuol dire che quelle battaglie, che abbiamo posto da quando ci siamo insediati noi al tavolo sono condivise, giuste, eque per i cittadini». È d'accordo con il suo presidente Raffaele Calabrò, delegato alla Sanità per la Campania e strenuo difensore della deprivazione: «Abbiamo ottenuto che nell'ambito delle riunioni degli assessori alla Salute riguardanti il patto si passi da una visione economicistica a una visione che punti finalmente sulla qualità dell'assistenza sanitaria». Nella battaglia del riparto non ci sono in gioco solo i 108 miliardi del Fondo di quest'anno, ma molto

di più. Il destino del riparto è legato, infatti, a doppio filo con il difficile confronto sul nuovo Patto della salute che dovrà decidere come impiegare le risorse fino al 2015. In più il 2012 è un anno di transizione cruciale per traghettare il Ssn verso i costi standard del federalismo che dovrebbero scattare dal 2013. Costi standard che saranno costruiti in base alle performance sui conti regionali di quest'anno. E quindi anche in base alle risorse che ogni Regione avrà a disposizione. Insomma la partita vale quasi un campionato. Per questo i prossimi incontri saranno sicuramente molto tesi.

L'agenda prevede che la Conferenza delle Regioni si riunisca in seduta straordinaria mercoledì 22 al termine delle Conferenze Unificate e Stato-Regioni (previste per le 15.30 e le 16). E poi per giovedì 23 alle ore 10, quando i lavori proseguiranno per l'intera giornata. È quasi sicuro però che le due giornate non basteranno per mettere tutti quanti d'accordo.

Marzio Bartoloni

LE PROSPETTIVE

Struttura commissariale per ridurre i costi in arrivo i primi tagli

di Marina Marinucci

L'AQUILA. Snellimento della governance, da attuare entro metà marzo, nell'ottica di un contenimento dei costi ma anche di una maggiore funzionalità della "macchina" per la ricostruzione. Quindi — dopo le elezioni amministrative — la fine del commissariamento e il passaggio delle consegne agli enti locali. Una fase, questa, ancora tutta da definire, tanto che lo stesso ministro **Fabrizio Barca**, al termine degli incontri avuti lunedì con il commissario **Gianni Chiodi** e i sindaci del cratere, ha parlato della necessità di costruire un percorso. Nulla ancora di definito, perché il ministro Barca — "inviato speciale" all'Aquila — per seguire la ricostruzione — ha chiarito che le decisioni andranno prese dopo aver attentamente esaminato le cose già fatte e le criticità che hanno frenato l'avvio della ricostruzione pesante.

Ma, parlando di sfoltimento della struttura commissariale, tra i possibili scenari c'è sicuramente quello, proposto dallo stesso Chiodi, della fusione tra la Struttura di gestione per l'emergenza e la Struttura tecnica di missione capitanata dall'architetto **Gaetano Fontana**, di cui il sindaco dell'Aquila **Massimo Cialente** ha da tempo chiesto il "licenziamento". Fontana, però, resterà al suo posto per poter completare l'esame dei piani di ricostruzione. Chi invece è in "odore" di fine mandato è il vice commissario per i beni culturali **Luciano Marchetti**. Nell'operazione snellimento rientrerà, infatti, anche la risoluzione del conflitto — dovuto essenzialmente alla sovrapposizione di ruoli — tra la struttura del vice commissario e la Soprintendenza. E dovrebbe andar via pure il vi-

ce commissario per l'emergenza **Antonio Cicchetti**. La filiera (Fintecna, Cineas, Reluis), che ha il compito di esaminare le pratiche relative alla ricostruzione (sia dal punto di vista tecnico che economico), continuerà ad operare — con alcuni aggiustamenti — anche oltre la data del 30 aprile per l'esame dei progetti (quelli delle case E della periferia) presentati dopo il 31 agosto scorso. Un supporto tecnico che, per quel che riguarda i Comuni omogenei, sarà affidato ad uffici territoriali.

«I compiti della struttura commissariale sono in via di esaurimento» ha chiarito Chiodi: «Una volta arrivati alle intese sui piani di ricostruzione e al completamento dell'esame delle pratiche, il nostro lavoro potrà dirsi concluso. Per i Comuni delle aree omogenee ho già dato il mio assenso alla creazione di uffici territoriali che svolgeranno azione di supporto e che serviranno ad utilizzare al meglio risorse e mezzi. Ciò che resterà da fare è l'azione di monitoraggio, controllo e programmazione. Un compito che sarà svolto dalla Regione. In quanto alla rendicontazione delle spese per la ricostruzione, dovrà essere il Governo a decidere come esercitare questo controllo. La Regione è disponibile a farlo, ma dovrà essere Roma a dare l'input. Nell'incontro con il ministro ho tracciato un atterraggio morbido per consentire il completamento delle cose in corso d'opera. E voglio aggiungere», ha concluso Chiodi auspicando un clima più sereno, «che non entrerà nelle scelte qualitative dei piani di ricostruzione, a cui si è arrivati a fatica. A me interessa solo l'aspetto della legalità».

Dal canto suo, il sindaco Cialente ha ribadito di aver già tra-

smesso al ministro Barca tutti i dati utili per eliminare ciò che non serve e per arrivare presto allo smantellamento della struttura commissariale. «Vogliamo avere voce in capitolo sulla filiera e un iter rapido — i tempi non dovranno slittare oltre il 15 aprile — per l'approvazione dei piani di ricostruzione. Noi stiamo già avviando gli incontri con i cittadini. Fontana dica cosa c'è che non va nel piano di Onna o in quelli presentati già da tempo. Se ci sono problemi relativi alla spesa bene, ma la Struttura tecnica non può entrare nel merito delle scelte adottate dai Comuni per la ricostruzione dei centri storici. Il governo ha compreso e finalmente è arrivato lo stop al commissariamento».

Per l'assessore alla ricostruzione **Pietro Di Stefano**, «finora l'unica cosa certa è che si è preso atto del fallimento della gestione commissariale. Si è parlato di sfolire la struttura? Bene, ma aspettiamo di capire come ciò sarà fatto. In quanto ai piani di ricostruzione, la griglia che fissa i criteri servirà per uscire dalla "trappola"».

Più prudente, sui tempi del passaggio delle consegne, il sindaco di Rocca di Mezzo **Emilio Nusca**. «Senza l'approvazione di una legge sarà difficile pensare a un passaggio del testimone. Sarebbe come fare un salto nel buio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



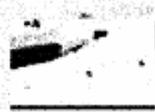
I LAVORI POST-TERREMOTO

COME POTREBBE CAMBIARE LA GOVERNANCE

SI TRATTA DI IPOTESI



ENTRO IL 15 MARZO: snellimento della struttura commissariale con unificazione di Sge e SIm. Potrebbero lasciare Antonio Cicchetti oggi a capo della struttura per l'emergenza (oltre 200.000 euro l'anno pagati a fatture trimestrali) o Luciano Marchetti (nei documenti pubblicati sul sito del commissario non c'è traccia del suo compenso annuo) che sarebbe un modo anche per sanare lo scontro fra Marchetti e le soprintendenze



DOPO IL 30 GIUGNO: Il governo passa i poteri ai sindaci (quello dell'Aquila e degli altri piccoli comuni che si sono già organizzati per aree omogenee). Il ministero della coesione territoriale e quello del Tesoro avranno compiti di coordinamento e controllo della spesa. Ogni Comune o area omogenea dovrà dotarsi di uffici per l'accettazione delle pratiche. Il controllo dei progetti potrebbe ancora restare in capo alla filiera (Fintecna, Retikss e Cinesa) che potrebbe affiancare i Comuni



Resterebbe l'architetto Gaetano Fontana della SIm (stipendio di circa 180.000 euro lordi l'anno) capo della struttura tecnica di missione per l'Intesa sui piani di ricostruzione



NORMATIVA: il cambio di governance significa anche una normativa in grado di accompagnare i processi decisionali e questo potrebbe accelerare l'approvazione in parlamento della legge per L'Aquila



LA REGIONE: potrebbe avere un ruolo di monitoraggio e coordinamento di interventi che coinvolgono più Comuni

REPORT

sulla situazione della
popolazione post-sisma
al 26 luglio 2011



TOTALE PERSONE
ASSISTITE
33.864



SOLUZIONE ALLOGGIATIVA	COMUNE DELL'AQUILA	ALTRI COMUNI DEL CRATERE
Progetto C.A.S.E.	13.018	0
MAP moduli abitativi provvisori	2.797	4.409
Affitti fondo immobiliare	729	0
Affitti concordati con DPC	561	305
Altre strutture comunali	0	42
Totale persone all'oggiato	17.105	4.756

Contributo di autonoma sistemazione	9.814	1.774
Beneficiari contributo autonoma sistemaz.	11.588	

STRUTTURE RICETTIVE	RESIDENTI L'AQUILA	RES. ALTRI COM. CRAT.
Provincia dell'Aquila	151	51
Provincia di Teramo	2	9
Provincia di Chieti	5	2
Provincia di Pescara	4	32
Totale persone in Abruzzo	162	94

Totale persone fuori regione 14

Strutture di permanenza temporanea	
L'Aquila-Caserma Guardia di Finanza	145
Totale persone in strutture perm. temporanea	415

I dati, ad oggi, sono relativi al Comune dell'Aquila e agli altri 56 comuni del cratere



Niente Iva sulle prestazioni sanitarie in farmacia

Agenzia delle Entrate - Direzione centrale normativa

Risoluzione del 20 dicembre 2011 n. 128

OGGETTO: Consulenza giuridica - Applicabilità dell'esenzione Iva alle prestazioni sanitarie rese dalle farmacie - Articolo 10, n. 18), del Dpr 26 ottobre 1972 n. 633

Con la richiesta di consulenza giuridica specificata in oggetto, concernente l'interpretazione dell'art. 10, n. 18), del Dpr 26 ottobre 1972, n. 633, è stato esposto il seguente

Quesito

Alfa chiede di conoscere se le prestazioni rese dalle farmacie, consistenti nella messa a disposizione di operatori socio-sanitari, infermieri e fisioterapisti per lo svolgimento di specifiche prestazioni professionali, siano riconducibili nell'ambito applicativo dell'esenzione dall'Iva di cui all'art. 10, n. 18), del Dpr 26 ottobre 1972, n. 633. In particolare, con il decreto legislativo del 3 ottobre 2009, n. 153, emanato in attuazione della delega contenuta nell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, il Governo ha definito i nuovi servizi erogabili dalle farmacie nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Tale normativa prevede l'erogazione in farmacia di nuovi servizi ad alta valenza socio-sanitaria, quali: la partecipazione all'Assistenza domiciliare integrata (Adi) e la presa in carico di particolari pazienti cronici, la realizzazione di iniziative per il corretto uso del farmaco, la partecipazione a programmi di educazione sanitaria e prevenzione, l'effettuazione di autoanalisi di prima istanza, le prenotazioni di visite ed esami (Cup).

Il ministro della Salute ha successivamente emanato tre decreti attuativi sui nuovi servizi, pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale, riguardanti le autoanalisi di prima istanza, la presenza in farmacia di altri operatori sanitari e la prenotazione per via telematica di prestazioni ambulatoriali. In esecuzione di uno di tali provvedimenti, alcune Organizzazioni territoriali aderenti ad Alfa stanno sottoscrivendo con strutture rappresentative delle professioni sanitarie, quali infermieri e fisioterapisti, contratti di mandato con rappresentanza, al fine di consentire agli utenti delle farmacie di poter accedere alle prestazioni rese da tali professionisti sanitari.

Con documentazione inviata a integrazione della richiesta di consulenza giuridica in oggetto, Alfa ha precisato che, nella fattispecie descritta, il soggetto al quale verrebbe affidato il mandato di svolgere i nuovi servizi ad alta valenza socio-sanitaria, in nome e per conto delle farmacie aderenti, è una struttura societaria eventualmente organizzata anche in forma di società cooperativa.

Pertanto, il cittadino utente si rivolgerebbe alla farmacia per ottenere la prestazione dei servizi sanitari e la farmacia svolgerebbe direttamente il servizio, avvalendosi delle richia-

mate strutture societarie che effettuano l'attività richiesta per il tramite di propri professionisti sanitari.

Soluzione interpretativa prospettata dall'istante

Ad avviso dell'istante, il rapporto tra le farmacie e la struttura cui fanno capo tali professionisti sanitari si configura come un rapporto tecnico strumentale, all'interno di un'unica prestazione principale rivolta al cittadino-utente in regime di esenzione dall'Iva, ai sensi dell'art. 10, n. 18), del Dpr n. 633/1972.

Parere dell'agenzia delle entrate

L'art. 10, n. 18), del Dpr n. 633/1972 esenta dall'Iva «le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con Rd 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, ovvero individuate con decreto del Ministero della sanità, di concerto con il Ministro delle finanze». L'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie stabilisce, al primo comma, che «è soggetto a vigilanza l'esercizio della medicina e chirurgia, della farmacia e delle professioni sanitarie ausiliarie di levatrice, assistente sanitaria visitatrice e infermiera diplomata».

Ai sensi dell'art. 1 del decreto interministeriale del 17 maggio 2002 sono esenti dall'Iva le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona, oltre che dagli esercenti una professione sanitaria o un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie indicate all'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie, dagli operatori abilitati all'esercizio delle professioni elencate nel decreto ministeriale 29 marzo 2001. Quest'ultimo decreto prevede, all'art. 3, la fattispecie delle "professioni sanitarie riabilitative", tra le quali è inclusa la figura del "fisioterapista", e, all'art. 5, la fattispecie delle "professioni tecniche della prevenzione", tra le quali è inclusa la figura dell'"assistente sanitario".

Come emerge da una prassi ministeriale consolidata (vedi Risoluzione del 27/12/1989 n. 550555, Risoluzione del 28/05/2003, n. 119, Risoluzione del 16 marzo 2004, n. 39, Risoluzione del 20/08/2010, n. 87) e dalla giurisprudenza della Corte di giustizia della Comunità europea (vedi sentenza n. C141/00 del 10 settembre 2002), l'applicazione dell'esenzione Iva alle prestazioni sanitarie deve essere valutata in relazione alla natura delle prestazioni fornite, riconducibili

nell'ambito della diagnosi, cura e riabilitazione, e in relazione ai soggetti prestatori, i quali devono essere abilitati all'esercizio della professione, a prescindere dalla forma giuridica che riveste il soggetto che le rende. A tal riguardo, come sottolineato nella sentenza sopra citata, «il principio di neutralità fiscale osta in particolare a che operatori economici che effettuano le stesse operazioni subiscano un trattamento differenziato in materia di riscossione dell'Iva. Ne deriva che tale principio sarebbe infranto ove la possibilità di invocare l'esenzione prevista per le prestazioni mediche effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche dipendesse dalla forma giuridica mediante la quale il soggetto passivo svolge la propria attività». L'art. 10, n. 18), del Dpr n. 633/1972 subordina, pertanto, l'esenzione esclusivamente alla natura della prestazione e alla qualifica professionale del prestatore, non richiedendo, invece, una particolare forma giuridica del soggetto passivo che fornisce la prestazione.

Ciò premesso, con riferimento al caso in esame, si osserva preliminarmente che il decreto legislativo del 3 ottobre 2009, n. 153, in attuazione della delega contenuta nell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, ha disciplinato i nuovi servizi erogabili dalle farmacie nell'ambito del servizio sanitario nazionale. In particolare, l'art. 1, comma 2, lettera a), punto 4), del decreto ha previsto, tra i nuovi compiti delle farmacie, «la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta».

Dall'analisi della disciplina di riferimento si evince che le prestazioni professionali in questione, purché oggettivamente riconducibili alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione della persona e in quanto materialmente rese da soggetti (infermieri, fisioterapisti, operatori socio-sanitari) sottoposti a vigilanza ai sensi dell'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie

ovvero individuati dal decreto interministeriale del 17 maggio 2002, presentano i requisiti per ricadere nell'ambito di applicazione dell'art. 10, n. 18), del Dpr n. 633/1972.

Pertanto, sia le prestazioni effettuate dai professionisti sanitari nei confronti della farmacia sia le prestazioni effettuate dalla farmacia nei confronti del cliente/paziente saranno esenti dall'Iva.

Stante il carattere oggettivo delle norme richiamate, le medesime conclusioni devono ritenersi valide anche nel caso in cui la farmacia, così come prospettato, si avvalga, per la prestazione dei servizi sanitari nei confronti del cliente-paziente, di una struttura societaria, eventualmente organizzata in forma di società cooperativa, che effettua le prestazioni tramite propri professionisti sanitari. Si richiama in proposito quanto precisato, in relazione a una fattispecie analoga, nella sopra citata Risoluzione del 28 maggio 2003, n. 119.

In particolare, tale documento di prassi prende in considerazione l'ipotesi in cui una Ausl, titolare di prestazioni sanitarie di riabilitazione domiciliari e ambulatoriali, eroga tale servizio avvalendosi, quale ente strumentale, di una società per azioni. Quest'ultima effettua dette prestazioni di servizi attraverso i propri soci (società cooperative), i quali realizzano le prestazioni impiegando il proprio personale dipendente costituito da operatori qualificati.

Con riferimento a tale caso, l'Agenzia delle Entrate ha ritenuto che le prestazioni sanitarie di riabilitazione effettuate, rispettivamente, dalla società per azioni a carico della Ausl e da ciascuna cooperativa a carico della società per azioni rientrano nell'ambito di applicazione dell'art. 10, n. 18, del Dpr n. 633/1972 e sono, pertanto, esenti.

In applicazione di tale principio, si ritiene, pertanto, che, nella fattispecie prospettata dall'istante, la prestazione resa dalla struttura societaria mandataria nei confronti della farmacia mandante sia esente ai fini Iva.

Sanità, confronto in Commissione

Nell'ultima seduta della IV Commissione consiliare permanente è stato invitato a prendere parte ai lavori l'assessore alla Sanità, Filoteo Di Sandro, per avviare un confronto istituzionale necessario per consentire alla Commissione di essere operativa in materia di sanità.

Sono stati pertanto illustrati il ruolo e le competenze che i vari organi istituzionali regionali (Consiglio, Commissione e Assessorato) svolgono in presenza di una struttura commissariale che vede al suo vertice, in qualità di commissario ad acta, il Presidente della Giunta regionale, Michele Iorio. Il presidente della IV Commissione Lucio De Bernardo ha chiesto all'assessore Filoteo Di Sandro di coinvolgere nelle decisioni sulla sanità regionale tutti gli attori che operano nel settore, come ad esempio gli ordini professionali, le organizzazioni sindacali, la conferenza dei sindaci e non ultimi gli amministratori che, eletti democraticamente dai cittadini, hanno il compito di ricercare il bene collettivo.

“Quando parliamo di sanità, – ha dichiarato De Bernardo – parliamo del benessere dei cittadini e della possibilità di affidarsi a strutture mediche facilmente accessibili sul territorio ed in grado di dare risposte efficienti. La sanità non è un fatto prettamente ragionieristico. Ecco perché chiediamo di poter collaborare con la struttura commissariale della Regione Molise, circoscrivendo le competenze dei sub commissari all'ambito strettamente economico e riconoscendo il legittimo compito politico agli amministratori. Nel rispetto dei ruoli, è opportuno che la struttura commissariale assuma decisioni necessarie al pareggio di bilancio, mentre la parte politica fornisca un indirizzo nel rispetto e in rappresentanza dei cittadini. Chiediamo con fermezza – ha continuato il

Presidente De Bernardo – che il Piano Sanitario Regionale (che entro il 29 febbraio p.v. sarà presentato) venga condiviso dalla IV Commissione. Chiediamo, inoltre, che l'Assessore al ramo confermi la sua disponibilità ad una mediazione tra gli amministratori e i sub commissari per la valutazione dei necessari emendamenti. Il Psr costituisce un documento di assoluta importanza nell'organizzazione del sistema sanitario regionale. Solo dopo la sua approvazione con la condivisione di tutti gli organi competenti, l'Asrem disporrà del necessario indirizzo per la stesura dell'atto aziendale. In Molise c'è l'assoluta necessità di riorganizzare in base ai principi dell'efficienza e del risparmio, la rete ospedaliera, le strutture di emergenza, la medicina territoriale, il rapporto tra i presidi pubblici e le strutture sanitarie private. Si tratta di interventi indispensabili, – ha concluso De Bernardo – che la collettività ci richiede e che noi amministratori, investiti di un ruolo delicato, in qualità di responsabili dei cittadini, dobbiamo poter garantire”.

L'assessore regionale alla sanità, Filoteo Di Sandro, durante il suo intervento ha più volte assicurato ai componenti della IV Commissione e agli altri consiglieri che hanno preso parte all'audizione (Michele Petrarola e Vincenzo Niro) che, il suo ruolo sarà quello di favorire una mediazione tra l'amministrazione regionale e la struttura commissariale. Di Sandro ha, inoltre, ribadito che non appena disporrà del Psr sarà sua premura dividerlo non solo con la competente Commissione consiliare ma anche con gli ordini dei medici e con quanti operano nel settore, in grado di fornire un contributo nell'elaborazione di un documento che rappresenti l'architettura della sanità molisana.



» Sanità A Mestre usati da 1 su 4

Referti on-line anche in laguna «Obiettivo 60%»

VENEZIA — Niente più corse e code per ritirare i referti. Ancora pochi giorni e tutti i pazienti degli ospedali veneziani potranno trovare i risultati degli esami direttamente on-line e poi stamparli dal proprio computer di casa. Basta il codice pin che si trova sul documento consegnato dal laboratorio analisi al momento del prelievo e il proprio codice fiscale. Dopo Mestre, dove il servizio è attivo già da giugno, anche in centro storico e nelle isole arrivano i referti digitali. «È un progetto importante soprattutto a Venezia, vista la particolare geografia della città e la difficoltà degli spostamenti», dice il direttore sanitario dell'Usl 12 Salvatore Barra.

Con un rapido clic ci si collega al sito internet aziendale www.ulss12.ve.it, nella sezione «ritiro referti on-line», e si inseriscono i dati. Il gioco è fatto. A quel punto appare un file in formato pdf con la data dell'esame, che il paziente può scaricare, salvare e stampare. L'importante è avere già pagato il ticket. Nel caso in cui siano state fatte ulteriori analisi e queste non siano state pagate, è necessario recarsi al punto prelievi per saldare il conto. L'operazione on-line corrisponde al ritiro del referto presso lo sportello. Quindi se trascorsi 30 giorni dalla data di pubblicazione non si è scaricato il re-

Codici e clic

Basta andare sul sito dell'Usl 12 e inserire codice fiscale e pin

Senza code

Spesso per ritirare i referti si deve fare un lungo viaggio e un'altrettanto lunga coda: ma ora si cambia

ferto da Internet o non si è ritirato in formato cartaceo l'esame, il file verrà cancellato ma dovrà essere pagato ugualmente. Il servizio è attivo da ieri al distretto dell'ex Giustinian, da oggi al Lido e nell'estuario e da domani al Civile.

La novità è inserita in un più ampio progetto regionale sulla digitalizzazione dei documenti ospedalieri, che si chiama «Veneto Escape» ed è coordinato da Arsenà, il centro veneto per la ricerca e l'innovazione per la sanità digitale. Tutto per un valore di quasi 100 mila euro. A Venezia ogni anno si fanno 140 mila referti per i pazienti non ricoverati, a Mestre 170 mila. A Mestre in questi primi mesi un quarto dei pazienti ha usato il sistema. «L'obiettivo - spiega Barra - è di arrivare al 60 per cento». «Abbiamo pensato anche a chi non ha dimestichezza con la tecnologia - sottolinea il direttore dei servizi sociali Usl 12 Massimo Fusello - in ogni sede distrettuale è possibile stampare il referto, anche se il prelievo è stato fatto in un laboratorio diverso della stessa Ulss». C'è poi l'helpdesk allo 0444/562691 da lunedì a venerdì dalle 8 alle 17 e il sabato mattina dalle 8 alle 13.

E.Lor.



L'assurda disparità dei biologi precari

Michele Avino
Napoli

SONO biologo ex dipendente precario Asl Napoli 3 Sud, quella che racconto è la storia delle vicissitudini professionali del proprio gruppo di biologi ex dipendenti precari, inviata ai ministri della Salute Renato Balduzzi e del Lavoro Elsa Fornero: rappresenta l'ennesimo sos lanciato alle istituzioni, in una regione dove la gestione del precariato sanità è stata attuata in maniera disomogenea, creando di conseguenza situazioni di grave ingiustizia che ha portato noi biologi all'attuale condizione di "precari dimenticati", vittime di un'assurda disparità di trattamento, che forse non ha eguali in questo come in altri settori lavorativi della pubblica amministrazione. È ormai un ventennio che la nostra azienda (ex Asl Napoli 5) non esperta più concorsi per l'assunzione a tempo indeterminato con rapporto di lavoro di dipendenza, per la figura professionale di "biologo dirigente 1° livello", essendo gli ultimi concorsi espletati per tali assunzioni risalenti alla fine degli anni Ottanta. È dal '94 che la ex Asl Napoli 5 per sopperire provvisoriamente alla carenza di codesto personale in pianta organica, comincia a bandire "Avvisi pubblici" per il conferimento di incarichi temporanei di biologo con rapporto di lavoro subordinato. Tali avvisi pubblici sono stati reiterati in tutti questi anni (ben 5 fino al 2007), e di cui 4 utilizzati per gli incarichi a tempo determinato. Con le suddette modalità di assunzione (di dipendenza a tempo pieno) noi biologi, dal '96 al 2007, abbiamo cumulato molti mesi di servizio, contribuendo alla salvaguardia dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), con periodi complessivi pro capite che variano mediamente dai 40 fino ai 59 mesi dello scrivente acquisendo tutti una indiscutibile esperienza e professionalità. Tutto ciò ha avuto un battuta d'arresto nel 2007, in conseguenza di disposizioni regio-

nali previste dal Piano di rientro dal disavanzo. Infatti la nostra Asl, pur trovandosi in grave difficoltà per il mantenimento dei Lea ottemperava alle disposizioni emanate, non mantenendo né richiamando in servizio i propri precari, fra cui noi biologi. Diverse altre Asl, invece, prendendo come riferimento circolari e la data di entrata in vigore del Piano di rientro e le disposizioni della Finanziaria dello Stato per il 2007, e argomentando la oggettiva difficoltà a mantenere i livelli minimi di assistenza, adottavano provvedimenti di proroghe dei contratti e/o richiami in servizio di tutti, o quasi tutti, i propri precari. Proroghe che, persistendo il blocco delle assunzioni, sono state reiterate in questi anni, fino a trovare il suggello nell'"Accordo salva-precari" siglato il 29 dicembre 2010, e che tra i beneficiari vede anche il personale laureato (dirigenti 1° livello) di varie Asl. In effetti si è venuta a creare una situazione gravemente ingiusta e discriminante dal 2007 in poi (da "si salvi chi può") dove, più che l'osservanza di leggi e regolamenti in materia, il futuro professionale di diversi precari, soprattutto il personale laureato, è stato deciso, come suddetto, dal fattore fortuna, con: 1) precari di serie A (la maggioranza) che avevano all'epoca (2007) un'anzianità di servizio di pochi mesi o di qualche anno, ma che hanno avuto la fortuna di essere stati mantenuti e/o richiamati in servizio dalla propria azienda e prorogati con i suddetti provvedimenti regionali, mantenendo in pratica una continuità di servizio fino a oggi; 2) precari storici di serie B come noi biologi, che pur se all'epoca avevano già diversi anni di servizio (inizio lavorativo nel '96), hanno avuto la sfortuna che la propria azienda non li ha mantenuti e/o richiamati in servizio pur avendone bisogno, uscendo così dal meccanismo di proroghe. A questa grande amarezza noi biologi

abbiamo dovuto aggiungerne altre in questi ultimi anni, per gran parte originate dalla necessità della nostra azienda di sopperire a tale carenza di personale, soprattutto nel settore delle urgenze ed emergenze. A dare il colpo di grazia alle nostre già flebili speranze di un possibile appiglio giuridico che ci potesse rimettere in carreggiata è stata la Corte costituzionale, che nella primavera scorsa ha dichiarato illegittima la legge regionale della Campania in tema di stabilizzazione del personale precario dirigenziale, facendo salva invece quella di stabilizzazione del personale precario non laureato (del comparto), in quanto non impugnata alla Consulta. Aggiungo solo che noi, precari laureati della sanità, paghiamo lo scotto, rispetto a tutti gli altri precari di altri settori della pubblica amministrazione, di essere denominati "dirigenti" pur se inquadrati nel livello iniziale di carriera, producendosi di conseguenza un equivoco terminologico ai fini della stabilizzazione. Alla luce di tutto quanto suddetto forse emergerà chiaramente l'assurda ingiustizia e il dramma professionale e umano che stiamo vivendo noi operatori sanitari, tale da farci figurare degni protagonisti di un romanzo di Kafka. Ma a ciò si contrappone la nostra inestinguibile speranza di poter uscire da questa melma in cui ci hanno lasciati, magari con un provvedimento ad hoc a carattere straordinario da parte delle istituzioni regionali e/o dello Stato; un provvedimento che, se venisse adottato, ci potrebbe ridare almeno quella condizione lavorativa di precarietà che ci permetteva comunque di sopravvivere, e di riappropriarci della nostra dignità e speranza, facendoci finalmente affrancare da una situazione che ci ha fatto diventare nel nostro settore "figli di un dio minore".



Debiti asl e privati, Coppola si dimette da sub commissario

Le divergenze operative con la struttura commissariale sono diventate insanabili e il subcommissario alla sanità Coppola si è dimesso dall'incarico conferitogli dal governatore della Regione Campania. Lo stesso Caldoro sta tentando in queste ore di farlo recedere dall'intenzione di lasciare e tornare in toto all'attività di commercialista. Oggetto del contendere con l'altro subcommissario Morlacco soprattutto la gestione dei tanti debiti delle Asl con i privati, ridotti al lumicino per mancanza di liquidità.



La programmazione

Regione, pressing sul governo per sbloccare 600 milioni

Oggi tavolo di confronto a Roma
Sotto esame i risultati
del piano di recupero del deficit

Gerardo Ausiello

Pressing della Regione sul governo per ottenere lo sblocco di altri 600 milioni di euro da destinare alle casse in rosso della sanità campana. Un incontro cruciale è fissato per oggi: nella Capitale si terrà infatti un vertice tecnico per verificare le tappe del percorso di risanamento e per procedere ad una ricognizione dei flussi finanziari. Una tappa fondamentale per lo sblocco di parte delle risorse dovute ma congelate nell'ambito del piano di rientro (la somma totale ammonta a 1,2 miliardi). A questo appuntamento la Campania si presenta con qualche preoccupazione in più prodotta dalle dimissioni di Achille Coppola da subcommissario della sanità. Alla base dello strappo, annunciato in una lettera al governo, indica «motivi professionali e personali» ma ad influire sulla decisione sarebbero state anche le divergenze con l'altro subcommissario, Mario Morlacco, sulla gestione del debito pregresso.

Lo stesso Morlacco cerca però di gettare acqua sul fuoco e assicura: «Abbiamo lavorato bene in questi mesi ottenendo risultati importanti come il dimezzamento del deficit. Spero che Achille ci ripensi, anzi lo invito formalmente e ufficialmente a farlo per il bene della Campania. Dobbiamo continuare insieme il percorso di risanamento». A Palazzo Santa Lucia si lavora senza sosta proprio per tentare una ricomposizione, auspicata dal governatore Stefano Caldoro. Se tuttavia Coppola decidesse di confermare le sue dimissioni, allora Morlacco si troverebbe a gestire sia la parte sanitaria

che quella economica. Sul caso interviene Corrado Cuccurullo, responsabile sanità del Pd Campania, che attacca: «Le dimissioni di Coppola e la questione della riduzione delle strutture complesse segnalano ancora una volta l'inadeguatezza del governo regionale in materia di politiche sanitarie. Il dimezzamento del disavanzo, tanto vantato dal presidente Caldoro, è il frutto esclusivo del blocco del turnover e non di una reale riorganizzazione della spesa. Inoltre, il ritardato pagamento ai privati sta mettendo in ginocchio in modo sempre più drammatico un comparto socio-economico rilevante per la nostra regione». Non si placano, intanto, le fibrillazioni legate al numero record in Campania di primari superpagati. Il segretario regionale della Cisl Lina Lucci replica alle parole del presidente dell'Ordine dei medici Bruno Zuccarelli, che a sua volta era stato invitato

dalla Lucci a fare la propria parte nell'opera di riorganizzazione della sanità: «Zuccarelli si rassereni e rilegga le mie dichiarazioni, che contenevano semplicemente un invito. Lo ribadisco. Contribuisca a fare - assieme a noi - di più per eliminare sprechi e privilegi e valorizzare chi davvero merita. I margini, come emerge anche dall'inchiesta del Mattino di questi giorni, ci sono tutti. Il resto è solo terreno di polemiche inutili che non servono a nessuno». Antonio Marfella dei Medici per l'ambiente ed il commissario regionale dei Verdi Francesco Emilio Borrelli attaccano: «Abbiamo il record italiano di primari ma stranamente l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Giovanni Pascale è l'unico ospedale oncologico d'Italia a non avere il primario di Epidemiologia che si dovrebbe occupare del registro dei tumori. Il motivo di ciò è secondo noi tragico. Infatti un registro tumori aiuterebbe a capire la causa di tante malattie in Campania probabilmente dovute a cattiva amministrazione, gestione fallimentare del ciclo dei rifiuti ed ecomafie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le dimissioni
 Appello
 di Morlacco
 a Coppola
 «Ci ripensi,
 dobbiamo
 proseguire
 il risanamento»



Bilancio La sede dell'Asl 1; a destra, l'ex subcommissario Achille Coppola

ROMA

Mercoledì
22 Febbraio 2012

REGIONE DA ACCERTARE IL SALDO. E OGGI VIA ALLA DISCUSSIONE PER IL RIPARTO DELLE RISORSE

Fondi per la sanità, la Regione alle prese con i conti

NAPOLI. La Campania fa un po' i conti per il settore sanitario. Con un doppio appuntamento. Il primo riguarda la ricognizione, dopo la separazione delle tesorerie, della cassa sanitaria e quella regionale, per verificare quanto Palazzo Santa Lucia deve ancora al comparto determinando il saldo iniziale. Da oggi pomeriggio, poi, inizia la discussione tra Regioni e Governo per arrivare a siglare il Patto per la Salute. Al centro dell'analisi la determinazione dei criteri per la ripartizione del fondo sanitario nazionale che ammonta a circa 108 miliardi e 779 milioni di euro. Le Regioni del Sud chiedono che si tenga conto delle condizioni socio-economiche delle popolazioni, notoriamente più critiche al Mezzogiorno, e quelle del nord, che insistono sui criteri tradizionali, ovvero il conteggio della popolazione e il "peso" degli anziani. Per quanto riguarda le risorse che la Campania deve avere da Roma, allo stato attuale ammontano a circa un miliardo e 700 milioni di euro. Finora, nelle casse regionali è arrivato già un miliardo ed entro il 2012 potrebbe arrivare il 50 per cento dell'ammontare attualmente spettante. Intanto, Caldoro è anche alla prese con la vicenda riguardante le dimissioni del subcommissario alla Sanità, Achille Coppola, che l'altro giorno ha lasciato l'incarico ufficialmente per motivi personali e professionali. In realtà, l'addio sarebbe stato motivato da divergenze con l'altro subcommissario Mario Morlacco, in particolar modo per quel che riguarda il deficit di

liquidità delle Asl. Il governatore starebbe tentando di fare recedere Coppola dai suoi propositi. Sulla vicenda si registra l'attacco del Pd, attraverso Corrado Cuccurullo, responsabile Sanità del partito campano. «Le dimissioni di Coppola e la questione della riduzione delle strutture complesse segnalano ancora una volta l'inadeguatezza del governo regionale in materia di politiche sanitarie - è l'accusa -». Il dimezzamento del disavanzo, tanto vantato dal presidente Caldoro, è il frutto esclusivo del blocco del turnover e non di una reale riorganizzazione della spesa. Inoltre, il ritardato pagamento ai privati sta

mettendo in ginocchio in modo sempre più drammatico un comparto socio economico rilevante per la nostra regione». Infine, oggi torna a riunirsi in consiglio regionale. L'assessore Giovanni Romano dovrebbe tenere un'informativa sulla situazione dei rifiuti dopo

Dopo le dimissioni del subcommissario Coppola, Caldoro media per ricomporre la situazione. Oggi riunione del Consiglio: rifiuti e Piano energetico all'ordine del giorno

l'invio del Piano a Bruxelles e si dovrebbe discutere anche del Piano energetico. Sul quale, però, non c'è ancora un accordo e per questo motivo la questione potrebbe essere destinata a slittare ulterior-

mente. E l'assemblea approverà anche una mozione firmata congiuntamente dal capogruppo cicario Pdl Daniela Nugnes e Gennaro Salvatore (Caldoro Presidente) per far impegnare la Giunta regionale a chiedere al governo nazionale "il permanere in Campania di un aeroporto Internazionale strategico da inserire nel Piano per il Sud e nella Programmazione del Settore, con contestuali impulsi ed investimenti per il potenziamento e la sicurezza di Napoli Capodichino, nelle more della delocalizzazione prevista a Grazzanise e degli investimenti per gli adeguamenti necessari agli scali di Pontecagnano e di Capua".



Sanità al centro delle discussioni



La Polverini sull'emergenza: non mi fermerò "La sanità è nella tempesta ma io non sono Schettino Chi ha sbagliato deve pagare"

MAURO FAVALE

LO DICE con un po' di enfasi: «Io non sono Schettino, non abbandono la nave in tempesta. Anche se si sta scomodi». E per la governatrice della Regione Lazio, Renata Polverini, questi sono i giorni più complicati, con lo scandalo del pronto soccorso, l'inchiesta della procura e le polemiche sulla sua gestione. Risponde alle domande dopo tre ore di riunione con i direttori generali degli ospedali.

Avete deciso il commissariamento del pronto soccorso dell'Umberto I.

«Se qualcuno sbaglia, è giusto che paghi».

Tutta colpa del direttore del Dea, insomma?

«Venerdì ho inviato gli ispettori all'Umberto I. Se il lunedì dopo succede quel che è successo, allora qualcosa non ha funzionato all'interno di quella struttura. Ai pazienti devono essere garantite le cure ma anche la dignità della persona».

Ma prima che scoppiasse il caso, lei non aveva il sentore che strutture come l'Umberto I, il San Camillo e Tor Vergata fossero in sofferenza?

«Non conoscevo la situazione nel dettaglio. Mi stavo occupando della questione e, infatti, al pronto soccorso del S. Eugenio i lavori sono terminati, il San Camillo verrà dotato di più spazio e di altri posti letto e anche all'Umberto I è in corso una ristrutturazione».

Si è sentita sconfessata dal ministro Balduzzi?

«Per niente, lavoriamo in sintonia. Stiamo ricostruendo la struttura della sanità in regione ed è una fase di riscrittura complessa, per la rigidità del piano di rientro. Con Balduzzi stiamo rivedendo le soluzioni migliori. Vogliamo dimostrare che questa Regione è in grado di riorganizzarsi e di fare economia».

L'opposizione chiede che lei si dimetta da commissario alla sa-

nità.

«Questi attacchi arrivano da chi ha contribuito a portare la sanità del Lazio in questa situazione. Io non lascio niente, anzi vado avanti e mi auguro che tutti remino nella stessa direzione».

Ha detto che sulla sanità, prima di lei, tutti hanno rubato.

«Dico solo che con 25 gare bandite da me, grazie alla centrale unica degli acquisti, abbiamo risparmiato 150 milioni di euro. Prima c'erano troppi sprechi».

Ne ha parlato con i magistrati venerdì?

«Si è sto preparando per loro un dossier con ciò che noi abbiamo trovato di "strano"».

«Per fermarmi dovranno spararmi», ha detto. A chi si riferiva?

«A tutti coloro che vedono nella nostra azione un intralcio. Vogliamo scardinare lo status quo. Questo sistema ha bisogno di uno scossone».

Ma in due anni non è cambiato tanto. I problemi restano.

«Due anni non sono tanti per mettere mano a un sistema così complesso. Abbiamo agito per priorità e al primo posto c'erano i conti. Non siamo stati con le mani in mano».

Il dossier

Confermo che per fermarmi dovranno spararmi. Sto preparando un dossier sulle cose strane del passato. Ho già risparmiato 150 milioni



Ripiano del debito: dimissioni di Coppola

**Insanabili divergenze con il suo omologo Mario Morlacco
alla base della decisione del sub-commissario regionale per la Sanità
Stop agli accreditamenti: Palazzo Santa Lucia cerca un rimedio**

Insanabili divergenze operative con la struttura commissariale: queste le motivazioni reali dietro le ufficiali "ragioni personali" per le dimissioni presentate dal sub-commissario alla Sanità **Achille Coppola**.

Come anticipato ieri dal Denaro Sanità Coppola rimette il mandato nelle mani del presidente della Regione **Stefano Caldoro** per una sostanziale divergenza di veduta rispetto all'altro sub-commissario **Mario Morlacco** in merito al piano di azzeramento del debito storico delle Asl. Un piano disciplinato dal decreto 12 del febbraio del 2011 tenacemente difeso da Coppola ma rivelatosi per alcuni aspetti di difficile praticabilità. Laddove Morlacco ha spinto per la stipula di accordi transattivi che riconoscono le spettanze dei creditori in base alle azioni ingiuntive andate già in porto Coppola spinge per una attenta verifica della legittimità di tali titoli (partite pagate due volte, fatture emesse per prestazioni over-Com (capacità operativa massima) e oltre i limiti dei tetti di spesa e per una minuziosa ricognizione su tutto il debito storico.

IL DECRETO 12

Non solo, il decreto 12, emanato della Regione per accelerare la partita del ripiano del debito, si è rivelato un boomerang rallentando non poco il processo di risanamento messo in atto da Caldoro.

Il piano prevede la certificazione del credito prosoluto e le anticipazioni bancarie (con ratei sulle quote interessi per i primi tre mesi e quote interessi e sorta capitale dal quarto mese in poi per il 50 per cento della anticipa-



Achille Coppola

zione effettuata e il restante 50 per cento a saldo al termine di un anno della sigla dell'operazione di cessione. Ma il nodo è un altro: il decreto può essere agito come leva solo per sbloccare la liquidità delle imprese solo per i crediti considerati certi, liquidi ed esigibili escludendo tutte le poste in contenzioso.

Una mole, quest'ultima, insormontabile e per gran parte già giunta alla riscossione attraverso i procedimenti giudiziari di recupero forzoso del credito. Un nodo da sciogliere attraverso le transazioni che le Asl stanno in queste settimane chiudendo favorendo riferimento a precedenti delibere regionali.

Un aggiornamento e adeguamento del decreto 12 viene chiesto anche dalle banche impegnate nelle operazioni.

INTRANSIGENZA

Tant'è la linEa intransigente di Coppola e quella più elastica di Morlacco sono entrate in rotta di collisione fino alla rottura.

A fare da paciere c'è il presidente della Regione **Stefano Caldoro** impegnato in queste ore a fare da paciere. e di fare recedere Coppola dall'intenzione di la-

sciare e tornare in toto all'attività di commercialista.

Caldoro ha da sbrogliare anche un'altra matassa: quella che rimanda allo stop del governo alla legge regionale sugli accreditamenti. Qui le ipotesi sono due: o presentare una nota di chiarimento alla legge in linea con i profili di incostituzionalità rilevati dal governo oppure cancellare tutto e presentare una nuova legge in Aula.

In questo caso, ovviamente, i tempi si allungano.

Come è noto il commissario ad acta Stefano Caldoro ha già sospeso, nelle more della approvazione della legge n. 23 dello scorso 14 dicembre dello scorso dicembre

STRUTTURE IN ATTIVITA'

Quel che è certo è che le strutture sanitarie private della Campania in provvisorio accreditamento continuano da anni ad erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio sanitario regionale. Prestazioni peraltro regolarmente remunerate della Asl. Manca ora solo il titolo definitivo che dia legittimità e certezza di regole alle strutture.

Su un punto però bisogna essere chiari: l'accREDITAMENTO previsto al posto delle vecchie convenzioni del decreto legislativo 502 del 1992 riguarda sia le strutture pubbliche sia quelle private.

A maggior ragione con un cantiere aperto (quello del Piano ospedaliero) che prevede accordamenti, chiusure di reparti e riconversioni che devono, gioco forza, rispettare i requisiti previsti dalla legge rispetto al procedimento in fieri degli accreditamenti con il servizio sanitario regionale.



SANITA': LAZIO; POLVERINI, CON MANOVRE -800 MLN IN DUE ANNI COSI' MAGGIORANZA REGIONI RISCHIA SUBIRE PIANO RIENTRO DEFICIT

mercoledì 22 febbraio 2012

ZCZC1018/SXR XRM37686 R REG S43 QBXL (ANSA) - ROMA, 22 FEB - "I tagli alla sanità? Siamo preoccupati: dal prossimo anno abbiamo una situazione già complessa dal punto di vista economico in alcune Regioni, e si aggiungerà ciò che con le manovre di Tremonti viene meno. Rischiamo, se dovesse rimanere questo patto per la salute, che la maggior parte delle Regioni finisca in piano di rientro". Lo ha detto la presidente della Regione Lazio Renata Polverini, intervenendo ad Agora' su Raitre. "Soltanto il Lazio ha un taglio per il prossimo anno di 500 milioni solo da quelle manovre, e per il successivo di circa trecento - ha aggiunto -. Dal punto di vista economico è insostenibile. Con il ministro ci siamo incontrati più volte, e sa che c'è grande disponibilità. Quel patto per la salute era ambizioso - ha concluso Polverini - ma in alcune Regioni il processo era già iniziato e si è intensificato lo spostamento delle cure dall'ospedale al territorio. In alcune Regioni come la mia si è rimasti fermi".(ANSA)



SANITA': BALDUZZI, CON BUON PATTO SALUTE POSSIAMO RIPARLARE DI FABBISOGNO

mercoledì 22 febbraio 2012

ZCZC ADN0164 5 CRO 0 ADN CRO NAZ RLA

Roma, 22 feb. (Adnkronos/Adnkronos Salute) - Non solo rigore e lacrime in vista per le Regioni alle prese con i problemi della sanità italiana. "Ho proposto a presidenti e assessori regionali questo cammino: se riusciamo a realizzare un buon Patto per la salute, completo, che tenga in equilibrio conti e servizi, noi riusciremo probabilmente ad andare a un tavolo in cui possiamo riproporre anche la questione del fabbisogno, cioè delle risorse limitate". Lo ha detto il ministro della Salute, Renato Balduzzi, intervenendo ad "Agora" su Rai Tre. "La sanità - ha concluso - deve dimostrarsi all'altezza di vivere dentro il tempo difficile in cui ci troviamo".



Sanita': domani e giovedì' Conferenza Regioni su nuovo patto 2012-2015

martedì 21 febbraio 2012

ZCZC ASC0103 1 POL 0 R01 / +TLK XX ! 1 X

(ASCA) - Roma, 21 feb - Il presidente Vasco Errani ha convocato una seduta straordinaria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome per domani e per giovedì' (Via Parigi, 11 a Roma). Lo comunica una nota della stessa Conferenza. I lavori inizieranno domani, al termine della Conferenza Stato-Regioni (convocata per le 16.30) e proseguiranno giovedì' alle 10. All'ordine del giorno della Conferenza straordinaria la prosecuzione del dibattito sul Nuovo Patto per la Salute 2012-2015 e Proposta di riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2012. La discussione su questi temi proseguirà il 23 febbraio, ma sarà preceduta da un altro punto all'ordine del giorno relativo ad un'informativa delle delegazioni della Conferenza che ha preso parte all'incontro con il Governo e le Parti sociali del 20 febbraio scorso sulla "Riforma del Mercato del Lavoro". com-map/cam/ss 211353 FEB 12

21-27 febbraio 2012

94 ORE
Sanità

DAL GOVERNO **5**

Il ministro Balduzzi dopo gli interventi di Quirinale, Corte dei conti e Fiamme gialle

«Guardia alta, troppi soldi»

Ma nel Ssn i controlli sono di più e più raffinati - Falsi esenti nel mirino



Barra dritta e schiena dritta. Contro corruzione e malaffare in Sanità «la guardia va tenuta sempre altissima», anche perché di soldi e di tentazioni ne possono girare parecchie. Non si nasconde dietro un dito il ministro della Salute, Renato Balduzzi. Ma - non per vezzeggiare chi in Sanità ci lavora - tiene a precisare: se nel Ssn si scovano più malversatori, forse è anche perché i controlli sono più validi che negli altri comparti pubblici. Più raffinati. E comunque la raffinatezza non basta mai, neppure la trasparenza. E chissà che col Patto non nascano idee nuove anche per stroncare i falsi esenti dai ticket. Gli evasori sanitari che ci rubano salute e denari. Ai tempi della grande crisi e dei maxitagli.

Il capo dello Stato è stato netto: la corruzione turba i cittadini chiamati a sacrifici e quindi richiede il massimo rigore. La Corte dei conti ha denunciato corruzione e sprechi nella Sanità, spese illegittime, prescrizioni false. La Guardia di Finanza recentemente ha segnalato danni erariali per 1,8 miliardi in tre anni, frodi accertate solo nel 2011 per 276 milioni, 2.350 dipendenti segnalati alla Corte dei conti. Ministro Balduzzi, c'è qualcosa che davvero non torna nel Ssn.

Come sempre il capo dello Stato interviene puntualmente e mette il dito sulle vere piaghe. Non ci si può accontentare dicendo che sono casi isolati perché non lo sono. Ma non si può fare di tutte le erbe un fascio e colpevolizzare alcune categorie. Sarebbe assolutamente sbagliato, ingenuo e puerile. Però non bisogna abbassare la guardia. Anche se purtroppo c'è una tendenza a non tenere in debita considerazione le esigenze minime della legalità, della trasparenza e della correttezza. E c'è la forte tentazione in Sanità, dove circolano molti interessi e molti soldi, a pensare che si possa anche approfittarne. Da questo punto di vista ci vuole naturalmente la fermezza più assoluta. Ma credo che almeno dal punto di vista culturale e metodologico questo sia ormai un fatto ampiamente acquisito.

Però c'è un allarme preciso per la Sanità. Le regole le abbiamo. Certamente come tutte le regole possono essere migliorate, ma non abbiamo bisogno di chissà quali norme per battere l'illegalità e la corruzione che, come in altri settori, possono esserci anche in Sanità. Abbiamo bisogno di passare dalle parole ai fatti, di fare ciascuno per la propria parte il proprio dovere. Le regole ci sono, certo. Ma sono bypassate. Cosa fare perché si applichino davvero o per rafforzarle e dare più garanzie al cittadino?

Il problema dei controlli c'è

Oltre che dagli allarmi della Corte dei conti (si veda l'articolo a pagina 4) che in un anno ha rilevato più di cento illeciti in Sanità per un totale di 330 milioni di danni, il fenomeno della corruzione è già stato segnalato di recente (v. Il Sole 24 Ore Sanità n. 1/2012) anche dalla Guardia di finanza. Nel suo rapporto su tre anni di malaffare ha identificato nel Ssn danni erariali per oltre 1,8 miliardi e ha segnalato frodi a danno del servizio sanitario con oltre 1.927 interventi effettuati e 3.459 denunciati nel 2009, 1.401 interventi e 1.891 denunciati nel 2010 e nei primi undici mesi dello scorso anno 1.927 interventi e 2.137 denunciati.

Uno dei settori su cui ministero e Regioni stanno lavorando per mettere a punto un meccanismo di maggiori controlli è quello delle esenzioni, per il quale le prime ipotesi in campo parlano di verifiche sul reddito grazie a un'Isce rimodulata che consideri anche l'importanza di eventuali patologie croniche.

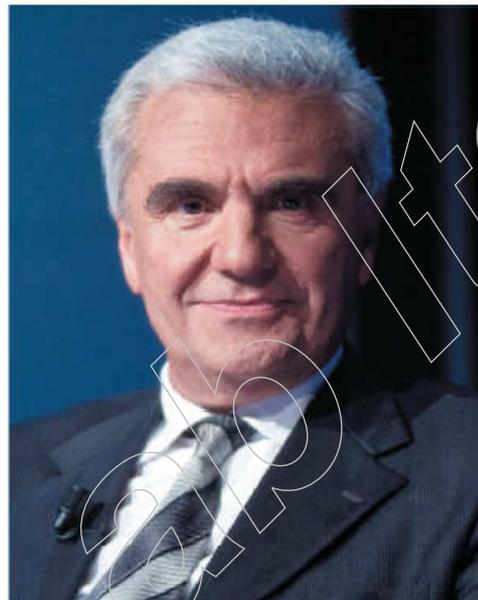
sempre stato e resta il problema di questo Paese. La difficoltà di esercitare controlli in modo neutro e imparziale attiene al funzionamento generale del rapporto tra cittadini, tra cittadini e pubblica amministrazione e tra le pubbliche amministrazioni tra di loro. Non è un problema per cui si possa dire che in Sanità è così in modo particolare: è il problema di questo Paese. Lo diceva Massimo Severo Giannini in epoca non sospetta, uno dei più grandi conoscitori della macchina amministrativa che il '900 italiano abbia avuto. Anzi...

“ La Sanità è il comparto in cui esistono più regole e controlli, il più avanzato nella pubblica amministrazione ed è anche il più trasparente ”

altri, ma non è pensabile dire che nella Sanità è così perché i professionisti sono mediamente più inclini all'illegalità. Questo è un problema generale del Paese. Anzi, dicevo, da un certo punto di vista si potrebbe dire che in Sanità il sistema dei controlli è, come anche per altri meccanismi, più raffinato. Tutto in Sanità è un po' più avanti rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione. Perché la Sanità è il comparto più internazionalizzato, è quello dove ci sono i maggiori controlli essendoci tanti livelli istituzionali interessati. E il comparto in cui c'è anche molta attenzione da parte dei cittadini, essendo la salute un diritto fondamentale e il bene più prezioso.

E tuttavia i casi denunciati stanno lì a dirci che c'è, eccome, un caso Sanità.

In realtà le denunce emergono di più perché la Sanità è in qual-



che modo più trasparente, ha strumenti più raffinati che derivano dalle scelte legislative per costituire il Ssn e per l'alto livello di internazionalizzazione. La Sanità è il settore in cui riusciamo a spendere meglio i fondi per la ricerca internazionale, dove riusciamo ad avere un sistema di formazione continua del personale che avrà anche i suoi problemi ancora da risolvere, ma che resta comunque il più avanzato rispetto agli altri comparti. La Sanità è un mondo più controllato e più leggibile, più trasparente.

La trasparenza non basta mai...

Certo, non basta mai. Senz'altro ci vorrebbe ancora più trasparenza. A esempio sui direttori generali, sui primari, sulle scelte aziendali sulla dinamica delle relazioni tra medico e paziente, tra medico di medicina generale e istituzioni sanitarie. C'è molta strada da fare, però non accetto l'idea che ci sia un comparto criminalizzato a fronte di un determinato contesto. Semmai quello sanitario è il comparto dove certi meccanismi di controllo funzionano di più ed è per questo che di più vengono fuori le magagne.

Tuttavia la guardia va tenuta altissima.

Sicuramente. Per fare un caso: i parti cesarei. Rientrano in una casistica di scarsa trasparenza? Anche in questo caso l'esempio conferma ciò che stavamo dicendo. Ci sono standard internazionali e nazionali e c'è la possibilità ormai di sapere esattamente cosa si fa in questa o in quella struttura, c'è la possibilità di sapere quanti eventi avversi ci sono in un'azienda e non solo quanti parti si fanno, se sono sotto o sopra le medie, i percorsi diagnostico-terapeutici,

gli accordi Stato-Regioni, le linee guida. Ma c'è anche la possibilità di conoscere gli esiti di questa o quella struttura. È chiaro che ormai sappiamo quasi tutto di tutti e dunque non c'è più possibilità di avere nicchie, luoghi dove non si entra. Tutti devono sottostare ad alcune regole e ad alcuni principi standard e la questione dei parti cesarei è da questo punto di vista emblematica. Per questo la stiamo

affrontando seriamente e speriamo di farla rientrare nei parametri internazionali. E non perché abbiamo il culto dei parametri internazionali, ma perché sono quelli che veramente aiutano, in questo caso, la salute della donna. Oltre a garantire compatibilità e sostenibilità dei servizi sanitari: se sono sostenibili economicamente riescono ad aiutare i più deboli e i più bisognosi.

L'Ordine dei medici dovrebbe essere più severo e più rapido nelle sue decisioni? Questo è un problema generale del sistema ordinistico del nostro Paese, non riguarda solo i medici ma tutti gli Ordini professionali e non è una cosa nuova. Non è tanto il problema di dire "Ordini sì, Ordini no", ma di decidere che 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 anche di assicurare la tutela dell'interesse generale in ordine alla qualità dei servizi offerti dai professionisti. Per queste ragioni è un ente pubblico. E garantendo il pubblico in-

teresse garantisce anche i singoli associati. Se gli Ordini fanno questa scelta ed entrano pienamente in tale logica, probabilmente non c'è bisogno di chissà quali sfracelli normativi: le norme già dicono tutto. Noi abbiamo un sistema ordinistico che ha aspetti positivi e anche qualche ombra che è data soprattutto dall'interpretazione che viene data qualche volta al ruolo dell'Ordine, come se non si trattasse dell'istituzione che ho descritto poco fa.

L'articolo 53 della Costituzione dice che tutti sono tenuti a partecipare alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva e che il sistema tributario è informato a criteri di progressività. Non crede che serva un'opera forte e decisa per contrastare le false esenzioni che sono un danno, una vera e propria evasione fiscale, tanto più in tempi di risorse scarse e di altri tagli in arrivo?

Absolutamente sì. La progressività non è che un "sottotipo" dell'equità. E l'equità è ciò che assicura che le risorse limitate vadano soprattutto a chi ne ha più bisogno. Sotto questo profilo qualche strumento ulteriore di controllo magari è opportuno darselo. O anche qualche rimodulazione di questi sistemi di esenzione per rendere al tempo stesso più facili i controlli e più equa la determinazione delle compartecipazioni dei cittadini.

È ciò che farete ora nel Patto per la salute?

Certo, c'è un capitolo necessariamente dedicato a questo.

Farete così anche per le false esenzioni?

Per le false esenzioni non c'è bisogno di individuare chissà qua-

li strumenti: basta incrociare opportunamente i dati. Se necessario qualche indicazione sarà fornita anche in sede di Patto per la salute, ma penso che forse è qualcosa che è già nella possibilità dei decisori e

dei governanti ai vari livelli. Tuttavia non escludo che qualche strumento per migliorare il meccanismo ci sia. Ci stiamo lavorando, potrebbe esserci qualche precisazione su questo punto. Ma ripeto: è un problema di incrocio i dati, più una questione di strumento di buona amministrazione che non di disegno architettonico di regole generali.

Si può parlare di "un Patto per gli onesti"? Credo che il Patto debba essere necessariamente per tutti. Se è un vero Patto serve a far diventare ancora più onesto chi è già onesto, e se qualcuno ha qualche tentazione serve a vincerla e a entrare nella più generale congregazione di chi fa le cose buone. Tutti dovrebbero essere incentivati a entrare nella congregazione delle buone pratiche. (R.T.)

“ Gli Ordini per assicurare maggiore sorveglianza devono entrare nella logica di enti che garantiscono il pubblico interesse garantiscono anche i loro associati ”