

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



## Rassegna Stampa del 23.06.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -



## Debito delle Asl, avviato il piano dei pagamenti

### **REDAZIONE IL DENARO**

– MERCOLEDÌ 22 GIUGNO 2011

Avviato il piano regionale per garantire la spesa corrente del 2001 e aggredire il debito pregresso delle Asl nei confronti dei fornitori di beni e servizi. Sono convocate in Regione martedì 28 giugno le associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale e della riabilitazione. La missiva è firmata dal sub commissario Mario Morlacco. Oggetto della convocazione il piano dei pagamenti relativi al fatturato del 2011 e il rispetto dell'accordo tra struttura commissariale e centri privati accreditati stipulato il 16 maggio scorso. Dopo il pagamento dell'acconto del mese di gennaio entro il 20 giugno scorso in giunta regionale sono stati deliberati gli stanziamenti necessari per il rispetto dell'accordo. Il 16 giugno scorso è stato effettuato un monitoraggio, presso le Asl, sul rispetto dell'accordo. Ecco la mappa della situazione.

### **AVELLINO**

L'Asl di Avellino ha provveduto all'acconto del mese di gennaio a tutte strutture che hanno sottoscritto il contratto.

### **BENEVENTO**

Alla Asl di Benevento sono in corso di adozione, presso i vari distretti, provvedimenti di liquidazione dell'acconto di gennaio mentre per il pregresso la radiologia in convenzione e i laboratori incassano l'acconto di dicembre 2010, la riabilitazione e l'Fkt l'acconto di novembre 2010, le cliniche l'acconto di novembre 2010.

### **CASERTA**

L'Asl di Caserta ha invece disposto il pagamento dell'acconto dell'85 per cento di gennaio 2011 per la specialistica mentre per la riabilitazione e l'Fkt è stato disposto l'acconto di gennaio 2011 e di febbraio 2011. Per il pregresso antecedente al 31 dicembre del 2010 predisposto il pagamento di una mensilità (settembre 2010).

### **NAPOLI**

Veniamo alla Asl Napoli 1: qui il calendario dei pagamenti relativi alla mensilità di gennaio 2011 prevede entro oggi il pagamento del fatturato della specialistica e della Fisiokinesiterapia ed entro domani il pagamento dei centri di riabilitazione e dialisi. Nei prossimi giorni sarà completato anche l'iter per il completamento dei pagamenti relativi alle 5 mensilità del 2010. Alla Napoli 2 non è ancora completo il processo di liquidazione del mese di gennaio 2011 da parte dei distretti. Il Commissario ha comunque invitato tutti i distretti a completare il processo nel più breve tempo possibile. Nelle more del processo di liquidazione l'azienda ha predisposto il pagamento dell'intero acconto (diverso a seconda della categoria) di una mensilità del 2010. Per la Asl Napoli 3 Sud sono in corso il completamento i controlli sul 2011 mentre sul fatturato del 2010 (laboratori e specialistica) sono in pagamento settembre e ottobre e novembre 2010. Per le cliniche è stato pagato settembre e ottobre 2010, per la dialisi saldati settembre e ottobre 2010 (in corso novembre 2010). Infine per la riabilitazione pagato agosto e settembre 2010.

**quotidiano**sanità.it  
EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

## **Fazio: Psn garantisce sostenibilità del sistema**

***Razionalizzazione della rete ospedaliera, potenziamento dell'offerta territoriale e dei comitati etici, valorizzazione della dimensione del governo clinico e dei principi della evidence based medicine. Questi in sintesi i punti del Psn 2011-2013 che ieri il ministro Fazio, nel corso di un'audizione al Senato, ha illustrato ai membri della Commissione Igiene e sanità.***

**22 GIU** - "Adeguare le esigenze con le aspettative e i bisogni di una società in continuo mutamento anche con riferimento al progressivo invecchiamento della popolazione e alla connessa non autosufficienza". È questa la premessa da cui è partito ieri il ministro Fazio per illustrare il suo Piano sanitario regionale ai senatori riuniti in Commissione Igiene e sanità. Questo Psn, ha assicurato Fazio, ha una visione d'insieme della "domanda di salute quale bene dell'intera comunità attraverso il rilancio della prevenzione e della valutazione del relativo impatto".

Le finalità a cui mira il Psn sono la razionalizzazione della rete ospedaliera dedicando l'ospedale al trattamento dell'emergenza-urgenza e delle acuzie, e il potenziamento dell'offerta territoriale per la continuità delle cure valorizzando in questo modo l'atto medico. Inoltre il Piano prevede il potenziamento dei comitati etici, la valorizzazione della dimensione del governo clinico e dei principi della medicina basata sulle evidenze.

Nel Psn, secondo quanto riferito dal Ministro, c'è attenzione per lo sviluppo della qualità delle cure attraverso indicatori di processo e di esiti ma anche mediante la verifica del grado di soddisfazione da parte dell'utenza con particolare riferimento al miglioramento della qualità percepita e della presa in carico. Quindi l'appropriatezza come strumento di governo della domanda sanitaria attraverso indicatori di processo sull'efficacia e l'efficienza.

Infine le azioni prioritarie che il Governo intende portare avanti per rendere il Psn rispondente ai cambiamenti in atto: rilancio della prevenzione e controllo delle determinanti ambientali, con particolare riguardo alla sicurezza degli alimenti e alla valutazione di impatto ambientale.

Fazio ha poi sottolineato l'esigenza di trasformare le reti dei trapianti in reti per le gravi insufficienze d'organo, al fine di includere il ricorso agli organi artificiali e alle cellule staminali.

Dopo aver ascoltato l'audizione del Ministro i senatori hanno preso la parola per delle osservazioni che hanno riguardato principalmente l'ambito dell'integrazione ospedale-territorio vero fulcro del Psn. Daniele Bosone (Pd) ha chiesto un approfondimento sul tema della riduzione della rete ospedaliera rispetto a quella territoriale, il senatore Fosson (Udc) ha chiesto come un ospedale concentrato sulle acuzie gestirà in futuro le emergenze territoriali. Il senatore Calabrò (Pdl) è intervenuto sul blocco del *turn over*, applicato alle Regioni sottoposte ai piani di rientro dai deficit sanitari, ritenendo che sarebbe auspicabile superarlo.



## Accreditamenti: la qualità in corsia

**REDAZIONE IL DENARO**

– MARTEDÌ 21 GIUGNO 2011

L'esigenza di migliorare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria ha ricevuto in questi ultimi anni una legittimazione normativa con il decreto legislativo n. 502 del 1992 novellato dal decreto n. 517 del 1993 in cui si prevede "la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria". L'intento delle previsioni normative è quello di verificare che le singole strutture sanitarie che ne facciano richiesta, siano in possesso di tutte le condizioni, specificamente individuate per le rispettive attività sanitarie, selezionando, in tal modo, soggetti che possono essere riconosciuti quali potenziali erogatori di prestazioni per il Ssn. Il concetto di accreditamento si inserisce nel processo di riordino del Sistema sanitario nazionale, con l'obiettivo di operare un contenimento/razionalizzazione dei costi, senza mai diminuire la qualità delle prestazioni, sviluppando una migliore efficacia/efficienza; tale circostanza postula l'implementazione di un modello gestionale ed organizzativo tale da offrire precise garanzie di qualità e da soddisfare le esigenze degli utenti, costituendo la variabile strategica del successo. Con la pubblicazione del Dpr del 14 gennaio del 1997 vengono definiti i requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture, ovvero individuate le caratteristiche generali che devono essere possedute da tutte le strutture sanitarie e quelle specifiche per gli ambulatori, reparti e servizi ospedalieri e, quindi, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi a cui le strutture di nuova realizzazione devono da subito attenersi, così come quelle che attuano ampliamenti e/o modifiche.

Sono interessate tutte le strutture sanitarie, da quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero, a ciclo continuativo e/o diurno, a quelle di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, che erogano prestazioni riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, a quelle che operano in regime residenziale. Successivamente, il legislatore con il decreto legislativo 229 del 1999 interviene ulteriormente a disciplinare l'impalcatura normativa di riforma del Ssn, chiarendo il discrimen ed i legami che sussistono tra autorizzazione, accreditamento ed accordi contrattuali, parimenti indicando la regolazione tra tali funzioni e la programmazione nazionale e regionale. In linea generale, l'intervento regolatorio del decreto legislativo 229 del 1999 indica l'accREDITAMENTO come subordinato alla verifica ed al monitoraggio dell'effettiva sussistenza di una serie di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi e specifici della tipologia di prestazione sanitaria da erogare. L'autorizzazione è, invece, una condizione preliminare per il raggiungimento dell'accREDITAMENTO, in quanto soltanto i servizi già autorizzati possono chiedere di essere sottoposti alla verifica per l'accREDITAMENTO.

Essenziale e significativo è il ruolo svolto dalle Regioni per la concessione dell'accREDITAMENTO; difatti, lo status di soggetto accREDITATO può essere riconosciuto esclusivamente dalle Regioni, verificata la rispondenza dei servizi ai requisiti richiesti e al controllo sulla attività svolta, ma in particolar modo valutata la funzionalità dei servizi agli indirizzi di programmazione regionale. La struttura sanitaria, presa in considerazione, quindi, per poter operare per conto del Ssn deve, in termini di funzionalità, riportare che la tipologia e la quantità delle prestazioni sanitarie/servizi siano compatibili con il fabbisogno di assistenza determinato in sede di programmazione.

E' evidente, quindi, che lo scopo dell'accREDITAMENTO (trattasi di accREDITAMENTO istituzionale) è di realizzare e promuovere il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione. Bisogna riferirsi alla qualità delle cure, intendendo non soltanto efficacia ed efficienza delle prestazioni, ma anche sicurezza del servizio offerto. La qualità dell'assistenza è allo stesso tempo il principale problema ed obiettivo per i servizi e per i sistemi sanitari; esso riassume al suo interno tutta la complessità dei temi che caratterizzano la medicina moderna e l'assistenza sanitaria.

In tale contesto si delinea un ruolo determinante per la gestione del sistema dell'accREDITAMENTO in capo alle Regioni, con la progressiva devoluzione della materia sanitaria alle stesse, realizzata dal legislatore nazionale.

[www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)

## Enpam: “La sostenibilità dei conti dipende dalla politica”

***Nuova audizione della Fondazione Enpam presso la Commissione bicamerale di controllo sugli enti previdenziali. I vertici della Fondazione hanno condiviso “pienamente” i richiami della Commissione alla massima prudenza negli investimenti e si sono detti “favorevoli” a un nuovo sistema di controlli. Ma hanno anche sostenuto che “la sostenibilità dei conti dipende dalla politica” e chiesto un regime transitorio per raggiungere i previsti 30 anni di equilibrio con riforme graduali che non penalizzino la categoria dei medici e degli odontoiatri.***

**22 GIU** - È proseguita stamani l'audizione della Fondazione Enpam presso la Commissione bicamerale di controllo sugli enti previdenziali. I rappresentanti della Cassa dei medici e degli odontoiatri, spiega una nota dell'Enpam, hanno confermato l'impegno nel raggiungere l'equilibrio dei 30 anni, sottolineando, però, che l'obiettivo è attualmente mancato “non perché i conti della Fondazione siano peggiorati (sono anzi migliorati) ma perché la politica nel 2007 ha cambiato le regole”.

I vertici della Fondazione hanno comunque condiviso “pienamente” i richiami della Commissione alla massima prudenza negli investimenti e, a questo proposito, hanno fatto sapere che venerdì 24 giugno il Consiglio di amministrazione approverà un nuovo modello ispirato da un lavoro del professor Mario Monti, International advisor di Goldman Sachs. L'Enpam si è anche detto favorevole a “un nuovo e più razionale” sistema di controlli. “Iniziativa di questo genere, a garanzia delle pensioni degli iscritti, sono nell'interesse degli stessi amministratori”, hanno commentato nella nota.

Tuttavia, la Cassa dei medici e degli odontoiatri sottolinea anche che “contrariamente a quanto affermato dal presidente Giorgio Jannone, l'Enpam non ha affatto subito ‘ingenti perdite’. Al contrario, così come è stato chiaramente confermato nel corso dell'audizione, il rischio legato a titoli derivati, acquistati prima della grande crisi economica del 2008, è stato ridotto e attualmente riguarda una porzione limitatissima del patrimonio (circa il 2,5%), con tendenza a ulteriori miglioramenti. Il problema, così come affermato dal senatore Giuliano Cazzola, è semmai nella tenuta dei conti a 30 anni e di questo – aggiunge la nota dei vertici dell'Enpam - la Fondazione è ben consapevole da tempo e metterà in atto tutti i correttivi necessari”.

Per raggiungere l'obiettivo l'Enpam chiede però al Governo e al Parlamento di “riconoscere la sua peculiarità, in quanto le entrate della Cassa dei medici derivano per due terzi da convenzioni con il Servizio sanitario nazionale, il cui rinnovo è attualmente bloccato. Il regime di convenzione – evidenzia la nota della Fondazione - fa anche sì che i camici bianchi, a differenza degli altri professionisti, non potranno beneficiare di contributi integrativi a carico del cliente, come previsto dalla legge Lo Presti approvata pochi giorni fa”.

La Fondazione chiede quindi che le sia concesso un regime transitorio per raggiungere i previsti 30 anni di equilibrio con riforme graduali “che non penalizzino la categoria dei medici e degli odontoiatri”.

SANITÀ CAOS NELLE ASL PER LE MODIFICHE CHE SCATTERANNO IL 1° LUGLIO

# Ticket, i sindacati attaccano Vendola

«Una beffa i criteri per le esenzioni»

SERVIZI A PAGINA 8 &gt;&gt;

## SANITÀ

BOTTA E RISPOSTA CON L'ASSESSORE

### SUL PIEDE DI GUERRA

Forte: «Mobilitazione in piazza». Pugliese: «La giunta toglie ai poveri per dare ai ricchi». Colecchia: «Tagliate i costi della politica»

# Esenzione ticket in Puglia «Vendola ci ha presi in giro»

Cgil, Cisl e Uil: «I nuovi criteri per l'esenzione sono una vera e propria beffa»

● «Invece del meglio ci hanno dato il peggio». Il segretario generale della Cgil Puglia, **Giovanni Forte**, apre il fuoco di fila contro le decisioni della giunta regionale in materia di esenzione ticket ricordando che «nell'incontro del 30 maggio scorso il presidente Vendola e l'assessore Fiore ci avevano detto che sarebbe stato tolto il ticket di 1 euro sulla ricetta ai pensionati al minimo. Apprendiamo invece dalla stampa che, da un lato si conferma l'eliminazione del ticket sulle ricette per i pensionati al minimo, dall'altro si abbassa da 29 a 18 mila euro, il limite di reddito per ottenere l'esenzione totale del ticket sui farmaci. Ora - prosegue - la misura è colma. I percettori di redditi di 18 mila euro lordi sono i lavoratori e i pensionati che percepiscono poco più di 1.000 euro al mese. Questi, al danno dell'aumento dell'addizionale Irpef dello 0,30%, vedranno aggiungersi la beffa del pagamento del ticket sui farmaci. Se non si darà un segnale chiaro rispetto alla distribuzione degli oneri fra tutte le fasce di reddito, a partire da quelli più alti, nonché recuperando risorse attraverso il taglio agli sprechi e ai costi della politica - conclude Forte - la Cgil chiamerà lavoratori e pen-

sionati pugliesi alla mobilitazione».

Non meno tagliente il commento di **Aldo Pugliese**, segretario generale della Uil Puglia: «La Regione Puglia ormai assomiglia ad un Robin Hood alla rovescia: toglie ai poveri per dare ai ricchi. Il ticket sui farmaci e sulle ricette assomiglia ad un sorta di ciliegina su una torta avvelenata. Il problema è che purtroppo ci troviamo puntualmente di fronte al fatto compiuto. Auspichiamo - conclude Pugliese - che il consiglio regionale nella seduta di approvazione di bilancio abbia un rigurgito di dignità e ponga riparo a questo scempio».

La Cisl parla di «una risposta forte che non mancheremo di mettere in campo anche con manifestazioni alle quali chiameremo lavoratori e pensionati fin troppo tartassati per colpa non loro. Gli spazi finanziari ci sono. Come abbiamo fatto notare all'assessore Pelillo si deve partire dalla rilevazione dei costi della politica che oggi premono ingiustificatamente sul bilancio regionale. A tal proposito la Cisl di Puglia, insieme alle altre organizzazioni, ha chiesto di essere ascoltata dalle commissioni consiliari competenti per illustrare il dettaglio delle proprie proposte».



**LA GIUNTA «RISPETTO L'IMPEGNO A FAVORE DELLE FASCE DEBOLI»**

## Fiore: «Impatto limitato ma pronti a correttivi»

Il titolare della Sanità: «Stretti dal piano di riordino»

● L'attacco dei sindacati è rintuzzato dall'assessore regionale alle Politiche della salute, **Tommaso Fiore**: «Il provvedimento adottato è conseguente al piano di riordino approvato con legge n. 2/2011, nella quale era già espressamente previsto l'intervento sulla rimodulazione dell'attuale sistema di compartecipazione alla spesa farmaceutica (ticket) per motivi di reddito. Pur comprendendo le motivazioni a sostegno delle famiglie e ai soggetti appartenenti a fasce di reddito medio-basse, è opportuno evidenziare che, permanendo tutte le altre esenzioni per motivi diversi dal reddito (patologie, ecc.), l'impatto della delibera approvata risulta limitato. Inoltre - conclude Forte - la Giunta ha inteso rispettare l'impegno assunto in favore delle fasce deboli, eliminando il ticket di un euro a ricetta ai titolari di redditi minimi. Dal necessario, utile e ulteriore confronto con le rappresentanze sindacali, potranno sicuramente emergere ipotesi diverse che, previa verifica coi tecnici ministeriali, potranno essere attivate a partire dal 2012».

Sulla questione ticket interviene anche il senatore Pdl, **Luigi D'Ambrosio Lettieri**: «Ci risiamo - dice - Con l'eliminazione del ticket sulle

ricette per i pensionati al minimo, la giunta Vendola tenta l'ennesima operazione di maquillage per riaccredarsi agli occhi dei più deboli ed ottenere un consenso che evidentemente gli stava sfuggendo di mano. Ma questa volta a gridare allo scandalo non è solo la "solita" opposizione di centrodestra o i sindacati cosiddetti di area moderata, bensì la Cgil. Vendola - dice il senatore - riprende con la

sinistra ciò che toglie con la destra, costringendo migliaia di famiglie a subire disagi intollerabili per rimediare agli sprechi delle sue politiche fallimentari. È vero, concordiamo con il segretario Forte: la misura è colma».

Interviene anche il capogruppo Pdl alla Regione, **Rocco Palese**. «Il gioco delle tre carte sui ticket serve a distrarre l'opinione pubblica dalla spartizione di torte e poltrone delle Asl pugliesi tra i partiti della sinistra. Il risultato è che la delibera sulle esenzioni adottata dalla giunta Vendola è addirittura meno favorevole, per i cittadini, di quella in vigore con noi nel 2005 e che la sinistra tanto contestò. Allora lasciammo a Vendola una platea di un milione e 400mila cittadini pugliesi esenti dal ticket; oggi se i redditi dei cittadini non fossero drammaticamente scesi a causa del crollo del Pil, applicando la delibera approvata ieri dalla giunta, il numero degli esenti sarebbe di molto inferiore ad un milione e 300mila, si attesterebbe infatti tra 900mila ed un milione. Per non dire che contestualmente al ripristino dell'esenzione totale per i pensionati, la giunta Vendola ha innalzato le soglie di reddito annuo per l'esenzione totale e parziale, il che riduce il numero di esenti per reddito e ci riporta al gioco delle tre carte che regge finché i pugliesi non andranno dal medico e in farmacia».



Lettori: n.d.

Diffusione: n.d.

**IL MATTINO**  
**NAPOLI**

Dir. Resp.: Virman Cusenza

23-GIU-2011

da pag. 38

## Finanza in Regione Inchiesta Soresa avviso e sequestro a consigliere pdl

Nell'ambito dell'inchiesta sulla Soresa ieri nuove perquisizioni tra cui quella nell'ufficio di Michele Schiano di Visconti, consigliere regionale Pdl e presidente della Commissione consiliare sanità. «Sono sereno - ha dichiarato Schiano di Visconti - ho ricevuto un avviso di garanzia e ho subito la perquisizione del mio ufficio, ma non saprei dire per cosa sono indagato. Non ho nulla da temere. La magistratura faccia il suo corso».

&gt; Lanza a pag. 38

# Blitz in Regione per il caso Soresa indagato il consigliere Pdl Schiano

”

### La reazione

L'esponente politico  
«Sono sereno».

Indagati altri dirigenti  
delle Asl napoletane

Indagato il presidente  
della commissione sanità  
sequestrato il suo computer

### Viviana Lanza

Nuove perquisizioni nell'ambito delle indagini sulla Soresa, la società nata per risanare il debito sanitario della Campania. Ieri mattina gli agenti della squadra mobile del vicequestore Vittorio Pisani, su delega dei magistrati della sezione Reati contro la pubblica amministrazione (l'inchiesta è coordinata dal procuratore aggiunto Francesco Greco e dal sostituto Graziella Arlomedea), hanno perquisito gli uffici di Michele Schiano di Visconti, consigliere regionale Pdl e presidente della commissione consiliare Sanità. Dalla stanza al nono piano della sede del Consiglio, i poliziotti hanno portato via alcuni documenti e l'hard disk del pc in uso

al consigliere, per i necessari approfondimenti investigativi. «Sono sereno - ha dichiarato l'esponente politico che nel pomeriggio ha raggiunto il Consiglio regionale convocato per il dibattito sull'emergenza rifiuti - Ho ricevuto un avviso di garanzia e ho subito la perquisizione del mio ufficio, ma non saprei dire per cosa sono indagato. So solo che c'entra l'attività della Soresa e altro ancora. Comunque, ho consegnato le carte al mio avvocato Pino Pellegrino, ma ripeto: non ho nulla da temere. La magistratura faccia il suo corso». E' un'indagine ampia, quella della Procura di Napoli sul fronte Soresa. E ieri mattina ha portato a numerose perquisizioni eseguite dalla squadra mobile non solo negli uffici della Regione Campania, ma anche presso diverse Asl della provincia napoletana, nella sede del Comune di Grumo Nevano, in casa di alcuni dirigenti dell'Asl di Frattamaggiore e presso le abitazioni

di persone che ricoprono ruoli istituzionali in Regione. Indagine a tutto tondo, una mole di documenti e supporti informatici da analizzare; si scava sui rapporti tra dirigenti e esponenti politici. La Procura sospetta irregolarità in alcuni appalti, rapporti di corruzione. Si procede a vario titolo. Per diverse ipo-

tesi di reato: concussione in concorso, associazione a delinquere, turbata libertà degli incanti, corruzione per atti contrari ai doveri di ufficio, abuso di ufficio. Poi si valuteranno le singole posizioni e si accerteranno le eventuali responsabilità. Un primo filone dell'inchiesta, intanto, si è già concentrato sull'appalto per il nuovo sistema di informatizzazione delle ricette e nei giorni scorsi ha fatto scaturire perquisizioni negli uffici o in casa di alcuni dirigenti della Soresa e di due delle società che si erano ag-



Lettori: n.d.

**IL MATTINO  
NAPOLI**

23-GIU-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Virman Cusenza

da pag. 38

giudicate la gara. Al centro delle indagini, un appalto da 24 milioni di euro in sei anni bandito dalla società partecipata della Regione un anno fa e vinto da un'associazione temporanea di imprese di cui facevano parte due ditte che, secondo la Procura, non avrebbero avuto tutti i requisiti contrattuali per via di precedenti inadempienze. Inoltre, sempre secondo la ricostruzione investigativa, il nuovo metodo di centralizzazione delle informazioni sanitarie avrebbe comportato una spesa più alta rispetto al vecchio sistema di gestione di dati, con un aggravio stimato attorno ai dieci milioni di euro in sei anni. Anche in questo filone i reati ipotizzati vanno dalla corruzione all'abuso d'ufficio, dalla turbata libertà degli incanti all'associazione per delinquere, ipotizzando inoltre il reato di falsità materiale commesso da pubblici ufficiali. La Soresa, dunque, resta al centro di complesse e delicate indagini della Procura che vuole fare chiarezza sugli appalti e sulle convenzioni nel comparto sanità. Nata con una legge regionale del 2005, la Soresa (società regionale per la sanità) è una società per azioni e ente strumentale della Regione Campania che agisce in base a specifiche convenzioni e/o a delibere della Giunta regionale e, come si legge sul sito, "opera esclusivamente nell'interesse della Regione Campania e delle aziende sanitarie della Regione stessa".

A RIPRODUZIONE RISERVATA

Cgil, Cisl e Uil minacciano una mobilitazione contro la delibera: "Se volete risparmiare riducete i costi della politica". Fiore: "Intervento era previsto"

# Ticket, la rivolta dei sindacati

*Attacco a Vendola: "I nuovi tetti penalizzano i poveri, tagliatevi i vitalizi"*

**C**GIL Cisl Uil pronti alla mobilitazione contro le nuove più restrittive esenzioni sui ticket farmaceutici decise dalla giunta regionale. «Abbassare a 18mila euro la soglia per l'esenzione totale, significa far pagare il ticket a lavoratori e pensionati che prendono mille euro al mese», denuncia il segretario della Cgil, Gianni Forte. «Era già previsto dal piano di riordino, l'impatto sarà minimo», assicura l'assessore Fiore. I sindacati, intanto, hanno chiesto un incontro con il governo pugliese: «Si risparmi riducendo i costi della politica già nell'assestamento di bilancio».

PIERO RICCI A PAGINA II

## Ticket, i sindacati contro la Regione "Soffrono sempre lavoratori e pensionati"

*Cgil, Cisl e Uil a Vendola: "Riducete le vostre indennità e vitalizi"*

**Ma l'assessore Fiore reagisce "Era tutto previsto cambiamenti solo dal 2012"**

PIERO RICCI

**S**ORPRESI e delusi. Pronti alla mobilitazione. Sindacati sul piede di guerra contro la rimodulazione delle fasce di reddito sui ticket farmaceutici che ha abbassato da 29mila a 18mila euro, il limite di reddito che dà diritto all'esenzione totale e da 34mila a 23mila, la soglia per l'esenzione parziale. Durissima la Cgil: «Pagano sempre i soliti, lavoratori e pensionati. La misura è colma». E l'assessore alle Politiche della salute, Tommaso Fiore, è costretto a precisare: «Era tutto espressamente previsto, ipotesi diverse si possono anche discutere ma dal 2012».

I sindacati però vogliono cambiare la delibera ora, stravolgendo la manovra di assestamento al bilancio 2011 che andrà in Consiglio regionale la prossima settimana. I tre segretari confederali Gianni Forte (Cgil), Giulio Colechia (Cisl) e Aldo Pugliese (Uil) hanno chiesto all'assessore al Bilancio, Michele Pelillo di «desti-

nare parte del cosiddetto "tesoretto" per estendere l'esenzione dai tickets farmaceutici oltre che ai pensionati titolari di invalidità civile e di pensione al minimo, ai disoccupati, agli inoccupati ed ai cassintegrati e ai lavoratori in mobilità». Cgil Cisl Uil spiegano anche come: «Ridurre i costi della politica, partendo dalla razionalizzazione delle consulenze e dalla riduzione degli apparati degli enti strumentali della stessa Regione e, considerando le indennità, le rendite, i vitalizi e quant'altro attinente ai costi per consiglieri e assessori».

Forte dalla Cgil è furioso: «Il presidente Vendola e l'assessore Fiore anche per indorare la pillola dell'aumento dell'addizionale Irpef, ci avevano detto che sarebbe stato tolto il ticket di 1 euro sulla ricetta ai pensionati al minimo. Evidentemente per un extragetto di 7 milioni di euro, di cui la metà sarebbe stato ridistribuito attraverso l'esenzione. Apprendiamo invece che, da un lato si conferma l'eliminazione del ticket di un euro sulle ricette per i pensionati al minimo, dall'altro si abbassa in maniera drastica, da 29 a 18 mila euro, il limite di reddito per ottenere l'esenzione totale del ticket sui farmaci. Ma sa-

pete - insiste il sindacalista - che chi ha un reddito di 18mila euro lordi all'anno è chi percepisce poco più di mille euro al mese che già deve pagare lo 0,30% in più di Irpef? Se non si darà un segnale chiaro rispetto alla distribuzione degli oneri fra tutte le fasce di reddito, chiederemo i lavoratori e i pensionati pugliesi alla mobilitazione».

Per il governo pugliese risponde Fiore: «Il provvedimento è conseguente al piano di riordino approvato con legge regionale nella quale era già espressamente previsto l'intervento sui ticket per motivi di reddito. Dal necessario, utile e ulteriore confronto con le rappresentanze sindacali, potranno sicuramente emergere ipotesi diverse che, previa verifica con i tecnici ministeriali, potranno essere attivate a partire dal-



Lettori: 63.000

la Repubblica **BARI**

23-GIU-2011

Diffusione: 11.992

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 1

l'anno 2012. Comprendo le ragioni della Cgil - dice l'assessore - ma è bene ricordare che, permanendo tutte le altre esenzioni per motivi diversi dal reddito, l'impatto della delibera approvata risulta limitato». Analisi non condivisa dal capogruppo del Pdl, Rocco Palese: «Nel 2005 lasciammo a Vendita una platea di un milione e 400 mila pugliesi esenti dal ticket, oggi se i redditi dei cittadini non fossero drammaticamente scesi a causa del crollo del Pil, applicando la delibera approvata ieri dalla giunta, il numero degli esenti non supererebbe il milione. Il gioco reggerà finché i pugliesi non andranno dal medico e in farmacia».

Ma anche nella maggioranza di centrosinistra riemerge qualche dissenso, come quello di Ruggero Mennea (Pd) che vorrebbe rimettere in discussione il finanziamento per il "San Raffaele" a Taranto: «A fronte della dismissione di diciotto nosocomi, non possiamo permetterci di aprirne uno privato investendo ben 120 milioni di euro. Bisogna dirottare quell'investimento sulla sanità pubblica anche per allargare ulteriormente le esenzioni sui ticket, per non farlo pagare a chi non supera un reddito di 30 mila euro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**In Parlamento.** Audizione alla Vigilanza

## Botta e risposta sui conti Enpam

■ Botta e risposta tra Giorgio Jannone, presidente della commissione parlamentare di vigilanza e i vertici Enpam, la Cassa dei medici. Ieri, al termine dell'audizione informale sulla gestione del patrimonio mobiliare dell'ente, Jannone ha espresso «preoccupazione riguardo la sostenibilità dell'Enpam entro i limiti temporali di 30 anni stabiliti dalla legge». E ha invitato l'ente a «considerare con estrema prudenza per il futuro il ricorso ad investimenti e strumenti finanziari a rischio, anche in considerazione delle ingenti perdite sin qui registrate».

A stretto giro è arrivata la replica Enpam: «Contrariamente a quanto affermato dal presidente Jannone, l'Enpam non ha affatto subito ingenti perdite. Al contrario, così come è stato chiaramente confermato nel corso dell'audizione, il rischio legato a titoli derivati, acquistati prima della grande crisi economica del 2008, è stato ridotto e attualmente riguarda una porzione limitatissima del patrimonio, circa il 2,5%, con tendenza a ulteriori miglioramenti». È stata inoltre annunciata l'approva-

zione, da parte del cda Enpam di domani, di un nuovo modello di *governance* «ispirato da un lavoro di Mario Monti, *international advisor* di Goldman Sachs».

Ma la presa di posizione su Enpam è stata *bipartisan*. I rappresentanti del Pd in commissione (Carmen Motta, Giulio Santagata e Giuseppe Beretta) hanno ribadito di aver chiesto «estrema prudenza negli investimenti di carattere finanziario, visto che nel recente passato sono state operate scelte con alto profilo di rischio che hanno comportato perdite rilevanti». Da ricordare che l'audizione si inserisce nella polemica innescata un mese fa da un esposto di cinque Ordini dei medici all'autorità giudiziaria e alla Corte dei conti per fare chiarezza sugli investimenti.

Infine, anche l'Adepp (l'associazione delle Casse) respinge i sospetti sul rischio-default degli enti professionali e chiede, attraverso il presidente Andrea Camporese, «un incontro urgente con il ministro Sacconi»

**V.D'A.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scene di straordinaria confusione ieri mattina per l'adeguamento alle nuove disposizioni amministrative

# Soglia esenzione abbassata, pagano più persone in tilt gli uffici delle Asl, è panico tra i malati

**Nei primi mesi del 2011 sono arrivate almeno tre modifiche sul regime. La giunta ha previsto comunque che i vecchi certificati siano validi per tre mesi**

**C**AOS nelle aziende sanitarie locali, panico tra i pazienti. La rimodulazione delle fasce di reddito per non pagare il ticket sui farmaci. Gli uffici sono sotto pressione, e i cittadini, pensionati soprattutto, navigano in un labirinto di incertezze. Perché sugli uffici ticket, nei primi mesi del 2011, sono piombate almeno tre modifiche sul regime delle esenzioni. La prima è stata quella su esami e visite specialistiche. A gennaio, applicando la legge di bilancio che estendeva l'esenzione dal pagamento delle 36 euro per una visita specialistica, anche a disoccupati, cassintegrati e lavoratori in mobilità, era cominciata la prima corsa a farsi dare l'attestazione di esenzione. Poi, pochi giorni, il contrordine: **queo** certificato di esenzione era diventato carta straccia perché la giunta regionale ha dovuto cancellare quel tipo di esenzione perché il governo centrale aveva impugnato la legge pugliese davanti alla Corte costituzionale e pur di non arrivare allo scontro, l'esecutivo pugliese ha preferito fare retromarcia: esenzione cancellata.

Poi, due giorni fa la doppia novità sul ticket. Quello di un euro sulla ricetta che in Puglia pagano tutti (anche chi non paga i farmaci) non dovranno più pagarlo dal primo luglio i titolari di pensione sociale e alcuni pensionati al minimo (ultrasessantenni con reddito fino a poco più di ottomila euro, undici mila se

con coniuge convivente). Per loro sarà necessario farsi certificare la condizione di reddito per non pagare il ticket sulla ricetta.

La sorpresa, invece, riguarda le esenzioni sui farmaci: la soglia per non pagare il ticket si è abbassata e chi fino al 30 giugno entrava in farmacia senza sborsare un euro per i medicinali perché guadagnava non più di 29mila euro all'anno, dal primo luglio deve pagare perché la soglia si è abbassata a 18mila euro. Chi è in quella condizione deve rifare il certificato di esenzione.

Alla Regione, però, sanno che questo provocherà disagi in un periodo delicato come quello estivo. Per questo nella delibera è previsto un periodo transitorio di tre mesi che scadrà a fine settembre durante il quale restano validi gli attestati di esenzione per l'assistenza farmaceutica per motivi di reddito precedentemente rilasciati dalle Asl. Chi è sotto la soglia, insomma, può continuare a usare il vecchio certificato. Chi invece ha perso il diritto è invitato a «non avvalersi del diritto all'esenzione, qualora, pur in possesso di un attestato di esenzione per l'assistenza farmaceutica rilasciato prima del primo luglio 2011 sulla base delle previgenti fasce di esenzione, non rientri nelle categorie di cui ai codici E94, E95, E96». Ma forse fare i furbetti non conviene perché i controlli sono diventati più frequenti, sulla base dell'intesa tra Regione Puglia e guardia di finanza che ha già portato a decine e decine di denunce per truffa.



**L'allarme**

Piano di rientro  
e caos nei reparti  
"Ci mancano  
duemila medici"

# Ambulatori chiusi, visite rimandate "Negli ospedali ormai è emergenza"

L'assessore Fiore: "Chiederemo una deroga al ministero"

**"A preoccupare sono la Nefrologia e la dialisi: ci sono rischi enormi per i pazienti"**

**Un uomo era riuscito a prenotare una visita cardiologica, poi s'è sentito male**

GIULIANO FOSCHINI

**U**N ESPERTO di reni in pneumologia. Un gastroenterologo in neurologia. Un ortopedico in giro per le medicine. Meglio non parlare degli infermieri o degli ambulatori saltati. Non è un bel momento, questo, per ricoverarsi negli ospedali pugliesi. Da Foggia a Lecce ovunque manca sia il personale medico sia quello infermieristico. «Dall'inizio dell'anno abbiamo perso più di duemila medici e non possiamo sostituirli per motivi economici: il piano di rientro ce lo impedisce», ammette l'assessore alla Salute, Tommaso Fiore. «In queste ore stiamo facendo una ricognizione in assessorato per capire dove e quali sono le criticità maggiori. Certo la situazione così non può continuare: per questo entro la prossima settimana chiederemo un incontro al Ministro per porre il problema e trovare insieme una soluzione».

**L**A REGIONE ha già però una proposta. «Stiamo per chiudere la prima trimestrale con il piano di rientro - spiega Fiore - E ci troviamo perfettamente nel cronoprogramma che ci era stato dato. Per questo chiederemo al ministro una deroga: al momento il turnover, e cioè la sostituzione dei medici che vanno in pensione, è completamente bloc-

cata. Visto che i conti vanno meglio chiederemo uno stop dell'ottanta per cento in modo tale da rendere per lo meno accettabile la situazione che altrimenti rischia di sfuggirci tra le mani».

Il problema della mancanza del personale sta toccando tutti gli ospedali pugliesi. Bari è sicuramente una delle città con la situazione più critica: appena due giorni fa all'ospedale San Paolo a coprire i turni notturni c'era un medico per due reparti, stessa situazione al Di Venere e in alcuni padiglioni del Policlinico. «Continuiamo ad avere notizie - spiega il segretario della Cgil medici, Antonio Mazzarella - di ambulatori che rimangono chiusi, di visite rimandate e di servizi essenziali che rischiano di saltare». Il sindacato sta cercando di realizzare una mappa con la situazione più critica. «A preoccupare - spiega il sindacalista - sono situazioni come la Nefrologia e la dialisi: a Molfetta, per esempio, hanno problemi serissimi a seguire i pazienti con rischi enormi. Gravi le situazioni nei reparti di medicina baresi, soprattutto la notte, quando le guardie interdivisionali costringono un solo collega a tenere sotto controllo decine di posti letto, tra l'altro in reparti diversi».

E' quello che è successo domenica a una dottoressa del San Paolo che aveva, da sola, la

responsabilità di quattro reparti. O lunedì al Di Venere dove un solo medico doveva tenere sotto controllo 64 pazienti. «Al Policlinico - continua Mazzarella - i reparti arrivano dalle chirurgie, in particolare quelle universitarie. E le neuroradiologie, dove per riuscire a eseguire gli esami i medici e i tecnici sono costretti a lunghissimi turni di reperibilità che tra l'altro costano decine di migliaia di euro all'azienda». Nel più grande ospedale della Regione da tempo è stata pensata una riorganizzazione - che fa rima in realtà con ottimizzazione - dei reparti che prevede il taglio delle cliniche doppie e la distribuzione del personale all'interno di macrostrutture. Il lavoro è cominciato ma in alcuni casi, si vedano per esempio le chirurgie ospedaliere, non sta dando gli effetti sperati con situazioni che non riescono a essere sempre controllabili. In ogni caso, per lo meno quest'estate, la chiusura dei reparti per l'estate si sentirà di meno perché il la-



Lettori: 63.000

la Repubblica **BARI**

23-GIU-2011

Diffusione: 11.992

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 1

voro di accorpamento delle strutture ha già prodotto i primi risultati. In ogni caso verranno mantenuti intatti i posti nelle terapie intensive e nelle chirurgie mentre gli ambulatori tra luglio (dove si cercherà di mantenere qualche turno) e agosto saranno praticamente chiusi.

A creare problemi non è soltanto la mancanza strutturale dei medici. Nei giorni scorsi è scoppiata l'emergenza degli infermieri: sono scoperte 216 posizioni, mentre altri 68 addetti risultano assenti per malattie o altri motivi. Il dato è quindi di meno trecento persone. Una situazione che ha costretto l'azienda a prolungare tutti i contratti «a tempo determinato, pur in presenza delle disposizioni in materia di riduzione della spesa per assunzioni a termine che, nel caso specifico, non possono essere perseguite pena la compromissione dei livelli essenziali di assistenza, come peraltro rappresentato all'assessorato alla Salute» si legge nella delibera. «Attualmente - spiega il direttore generale Vitangelo Dattoli - gli infermieri sono sottoposti ad un eccessivo carico di lavoro e ai quali va assicurata, data l'approssimarsi della stagione estiva, il godimento del congedo ordinario spettante».

Accanto all'emergenza reparti esiste poi il problema liste d'attesa che si riversa sul Pronto soccorso. Martedì mattina, per esempio, un signore che era riuscito a prenotare una visita cardiologica (così come richiesta dal medico di famiglia) a sei mesi ha accusato un malore - un forte dolore al petto accompagnato da sintomi di svenimento - appena uscito dal Cup. Gli infermieri lo hanno immediatamente accompagnato al Pronto soccorso dove è stato sottoposto immediatamente a un eco e un elettrocardiogramma. Stava bene, per fortuna. E non servirà nemmeno più la visita di dicembre 2011.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## PREVIDENZA

### Enpam avvia la nuova governance

Domani in cda l'approvazione del nuovo modello di gestione degli investimenti. Dopo 12 anni si chiude la collaborazione con Mangusta Risk

## Enpam congeda i vecchi advisor, via alla nuova governance



DI LUISA LEONE

Tiene a sottolineare che i cambiamenti non sono stati dettati dalla bufera mediatica che si è abbattuta sulle casse di previdenza, il vicepresidente dell'Enpam Giovanni Malagnino. Ma quella che andrà in scena domani, nel consiglio di amministrazione dell'ente, è comunque la fine di un'era. «Il consiglio, che ha già discusso il nuovo modello di governance, dovrebbe approvarlo venerdì, per presentarlo poi all'assemblea di sabato. Ma non è una decisione dell'ultimo ora, per tappare qualche falla, bensì il traguardo finale di un percorso avviato molto tempo fa e già previsto nel nostro programma elettorale», spiega Malagnino a *MF-Milano Finanza*. Si tratta del modello elaborato da Goldman Sachs per l'Enpam e illustrato qualche settimana fa al cda da Mario Monti, in veste di super consulente della banca d'affari. Con l'adozione del nuovo sistema i processi decisionali relativi agli investimenti (mobiliari e immobiliari) diventeranno collegiali e saranno riportati completamente all'interno dell'ente di previdenza dei medici, sull'esempio delle best practice internazionali. Il che significa anche che «dopo 12 anni di collaborazione il rapporto con Mangusta Risk finirà». Una scelta non da poco, visto che la polemica legata agli investimenti in obbligazioni strutturate ha preso le mosse dalla contesa tra l'advisor e un'altra società di consulenza, chiamata a fornire un report sullo stato dell'arte degli investimenti finanziari, la Sri Capital. Quest'ultima è stata trascinata in tribunale da Mangusta, anche per aver scritto che gli investimenti in cdo avrebbero potuto portare a una perdita potenziale di oltre un miliardo. Da lì l'esposto dei presidenti di quattro ordini provinciali e di un consigliere di amministrazione alla Corte dei conti e alla commissione bicamerale di controllo sugli enti previdenziali. E

proprio ieri i rappresentanti dell'Enpam sono stati ascoltati in commissione, dove hanno ribadito che non c'è alcun buco nei conti e che, oltre al nuovo modello di governance, i medici si doteranno anche di un «più razionale sistema di controllo interno». I rappresentanti dell'Enpam hanno poi ribadito che «il rischio legato a titoli derivati, acquistati prima della grande crisi economica del 2008, è stato ridotto e attualmente riguarda una porzione limitatissima del patrimonio (circa il 2,5%), con tendenza a ulteriori miglioramenti».

Ma come si sta attrezzando la Cassa dei dottori per non incappare in altre trappole come quelle dei cdo? Il nuovo modello prevede che l'asset allocation strategica e tattica sia di responsabilità del consiglio di amministrazione, che si avvarrà di un comitato Investimenti composto da rappresentanti del board, della struttura finanziaria dell'ente, e da advisor esterni che saranno scelti di volta in volta in base alle loro specifiche competenze in materia della classe di investimenti sulla quale il cda sarà chiamato a decidere. «Si tratterà di nomi di livello internazionale che selezioneremo dopo aver redatto una short list», aggiunge Malagnino. Questo comitato assisterà il cda nell'asset allocation tattica, quella strategica sarà invece decisa completamente all'interno in un'ottica di gestione delle attività e delle passività (asset liability management). Molto importante, quindi, sarà la figura del nuovo direttore finanziario (il precedente

è andato in pensione e non è stato ancora sostituito). Per sceglierlo l'Enpam ha individuato una rosa di quattro head hunter che poi avranno il compito di selezionare il nuovo responsabile dell'area finanza. Si tratta di Russel & Reynolds, Egon Zehnder, Heidrick & Struggles e Spencer Stuart. «Contiamo di portare a termine il passaggio al nuovo modello di governance entro luglio, per ripartire con la nuova organizzazione da settembre», conclude Malagnino. (riproduzione riservata)



# Previdenza e sanità, dove limare

Le prestazioni sociali presentano ancora molte spese anomale. Nelle asl corrono troppo gli acquisti di beni e servizi.

**M**entre molti settori della spesa statale e locale presentano, in via generale e nelle loro macrodimensioni (escludendo quindi analisi più specifiche), dinamiche abbastanza fisiologiche, si può ritenere, a prima vista e con qualche approssimazione, che siano due i comparti di spesa dove la dinamica di crescita appare preoccupante. Il primo è quello della previdenza sociale, dove la dinamica di spesa si sviluppa partendo da circa 300 miliardi di euro nel 2010 e potrebbe previsionalmente arrivare a 338 nel 2014. La dinamica delle pensioni è stata adeguatamente razionalizzata e quindi può essere esclusa dall'esame, salvo l'interrogativo se non si possa chiedere uno straordinario contributo di solidarietà a quelle pensioni d'oro concepite al tempo della finanza allegra (che fece esplodere il debito pubblico), nate sotto il regime retributivo (quindi non collegate a contributi effettivamente versati).

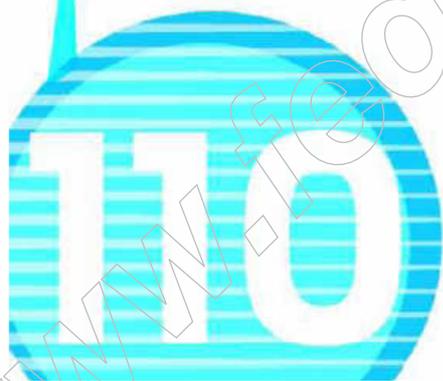
Il recente libro di Mario Giordano *Sanguisughe* (vedere servizio a pagina 46) offre qualche spunto di riflessione: su pensioni da 20 o 30 mila euro al mese l'allungamento dell'età media non dovrebbe tradursi proprio legittimamente in un diritto a continuare a godere del privilegio: non

credo che si possa parlare seriamente di diritti acquisiti in questo caso. Semmai di indebita solidarietà rovesciata a carico dei meno abbienti. Un altro ambito è quello delle pensioni di reversibilità che impegnano una cifra intorno ai 37 miliardi di euro, con meccanismi che potrebbero essere rivisitati. Se una badante sposa un ricco e vecchio pensionato che muore dopo qualche anno, si può ritenere che debba godere vita natural durante della pensione del caro estinto? Oppure: nel caso di una pensione d'oro e dove la vedova è una ricca possidente, è giusto che continui a percepire la pensione del marito, con la stessa decurtazione (circa il 50 per cento) della vedova di un impiegato medio? La normativa attuale risponde di sì, ma seri dubbi di equità possono essere avanzati.

Dal punto di vista della quantità di spesa è però il settore delle prestazioni sociali che merita un approfondimento. La sacrosanta lotta ai falsi invalidi ha portato a risultati eclatanti: in provincia di Sassari le pensioni da cancellare sono risultate il 76 per cento, a Roma il 26, a Milano appena il 3. All'interno di questo ambito si è sviluppato il fenomeno del contenzioso fittizio. È famoso il «caso Foggia», recentemente debellato, dove si concentrava il 15 per cento di tutte le cause contro l'Inps.

Ma esistono ancora meccanismi per cui con una causa da pochi euro puoi portare a casa qualche migliaio di euro grazie alla legge Pinto (ormai un vero e proprio business per gli studi di avvocati) che, sia che tu vinca sia che perda, ti permette di intascare il risarcimento derivante dal ritardo della decisione del tribunale, ormai certo per effetto dei tempi patologici di risposta di alcune sedi giudiziarie. In questi ambiti è stato fatto tanto, ma probabilmente resta ancora da fare, soprattutto con interventi strutturali rispetto a normative che andrebbero ripensate in considerazione del mutato contesto, anche evitando sovrapposizioni fra livelli istituzionali.

110 miliardi di euro è il costo della sanità in Italia. Una cifra che potrebbe salire a 124 miliardi nel 2014.



DI LUCA ANTONINI



Il secondo comparto che presenta dinamiche di crescita preoccupanti è quello della sanità, che dai 110 miliardi del 2010 potrebbe arrivare a superare i 124 nel 2014. I prossimi costi standard del federalismo fiscale, al via dal 2013, evidenziano significativi margini di risparmio. L'occasione però sarebbe utile anche per interventi strutturali diretti a correggere alcune dinamiche: la spesa per beni e servizi ha subito un incremento impressionante (circa il 30 per cento) tra il 2005 e il 2010. Inoltre l'ultimo rapporto Aiop su Ospedali & salute ha evidenziato l'indice di inefficienza che sarebbe riscontrabile nelle strutture pubbliche della sanità nell'ipotesi in cui si applicasse il riferimento al Drg (*un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate, ndr*) rendendo obbligatorio il pagamento a prestazione.

Oggi il Drg è obbligatorio nei confronti del privato, mentre funziona solo come un mero indicatore statistico nei confronti delle strutture pubbliche, di fatto ripianate a piè di lista. Il risultato della ricerca Aiop mostra tassi di inefficienza che variano dal 17 al 47 per cento, dove le punte massime si riscontrano in Campania, Calabria, Lazio. Il costo di quelle percentuali di inefficienza viene stimato in 1.360 milioni per la Campania, 647 per la Calabria, 2.025 per il Lazio. Il ripristino del Drg, introdotto da Giuliano Amato nel 1992 e poi tolto da Rosy Bindi nel 1999, costituirebbe una soluzione di efficienza coerente con il processo avviato con il federalismo fiscale.

Certo, non sono solo questi i settori degli sprechi: se la Regione Puglia per gli acquisti di beni e servizi sanitari rispettasse il valore medio nazionale di spesa, potrebbe, secondo una recente ricerca, realizzare un'economia di 77 milioni di euro. Se la Sicilia spendesse pro capite per il personale regionale quanto il Veneto, si risparmierebbero ogni anno oltre un 1,5 mld di euro. Ma qui entra in campo l'autonomia... ■

# Sanità e appalti, l'inchiesta si allarga

*Nuove perquisizioni per il caso Soresa: indagato consigliere regionale Pdl*

**Schiano di Visconti  
"Sono sereno, non  
ho nulla da temere:  
la magistratura  
faccia il suo corso"**

SANITÀ e appalti, la nuova inchiesta si allarga. Ieri sono scattate nuove perquisizioni da parte della squadra mobile. I poliziotti della sezione reati contro la pubblica amministrazione, guidati dal vicequestore Vittorio Pisani, hanno controllato le abitazioni di alcuni dirigenti della Asl di Frattamaggiore e l'ufficio del consigliere del Pdl, Michele Schiano di Visconti che è il presidente della Commissione regionale Sanità. Le indagini rientrano in un filone investigativo sull'attività della Soresa (società attiva nella gestione della sanità), condotta dal sostituto procuratore Graziella Arlomeo, che nei giorni scorsi ha già portato all'iscrizione nel registro degli indagati di sei persone (tra cui il direttore della stessa società). Anche al consigliere Schiano di Visconti (Pdl) è stato notificato un avviso di garanzia.

«Sono sereno — ha detto l'esponente del centrodestra prima di partecipare al Consiglio regionale convocato per il dibattito sui rifiuti — ho ricevuto l'avviso di garanzia e subito la perquisizione del mio ufficio, ma non so neanche dire per cosa sono indagato. So solo che c'entra l'attività della Soresa ed altro ancora. Ho dato le carte al mio avvocato Pino Pellegrino: ripeto, non ho nulla da temere. La magistratura faccia il suo corso». Nel corso della perquisizione

negli uffici del consigliere, al nono piano del Consiglio regionale, è stato prelevato l'hard disk del suo computer.

Sotto la lente di ingrandimento della Procura un appalto da 24 milioni di euro in sei anni per la centralizzazione delle informazioni sanitarie della Regione assegnato a un'associazione di impresa che — secondo l'accusa — non avrebbe avuto i requisiti necessari.

Il sospetto è che a monte ci sia stata una gara d'appalto pilotata che, peraltro, avrebbe comportato alla fine una spesa per l'innovazione tecnologica di dieci milioni di euro in più rispetto ai vecchi e più macchinosi metodi di gestione dei dati. La gara d'appalto bandita dalla Soresa venne vinta nel maggio 2010 da una Associazione temporanea di imprese cui partecipavano tra le altre (non coinvolte nell'inchiesta) due ditte — la Santer Reply di Milano e la Megaride di Frattamaggiore — che non avrebbero avuto i requisiti contrattuali per gravi inadempimenti. Dopo l'aggiudicazione furono presentati alcuni ricorsi da parte delle imprese escluse che hanno fatto scattare l'inchiesta.



### Il provvedimento

## Sanità, in aumento il budget per i privati

L'ASSESSORE Massimo Russo ha firmato i decreti che riguardano l'assegnazione del budget 2011 per le case di cura accreditate di alta e media specialità e per le strutture private accreditate per l'attività specialistica ambulatoriale esterna. In entrambi i casi è previsto un aumento del 3,2 per cento rispetto all'anno precedente. Una quota percentuale di incremento è legata agli adeguamenti all'Istat e alle previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012 e può essere applicata sul budget delle singole strutture in misura differenziata, in ragione della maggiore qualità delle prestazioni erogate ai pazienti con l'obiettivo di ridurre le prestazioni inappropriate. Un'altra quota di incremento verrà destinata alle singole strutture che nel 2011 saranno in linea con i modelli organizzativi, procedure e modalità di controllo previsti dal decreto legislativo 231 del 2001 che disciplina la responsabilità per gli illeciti amministrativi. È previsto un maggiore rigore nell'applicazione delle norme sulla legalità e sulla trasparenza: nei singoli contratti, ad esempio, verrà previsto l'obbligo della tracciabilità dei flussi finanziari attraverso transazioni bancarie o postali; l'obbligo di denuncia di illecite richieste di denaro o di altra prestazione, minacce estorsive e usurarie e una attenta valutazione delle eventuali pendenze giudiziarie del proprio personale. «Prosegue — ha commentato Russo — il nostro percorso di razionalizzazione dell'offerta sanitaria e di riqualificazione della spesa attraverso precise indicazioni, peraltro previste dalla legge di riforma, che vanno nella direzione della maggiore qualità e della massima trasparenza».





# SICILIA

## SANITA': CONVENZIONATI ESTERNI E CASE DI CURA, ECCO I BUDGET

L'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, ha firmato oggi i decreti che riguardano l'assegnazione del budget 2011 per le case di cura accreditate di alta e media specialita' e per le strutture private accreditate per l'attivita' specialistica ambulatoriale esterna. In entrambi i casi e' previsto un aumento rispetto all'anno precedente pari al 3,2%. Una delle principali novita' e' rappresentata dal fatto che una quota percentuale di incremento e' legata all'Istat e alle previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012 e puo' essere applicata sul budget delle singole strutture in misura differenziata, in ragione della maggiore qualita' delle prestazioni erogate ai pazienti con l'obiettivo di ridurre le prestazioni inappropriate. Un'altra quota di incremento verra' destinata alle singole strutture che nel 2011 saranno in linea con i modelli organizzativi, procedure e modalita' di controllo previsti dal decreto legislativo 231 del 20 01 che disciplina la responsabilita' per gli illeciti amministrativi. E' previsto un maggiore rigore nell'applicazione delle norme sulla legalita' e sulla trasparenza: nei singoli contratti, ad esempio, verra' previsto l'obbligo della tracciabilita' dei flussi finanziari attraverso transazioni bancarie o postali; l'obbligo di denuncia di illecite richieste di denaro o di altra prestazione, minacce estorsive e usuarie e una attenta valutazione delle eventuali pendenze giudiziarie del proprio personale.

"Prosegue - ha commentato l'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo - il nostro percorso di razionalizzazione dell'offerta sanitaria e di riqualificazione della spesa attraverso precise indicazioni, peraltro previste dalla legge di riforma, che vanno nella direzione della maggiore qualita' e della massima trasparenza. Le intese raggiunte in sede di confronto con le sigle sindacali indicano con chiarezza che la strada del rinnovamento intrapresa rappresenta una garanzia sia per i cittadini che per gli operatori privati".

Per le case di cure il budget complessivo ammonta a 461,975 milioni di euro. Questo il totale per singole province (media specialita'): Agrigento 12.592.000; Caltanissetta 14.698.000; Catania 138.255.000; Messina 72.056.000; Palermo 101.815.000; Ragusa 7.744.000; Siracusa 36.347.000; Trapani 15.590.000 a cui vanno aggiunti i budget per l'alta specialita' in favore di Humanitas 13.946.000, La Maddalena 25.198.000 e Villa Eleonora 23.734.000.

Come concordato con la Commissione Sanita' dell'Ars - altra novita' del decreto - le case di cura, in via sperimentale, potranno erogare prestazioni ambulatoriali entro il 3% del budget concordato per assicurare la continuita' assistenziale ai pazienti (con le tariffe vigenti per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private). Viene prevista anche una forma di incentivazione per le strutture che (secondo precise modalita') contribuiranno ad arginare il fenomeno della mobilita' passiva che ha un costo elevato per il sistema sanitario ma anche un "costo sociale" per le famiglie dei pazienti.

Per la specialistica ambulatoriale convenzionata esterna il budget sara' di 311,466 milioni di euro. Questo il riepilogo per provincia: Agrigento 35.687.000, Caltanissetta 8.365.000, Catania 69.487.000, Enna 4.564.000, Messina 37.535.000, Palermo 88.162.000, Ragusa 10.998.000, Siracusa 23.729.000, Trapani 29.371.000. Nella quota di incremento e' previsto che venga effettuato un riequilibrio dei budget per singola provincia e per singola branca, necessari in relazione ai fabbisogni sanitari. L'aggregato prevede anche una quota che compensera' la mancata riscossione del ticket per effetto dell'innalzamento della soglia Isee stabilito nel dicembre scorso.

Le strutture accreditate - altre novita' - saranno tenute a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale e dovranno anche garantire, nei limiti del budget, una quota delle proprie prestazioni giornaliere in favore dei pazienti inviati dall'Asp con richieste "urgenti" e "brevi" che non possano trovare tempestiva risposta nei servizi pubblici.

Il decreto prevede anche la possibilita' di aggregazione in centri polispecialistici e la possibilita' per le Asp di stipulare accordi per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

22/06/2011

**I FONDI.** Previsto un maggiore rigore sulle norme di legalità e trasparenza

# Sanità, Regione assegna budget per convenzionati e case di cura

Un aumento del 3,2 per cento rispetto allo scorso anno

**ANTONIO FIASCONARO**

**PALERMO.** Via libera da ieri all'assegnazione del budget 2011 per le 60 case di cura accreditate di alta e media specialità e per le oltre 1500 strutture private accreditate per l'attività specialistica ambulatoriale esterna.

Complessivamente i decreti firmati dall'assessore per la Salute, Massimo Russo, prevedono l'assegnazione complessiva di 772.441.000 di euro (461.975.000 per le case di cura e 311.466.000 per la specialistica ambulatoriale esterna). In entrambi i casi è previsto un aumento rispetto all'anno precedente pari al 3,2 per cento. Una delle principali novità è rappresentata dal fatto che una quota percentuale di incremento è legata all'Istat e alle previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012 e può essere applicata sul budget delle singole strutture in misura differenziata, in ragione della maggiore qualità delle prestazioni erogate ai pazienti con l'obiettivo di ridurre le prestazioni inappropriate. È previsto un maggiore rigore nell'applicazione delle norme sulla legalità e sulla trasparenza: nei singoli contratti, ad esempio, verrà previsto l'obbligo della tracciabilità dei flussi finanziari attraverso transazioni bancarie o postali; l'obbligo di denuncia di illecite richieste di denaro o di altra prestazione, minacce estorsive e usurarie è una attenta valutazione delle eventuali pendenze giudiziarie del proprio personale.

Per le case di cure il budget complessivo ammonta a 461,975 milioni di euro a cui vanno aggiunti i budget per l'alta specialità in favore di Humanitas

13.946.000, La Maddalena 25.198.000 e Villa Eleonora 23.734.000. Per la specialistica ambulatoriale convenzionata esterna il budget sarà di 311,466 milioni di euro. Nella quota di incremento è previsto che venga effettuato un riequilibrio dei budget per singola provincia e per singola branca, necessari in relazione ai fabbisogni sanitari. L'aggregato prevede anche una quota che compenserà la mancata riscossione del ticket per effetto dell'innalzamento della soglia Isee stabilito nel dicembre scorso.

Le strutture accreditate - altre novità, come spiegano dall'assessorato - saranno tenute a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale e dovranno anche garantire, nei limiti del budget, una quota delle proprie prestazioni giornaliere in favore dei pazienti inviati dalle 9 Asp dell'Isola con richieste «urgenti» e «brevis» che non possano trovare tempestiva risposta nei servizi pubblici. Il decreto prevede anche la possibilità di aggregazione in centri polispecialistici e la possibilità per le 9 Asp di stipulare accordi per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

Soddisfazione è stata espressa dall'assessore Massimo Russo: «Prosegue il nostro percorso di razionalizzazione dell'offerta sanitaria e di riqualificazione della spesa attraverso precise indicazioni, peraltro previste dalla legge di riforma, che vanno nella direzione della maggiore qualità e della massima trasparenza - ha sottolineato -. Le intese raggiunte in sede di confronto con le sigle sindacali indicano con chiarezza che la strada del rinnovamento intrapresa

rappresenta una garanzia sia per i cittadini che per gli operatori privati».

## I NUMERI

### ■ CASE DI CURA

<b>AGRIGENTO:</b>	<b>12.592.000</b>
<b>CALTANISSETTA</b>	<b>14.698.000</b>
<b>CATANIA:</b>	<b>138.255.000</b>
<b>MESSINA:</b>	<b>72.056.000</b>
<b>PALERMO:</b>	<b>101.815.000</b>
<b>RAGUSA:</b>	<b>7.744.000</b>
<b>SIRACUSA:</b>	<b>36.347.000</b>
<b>TRAPANI:</b>	<b>15.590.000</b>

**TOTALE 461.975.000**

### ■ SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA

<b>AGRIGENTO:</b>	<b>35.687.000</b>
<b>CALTANISSETTA:</b>	<b>8.365.000</b>
<b>CATANIA:</b>	<b>69.487.000</b>
<b>ENNA:</b>	<b>4.564.000</b>
<b>MESSINA:</b>	<b>37.535.000</b>
<b>PALERMO:</b>	<b>88.162.000</b>
<b>RAGUSA:</b>	<b>10.998.000</b>
<b>SIRACUSA:</b>	<b>23.729.000</b>
<b>TRAPANI:</b>	<b>29.371.000</b>

**TOTALE: 311.466.000**

del 23 Giugno 2011

COMUNICATO STAMPA

estratto da pag. 1



Presidenza Regione Siciliana - Ufficio Stampa



## COMUNICATO STAMPA

### SANITA': CONVENZIONATI ESTERNI E CASE DI CURA, ECCO I BUDGET

PALERMO, 22 giu 2011 (SICILIAE) - L'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo, ha firmato oggi i decreti che riguardano l'assegnazione del budget 2011 per le case di cura accreditate di alta e media specialita' e per le strutture private accreditate per l'attivita' specialistica ambulatoriale esterna. In entrambi i casi e' previsto un aumento rispetto all'anno precedente pari al 3,2%. Una delle principali novita' e' rappresentata dal fatto che una quota percentuale di incremento e' legata all'Istat e alle previsioni contenute nel Programma Operativo 2010-2012 e puo' essere applicata sul budget delle singole strutture in misura differenziata, in ragione della maggiore qualita' delle prestazioni erogate ai pazienti con l'obiettivo di ridurre le prestazioni inappropriate. Un'altra quota di incremento verra' destinata alle singole strutture che nel 2011 saranno in linea con i modelli organizzativi, procedure e modalita' di controllo previsti dal decreto legislativo 231 del 20 01 che disciplina la responsabilita' per gli illeciti amministrativi. E' previsto un maggiore rigore nell'applicazione delle norme sulla legalita' e sulla trasparenza: nei singoli contratti, ad esempio, verra' previsto l'obbligo della tracciabilita' dei flussi finanziari attraverso transazioni bancarie o postali; l'obbligo di denuncia di illecite richieste di denaro o di altra prestazione, minacce estorsive e usurarie e una attenta valutazione delle eventuali pendenze giudiziarie del proprio personale.

"Prosegue - ha commentato l'assessore regionale per la Salute, Massimo Russo - il nostro percorso di razionalizzazione dell'offerta sanitaria e di riqualificazione della spesa attraverso precise indicazioni, peraltro previste dalla legge di riforma, che vanno nella direzione della maggiore qualita' e della massima trasparenza. Le intese raggiunte in sede di confronto con le sigle sindacali indicano con chiarezza che la strada del rinnovamento intrapresa rappresenta una garanzia sia per i cittadini che per gli operatori privati".

Per le case di cure il budget complessivo ammonta a 461,975 milioni di euro. Questo il totale per singole province (media specialita'): Agrigento 12.592.000; Caltanissetta 14.698.000; Catania 138.255.000; Messina 72.056.000; Palermo 101.815.000; Ragusa 7.744.000; Siracusa 36.347.000; Trapani 15.590.000 a cui vanno aggiunti i budget per l'alta specialita' in favore di Humanitas 13.946.000, La Maddalena 25.198.000 e Villa Eleonora 23.734.000.

Come concordato con la Commissione Sanita' dell'Ars - altra novita' del decreto - le case di cura, in via sperimentale, potranno erogare prestazioni ambulatoriali entro il 3% del budget concordato per assicurare la continuita' assistenziale ai pazienti (con le tariffe vigenti per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private). Viene prevista anche una forma di incentivazione per le strutture che (secondo precise modalita') contribuiranno ad arginare il fenomeno della mobilita' passiva che ha un costo elevato per il sistema sanitario ma anche un "costo sociale" per le famiglie dei pazienti. (Segue).

Per la specialistica ambulatoriale convenzionata esterna il budget sara' di 311,466 milioni di euro. Questo il riepilogo per provincia: Agrigento 35.687.000, Caltanissetta 8.365.000, Catania 69.487.000, Enna 4.564.000, Messina 37.535.000, Palermo 88.162.000, Ragusa 10.998.000, Siracusa 23.729.000, Trapani 29.371.000. Nella quota di incremento e' previsto che venga effettuato un riequilibrio dei budget per singola provincia e per singola branca, necessari in relazione ai fabbisogni sanitari. L'aggregato prevede anche una quota che compensera' la mancata riscossione

del 23 Giugno 2011

**COMUNICATO STAMPA**

estratto da pag. 1

del ticket per effetto dell'innalzamento della soglia Isee stabilito nel dicembre scorso.

Le strutture accreditate - altre novità - saranno tenute a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale e dovranno anche garantire, nei limiti del budget, una quota delle proprie prestazioni giornaliere in favore dei pazienti inviati dall'Asp con richieste "urgenti" e "brevi" che non possano trovare tempestiva risposta nei servizi pubblici.

Il decreto prevede anche la possibilità di aggregazione in centri polispecialistici e la possibilità per le Asp di stipulare accordi per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

gm/mav

www.federlabitalia.com

**SANITÀ.** Aumentano i fondi rispetto all'anno scorso. Le cliniche private potranno erogare prestazioni ambulatoriali

## Case di cura e convenzionati, firmato il decreto per il budget

**PALERMO**

Quasi quindici milioni in più alle case di cura e quasi dieci alle strutture convenzionate esterne rispetto all'anno scorso. E l'opportunità per le cliniche private di erogare prestazioni ambulatoriali. L'assessore regionale alla Salute, Massimo Russo, ha firmato i decreti per l'assegnazione del budget 2011. In particolare, alle cliniche private sono stati assegnati 461 milioni 975 mila euro, alle strutture private accreditate per l'attività specialistica ambulatoriale esterna 311 milioni 466 mila euro. In entrambi i casi, rispetto al 2010 è previsto un aumento del 3,2%.

Una delle principali novità è rappresentata dal fatto che una quota percentuale di incremento (pari al 2%) è legata all'Istat e può essere applicata al budget delle singole strutture in misura differenziata, con l'obiettivo di premiare quelle che lavorano bene e ridurre le prestazioni inappropriate. Un'altra quota di incremento (pari all'1,2%) verrà destinata alle strutture che nel 2011 saranno in linea sotto il profilo della trasparenza amministrativa. «Prosegue il nostro percorso di razionalizzazione dell'offerta sanitaria e di riqualificazione della spesa», commenta Russo. Le intese raggiunte con i sindacati indicano con chiarezza che la strada del rinnovamento rappresenta una garanzia sia per i cittadini che per gli operato-

ri privati. Inoltre, nei contratti è previsto un maggiore rigore nell'applicazione delle norme sulla legalità e sulla trasparenza».

Dopo lunghe trattative con i sindacati e l'ok della commissione Sanità all'Ars, una delle principali novità del decreto sulle case di cura è il fatto che in via sperimentale queste - sia prima che dopo il ricovero e limitatamente alle singole specialità - potranno erogare prestazioni ambulatoriali entro il 3% del budget concordato, per assicurare la continuità assistenziale ai pazienti. Per le cliniche private ecco il budget assegnato alle province: Catania 138.255 euro, Palermo 101.815, Messina 72 mila, Siracusa 36.347, Trapani 15.590, Caltanissetta 14.698, Agrigento 12.592 e Ragusa 7.744 euro. A questi vanno aggiunti i budget

per l'alta specialità in favore di Humanitas (quasi 14 mila euro), La Maddalena (poco più di 25 mila) e Villa Eleonora (quasi 24 mila).

Per quanto riguarda i convenzionati esterni, ecco i budget per provincia: Palermo 88.162 mila euro, Catania 69.487, Messina 37.535, Agrigento 35.687, Trapani 29.371, Siracusa 23.729, Ragusa quasi 11 mila, Caltanissetta 8.365, Enna 4.564. Le strutture accreditate dovranno garantire, inoltre, il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale e, nei limiti del budget, parte delle prestazioni giornaliere a favore dei pazienti inviati dall'Asp con richieste «urgenti» e «brevi», che non possono trovare risposta nei servizi pubblici. (GVA\*)

**GIUSEPPINA VARSALONA**



L'assessore regionale alla Salute, Massimo Russo. FOTO FUCARINI

# Blitz in Regione per il caso Soresa indagato il consigliere Pdl Schiano

## La sanità

Indagato il presidente della commissione sanità sequestrato il suo computer

### Viviana Lanza

Nuove perquisizioni nell'ambito delle indagini sulla Soresa, la società nata per risanare il debito sanitario della Campania. Ieri mattina gli agenti della squadra mobile del vicequestore Vittorio Pisani, su delega dei magistrati della sezione Reati contro la pubblica amministrazione (l'inchiesta è coordinata dal procuratore aggiunto Francesco Greco e dal sostituto Graziella Arlomedo), hanno perquisito gli uffici di Michele Schiano di Visconti, consigliere regionale Pdl e presidente della commissione consiliare Sanità. Dalla stanza al nono piano della sede del Consiglio, i poliziotti hanno portato via alcuni documenti e l'hard disk del pc in uso al consigliere, per i necessari approfondimenti investigativi. «Sono sereno - ha dichiarato l'esponente politico che nel pomeriggio ha raggiunto il Consiglio regionale convocato per il dibattito sull'emergenza rifiuti - Ho ricevuto un avviso di garanzia e ho subito la perquisizione del mio ufficio, ma non saprei dire per cosa sono indagato. So solo che c'entra l'attività della Soresa e altro ancora. Comunque, ho consegnato le carte al mio avvocato Pinò Pellegrino, ma ripeto: non ho nulla da temere. La magistratura faccia il suo corso». E' un'indagine ampia, quella della Procura di Napoli sul fronte Soresa. E ieri mattina ha portato a numerose perquisizioni eseguite dalla squadra mobile non solo negli uffici della Regione Campania, ma anche presso diverse Asl della provincia napoletana, nella sede del Comune di Grumo Nevano, in casa di alcuni dirigenti dell'Asl di Frattamaggiore e presso le abitazioni



Nel mirino La sede del Consiglio regionale; sotto, il presidente Schiano di Visconti



”

### La reazione

L'esponente politico. «Sono sereno». Indagati altri dirigenti delle Asl napoletane

di persone che ricoprono ruoli istituzionali in Regione. Indagine a tutto tondo, una mole di documenti e supporti informatici da analizzare; si scava sui rapporti tra dirigenti e esponenti politici. La Procura sospetta irregolarità in alcuni appalti, rapporti di corruzione. Si procede, a vario titolo, per diverse ipotesi di reato: concussione in concorso, associazione a delinquere, turbata libertà degli incanti, corruzione per atti contrari ai doveri di ufficio, abuso di ufficio. Poi si valuteranno le singole posizioni e si accerteranno le eventuali responsabilità. Un primo filone dell'inchiesta, intanto, si è già concentrato sull'appalto per il nuovo sistema di informatizzazione delle ricette e nei giorni scorsi ha fatto scaturire perquisizioni negli uffici o in casa di alcuni dirigenti della Soresa e di due delle società che si erano aggiudicate la gara. Al centro delle indagini, un appalto da 24 milioni di euro in sei anni bandito dalla società partecipata della Regione un anno fa e vinto da un'associazione temporanea di imprese di cui facevano parte due ditte che, secondo la Procura, non avrebbero avuto tutti i requisiti contrattuali per via di precedenti inadempimenti. Inoltre, sempre secondo la ricostruzione investigativa, il nuovo metodo di centralizzazione delle informazioni sanitarie avrebbe comportato una spesa più alta rispetto al vecchio sistema di gestione di dati, con un aggravio stimato attorno ai dieci milioni di euro in sei anni. Anche in questo filone i reati ipotizzati vanno dalla corruzione all'abuso d'ufficio, dalla turbata libertà degli incanti all'associazione per delinquere, ipotizzando inoltre il reato di falsità materiale commesso da pubblici ufficiali. La Soresa, dunque, resta al centro di complesse e delicate indagini della Procura che vuole fare chiarezza sugli appalti e sulle convenzioni nel comparto sanità. Nata con una legge regionale del 2005, la Soresa (società regionale per la sanità) è una società per azioni e ente strumentale della Regione Campania che agisce in base a specifiche convenzioni e/o a delibere della Giunta regionale e, come si legge sul sito, "opera esclusivamente nell'interesse della Regione Campania e delle aziende sanitarie della Regione stessa".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CORRIERE  
DEL VENETO**

## Usl, nuovi paletti per costruire i bilanci. Alt alla spesa storica, sì ai costi standard



Incontro tecnico tra i direttori generali e il segretario Mantoan. Cambia la politica regionale su uscite e bilanci delle aziende sanitarie. Per mantenere l'equilibrio, vengono imposti ai direttori generali tetti massimi non più basati sulla spesa storica bensì sui costi standard parametrati alle best practice delle tre migliori Usl in tema di risultato finanziario, cioè la 4 di Thiene, la 7 di Pieve di Soligo e la di Treviso. Così si spazza via la «strategia Ruscitti» (l'ex segretario della Sanità), che aveva calcolato i tetti 2010 in base al consultivo 2009, chiedendo però alle aziende virtuose sacrifici maggiori e concedendo obiettivi meno pressanti a quelle «spedaccione».

Il risultato 2010 è che Usl in attivo come appunto le tre citate finiscono dietro la lavagna con uno scostamento dei costi rispetto al limite stabilito dalla Regione rispettivamente di 1.774.668,87 euro, 5.973.699,11 e 6.149.472,77, mentre le Usl più indebitate, ovvero Venezia, Rovigo e Verona, limitano danni a -4.532.292,56 euro, addirittura a +1.468.568,35 e a -2.576.739,99 euro. Spiccano pure i 10.325.588,24 euro di attivo dell'Usl 8 di Asolo. Numeri dei quali la giunta Zaia ieri ha «preso atto» con apposita delibera, anche se non avranno alcuna ripercussione sui direttori generali, nè in termini di decadenza (prevista nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio finanziario), nè di calcolo del premio. Anzi, l'assessore alla Sanità, Luca Coletto, proporrà in giunta un incentivo «personalizzato», cioè calcolato dallo zero al 20% sullo stipendio dei manager (154.500 euro) in relazione al consolidato 2010. Se l'esecutivo di Palazzo Balbi darà il via libera, sarà pagato attingendo ai 12,5 milioni di attivo con cui ha chiuso il bilancio della sanità veneta.

Oggi pomeriggio, intanto, a Montecchio Precalcino il segretario Domenico Mantoan riunirà i dg proprio per stabilire i paletti della nuova politica finanziaria. Verranno presentati nuovi indicatori per costruire il bilancio, che aiuteranno i manager ad arrivare all'equilibrio economico sanitario. Sono: il «return on investment» (la capacità dell'azienda di generare risultati utilizzando il capitale investito); la rigidità delle fonti (l'incidenza del finanziamento a

breve sul totale dei finanziamenti concessi); la rigidità degli impieghi (il peso degli impieghi a lungo ciclo di ritorno monetario sul capitale investito); la disponibilità netta; la copertura finanziaria dell'attivo immobilizzato; l'obsolescenza tecnica; nuovi investimenti. A proposito di questi ultimi, sono stati bloccati per consentire il pareggio di bilancio, ma ora dovranno riprendere. Nell'incontro tecnico di oggi Mantoan e i dg elaboreranno una proposta per la giunta Zaia che consenta di cambiare il trend imboccato finora. Continuandolo, si arriverebbe al 2013 con 750 milioni di ammortamenti necessari a pagare i nuovi investimenti, mentre l'intenzione è di limitare la spesa a 350 milioni, puntando non più soprattutto sull'edilizia, ma su tecnologia e attrezzature.

Corriere del Veneto – 22 giugno 2011

www.federlabitalia.com



## Esenzione ticket, fino al 31 luglio tutto resta com'è oggi

*Nell'attesa che il diritto a non pagare sia segnalato dal medico direttamente sulla ricetta resta valida l'autocertificazione*

Nel corso del 2011 l'esenzione dal ticket per visite ed esami specialistici in base al reddito dovrà essere indicata, da parte del medico di base, nella ricetta di prescrizione. Questa modalità è stata introdotta con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze. In Piemonte questa procedura doveva partire dal 1° giugno ma una serie di difficoltà sollevate dai medici di base e dalla stessa Regione nell'organizzare il cambiamento procedurale non hanno ancora reso attuativa la nuova norma.

In attesa che ciò avvenga, le ASL Cuneo 1 e Cuneo 2 informano che fino al 31 luglio si proseguirà, come si è sempre fatto, con l'autocertificazione da parte dei cittadini. Entro tale data le ASL invieranno a casa l'attestato di esenzione. Il cittadino dovrà portare l'attestato di esenzione che ha ricevuto al medico di base che provvederà a riportarlo nell'impegnativa. Dopo il 31 luglio, chi non avesse ricevuto l'attestato, ma sa di averne diritto in base ai requisiti sotto riportati, potrà richiederlo direttamente all'ASL o recandosi in una sede dello Spi Cgil dove verrà aiutato a compilare la modulistica necessaria.

Ricordiamo che le ASL, nell'inviare l'attestato di esenzione, utilizzeranno gli elenchi forniti dall'Agenzia delle Entrate: non tutti gli aventi diritto risulteranno negli elenchi, ad esempio i pensionati che hanno redditi bassi e che non pagano le tasse, in quanto non dovute (incapienti), dovranno richiederlo direttamente.

Ricordiamo chi ha diritto all'esenzione per reddito:

- Le persone con più di 65 anni ed i bambini con meno di 6, con reddito familiare complessivo inferiore a € 36.151,98
- I titolari di pensione sociale / assegno sociale o di pensione al minimo con più di 60 anni ed i familiari a carico, con reddito inferiore a € 8.263,31, incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico
- I disoccupati registrati nei Centri per l'Impiego ed i familiari a carico, con reddito familiare complessivo inferiore a € 8.263,31, incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.