

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



## Rassegna Stampa del 23.09.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

## Ticket sanitari, ogni Regione fa da sé. Giungla di prezzi per visite specialistiche e P.S.

**Se ai vecchi ticket si aggiungono i nuovi si può arrivare a pagare più di 100 euro per un (inutile) controllo al pronto soccorso**

Publicato il 22/09/

Sulla partecipazioni dei cittadini alla spesa per la **sanità** è anarchia tra le **regioni** italiane. Ognuna interpreta a suo modo la **manovra di luglio** che introduce un **ticket di 10 euro** sulle **visite specialistiche** e le analisi e **25 euro** sui "**codici bianchi**" al **pronto soccorso** (cioè quelli che non richiedono nessuna urgenza). Col risultato che a pochi chilometri di distanza un cittadino-paziente può ricevere trattamenti del tutto diversi.

Il Movimento Consumatori ha condotto un'indagine su come è stata applicata la nuova norma sul territorio nazionale. Il servizio sanitario infatti, come è noto, è gestito dalle regioni. E ognuna ha "personalizzato" il sistema. Così si può arrivare a **situazioni limite** in cui "una persona che si reca al **pronto soccorso** e dichiara di avere un dolore a livello gastrico, se sottoposto a visita cardiologica, elettrocardiogramma, consulto chirurgico ed ecografia, senza che si evidenzino nulla di serio, **può pagare anche 130,15 euro**".

Lo sostiene Rossella Miracapillo, responsabile dell'Osservatorio **Farmaci & Salute** del Movimento Consumatori. Considerando ticket già esistenti e quelli appena introdotti il conto è presto fatto: **30 euro** per il cardiologo cui si aggiungono **10 euro** di ticket nazionale, **19 euro** per la visita chirurgica più altri **10** di ticket e **36,15 euro** per l'ecografia. Se alla fine di tutti i controlli i medici non riscontrano nulla, il paziente "ipocondriaco" può essere classificato come codice bianco e deve pagare altri **25 euro**. Totale **130,15**, appunto.

### Ticket a macchia di leopardo

Ma la realtà può essere molto diversa tra una regione e l'altra. Sono tre quelle che hanno **rinunciato al ticket** di 10 euro sulla specialistica: la **Valle D'Aosta**, le due province autonome di **Trento e Bolzano** e la **Sardegna** (quest'ultima sta pensando a un aumento simbolico di 1 euro per tutti).

Le altre hanno recepito i nuovi ticket con modalità diverse:

- alcune hanno semplicemente proceduto con un'**introduzione secca** e senza modulazioni del ticket di **10 euro** a ricetta: sono **Liguria, Lazio, Basilicata, Calabria**.
- altre hanno deciso di introdurlo ma con eventuali **rimodulazioni**: sono **Friuli Venezia Giulia, Campania, Molise**;
- la **Sicilia**, che aveva già un ticket di 2 euro a ricetta, lo ha **umentato di 8 euro** per arrivare a 10;
- due regioni - **Lombardia e Piemonte** - definiscono il ticket **in base al tipo di esame** e al valore della prestazione: per le ricette fino a 5 euro non c'è aumento e si sale fino a un **massimo di 30 euro** per gli esami più complicati;
- un blocco di regioni invece (**Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche**) ha modulato il ticket **in base al reddito**:
  - fino a 36.152 euro **esenzione** totale,
  - fra 36.153 euro e 70.000 euro, ticket di **5 euro**,
  - fra 70.001 e 100.000 euro, ticket di **10 euro**,
  - oltre i 100.000 euro, ticket di **15 euro**;
- applicano il criterio reddituale ma con una soglia unica il **Veneto** (ticket di **10 euro** per redditi superiori a 29mila euro e di 5 euro per redditi inferiori) e l'**Abruzzo** (ticket solo per redditi superiori a 36.151 euro annui).

"Ci troviamo di fronte a **20 sistemi diversi**", continua Miracapillo. "I costi elevati per accedere alle prestazioni pubbliche si aggiungono a interminabili liste di attesa. Le persone preferiscono, quindi, rivolgersi alle **strutture private** per la loro celerità".

<http://economia.virgilio.it/tasse/ticket-sanitari-ogni-regione-fa-da-se-giungla-di-prezzi-per-visite-specialistiche.html>

FederLab Italia

## Conferenza Stato Regioni e Unificata. I provvedimenti di interesse sanitario

***Spicca tra i molti documenti in via di approvazione l'intesa sulla nuova stesura del [Piano sanitario nazionale 2011-2013](#). Tra gli altri provvedimenti, [l'assegnazione del Cipe dei fondi per la fibrosi cistica](#), [il provvedimento sull'esportazione ed importazione di sostanze chimiche pericolose](#), e [le disposizioni tecniche sulle apparecchiature per il trattamento dell'acqua ad uso umano](#).***

**22 SET** - Prima seduta della Conferenza Stato Regioni e della Unificata dopo un lungo periodo di pausa. Tanti i provvedimenti di interesse sanitario. Si parte con il [Piano sanitario nazionale 2011-2013](#) approvato al tavolo della Conferenza Unificata dopo una serie di modifiche rispetto al testo presentato nei mesi scorsi. Alla Stato Regioni arrivano invece: il [Programma annuale per l'autosufficienza nazionale del sangue](#) (anticipato ieri da Quotidiano sanità); la deliberazione del Cipe di assegnazione alle Regioni della quota vincolata per le finalità di prevenzione a cura [della fibrosi cistica](#) destinata alla ricerca a valere sul Fsn 2007; il Parere sullo schema di decreto legislativo recante disciplina sanzionatoria per la violazione delle disposizioni di cui al regolamento (CE) n. 689/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 giugno 2008 [sull'esportazione ed importazione di sostanze chimiche](#) pericolose; e le [disposizioni tecniche delle apparecchiature per il trattamento dell'acqua destinata al consumo umano](#).

## **Anteprima. Cure primarie. Ecco la riforma Fazio per l'assistenza extraospedaliera "H24"**

**Lunedì prossimo se ne dovrebbe discutere al Ministero della Salute con i sindacati di categoria. Tra le novità, oltre alla garanzia di un'assistenza extraospedaliera per l'intero arco della giornata, l'adesione obbligatoria alle equipe mono e multi professionali per l'integrazione dell'assistenza e la remunerazione "pesata" sulla complessità dell'assistenza. [Ecco il testo.](#)**

**22 SET** - Dopo tante parole e impegni arriva una proposta concreta per la riforma della medicina territoriale che coinvolgerà medici di famiglia, pediatri, specialisti ambulatoriali e le altre professioni che operano al di fuori dell'ospedale. A formularla il ministro della Salute Ferruccio Fazio che, forse già lunedì prossimo, la esporrà ai sindacati di categoria e che siamo in grado di anticiparvi.

Di seguito il testo completo dell'articolato (ancora in bozza), che viene presentato come modifica all'articolo 8 della riforma "Bindi" del 1999 e che potrebbe essere recepito tra i prossimi emendamenti del ddl omnibus sulle sperimentazioni e gli ordini professionali già all'esame della Camera, a firma dello stesso ministro della Salute.

### **La riforma delle cure primarie.**

#### **Articolo 8 - Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali**

L'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito come di seguito:

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie è disciplinato dagli accordi collettivi nazionali, stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

- a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale e dagli accordi integrativi regionali rientrino nell'ambito dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- b) prevedere che la scelta del medico sia liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico modulabile a livello regionale, abbia validità annuale e sia tacitamente rinnovata;
- c) prevedere l'assegnazione obbligatoria dei medici convenzionati a forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali) che condividono obiettivi, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, Linee Guida, audit, etc. e multi professionali (Unità Complesse di Cure Primarie) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale, secondo modelli individuati dalle singole regioni.
- d) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nonché la ricsuzione della scelta da parte del medico qualora ricorrano accertati motivi di incompatibilità;
- e) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che il medico sia tenuto a comunicare all'azienda sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli. In ogni caso, il pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;
- f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota per ciascun assistito o per ciascuna ora prestata, definita sulla base di variabili legate alla complessità della casistica degli assistiti, come corrispettivi delle funzioni e attività assistenziali nonché sulla base di eventuali funzioni complementari a quelle assistenziali.
- g) le Aziende sanitarie possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative multi professionali (UCCP) fornendoli in forma diretta oppure tramite l'erogazione delle risorse finanziarie necessarie alla acquisizione degli stessi beni e servizi. In tale caso i medici garantiscono un impegno orario di almeno 38 ore settimanali;

- h) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le Aziende sanitarie possano adottare forme di finanziamento a budget fermo restando quanto previsto alla lettera f);
- i) prevedere la definizione del profilo professionale del referente/coordinatore delle forme organizzative ;
- l) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e della specialistica ambulatoriale, attraverso le forme organizzative multiprofessionali di cui alla lett. c);
- m) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando alle Regioni la definizione di indicatori e standard per le forme associative multiprofessionali di cui alla lett.c);
- n) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati sia dei medici singoli che delle forme organizzative, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;
- o) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;
- p) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzii i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato;
- q) prevedere che l'accesso al rapporto convenzionale per lo svolgimento delle attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi e di emergenza territoriale avvenga attraverso una graduatoria unica generale per titoli, predisposta annualmente a livello regionale;
- r) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;
- s) l'adempimento del debito informativo, l'adesione all'assetto organizzativo ed al sistema informativo definiti da ciascuna regione costituiscono requisito essenziale e indispensabile per l'acquisizione ed il mantenimento della convenzione;
- t) prevedere la possibilità, per le Aziende Sanitarie, di stabilire specifici accordi con i medici operanti nelle forme organizzative multiprofessionali, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito regionale, anche per l'erogazione di specifiche attività assistenziali con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica;
- u) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici convenzionati nella organizzazione distrettuale, le aziende sanitarie locali attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione;
- v) le regioni hanno la possibilità di prevedere l'inquadramento dei medici convenzionati nel ruolo della dirigenza medica, con procedure e modalità analoghe a quelle già previste dal d.lgs. n.502/92 e s.m.i. per il passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale, continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria territoriale, e di assegnarli a forme associative multi-professionali (all'interno di specifiche progettualità innovative per l'erogazione delle cure primarie gestite direttamente dall'Azienda Sanitaria o da altri organismi identificati dalle regioni).

# quotidiano **sanità**.it

EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

## Basilicata. Dal 1° ottobre cambiano i ticket su specialistica e farmaceutica

**Novità per i ticket sanitari in Basilicata. La Giunta regionale ha adottato una delibera che ridetermina la corresponsione delle quote dovute per la specialistica ambulatoriale e la spesa farmaceutica. Quest'ultimo sarà calcolato in base al modello Isee, mentre per la specialistica il ticket crescerà in modo proporzionale a seconda del valore della prestazione da un minimo di quattro euro fino a un massimo di 30 euro. Fino a 5 euro non ci sarà ticket aggiuntivo.**

**22 SET** - "Abbiamo riconsiderato le scelte fatte dal Governo nazionale – ha commentato l'assessore alla Salute Martorano – introducendo il principio dell'equità e della proporzionalità. Abbiamo considerato eccessivo il pagamento di dieci euro per qualsiasi visita ed esame specialistico, modulando il ticket sul valore economico della prestazione specialistica prescritta. Così come sulla farmaceutica abbiamo voluto utilizzare il parametro Isee per avere una maggiore garanzia di equità, dal momento che indica la reale condizione economica del cittadino. In questo modo, abbiamo cercato di tutelare il più possibile le fasce più deboli della popolazione, chiedendo un sacrificio a chi ha di più".

**Come funziona.** Dal 1° ottobre entrerà in vigore il ticket sulla ricetta farmaceutica, calcolato in base all'indicatore della situazione economia equivalente (Isee), che tiene conto non solo del reddito ma anche del patrimonio e della composizione della famiglia. E' prevista l'esenzione per la fascia fino a 14 mila euro e per gli assistiti affetti da patologie croniche, invalidanti e da malattie rare, per gli invalidi, gli infortunati sul lavoro, gli assistiti che hanno subito danni da vaccini, trasfusioni ed emoderivati, le donne in gravidanza, i ciechi e i sordomuti, le vittime del terrorismo e delle criminalità organizzata compresi i familiari, i ciechi e gli ex deportati.

Il ticket fisso sulla ricetta farmaceutica sarà di 1,50 euro per la fascia Isee da 14 mila a 22 mila euro, di 2 euro per la fascia compresa da 22 mila a 30 mila euro e di 2,5 euro per la fascia Isee oltre 30 mila euro.

Per quanto riguarda la specialistica, è stato rimodulato, il ticket aggiuntivo sulle prestazioni specialistiche, di dieci euro, introdotto dalla manovra finanziaria di luglio del Governo, sulla base del valore della prestazione erogata. Fino a 5 euro non ci sarà ticket aggiuntivo. Crescerà in modo proporzionale da un minimo di quattro euro fino a un massimo di 30 euro. Anche il ticket sulla specialistica sarà in vigore dal 1° ottobre, fatto salvo il controllo sull'equivalenza economica della rimodulazione da parte del competente Tavolo tecnico istituito dalla Conferenza Stato-Regioni.

Lettori: n.d.

**Bresciaoggi**

23-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Maurizio Cattaneo

da pag. 7

**FINZIARIA.** Dopo l'introduzione della nuova normativa gli sportelli dell'Asl sono stati presi d'assalto dai cittadini che vogliono conoscere la loro condizione

# Ticket sanità, a Brescia è caos-esenzioni

## Otto le categorie aventi diritto, ma la confusione informativa lascia nel dubbio molti cittadini soprattutto chi ha più di 65 anni

### L'assessore regionale alla Sanità

## «Se alcuni non hanno capito, mi dispiace»

L'assessore regionale alla Sanità non ci sta e difende a spada tratta l'operato di Regione Lombardia. Luciano Bresciani non ha dubbi: tutte le informazioni sono state date ai cittadini lombardi sulle novità introdotte a partire dal 15 settembre.

«Già da luglio la direzione generale ha spedito un milione di avvisi sull'argomento e se in tutto questo tempo alcuni non hanno capito mi dispiace - afferma - Sulla carta dei servizi sono presenti chiaramente tutti i criteri di esenzione disponibili in Lombardia».

«Qualche errore sarà anche stato commesso ma se così non fosse - continua Bresciani - saremmo tutti seduti alla destra del padre eterno». Per giustificare qualche possibile disfunzione del sistema, Luciano Bresciani, ricorda i numeri della sanità lombarda. «Nella nostra regione si effettuano 160 milioni di visite specialistiche ogni anno, 13,3 milioni di visite specialistiche al mese, si può immaginare quindi



L'assessore Luciano Bresciani

la mole di lavoro» commenta l'assessore.

Nel muro elevato in difesa dell'operato della Regione, si apre però anche qualche breccia. In particolare Bresciani si dice disposto alla valutazione rispetto a una richiesta avanzata dalla Camera del Lavoro di Brescia. La Cgil chiedeva, per arginare i disagi dei cittadini più anziani, di procedere alla proroga dell'autocertificazione almeno fino al 31 dicembre di quest'anno. «Noi ascoltiamo tutte le proposte che ci vengono fatte - spiega l'assessore regionale -. Se sarà

possibile lo faremo ma prima ci sarà da valutare la questione dal punto di vista tecnico e politico».

Per quei cittadini che si trovano in difficoltà di fronte a un meccanismo burocratico che può presentare lacune, l'assessore consiglia di rivolgersi al proprio medico di base. «I medici hanno tutti gli strumenti per capire se un paziente è esente o meno dal pagamento del ticket sanitario. Ai medici dico di seguire di più i propri pazienti» chiosa Bresciani. A chi si trova nel dubbio, l'assessore consiglia di leggere attentamente la carta dei servizi o consultare l'elenco regionale degli assistiti.

**QUALCHE PAROLA** è spesa anche per spiegare i motivi che hanno portato al cambiamento di una tradizione. «Tornare definitivamente all'autocertificazione sarebbe impossibile - precisa -. Negli anni scorsi in alcuni ambiti abbiamo avuto un enorme volume di dichiarazioni false». Spesso primo punto di riferimento per molti anziani, i medici di base hanno registrato un sensibile incremento di richieste di informazioni. I pazienti che non hanno avuto la registrazione automatica dell'esenzione, dovranno recarsi con l'esenzione cartacea dal medico di famiglia che procederà all'inserimento dei dati. **SLGH.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Silvia Ghilardi

Ha creato apprensione e confusione a Brescia l'introduzione del nuovo sistema per l'attestazione dell'esenzione dal pagamento del ticket sanitario. A una settimana dall'entrata in vigore del dispositivo che

bandisce la vecchia autocertificazione, migliaia di bresciani sono in preda al disorientamento. Molti, soprattutto fra gli anziani, fanno fatica a capire se sia loro diritto o meno essere esonerati dal pagamento di quella che è definita la «quota di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria».



**DA DIVERSI** giorni gli sportelli dell'Asl di Brescia sono presi d'assalto da persone speranzose di trovare lì la soluzione al delicato problema. La modifi-

## Finora avviate solo le esclusioni per età e reddito, in stand by patologie e invalidi

ca del sistema di codifica delle esenzioni che ha preso il via il 15 settembre scorso riguarda soltanto i ticket per età e reddito e non, quindi, quelli legati a patologie croniche o invalidità. Il primo colpevole di tanto disagio sembra essere, a detta di cittadini e sindacati, la scarsa informazione sull'argomento da parte del Ministero e della Regione Lombardia. La normativa complessa (otto le categorie di esenti per età e reddito tra le quali quella gli over 65 con un reddito complessivo familiare non superiore ai 36.151,98 euro) coniugata con il cambiamento di una prassi consolidata e agli errori, informatici e postali, che molte volte si presentano in simili situazioni, hanno fatto andare in tilt molti aventi diritto.

Il meccanismo vuole che, al posto dell'autocertificazione, il Ministero dell'Economia invii alle Regioni le coordinate in grado di stabilire il diritto all'esenzione di ogni cittadino. Questi dati vengono caricati direttamente dalla Regione Lombardia sulla carta regionale dei servizi del singolo utente attraverso il Siss, il sistema informativo socio-sanitario. In questo modo stampando la ricetta, il medico di base ha la possibilità di controllare se il paziente è esente o meno dal pagamento del ticket. Ma per una lacuna nel caricamento di questi dati nel sistema alcuni cittadini sono stati informati del diritto all'esenzione via posta. Se per la maggioranza delle persone il meccanismo fila liscio, per altri si presentano

particolarità che mettono in difficoltà il susseguirsi dei passaggi burocratici.

**LA PRIMA** «anomalia» si può verificare quando il cittadino non ha presentato il modello 730 o il Cud. In questo caso il Ministero non è al corrente della situazione economica della persona e, di conseguenza, non gli invia alcun attestato di esenzione. Allora scatta la corsa all'Asl per la compilazione del modulo di autocertificazione. «Molti cittadini anziani con problemi di deambulazione ci hanno riferito che nei giorni scorsi sono stati costretti a recarsi accompagnati agli sportelli dell'Asl per firmare il modulo», affermano alla Cgil. Da qualche giorno, però, il modulo è scaricabile anche dal sito dell'Asl di Brescia.

Un'altra problematica riguarda coloro a cui è arrivato a casa l'attestato di esenzione prima del compimento dei 65 anni entro il 31 marzo 2012. «In questi casi il cittadino deve capire che fino a quella data non è coperto dall'esenzione dal ticket», spiega l'Asl.

A complicare le cose si aggiunge l'«anomalia» del sistema sanitario regionale. I sessantamila 65enni che in Lombardia superano i 36.151,98 euro di reddito hanno ancora una carta da giocare: fino a 38.500 euro di reddito annuo possono ottenere l'esenzione del ticket per le visite specialistiche solo sul territorio regionale. Essendo una disposizione regionale, il Ministero non invierà a chi ne ha diritto l'attestato di esenzione. ♦

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le categorie esenti

Il sistema di esenzioni dal pagamento del ticket per età e reddito è composto da **otto categorie**. La maggior parte prevede per il cittadino l'esenzione dalla quota partecipativa sia per le visite specialistiche sia per l'acquisto di prodotti farmaceutici. Alcune, invece, comprendono solo l'attività specialistica.

**Nel primo gruppo** rientrano i disoccupati (che abbiano cessato per qualunque motivo - licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato - una attività di lavoro dipendente o autonomo), i lavoratori in mobilità, i minori di 14 anni e i titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni.

**Nel secondo gruppo**, invece, si trovano gli ultra 65enni e i titolari di pensione sociale. In base alle diverse categorie di riferimento, la condizione del cittadino può essere certificata dal Ministero dell'Economia e della Finanza o deve essere stabilita attraverso

Lettori: n.d.

**Bresciaoggi**

23-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Maurizio Cattaneo

da pag. 7

l'autocertificazione all'Asl.

**NUOVA CODIFICA REGIONALE**

Codice	Esenzione	Validità specialistica	Validità farmaceutica
E01	Cittadini di età superiore a sessantacinque anni appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro	SI Validità nazionale e regionale	NO
E05	Cittadini di età superiore a sessantacinque anni appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo compreso tra 36.151,98 euro e 38.500,00 euro	SI Validità regionale	NO
E02	Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico	SI Validità nazionale e regionale	SI Validità regionale
E09	Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare un reddito complessivo superiore a 8.263,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico	SI Validità regionale	SI Validità regionale
E08	Lavoratore/trice in mobilità (DGR n.10804/2009) e loro familiari fiscalmente a carico, senza limiti di reddito, per la durata della condizione	SI Validità regionale	SI Validità regionale
	Lavoratore/trice in cassa integrazione straordinaria (DGR n.10804/2009) e loro familiari fiscalmente a carico, senza limiti di reddito, per la durata della condizione	SI Validità regionale	SI Validità regionale
	Lavoratore/trice in cassa integrazione in deroga (DGR n.10804/2009) e loro familiari fiscalmente a carico, senza limiti di reddito, per la durata della condizione	SI Validità regionale	SI Validità regionale

**CODIFICA REGIONALE, CONDIZIONE REGISTRATA AUTOMATICAMENTE IN ANAGRAFE REGIONALE**

Codice	Esenzione	Validità specialistica	Validità farmaceutica
E11	Soggetti minori di anni 14, indipendentemente dal reddito	SI Validità regionale	SI Validità regionale

**CODIFICA NAZIONALE**

Codice	Esenzione	Validità specialistica	Validità farmaceutica
E04	Titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico	SI Validità nazionale e regionale	SI Validità regionale
E03	Titolari di pensione sociali e loro familiari a carico	SI Validità nazionale e regionale	NO (*)

(\*) per l'assistenza farmaceutica sono esenti solo i Titolari di pensione sociale.

Battaglia in Regione sui conti: nei primi sei mesi tagli per 14 milioni. L'assessore: sono dati parziali

# Sanità, rischio commissariamento

*L'opposizione: cresce la spesa. Monferino: risparmi per 120 milioni*

**L**A MISSIONE di Paolo Monferino è possibile? I dubbi che l'assessore alla sanità possa risparmiare 120 milioni di euro sono nati ieri dopo la lettura dei dati di bilancio del secondo semestre relativi alla spesa sanitaria. L'opposizione dice che il traguardo appare irraggiungibile. «L'effetto delle delibere del piano di rientro si farà sentire nel secondo semestre», è la replica di Monferino, che oggi incontra i commissari Asl. Nel frattempo la giunta sembra pronta a dare una mano.

SARA STRIPPOLI  
ALLE PAGINE II E III

## Sanità, i conti non tornano “Rischio commissariamento”

*Monferino: ma raggiungeremo l'obiettivo di tagli per 120 milioni*

**L'assessore:**  
“Gli effetti  
dei risparmi previsti  
dalle delibere si  
vedranno a fine anno  
Adesso è solo  
strumentalizzazione”

**L'opposizione:**  
“Cota la smetta con  
i proclami, la spesa  
aumenta”. Così  
si pensa a fondi  
aggiuntivi  
nel nuovo bilancio

SARA STRIPPOLI

**F**ORSE la sanità piemontese avrà bisogno di un aiuto, e nel bilancio di assestamento sarebbe già pronto un segno “più” di sostegno, unico settore ad ottenere risorse quando tutti i bilanci degli altri assessorati saranno tagliati. Il bilancio parziale di inizio autunno, rivela che il trend piuttosto positivo del primo trimestre non è stato seguito da una performance altrettanto buona nei successivi tre mesi. Nei primi tre mesi il risparmio era stato di 18 milioni. L'assessore Paolo Monferino lo aveva dichiarato, e il governatore ne aveva fatto un punto di orgoglio pubblico: per la prima volta la tendenza si era invertita e la spesa invece di aumentare si era ridotta. Se il periodo esaminato si allunga però fino

a giugno, il vantaggio si riduce a 14 milioni, 4 milioni in più rispetto alla cifra spesa lo scorso anno. I dati sullo stato di salute economica della sanità piemontese sono arrivati ieri in commissione sanità, distribuiti proprio dall'assessore a fine riunione. Le reazioni dell'opposizione sono state immediate: «Con questi conti l'obiettivo finale del piano di rientro non può essere raggiunto, con il rischio di pesanti conseguenze». L'ombra del commissariamento torna ad avvicinarsi, è il messaggio della minoranza.

I conti sembrano confermare l'allarme. «Quattordici milioni appaiono troppo pochi se si considera che il taglio dei costi preventivato era di 170 milioni», dicono il capogruppo del Pd Aldo Reschigna e il responsabile sanità Nino Boeti. Un obiettivo

troppo ambizioso, aggiungono «È davvero ora che Cota la smetta con i proclami». Eleonora Artesio della Federazione della sinistra entra nei dettagli: «Rispetto al budget concordato con il ministero nel piano di rientro le proiezioni dimostrano che l'attuale giunta sfiorerebbe di 121 milioni su quello programmato nel 2011. C'è un altro dato che non torna: la



Lettori: n.d.

la Repubblica **TORINO**

23-SET-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 1

delibera del 29 luglio con gli stanziamenti alle Asl trasferisce una cifra, mentre la spesa per il 2011 è inferiore; verrebbero a mancare 500 milioni». Artesio sottolinea anche la diversità di risultati delle varie aziende: «Mentre la diminuzione della spesa alle Molinette è clamorosa, circa 11 milioni e mezzo, crescono i bilanci del San Luigi e del Santa Croce di Cuneo, nei quali non c'è riduzione di spesa per il personale».

Paolo Monferino chiarisce che l'obiettivo di risparmio era di circa 120 milioni e non di 170 e aggiunge di essere pentito per aver distribuito i dati «La riunione è stata monopolizzata dalla discussione sui medici di medicina generale - spiega - e non è stato possibile analizzarli. Ma se questa è la strumentalizzazione che ne deriva allora è certo che non accadrà più». Quanto all'allarme sull'obiettivo finale mancato, l'assessore spiega che il secondo semestre dell'anno consentirà di incrementare notevolmente il risparmio «Penso di poter dire che se non sarà centrato del tutto ci avvicineremo molto. L'effetto delle delibere si vedrà nelle cifre della seconda parte dell'anno». Quanto sarà possibile avvicinarsi al raggiungimento dell'obiettivo Monferino dice di essere in grado di dirlo lunedì: «Domani (oggi per chi legge, n.d.r.) incontro tutti i commissari». Per il momento nessuna richiesta di aiuto alla giunta, conclude: «Io non ho chiesto niente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: 72.500

Diffusione: 14.500

**Puglia**

Dir. Resp.: Mario Gismondi

23-SET-2011

da pag. 1

### La Regione progetta 5 nuovi ospedali e la bonifica di 8 siti inquinati con 17 mln

Ospedali e bonifiche: firme importanti per la Regione. I progetti di 5 nuovi ospedali saranno al vaglio dell'ente e dei privati. Firmata un'intesa che individua gli 8 Comuni nei quali bonificare siti inquinati con 17 mln. 5



REGIONE Firmate anche le bonifiche dei siti inquinati in otto Comuni pugliesi

# I progetti di 5 nuovi ospedali al vaglio di Regione e privati



Aimeno tre nuovi ospedali nel Piano della Salute da presentare al Ministero

## Le formule da scegliere sono project financing o leasing in costruendo

Ospedali e siti inquinati ieri all'ordine del giorno di due assessorati regionali.

**OSPEDALI-** Task force regionale con l'assessore alle Opere pubbliche e Protezione civile Fabiano Amati e le Asl di Lecce, Brindisi e Barletta - Andria - Trani, per la costruzione di nuove strutture ospedaliere con lo strumento

finanziario del partenariato pubblico - privato. In particolare si e' discusso della realizzazione dei nuovi ospedali di Maglie - Poggiardo - Scorrano, Cisternino, Fasano, Ostuni e Andria - Canosa di Puglia - Minervino Murge - Spinazzola. A seguito di tutte e tre gli incontri si e' deciso che entro il prossimo 26 ottobre prossimo ogni ASL dovrà presentare un documento condiviso con i tecnici della task force. Lo studio dovrà essere fondato sulla capacità' di assorbire la mobilità passiva ed essere uti-

le a risolvere problematiche di natura esogena ed endogena contenute negli studi di prefattibilità. Attraverso lo studio inoltre, le diverse Asl dovranno



Lettori: 72.500

Diffusione: 14.500

**Puglia**

Dir. Resp.: Mario Gismondi

23-SET-2011

da pag. 1

no individuare lo strumento finanziario più idoneo alla realizzazione del nuovo ospedale, ovvero il project financing o il leasing in costruendo, strumenti che comporterebbero dinamiche e tempistiche differenti. "Abbiamo la necessità di fare presto - ha detto Amati - Per questo ci siamo dati un preciso crono programma affinché la presentazione del documento possa avviare il processo di selezione del contraente, a seconda della determinazione delle diverse Asl sullo strumento finanziario. Il nostro obiettivo è quello di pubblicare il bando dello studio di fattibilità, qualora si scelga lo strumento della finanza di progetto, entro la fine dell'anno. La necessità di accelerare i tempi deriva anche dal fatto che la Regione dovrà presentare a breve al Ministero della Salute il piano degli investimenti nel quale dovrebbero essere inseriti almeno tre nuovi ospedali."

**BONIFICHE-** Firma del Verbale di Intesa con le Province di BAT e Foggia, per la bonifica di siti inquinati. Individuati gli interventi prioritari da 17 mln nei comuni di Minervino Murge, San Ferdinando di Puglia, Canosa di Puglia, Barletta, Panni, Torremaggiore, Orta Nova, San Severo. Miglioramento della qualità ambientale e contenimento delle potenziali fonti di contaminazione presenti nel territorio.

Lettori: n.d.

la Repubblica **MILANO**

23-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ezio Mauro

da pag. 3

Il caso

## Nuovi ticket, polemica sulle code nelle Asl per chiedere l'esenzione dal pagamento

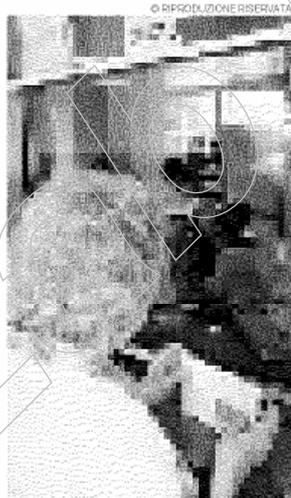
ANNA CIRILLO

**C**ONTINUANO le code davanti agli sportelli delle Asl lombarde da quando non è più accettata l'autocertificazione dei cittadini esenti dal ticket sanitario per reddito, norma entrata in vigore dal 15 settembre.

«Il caos si sarebbe potuto evitare se la procedura fosse stata semplificata. La Carta sanitaria, già in mano a tutti i cittadini, dovrebbe essere lo strumento unico anche per l'attestazione delle varie tipologie di esenzione — dice Alessandro Alfieri, consigliere regionale Pd —. Abbiamo già presentato una interrogazione alla giunta Formigoni affinché intervenga per dare esatte indicazioni alle Aziende sanitarie locali». L'assessore regionale alla Sanità Luciano Bresciani chiarisce che questo provvedimento arriva direttamente dal ministero dell'Economia e che i pazienti «dovrebbero rivolgersi al loro medico invece di andare alle Asl. Abbiamo inserito a luglio i dati nella Carta regionale dei servizi e il medico è in grado di leggerla, quindi anche di dire chi ha diritto all'esenzione». Sul fatto che ci siano le code l'assessore risponde che «alcune Asl, come quella di Bergamo, per esempio, hanno potenziato gli sportelli per rispondere al maggiore afflusso. Quindi — conclude — la possibilità di risolvere il problema rinforzando il servizio c'è. Faremo le nostre indagini per capire se è stato fatto tutto ciò che

si poteva fare, e individuare eventuali responsabilità».

In Lombardia ci sono due milioni e mezzo di ricoveri ospedalieri all'anno, 160 milioni di visite ambulatoriali specialistiche e 70 milioni di prescrizioni farmaceutiche: «Con queste cifre — è il commento dell'assessore — qualche imperfezione ci può anche essere».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

### IN CODA

Sono soprattutto gli anziani ad affollare gli sportelli delle Asl



FederLab Italia

Ticket sanitario

## Rivoluzione per gli esenti Ora serve la tessera Asl

■ A pagina 2

# Rivoluzione ticket, autocertificazioni addio

*Esenzioni: 110mila fiorentini entro il primo dicembre dovranno fare il tesserino o pagheranno*

### I PROBLEMI

La questione della privacy ha causato un rallentamento dell'organizzazione

### I RITARDI

L'Azienda sanitaria avrebbe dovuto consegnare gli attestati già dai primi di settembre  
di **ILARIA ULIVELLI**

### PRIMO DICEMBRE

2011. Segnatevi questa data e cominciate a rassegnarvi all'idea che ci sarà da mettersi in coda. E, bene che vada, da risolvere nuovi rompicapi nonché da compilare moduli. Dal primo dicembre cambiano le regole dell'esenzione per reddito dal pagamento del ticket per prestazioni sanitarie e per i farmaci: in pratica, non saranno più valide le autocertificazioni, servirà un tesserino. La Regione ha dettagliato le nuove norme in una delibera che risponde alle richieste del decreto ministeriale dell'11 dicembre 2009. Entro il primo dicembre, dunque, i 110mila utenti aventi diritto (nella provincia di Firenze) e altri 40mila che rientrano nelle fasce di reddito previste, dovranno ottenere dall'Asl10 l'attestazione di esenzione con relativo codice che il medico dovrà segnare sulla ricetta. Senza tesserino si dovrà pagare il ticket.

Dopo la rivoluzione del ticket aggiuntivo (dovuto alla manovra finanziaria) non ancora del tutto digerito, ecco altre novità che mettono alla prova la pazienza dei cittadini, soprattutto degli anziani, costret-

ti a cimentarsi con una burocrazia sempre più difficile e a doversi rivolgere a uffici sempre più lontani. In un mix che, nell'ottica della semplificazione, in realtà rischia di ingenerare un grande caos e di produrre ingiustizie. Cerchiamo di fare chiarezza.

### CHI E' ESENTE PER REDDITO.

Non pagano e non dovranno pagare il ticket di compartecipazione alla spesa sanitaria, le persone che rientrano nelle seguenti fasce di reddito, alle quali verrà assegnato il relativo codice:

**COD. E01** per i cittadini di età inferiore ai 6 anni e di età superiore ai 65 anni purché appartenenti a un nucleo familiare con reddito fiscale complessivo non superiore a 36.151,98 euro annui;

**COD. E02** per disoccupati e i familiari a carico, purché il reddito complessivo del relativo nucleo familiare sia inferiore a 8.263,31 euro; incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico;

**COD. E03** per titolari di pensione o assegno sociale di età superiore ai 65 anni, e familiari a carico;

**COD. E04** per titolari di pensione minima, di età superiore ai 60 anni, e i familiari a carico, purché il reddito complessivo del relativo nucleo familiare, riferito all'anno precedente, sia inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico;

**COSA SI DEVE FARE.** Le perso-

ne che avevano già l'esenzione per reddito e quelle che possono richiederla, rientrando in questi parametri, devono rivolgersi ai Cup e alle Urp dell'Azienda sanitaria fiorentina che, però, è ancora indietro nell'organizzazione delle procedure per il rilascio degli attestati. Con il tesserino in mano (un foglio su cui ci sono tutti i dati personali e il relativo codice d'esenzione) si deve andare dal medico di famiglia che stamperà sulla ricetta il codice d'esenzione. Che dà diritto a ricevere la prestazione sanitaria gratuitamente e a non pagare il ticket sui farmaci.

**I PROBLEMI.** Molte aziende sanitarie della Toscana stanno chiedendo collaborazione ai patronati per diffondere informazioni e modulistica per la richiesta dell'attestato di esenzione (ma avrebbero già dovuto cominciare a settembre a consegnare i tesserini, cosa che non è avvenuta per ritardi nell'organizzazione); l'Asl, una volta ricevuta la richiesta dal cittadino, direttamente agli sportelli Asl o attraverso i patronati, consegnerà l'attestato personalmente o inviandolo a casa del richiedente. C'è il problema della privacy: le Asl attingono informazioni



Lettori: n.d.

**LA NAZIONE  
FIRENZE**

23-SET-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Mauro Tedeschini

da pag. 2

fiscali dalla banca dati Sogei (del ministero delle Entrate), operazione per la quale i cittadini devono obbligatoriamente dare l'assenso. E' proprio la questione privacy che ha rallentato le operazioni, in quanto, nelle intenzioni dell'aziende sanitarie avrebbero dovuto essere i medici di famiglia a collegarsi alla banca dati per il rilascio dei tesserini (solo pochissimi medici hanno acconsentito). La Regione sta lavorando per riallineare tutto il sistema delle esenzioni e dei ticket nell'ambito di una semplificazione per il cittadino, cercando soluzioni che, nel rispetto della privacy, consentano una facile disponibilità dei dati necessari alla corretta applicazione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria.

**CIFRE & DATE****760.000****ESENTI IN TOSCANA**

Gli esenti per reddito (fonte Sogei) sono circa 550mila in Toscana, ma si stima che gli aventi diritto siano oltre 760mila

**150.000****ESENTI A FIRENZE**

L'Asl 10 di Firenze conta già 110mila cittadini esenti: la stima è che siano complessivamente 150mila circa gli aventi diritto all'esenzione

**36.151****EURO**

E' la soglia di reddito fiscale lordo familiare entro la quale i cittadini di età inferiore ai 6 anni e superiore ai 65 hanno diritto all'esenzione

**1° dicembre****LA SCADENZA**

Dal primo dicembre non sarà più valida l'autocertificazione per l'esenzione dal pagamento del ticket

**Ministero Salute****Per gli enti  
della sanità  
tagli in arrivo**

■ Arrivano tagli a personale e consulenze, risparmi di spesa e riorganizzazione funzionale per Istituto superiore di sanità (Iss), Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), Istituti zooprofilattici sperimentali (Izs) e Lega italiana per la lotta ai tumori.

Il riordino degli «Enti vigilati dal ministero della Salute» è contenuto in uno schema di decreto legislativo approvato ieri in prima lettura dal Consiglio dei ministri e che dovrà ottenere i pareri di conferenza Unificata e commissioni parlamentari prima del via libera definitivo. Ma i tempi sono stretti: la delega scade il 20 novembre e solo se il provvedimento approderà alle commissioni parlamentari entro questo termine ci sarà una proroga di due mesi (24 gennaio 2012).

Il risparmio di spesa previsto per l'Iss è di 300mila euro con l'unificazione e la riduzione di almeno il 30% delle strutture di livello dirigenziale, tagli al personale e agli esperti che non potranno essere più di sei. Il consiglio di amministrazione passerà da otto a quattro membri e il co-

mitato scientifico da 18 a sette membri.

Per l'Agenas è prevista una rimodulazione della pianta organica in funzione dei suoi nuovi compiti, primo tra tutti quello dell'Educazione medica continua. Il risparmio di spesa è del 30% del budget (280mila euro) e anche qui si ridurranno gli esperti da dieci a sette. Ma per il supporto tecnico alle Regioni con piani di rientro, l'Agenas potrà reclutare fino a 30 collaboratori a progetto con contratti biennali rinnovabili una sola volta.

Per gli Izs è previsto il coordinamento con le ex facoltà di medicina veterinaria e le altre strutture del Ssn. Il personale potrà insegnare nei corsi di laurea in veterinaria, scuole di specializzazione e dottorati di ricerca.

Infine la Lega italiana per la lotta contro i tumori: sono soppressi comitato scientifico, collegio dei probiviri e comitati regionali per un risparmio di 280mila euro. Il consiglio direttivo sarà di soli cinque membri e il risparmio relativo di 21.854 euro.

**P.D.Bu.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Salute** L'Ordine: qualità non garantita, i prezzi sono al di sotto dei costi di produzione. L'azienda: rispettate le regole

## Sconti oltre l'80%, i medici denunciano Groupon

MILANO — Al **ministro della Salute Ferruccio Fazio** scrivono: «Francamente non ci riconosciamo in una prospettiva che intende regolare le dinamiche della domanda e dell'offerta secondo logiche da supermercato».

Ai carabinieri per la tutela della salute (ex Nas) denuncia: «Promuove l'acquisto di prestazioni mediche e odontoiatriche a tariffe irrisorie, indiscutibilmente inferiori ai costi di produzione. Quindi è ingannevole perché non consente il controllo del rispetto della promessa e suscita allarme, non essendo sostenibile un'offerta a costo inferiore agli stessi fattori di produzione».

Al garante della concorrenza segnalano: «L'intero mercato della salute subisce un danno poiché passa un messaggio che induce a credere che le prestazioni mediche abbiano costi vivi risibili e le stesse Aziende sanitarie speculino, considerati i costi dei ticket, superiori al costo delle prestazioni che loro offrono».

Se guerra dev'essere, che sia: la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha deciso di aprire tutti i fronti legali possibili contro i responsabili italiani di Groupon, società che offre online ai propri iscritti, a prezzi stracciati (fra il 50 e il 90% di sconto), una gamma infinita di prodotti e servizi. Registrazione senza pagamento e ogni giorno arrivano via email i lanci delle nuove promozioni. Si va dallo shampoo alle cene, dai controlli alla caldaia alla tinteggiatura di appartamenti, dalle lezioni di equitazione ai lavaggi dell'auto. E nelle «vetrine» del sito, divise per città, si trovano anche molte proposte mediche, soprattutto visite odontoiatri-

che, impianti, pulizia e sbiancamento dei denti. Ma anche consulenze dermatologiche, psicologiche, psichiatriche, visite cardiologiche o ginecologiche. La parola d'ordine è sempre la stessa: costi bassi che più bassi non si può. Ed è da questo che parte la Federazione nazionale di medici e odontoiatri, segnalando il caso al garante della concorrenza per primo, ma anche, appunto, al **ministro Fazio**, ai carabinieri e ai presidenti di Ordini e Commissioni per gli iscritti all'albo. Secondo le denunce, Groupon e «gli operatori sanitari che collaborano con la società» avrebbero messo a punto una «pratica commerciale scorretta e di grave rischio per la salute dei consumatori, indotti a credere che prestazioni mediche o odontoiatriche complesse possano essere acquistate a prezzo oggettivamente inferiore al costo di loro produzione». Un esempio: in una zona centrale di Milano uno studio dentistico ha venduto a 59 euro invece che a 450 (sconto 87%) trattamenti di pulizia e sbiancamento dei denti.

Sul web non è nuova la discussione sulle offerte iper scontate di Groupon, sulla sua affidabilità e sulla deontologia dei medici e dei dentisti che collaborano. Le pagine online dei siti specializzati in odontoiatria pubblicano la difesa della società: «Non vogliamo polemizzare con l'Ordine o le associazioni di categoria, diciamo solo che Groupon si attiene alle indicazioni di legge». Le stesse indicazioni che la Federazione chiede di verificare: idoneità, autorizzazione delle strutture, personale specialistico, regolarità fiscale delle attrezzature e delle norme sul lavoro dipendente.

**Giusi Fasano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



▶ Giornalisti ◀

**Asl Napoli 1: soppresso l'ufficio stampa, mobilitazione sindacale**

L'Assostampa della Campania e l'Unione Cronisti della Campania scendono in campo contro la soppressione dell'ufficio stampa dell'Azienda sanitaria locale Napoli 1.

Le due organizzazioni sindacali, come si legge in una nota ufficiale, prendono atto "con sconcerto e rammarico della decisione unilaterale del Commissario Straordinario Asl Napoli 1 Centro **Maurizio Scoppa** di sopprimere la struttura dell'Ufficio Stampa".

Si tratta di una decisione, come riporta ancora la nota, che rappresenta per il Sindacato dei Giornalisti "un evidente arretramento rispetto agli obiettivi che, a livello nazionale, gli organismi di categoria e Pubblica Amministrazione cercano di perseguire in relazione all'applicazione della legge 150/2000 sugli Uffici Stampa". "Sconcerta questa decisione - si legge ancora nella nota - , così come quella di non ricevere i rappresentanti del Sindacato dei Giornalisti che pure ave-

vano chiesto un incontro sulla vicenda, perché sopprimere l'Ufficio Stampa di una delle più grandi aziende sanitarie d'Europa, in un momento in cui la domanda di corretta e libera informazione sul mondo della sanità è sempre più elevata, dà inevitabilmente l'impressione di voler oscurare e quindi censurare la libera informazione".

La nota si chiude nell'auspicare "una responsabile presa d'atto dell'errore commesso e relative azioni

conseguenti, considerato che il servizio prestato dai colleghi non implicava alcun aggravio di spese a carico dell'Azienda sanitaria dal momento che i colleghi sono già dipendenti della stessa azienda, il Sindacato dei Giornalisti è vicino ai colleghi di fatto penalizzati e mortificati nella loro professionalità e li sosterrà in tutte le azioni che intenderanno perseguire a tutela della loro dignità umana e professionale".

**R. R.**

## Sanità, nomine al palo: paralisi in sette Asl

ETTORE MAUTONE

Piano di rientro dal deficit sanitario: è rimandata a mercoledì 28 settembre la programmata verifica trimestrale della tenuta dei conti di Asl e ospedali.

Una proroga che consente al governatore e alla giunta regionale di guadagnare un'altra settimana sul fronte sempre caldo delle nomine dei direttori generali delle aziende sanitarie locali sebbene gli attuali commissari sono in carica con mandato scaduto dallo scorso 15 settembre. Ma anche questa data sembra, secondo le ultime notizie che raccogliamo in ambienti vicini a Palazzo Santa Lucia, non più determinante per le nomine di direttori generali al posto dei commissari il cui mandato è scaduto ormai il 15 settembre.

A pesare sull'attendismo e la prudenza di Caldoro i veti incrociati dei maggiori di Pdl e Udc e i mal di pancia dei leader, soprattutto all'interno dell'Udc,

Ragione per cui le nomine, peraltro invocate anche dal tavolo interministeriale che vigila sugli adempimenti contenuti nel Piano di rientro dal deficit, potrebbero slittare addirittura a fine ottobre, o magari a fine dicembre, in attesa che i vari congressi provinciali



dell'Udc e del Pdl, programmati nel prossimo mese, diradino le nebbie che si addensano sulla maggioranza di governo di Palazzo Santa Lucia.

### ORDINARIA AMMINISTRAZIONE

L'altra faccia della medaglia è la totale paralisi dell'attività di programmazione di sette Asl commissariate con Piani attuativi del piano ospedaliero da mesi fermi al guado delle nomine e una serie di provvedimenti sospesi al filo delle decisioni della giunta.

Anche perchè la progressiva marginalizzazione della leadership di **Ciriaco De Mita** in seno all'Udc a favore dell'assessore regionale al personale **Pasquale Sommesse** irrigidisce le pretese del leader di Nusco. Ragione per la quale il nuovo scenario che si delinea è la prematura decadenza del commissario della Asl di Salerno **Maurizio Bortoletti** (il cui mandato scade a fine dicembre) per lasciare in sella un solo commissario, **Maurizio Scoppa** a Napoli 1 dove ci sarebbero pronte le nomine di due sub commissari sanitario e amministrativo che spetterebbero ancora al commissario per la sanità **Stefano Caldoro**.

In alternativa potrebbe essere liberata anche la casella di **Avelino**, sempre a favore del leader re-

gionale dell'Udc, spostando in questo caso l'attuale commissario **Sergio Florio** - uno dei manager di maggior valore - all'azienda ospedaliera universitaria Policlinico al posto di **Giovanni Canfora** oppure in alternativa alla Asl Napoli 2 nord dove c'è, tuttavia, la forte opzione di **Giuseppe Ferraro**, ex commissario al Pascale ma soprattutto ex direttore amministrativo della disciolta Asl Napoli 3 accorpata, insieme a Napoli 2, nella attuale azienda di area vsata Napoli 2 nord. A Napoli 3 sud la conferma di **Vittorio Russo** è condizionata ai veti di Sommesse che spinge per **Manlio Carli** (ma in corsa ci sono anche **Antonio Marchiello** e **Maurizio D'Amora**). Per il pur bravo Russo potrebbe dunque profilarsi il passaggio alla direzione sanitaria della stessa Asl di Castellammare o, in alternativa al Cardarelli dove tuttavia ci sono da fronteggiare le mire di **Franco Bottino** che l'ospedale collinare conosce a menadito al pari di Russo che lì è stato trent'anni primario. Infine Benevento. Alla Asl dove c'è **Michele Testa**, non presente nell'albo dei manager, spunta la candidatura di **Nicola Boccalone**, ex city manager vicino al parlamentare **Pasquale Viespoli** (Popolo e territorio) che ha da vedersela con **Ferdinando Zerella** vicino ai popolari per il Sud.

**Ministero Salute****Per gli enti  
della sanità  
tagli in arrivo**

Arrivano tagli a personale e consulenze, risparmi di spesa e riorganizzazione funzionale per Istituto superiore di sanità (Iss), Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), Istituti zooprofilattici sperimentali (Izs) e Lega italiana per la lotta ai tumori.

Il riordino degli «Enti vigilati dal ministero della Salute» è contenuto in uno schema di decreto legislativo approvato ieri in prima lettura dal Consiglio dei ministri e che dovrà ottenere i pareri di conferenza Unificata e commissioni parlamentari prima del via libera definitivo. Ma i tempi sono stretti: la delega scade il 20 novembre e solo se il provvedimento approderà alle commissioni parlamentari entro questo termine ci sarà una proroga di due mesi (24 gennaio 2012).

Il risparmio di spesa previsto per l'Iss è di 300mila euro con l'unificazione e la riduzione di almeno il 30% delle strutture di livello dirigenziale, tagli al personale e agli esperti che non potranno essere più di sei. Il consiglio di amministrazione passerà da otto a quattro membri e il comitato scientifico da 18 a sette membri.

Per l'Agenas è prevista una rimodulazione della pianta organica in funzione dei suoi nuovi compiti, primo tra tutti quello dell'Educazione medica continua. Il risparmio di spesa è del 30% del budget (280mila euro) e anche qui si ridurranno gli esperti da dieci a sette. Ma per il supporto tecnico alle Regioni con piani di rientro, l'Agenas potrà reclutare fino a 30 collaboratori a progetto con contratti biennali rinnovabili una sola volta.

Per gli Izs è previsto il coordinamento con le ex facoltà di medicina veterinaria e le altre strutture del Ssn. Il personale potrà insegnare nei corsi di laurea in veterinaria, scuole di specializzazione e dottorati di ricerca.

Infine la Lega italiana per la lotta contro i tumori: sono soppressi comitato scientifico, collegio dei probiviri e comitati regionali per un risparmio di 280mila euro. Il consiglio direttivo sarà di soli cinque membri e il risparmio relativo di 21.854 euro.

P.D.Bu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SANITA' IN CRISI**

# Da ottobre niente radiografie

## *Servizio sospeso negli ospedali di Vallo ed Agropoli*

Se Salerno rischia di restare senza ambulanze che garantiscano la rete dell'emergenza "118", i presidi ospedalieri di Vallo della Lucania e di Agropoli, a partire dai primi di ottobre, non potranno più contare sul servizio di radiologia.



Il manager  
Maurizio  
Bortoletti



A rischio il servizio di Radiologia

I camici bianchi del "Ruggi", infatti, hanno annunciato che sospenderanno l'attività convenzionale presso le due strutture, riservandosi, nel contempo, ogni azione atta al recupero delle spettanze pregresse. I pagamenti relativi agli ultimi nove mesi del 2010 non sono stati corrisposti dal manager dell'Asl unica Maurizio Bortoletti, nonostante i radiologi abbiano regolarmente svolto le mansioni previste da una ap-

posita convenzione stipulata tra l'azienda ospedaliera e la ex Asl Salerno 3, per le consulenze da effettuare nei presidi ospedalieri di Vallo della Lucania ed Agropoli. Convenzione che, come sottoscritto dalle parti, «si intende rinnovata di anno in anno, salvo disdetta». Né l'Asl, né il "Ruggi", da quanto si è appreso, hanno finora fatto marcia indietro. Eppure i radiologi di via San Leonardo da mesi non intascano neppure una lira per il lavoro che continuano regolarmente a svolgere. La convenzione fu stipulata perché il dipartimento di emergenza ed il pronto soccorso dell'ospedale "San Luca" di Vallo, appartengono alla fascia di II livello, dove la presenza del medico radiologo è obbligatoria 24 ore su 24. Stando ai calcoli stimati dalle organizzazioni sindacali, il fabbisogno è di 6,5 esperti del settore. Ma al "San Luca" ci sono solo quat-

tro radiologi, primario incluso, a cui va aggiunto il fatto che un'unità è in congedo per maternità. Data la carenza di organico, a fronte di una richiesta dell'utenza sempre più massiccia, l'ospedale di Vallo ha sottoscritto ulteriori convenzioni, tra cui una con la ex Asl Salerno 2, che prevedeva consulenze radiologiche affidate ai medici del plesso di Sapri, del Monaldi di Napoli e di Cava de' Tirreni (che, dopo la riorganizzazione dei presidi, è confluito nell'azienda ospedaliera di via San Leonardo). Motivo per cui, i camici bianchi metelliani operano in virtù della convenzione del 2008 tra "Ruggi" ed ex Azienda sanitaria locale Salerno 3. Da mesi i radiologi hanno interessato i sindacati del caso, denunciando i mancati pagamenti. Ma tutte le istanze - l'ultima, in ordine cronologico è del 15 luglio - sono state praticamente ignorate dal manager, accusato di non aver finora fornito risposte esaurienti in merito a tempi e modalità della corrispon-

ne degli arretrati. Sfiniti da un braccio di ferro inutile, e dopo aver "sopportato" turni estenuanti durante l'estate, per non lasciare sguarnito un servizio prezioso proprio in un periodo dell'anno in cui l'afflusso dell'utenza si moltiplica, i radiologi hanno perciò deciso, a partire dal mese di ottobre, di sospendere l'attività convenzionale presso i due presidi, minacciando di adire anche le vie legali per ottenere quanto spetta loro in base ad una convenzione che dai primi tre mesi non viene più rispettata. I radiologi hanno poi denunciato una disparità di trattamento: i colleghi dell'Asl sono infatti stati pagati per tutto il 2010, quelli del Monaldi, invece, solo per i primi sei mesi dello scorso anno. (b.c.)

**I medici del Ruggi che effettuano consulenze nei due plessi non vengono pagati**  
**Ultimo compenso a marzo del 2010**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Regione I vertici delle Asl

# Nomine dopo il rimpasto di giunta, a Castellammare testa a testa tra Marchiello e Carli Pdl e Udc congelano i manager

Manager Asl: tutto da rifare. E le nomine dei direttori generali slittano ancora. Rinviata a data da destinarsi. Se ne riparlerà, con ogni probabilità, a fine ottobre. Subito dopo i congressi di Pdl e Udc. E forse, dopo il rimpasto della giunta regionale atteso un po' da tutti, nell'aula del Centro direzionale (a dispetto delle dichiarazioni di facciata rilasciate dai primi attori del Palazzo di via Santa Lucia).

Lo impone la nuova norma - approvata in Consiglio - che porta da 12 a 14 il numero degli assessori. E la sentenza del Tar Campania che obbliga Stefano Caldoro ad aprire le porte del governo della Regione al gentil sesso nel pieno rispetto delle cosiddette "quote rosa". Due appuntamenti, quelli in programma, segnati in rosso sull'agenda del governatore. Perché al rinnovo dei quadri dell'esecutivo è legato l'esito del "braccio di ferro" ingaggiato con i vertici campani

del Pdl e con gli alleati minori della coalizione di governo (Noi Sud). E perché da quegli stessi congressi dovrà uscire, poi, la nuova classe dirigente dei principali partiti dello schieramento di centrodestra che porterà, inevitabilmente, ad un riequilibrio di forze

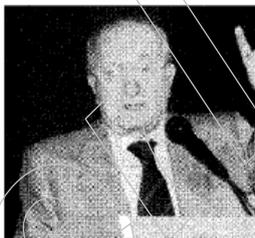
nella coalizione Caldoro. Passaggio, questo, ritenuto vitale per il prosieguo della legislatura.

Per ora, dunque, si procede in regime di proroga. L'ennesima concessa ai commissari che da un anno a questa parte stanno gestendo i destini della sanità

campana. Regime invocato e ottenuto, due giorni fa, a Roma, dallo stesso Caldoro, ospite al tavolo tecnico di monitoraggio del piano di rientro dal deficit dove pure i rappresentanti dei dicasteri dell'Economia e della Salute gli avevano chiesto di presentarsi con la



Nicola Cosentino



Ciriaco De Mita



lista dei manager già bella e pronta per poter ottenere lo sblocco dei 700 milioni dei fondi di affiancamento già scongelati a ottobre e messi in pagamento ad aprile. Proroga, infine, concessa proprio in virtù della situazione politica attraversata dal primo inquilino di via Santa Lucia e dei rapporti particolarmente tesi in corso tra Pdl e Udc che anche a Napoli, così come a livello nazionale, non stanno mancando di far registrare scintille.

Commissariamenti prolungati, dunque. Tutti tranne quelli di Napoli 1 e Salerno, i cui dirigenti non avevano ancora il mandato in scadenza. Alla Asl Napoli 1, infatti, la leadership del generale Maurizio Scoppa scadrà solo nel luglio del 2012. E nella città di Arechi quella del colonnello dei carabinieri Maurizio Bortoletti, terminerà a fine dicembre. In entrambi i casi, dunque, non si rende necessario alcun tipo di proroga.

Diversi, invece, quelli delle altre cinque aziende sanitarie campane i cui manager hanno già tutti i contratti scaduti (15 settembre scorso). E per i quali si procederà con un altro rinnovo, sia pure di breve durata. All'Asl Napoli 2 (area Nord) viene confermato, per ora, Francesco Rocca. Ma il suo posto è in bilico. Quando si passerà alle nomine definitive l'attuale dirigente nazionale della Croce Rossa sarà sostituito quasi sicuramente da Giuseppe Ferraro ex dirigente amministrativo della Asl di Frattamaggiore. Alla Napoli 3 (quella che abbraccia Nola e il bacino stabiese) resta in sella Vittorio Russo, in predicato, però, di sbarcare al timone dell'azienda Cardarelli (ma non è escluso che possa rimanere a Castellammare, magari ai vertici della direzione sanitaria): al suo posto dovrebbe arrivare uno tra Antonio Marchiello e Manlio Carli (entrambi di area Udc).

**Gabriele Scarpa**

PIRELLA  
**GAZZETTA DI CASERTA**  
IL QUOTIDIANO DI TERRA DI LAVORO

**Venerdì**  
**23 Settembre 2011**

**LA GIUNTA** La riunione potrebbe tenersi già oggi

## Nomine sanità, ancora un rinvio

CASERTA. Saltano di nuovo le nomine della sanità campana. La giunta regionale in programma per ieri, infatti, è stata rinviata per l'assenza del governatore **Stefano Caloro** che è a Roma per discutere dei fondi che dovrebbero essere sbloccati dal governo. A questo punto la giunta potrebbe essere riconvocata per oggi o, al massimo, per lunedì. I giochi, comunque, sembrano essere fatti, almeno per quel che concerne l'Asl di Caserta visto che circola con insistenza la voce di una conferma di **Paolo Menduni** alla guida degli uffici di via Unità italiana. All'ospedale civile, invece, il nome che circola con insistenza è quello di **Rosa Beneduce**, moglie di un ex parlamentare campano, attuale primario all'ospedale di Castellammare di Stabia.



**PAOLO MENDUNI**