

# FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



## Rassegna Stampa del 26.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

# la tribuna<sup>di Treviso</sup>

## Sanità, le visite si prenotano in posta

Oggi firma dell'accordo tra la Regione e Poste Italiane

**VENEZIA.** Possibilità di prenotare visite specialistiche, pagare i ticket sulle prestazioni e ricevere l'invio di alcuni tipi di farmaci. Sono queste alcune delle principali innovazioni previste nell'accordo quadro per la fornitura e la gestione integrata dei servizi postali che verrà firmato questa mattina a palazzo Balbi tra il presidente della Regione Luca Zaia e l'amministratore delegato di Poste Italiane Massimo Sarmi. Nell'ambito dell'accordo, riveste particolare rilievo la sezione dedicata allo sviluppo di iniziative per migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi offerti ai cittadini, soprattutto per ciò che attiene a nuove soluzioni progettuali in tema di servizio sanitario regionale. In particolare, tra i servizi contemplati, prevista la possibilità di snellire gli aspetti più strettamente burocratici che riguardano la salute. Nella fattispecie, sarà possibile prenotare visite specialistiche attraverso lo «sportello amico», servizio già previsto all'interno degli uffici postali e concepito per semplificare i rapporti tra cittadino e pubblica amministrazione. In questo senso, anche la possibilità di pagare il ticket per le prestazioni sanitarie e di prelevare alcuni tipi di medicinali, ovvero quelli in dotazione alle farmacie dei presidi ospedalieri che da qui verranno inviati raggiungendo i cittadini che lo vorranno direttamente nell'ufficio postale più vicino a casa.

# risorsa MEZZOGIORNO

Sanità: Sentenza del Tar all'esame dei tecnici del Ministero

## COMMISSARIO, ABRUZZO RISCHIA DI TORNARE INDIETRO DI ANNI.



Roma, 24 maggio 2011 - “Questione delicatissima sulla quale sarà necessario

anche e soprattutto un intervento chiarificatorio di carattere politico”. Lo ha detto il presidente della Regione e Commissario per la Sanità al termine della riunione avuta oggi al ministero dell'Economia con i tecnici del dicastero finanziario e con quelli della Salute, richiesta dopo la decisione del Tar di annullare alcuni provvedimenti assunti dal Commissario ad esecuzione del Piano operativo 2010. In due ore di confronto il Presidente, accompagnato dal subcommissario Giovanna Baraldi e dalla responsabile della direzione Sanità, Maria Crocco, ha illustrato i contenuti della sentenza del Tar che di fatto neutralizza gli effetti del Piano operativo della rete ospedaliera. “La vicenda Abruzzo – ha spiegato il Presidente – rischia di generare confusione e non poche incertezze anche verso le altre regioni sottoposte a regime commissariale in tema sanitario, che al termine della riunione sono rimaste tutte molto preoccupate”. Dal punto di vista politico, “questa sentenza del Tar – ha detto il presidente ai tecnici del ministero – rischia di vanificare quanto di buono si è fatto finora in Abruzzo, una regione che nel giro di 12 mesi è riuscita a raggiungere quell'equilibrio finanziario costi/servizi che la Corte dei Conti ha chiesto a più riprese agli enti locali. Il Tar – ha chiarito il Presidente – ha una sua visione in punto di diritto ma questa opinione per quanto autorevole e fondata ha l'effetto di riportare indietro l'Abruzzo di tantissimi anni”. Contro la sentenza del Tar la Regione si muoverà su un doppio binario: uno prettamente giudiziario con il ricorso al Consiglio di Stato, un altro politico-amministrativo per capire dal Governo gli effettivi poteri che sono in capo ai commissari sanitari. “Il governo studierà il da farsi ma non è una questione semplice, anche perché bisognerà vedere ogni legislazione regionale che ha affrontato il tema sanità. Rimane – ha concluso il presidente della Regione – l'amaro in bocca nel vedere potenzialmente vanificati i risultati straordinari raggiunti finora in Abruzzo”.

[www.primapaginamolise.it](http://www.primapaginamolise.it)

## **Corte dei conti: nel 2010 deficit sanitario in calo di quasi un miliardo L'anomalia Molise: flessione dei costi (2%) e dei ricavi (0.7%)**

*Il deficit 2010 è in netto calo rispetto agli anni precedenti: 2,326 miliardi lo scorso anno contro i 3,252 miliardi del 2009. E il merito, sottolinea la Corte dei conti nel capitolo sulla Sanità («Patto per la salute») del «Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica» presentato questa mattina, è dell'effetto dei piani di rientro che hanno decisamente ridotto la spesa nelle Regioni finora con i conti in rosso.*

Certo, il Sud e il Lazio restano detentori di quasi tutto il deficit, ma i piani sembrano funzionare, mentre al contrario, anche se in misura non rilevante, aumenta il deficit di alcune Regioni del Nord che passano da 146 milioni di "rosso" del 2009 (di cui 106 della Liguria) ai circa 180 milioni 2010 (di cui 89 della Liguria).

Ma in questo caso, come in tutte le Regioni con i conti tradizionalmente a posto, sono già scattati i ripiani della maggiore spesa con risorse proprie, anche se la Corte sottolinea che alla data di chiusura del Rapporto, ancora i tavoli di monitoraggio della spesa (i risultati riportati sono riferiti a marzo 2011) non avevano terminato le verifiche e, quindi, il consuntivo finale non è ancora completo.

Tra i risultati regionali messi in risalto dalla Corte per la spesa sanitaria 2010, tre Regioni del Nord presentano tassi di crescita dei costi superiori al 2%. Tra le regioni con piano di rientro, cinque ottengono una riduzione dei costi rispetto al 2009 di oltre l'1,5 per cento. Solo Sicilia e Sardegna presentano una dinamica ancora crescente. A esse si aggiungono Piemonte e Puglia, che hanno sottoscritto un piano solo nel 2010.

Delle Regioni che hanno presentato una flessione dei costi, quattro hanno registrato una crescita delle entrate che rafforza il miglioramento del risultato complessivo. Solo il Molise alla flessione di oltre il 2% dei costi ha affiancato una riduzione dei ricavi dello 0,7%. Ma è il Lazio che, anche restando la regione con il risultato peggiore (-1.044 milioni), registra miglioramenti superiori alla media, sia dal lato dei costi che dei ricavi.

Piemonte e Puglia registrano variazioni dei costi superiori ai ricavi peggiorando il loro risultato complessivo che, nel caso del Piemonte, rimane tuttavia sempre positivo.

Tra le altre regioni, solo Umbria e Toscana presentano una flessione dei costi, rispettivamente dello 0,6 e al 2,2%. In entrambi i casi, tuttavia, a essa coincide nell'esercizio un quasi equivalente riduzione dei ricavi.

«La spesa sanitaria si rivela, nel consuntivo 2010, inferiore alle previsioni: le uscite complessive hanno raggiunto i 113,5 miliardi, inferiori di oltre 1.500 milioni al dato previsto per l'anno e riconfermato, da ultimo, lo scorso settembre, nel quadro di preconsuntivo contenuto nella Decisione di finanza pubblica. L'incidenza in termini di Pil si conferma, tuttavia, sui livelli del 2009, il 7,3 per cento, mentre è in crescita il peso sul complesso della spesa primaria», è il commento di Luigi

Mazzillo, presidente di coordinamento delle Sezioni Riunite in sede di controllo della Corte.

«Nonostante il numero delle regioni interessate da Piani di rientro salga da 8 a 10 - prosegue - il 2010 è l'anno in cui si riducono di quasi un terzo le perdite prodotte dal sistema, come frutto, principalmente, della contrazione dei costi registrata proprio in alcune regioni in piano di rientro. Si tratta di segnali incoraggianti per un sistema di responsabilizzazione delle regioni, fondato su un meccanismo di monitoraggio, attento sia a garantire la copertura dei disavanzi, che a prevedere interventi in grado di contrastare l'emergere di squilibri strutturali. Va peraltro ricordato che il 2010 è anche un anno segnato ancora dalla evidente difficoltà di definire con precisione, almeno in alcune regioni, i confini entro cui misurare il risultato economico delle aziende sanitarie: riaffiorano perdite del passato anche in realtà in cui si erano da poco compiuti complessi processi di riordino e di valutazione delle condizioni patrimoniali, accompagnati da interventi finanziari di rilievo.

Episodi che, ove ve ne fosse bisogno, pongono in maggior evidenza la necessità di poter contare al più presto su sistemi contabili omogenei e trasparenti, non solo nei criteri, ma nelle metodiche gestionali».

«Con la definizione dei costi standard in sanità - spiega Mazzillo - e con le altre modifiche introdotte con i decreti di attuazione del federalismo fiscale, si ha la sostanziale riconferma del modello frutto della sperimentazione gestionale sviluppata a partire dal 2000. In particolare, è riconfermato, nella sua configurazione attuale, il ruolo dei diversi tavoli di monitoraggio (Lea ed economico finanziario), così come è riconfermato il rapporto di questi con gli organismi politici e tecnici deputati al coordinamento. E' auspicabile che l'affinamento delle informazioni disponibili e l'arricchimento degli indicatori di qualità dei Lea, utilizzati per la valutazione delle performance dei servizi regionali, possano ora consentire, non solo di garantire un andamento equilibrato, ma anche di indurre modifiche e miglioramenti nella qualità delle prestazioni rese ai cittadini, convergendo su standard di qualità ottimali. Lo lascia sperare il fatto che la garanzia, in termini di risorse riconosciute alla sanità quale settore Lep, è efficacemente controbilanciata da un sistema di monitoraggio molto stringente».

# PRESSONWEB

Quotidiano Indipendente - Direttore Elio Lamparelli

## L'Aquila - Chiodi disperato chiede aiuto a Roma: legge ad hoc per i Commissari alla Sanità



Il governatore d'Abruzzo e commissario alla sanità dopo la riunione avuta oggi al ministero dell'Economia, con i tecnici del dicastero finanziario e con quelli della Salute ha dichiarato: " Questione delicatissima sulla quale sarà necessario anche e soprattutto un intervento chiarificatore di carattere politico". Non poteva essere diversamente, dopo la decisione del Tar di annullare provvedimenti assunti dal Commissario ad esecuzione del Piano operativo 2010. Ci sono state due ore di serrato confronto al ministero e Chiodi era accompagnato dal sub commissario Giovanna Baraldi e dalla responsabile della Direzione regionale Sanità, è stato illustrato il contenuto della sentenza del Tar che ha di fatto neutralizzato gli effetti del Piano operativo della rete ospedaliera. Chiodi ha spiegato: " La vicenda Abruzzo rischia di generare confusione e non poche incertezze anche verso le altre regioni sottoposte a regime commissariale in tema sanitario, che al termine della riunione sono rimaste molto preoccupate". Chiodi ha proseguito nell'affermare ai tecnici dei ministeri che, questa sentenza ,rischia di vanificare quanto di buono è stato fatto in Abruzzo, una regione che nel giro di 12 mesi è riuscita a raggiungere l'equilibrio finanziario Costi/ servizi cioè quello che la Corte dei Conti ha richiesto a più riprese agli Enti Locali. La sentenza del Tar – ha proseguito Chiodi - per quanto autorevole e fondata ha l'effetto di far tornare indietro l'Abruzzo di tantissimi anni". Si è appreso come si comporterà la Regione utilizzando un doppio binario : ricorso al Consiglio di Stato e ottenere dal potere politico – amministrativo quindi dal governo effettivi poteri che devono avere i commissari alla Sanità. Chiodi ha così concluso "Il governo studierà il da farsi anche perché bisognerà vedere ogni legislazione regionale come ha affrontato il problema sanità. Rimane – ha aggiunto il governatore – l'amaro in bocca nel vedere potenzialmente vanificati i risultati straordinari raggiunti finora in Abruzzo". Una sola nota ci sia consentita se però Chiodi avesse rispettato i poteri del Consiglio e quelli della sua stessa maggioranza. Avesse rispettato, democraticamente, il potere degli Enti Locali e particolarmente dei sindaci e avesse ascoltato un po' le opposizioni che lo hanno avvertito più volte, che la strada intrapresa era ricca di insidie e comunque usurpava i poteri di organi elettivi, oggi l'Abruzzo ed anche lo stesso Commissario, non si sarebbe trovato in una situazione così difficile. Tra l'altro, non completamente sviscerata, per i tanti ricorsi oggi possibili. Con la sentenza del Tar la Regione per la Sanità è entrata in un tunnel dal quale non sarà facile uscirne indenni, questa è la realtà. Chiodi, questa è la nostra impressione, ha necessità anche delle minoranze chieda anche a loro collaborazione e a determinate condizioni la otterrà.

## GOVERNO



### Sanità, ticket: si allargano le fasce dei non esenti

REDAZIONE IL DENARO  
- MERCOLEDÌ 25 MAGGIO 2011

Consentire a ultrasessantacinquenni e minori una diminuzione dei ticket su farmaci e diagnostica a loro attualmente imposti a fronte di un allargamento della platea dei compartecipanti alla spesa a quanti hanno un reddito al di sotto dei 10 mila euro attualmente esenti. E' questa la misura allo studio della struttura commissariale per il contenimento della spesa sanitaria e che dovrebbe tradursi, a stretto giro, (entro fine maggio) in un apposito decreto. Un'azione che mira ad un'ulteriore stretta sulla spesa farmaceutica impropria che il tavolo interministeriale di verifica ha indicato tra i nodi critici per la tenuta contabile del servizio sanitario regionale. tavolo che, il 21 aprile scorso, ha fatto scattare il semaforo rosso all'incasso dei fondi di affiancamento programmati (il saldo di 340 milioni di euro su 1,7 miliardi sbloccati a dicembre scorso).

## La contrazione dei diritti sanitari

**A**bbiamo appena saputo dal **ministero della salute** che su 17 regioni esaminate, solo 8 garantiscono al 100% ai cittadini le tutele sanitarie dovute per legge. Metà dell'Italia per curarsi deve mettersi in tutti modi possibili le mani in tasca. Nel frattempo tutte le regioni sono, chi più e chi meno, sopraffatte da una vera e propria sindrome bilancio-frenica. Esse tagliano dove possono tagliare, restringono le prestazioni erogate cercando di ricorrere a quelle meno dispendiose, ridiscutono le esenzioni che erano state pensate per difendere i più deboli ecc.

Oggi in sanità esiste un generale e significativo problema di contrazione dei diritti. Le misure di razionalizzazione hanno ceduto il passo a quelle di razionamento. I contraccolpi di questa situazione si abbattano sui più deboli, (famiglie a basso reddito, malati cronici, coppie senza figli, anziani soli, ecc). L'Istat ci ha dimostrato, dati alla mano, che le motivazioni economiche sono oggi la causa principale di abbandono delle prestazioni sanitarie per le famiglie italiane (ben 338.052 famiglie si sono impoverite per cause di salute, e ben 991.958 nuclei famigliari si sono esposti per ragioni di salute a spese, definite non casualmente "catastrofiche". Il 10.9% (circa 2.249399 di nuclei famigliari) rinuncia per ragioni economiche a importanti prestazioni specialistiche. Non garantire le tutele costa caro.

Contestualmente a questa penosa realtà abbiamo la "medicina difensiva". Gli operatori per difendersi dalle possibili conseguenze legali dei rischi professionali indossano le proverbiali "mutande di bandone" e prescrivono analisi, test diagnostici e ricoveri del tutto inu-

tili, con uno spreco di spesa calcolato pari al 12%. Nessuno ancora ha calcolato la spesa che il cittadino è costretto a pagare con i ticket. Aggregando i dati possiamo dire che in Italia il 70/75 % dei medici prescrive visite specialistiche ed esami strumentali per ragioni difensive. È necessario ricordare che negli ultimi anni sono aumentate del 65% le richieste di risarcimento dei pazienti nei confronti dei medici e delle strutture sanitarie. La medicina difensiva come valore economico è di gran lunga più alta dei risparmi che si ottengono comprimendo le tutele.

Tuttavia la medicina difensiva, non è nell'elenco degli sprechi da perseguire. A partire dalla recente bozza di piano sanitario nazionale 2011/2013, per continuare con i piani regionali (nessuno escluso), ci si accorge della clamorosa mancanza di coscienza del problema. Non si tratta di una semplice dimenticanza ma di politiche che non cambiano mai e che puntano alla mera amministrazione dell'esistente dimostrandosi non all'altezza delle sfide del tempo. L'inadeguatezza della politica diventa così la causa principale dei costi che i cittadini sono costretti loro malgrado a pagare. Essa è un costo e nello stesso tempo uno spreco di razionalità che dovrebbe essere compreso, come ogni altro costo ed ogni altro spreco, in ogni piano di rientro. Si tratta di voltare pagina dando luogo ad un genere di riformismo diverso dal passato.

In questi anni le politiche sanitarie hanno ossessivamente tagliato e riorganizzato gli ospedali inseguendo formule miracolistiche ma senza mai cambiare il modello di fondo dell'ospedale, senza mai qualificare la condizione del malato

ricoverato, senza mai umanizzare veramente i rapporti tra il malato e l'istituzione. Dal paradosso del "miglioramento senza cambiamento" stiamo passando piano piano al "peggioramento quale contro cambiamento" e che mette in crisi i fondamenti statutari del servizio pubblico. Basti ricordare il libro bianco del ministro Sacconi, i costi standard del federalismo fiscale, le tante forme surrettizie di privatizzazione, il sommerso legato al neocorporativismo della mutualità integrativa. Bisogna voltare pagina e pensare ad un genere di riformismo post moderno perché il "pensiero debole" della politica oggi ai cittadini costa troppo e perché il limite economico si può affrontare non necessariamente mortificando i diritti.

**IVAN CAVICCHI**



Nona sentenza contro il governatore: demolito il piano per il risanamento del deficit

# Sanità, nuova sconfitta per Chiodi

*Il Tar dell'Aquila bocchia anche la chiusura dell'ospedale di Casoli*

**PESCARA.** Il Tar dell'Aquila riapre anche il Consalvi di Casoli e porta a 9 i pronunciamenti favorevoli ai ricorrenti che si battono per il ripristino dei servizi ospedalieri nei piccoli centri dell'Abruzzo interno e montano. In arrivo ci sono anche le decisioni per Pescara e Casoli, mentre un'altra trincea per la tutela della salute si apre in Molise attorno all'ospedale di Agnone. Le sentenze dei giudici amministrativi alimentano speranze e allargano crepe nel fragile impianto del programma di rientro dal deficit sanitario adottato nel 2010 con i poteri commissariali. (A pagina 15)

**SANITA' NEL CAOS**I sindaci invocano il ripristino di reparti e servizi  
La Cisl parla di progetto commissariale fallito

## Il Tar riapre un altro ospedale

*Sentenza favorevole a Casoli. In arrivo per Pescara, Tagliacozzo e Agnone*

**PESCARA.** Le decisioni del Tar L'Aquila sulle riaperture dei piccoli ospedali si susseguono a catena in Abruzzo e alimentano gli entusiasmi di sindaci e amministratori di ogni provenienza politica. E' di ieri l'ultima sentenza (il nono pronunciamento dei giudici amministrativi), questa volta fa-

vorevole alla riapertura dell'ospedale Consalvi di Casoli. Altre analoghe decisioni sono molto probabilmente in arrivo per Pescara e Tagliacozzo, mentre un'altra trincea per la tutela della salute, nei centri che più sono distanti dai principali poli dell'eccellenza sanitaria, si apre nel vicino Molise.

Qui è atteso l'esito di un analogo ricorso per l'ospedale Caracciolo di Agnone, al confine con il Vastese. Si è tenuta invece ieri l'udienza sull'istanza presentata dai Comuni di Tagliacozzo e Pescara. I due provvedimenti, secondo i ricorrenti, «arrebbero un danno grave e irreparabile incidendo direttamente sul diritto costituzionale alla salute, riducendo la possibilità per la popolazione delle due città e dei due comprensori di accedere ai servizi sanitari e di tutela della salute». Il ricorso è stato curato per Pescara dagli avvocati Pasquale Milo e Fausto Corti, e per Tagliacozzo dai legali Luca Motta e Herbert Simone.

Dunque nuove speranze per i paesi montani e dell'Abruzzo interno che nello stesso tempo allargano crepe nel fragile impianto della riforma e sui provvedimenti di rientro dal deficit sanitario adottati nel 2010 con i poteri commissariali. Sono oggi

quegli stessi amministratori a reclamare la immediata esecutività dei verdetti del Tar.

Accade a Casoli, dove il sindaco del Pd Sergio De Luca invoca l'immediato ripristino di reparti e servizi. «La bocciatura del duo Chiodi-Baraldi è su tutti i fronti perché hanno infranto le leggi regionali calpestando il diritto alla salute sancito dalla Costituzione per tutti i cittadini. E perché il miglioramento del deficit sanitario lo hanno ottenuto con i tagli ai livelli essenziali di assistenza. Chiodi», prosegue De Luca, «non dovrebbe farsene un vanto. Anzi, piuttosto che cercare soluzioni amministrative e legali ai disastri commessi farebbe bene a dimettersi».

Sulla stessa scia il sindaco di Guardiagrele del Pdl, Sandro Salvi, che ha scritto al governatore per sollecitare l'applicazione della sentenza sul Santissima Immacolata del 23 marzo scorso. Salvi an-

nota che, negli atti difensivi del Comune, è chiaramente indicato «come si sarebbero potute adottare decisioni conformi alle vere esigenze delle popolazioni, alla qualità della struttura ospedaliera e al pieno utilizzo dei reparti con risparmio economico e vantaggi funzionali per tutto il comprensorio».

Un dibattito che accende speranze ma è foriero di aspre polemiche. A chiedersi come uscire da questa difficile situazione è la Cisl funzione pubblica che, dopo anni di commissariamento della sanità in Abruzzo, prende atto del sostanziale fallimento di un progetto allestito bypassando la funzione legislativa del Consiglio regionale.

«Sono stati tagliati posti letto in eccedenza e a oggi mancano i letti necessari», commenta il segretario Vincenzo Traniello, «posti letto ridotti senza creare un prima e un dopo il ricovero ospedaliero, cioè senza porre le fondamenta di una buona

medicina di base».

Deficit di assistenza territoriale che, a giudizio del sindacato, si traduce in una accresciuta richiesta di ospedali.

«Si è andati avanti con una cultura aziendalista, che parifica il servizio sanitario a un'impresa qualsiasi e mette in secondo piano la salute rispetto alla logica economica. Il commissario sa benissimo», prosegue Traniello, «che ridurre la tutela della salute è un reato, e sa benissimo che chi si oppone a questa logica aberrante, come fa



la Cisl, non è contro le riforme ma a favore delle riforme vere».

Il sindacato registra che, a tutt'oggi, ai reparti ospedalieri chiusi o mal funzionanti «corrispondono solo tante sigle di servizi territoriali, pomposamente declamati. In realtà, dietro a questi termini pomposi, c'è solo il vuoto e fra poco verrà alla luce il debito della mobilità passiva causata dai mancati servizi abruzzesi. Eppure», afferma ancora Traniello, «il Tar non ha fatto nessuna rivoluzione, ha semplicemente ribadito che le leggi vanno rispettate e, se non piacciono, cambiate in Consiglio regionale o in Parlamento. E che i servizi sanitari vanno comunque e sempre garantiti. Che dirà Roma? E' ora che la società civile abruzzese si risvegli e si faccia sentire guidata dai sindacati, dalle associazioni socio-sanitarie e dal volontariato». (cr.re.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Proteste  
per gli  
ospedali  
a Pescara  
e Casoli

## Sanità. Fatture saldate dopo 912 giorni Pagamenti, Calabria al top per i ritardi

**Roberto Turno**

ROMA

Un rosario lungo 912 giorni, ben 30 mesi prima di poter incassare le fatture. È il destino delle imprese che lavorano con la sanità pubblica in Calabria, che ad aprile ha raggiunto il record (negativo) di sempre in Italia nei tempi di rimborso ai fornitori del Ssn. Ma non è sola la Calabria nella speciale classifica del disastro da debiti non onorati della sanità pubblica. Crescono infatti senza sosta e ormai hanno rotto tutti gli argini i tempi di rimborso delle Regioni a chi ha consentito di far marciare la macchina della sanità pubblica. Per le industrie biomedicali la media ha toccato ad aprile 301 giorni di stop ai pagamenti con una crescita dall'inizio dell'anno del 5%. Mentre le farmaceutiche attendono in media 262 giorni con un aumento del blocco delle fatture addirittura del 9% nel primo trimestre del 2011.

Con un risultato finanziario da brivido: 10 miliardi di crediti impigliati con tutto ciò che ne consegue per la normale vita (e la programmazione d'attività) di un'impresa. Ma se si sommano tutti i fornitori del Ssn, il credito lasciato a volatili "pagherò" ai fornitori vale almeno il doppio.

Tac e siringhe, farmaci e farmacie, servizi di lavanderie e di pulizia, mense e servizi tessili e di sterilizzazione. Tutto quanto "fa" sanità, è unito sotto un unico comun denominatore: i rimborsi in tempi biblici da parte del sistema pubblico.

Il check più nitido delle gravissime situazioni di grave disagio in cui sono costrette ad operare le imprese di settore, arrivano dagli ultimissimi rapporti di Assobiomedica (biomedicali) e di Farindustria (farmaci). Che - e non è certo una coincidenza - fotografano entrambe una situazione che rischia di precipitare.

Assobiomedica a fine aprile

vantava crediti insoluti per un totale di 5,35 miliardi e un ritardo medio di rimborso di 301 giorni: per risalire a un ritardo maggiore bisogna andare indietro a marzo del 2008. Nella classifica dei pagamenti bloccati, la Calabria vanta il record assoluto. Anzi, il record dei record di sempre: 912 giorni prima di pagare i fornitori, con un debito di 441,7 milioni, già di per sé consistente, ancora di più se rapportato al solo bilancio (3,5 miliardi) della sanità calabrese. Va da sé che la Calabria è in cattiva compagnia, anche se qualche lunghezza indietro: 795 giorni aspettano le imprese nel Molise, 705 in Cam-

### RECORD NEGATIVI

Per le industrie biomedicali ad aprile la media nazionale è di 301 giorni. Il totale dei crediti insoluti sfiora i dieci miliardi

pania (il massimo dal febbraio 2007), 403 nel Lazio. Va da sé che non a caso si tratta delle Regioni con la sanità commissariata: da sole sommano quasi la metà dell'intero debito verso le imprese di Assobiomedica.

Sulla stessa lunghezza d'onda le rilevazioni di Farindustria per quanto riguarda i crediti delle industrie farmaceutiche. Il loro credito vale poco più di 4 miliardi e i tempi di rimborso hanno toccato 242 giorni con un aumento del nove per cento. Per avere dati peggiori si dovrebbe spostare le lancette indietro a due anni fa. Anche con le farmaceutiche la Calabria detiene la maglia nera dei rimborsi con 631 giorni d'attesa, seguita ancora da Molise (528) e Lazio (395). E guarda caso anche con i farmaci la Calabria ha il record di sempre con una crescita di due mesi in poco più di un anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Quotidiano

**la tribuna di Treviso**

26-MAG-2011

Diffusione: 19.016

Lettori: 149.000

Direttore: Alessandro Moser

da pag. 18

**«Mafia, rischia la sanità privata»***Sos Cgil: subito l'osservatorio. Un convegno a Castelfranco*

La Cgil torna a chiedere l'istituzione di un Osservatorio antimafia nel Trevigiano: «Serve — ha detto Paolino Barbiero — uno strumento di raccordo tra operatori dell'economia, istituzioni, forze dell'ordine e rappresentanza sociale, per monitorare il fenomeno e creare un clima di legalità e moralità abbattendo omertà e paure». In occasione del passaggio della carovana Antimafia nel trevigiano, la Cgil conferma l'adesione al convegno che sabato alle 10,30, presso la fattoria sociale «El contadin» di Castelfranco organizzato da «Libera», «Avviso Pubblico» e «Arci».

Da tempo la Cgil trevigiana denuncia il fenomeno delle infiltrazioni malavitoso nell'economia locale, in particolare per la logistica. Ora lancia un altro fronte: la sanità privata, e il settore socio assistenziale. Stop al criterio del minimo ribaso, meglio il "minimo necessario", on si può scendere sotto i 18 euro orari».



Paolino  
Barbiero  
della Cgil

Il caso. I vertici dell'ente sentiti in Parlamento

## Enpam, sette «Cdo» sotto accusa

**Vitaliano D'Angerio**

**CRONACA** Sette obbligazioni strutturate (Cdo) per un ammontare di 361 milioni di euro sotto accusa. In cui Enpam, l'anno scorso, ha iniettato altri 102 milioni. È quanto emerge dalla relazione del consulente Sri Capital Advisors sul patrimonio mobiliare della Cassa previdenziale dei medici, che il «Sole 24 Ore» ha potuto consultare (si veda anche l'articolo di sabato 21 maggio). Ecco i nomi dei Cdo e delle banche straniere che li hanno strutturati: Corsair 6/11, Corsair 6/12, Ethical Cdo (Jp Morgan); Eirles 337 ed Eirles 309 (Deutsche Bank); Camelot e Ferras (Barclays).

L'advisor Sri evidenzia nel rapporto che in tale elenco mancano altri due Eirles (254 e 312) «dei quali - viene sottolineato nel documento - non abbiamo al momento ricevuto la documentazione. Includendo questi titoli, il nozionale (valore dell'attività finanziaria a cui si riferisce il contratto, ndr) salirebbe a 446,5 milioni». È da ricordare che il consulente Sri ha ricevuto il mandato ad analizzare il patrimonio mobiliare Enpam, nel maggio 2010, dai vertici dell'allora cda della cassa dei medici presieduta da Eolo Parodi, attuale numero uno dell'ente pensionistico: dossier consegnato nel dicembre 2010 e mai reso pubblico integralmente. Nelle tabelle della relazione, a proposito dei sette Cdo, emergono due elementi importanti: al 30 settembre 2010, le obbligazioni strutturate

perdevano circa il 57% del valore. Inoltre per l'operazione di ristrutturazione dei sette titoli, decisa per far fronte alle criticità del mercato finanziario, «verranno corrisposte, tra il 2010 e il 2016-17, date di scadenza dei Cdo, commissioni per circa 15 milioni di euro». A percepire questi soldi, viene spiegato da Sri, saranno le società CQS Cayman LP e Matrix Alternative A.M. in qualità di *portfolio manager*, e la società Mangusta Risk (che già lavora per Enpam) come *risk monitoring agent*.

Il caso Enpam-derivati è arrivato alla ribalta la settimana scorsa dopo un esposto di cinque ordini dei medici alle autorità giudiziarie. Il documento è stato inviato pure alla Commissione parlamentare di vigilanza delle casse che ha anticipato a ieri un'audizione con i vertici Enpam sul patrimonio immobiliare. Ovvie le domande anche sul tema più strettamente di attualità. I vertici Enpam (assente Parodi) hanno spiegato che, nel bilancio 2008, nel fondo oscillazione valori mobiliari erano iscritti 400 milioni, accantonati proprio a copertura dei bond strutturati. Ma, visto il miglioramento dei valori di mercato, questo accantonamento è sceso a 328 milioni nel 2009 e a 296 milioni nel 2010. La Commissione parlamentare ha deciso comunque di affrontare di nuovo l'argomento in una prossima audizione.

v.dangerio@ilssole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA.

# SIGLATO ACCORDO QUADRO TRA VENETO E POSTE ITALIANE

*Il progetto comprende la realizzazione di nuove soluzioni con riferimento ad alcuni servizi sanitari*

La Regione del Veneto, con il presidente **Luca Zaia**, e Poste Italiane Spa, con l'amministratore delegato **Massimo Sarmi**, hanno siglato ieri a Venezia un innovativo Accordo Quadro, che comprende una rilevante collaborazione nel realizzare nuove soluzioni progettuali con particolare riferimento ad alcuni servizi al cittadino riguardanti l'area sanitaria. Poste Italiane dispone in Veneto di una capillare rete composta da 1.118 sedi e 428 "sportelli amici". Saranno questi, inizialmente in



**Luca Zaia e Massimo Sarmi**

via sperimentale nelle Ullss 4 Alto Vicentino e 8 di Asolo, a fornire alcuni importanti servizi, come la prenotazione di visite specialistiche, il pagamento ed incasso dei ticket sanitari, la

consegna di referti sanitari in modalità multicanale. "Un'idea innovativa - ha affermato il presidente Luca Zaia - che semplificherà la vita a molti cittadini veneti".

## Il partito difende Chiodi **Pdl: ribalteremo le decisioni al Consiglio di Stato**

Il Tar riapre gli ospedali e il Pdl rilancia la politica di risanamento del commissario Chiodi, confidando nel buon esito del ricorso al Consiglio di Stato. «Sia ben chiaro», avvertono l'ex assessore alla Sanità, oggi capogruppo regionale, **Lanfranco Venturoni** e il portavoce del partito, **Riccardo Chiavaroli**, «l'aspetto legale non cambia i termini della questione. Da parte nostra, possiamo soltanto ribadire che le azioni del presidente Chiodi sono integralmente sostenute dal Pdl e dalla maggioranza e resteranno orientate su una profonda riforma del sistema sanitario abruzzese, perché è nostro obiettivo dare agli abruzzesi una sanità che prevenga, curi, tuteli con efficacia e senza sprechi». Venturoni e Chiavaroli si dicono «esterrefatti per la gioia di qualcuno di fronte alle sentenze di tribunale. Dobbiamo ritenere che non solo non si vuole il cambiamento ma che ostinatamente si difendono interessi di parte e piccole, stantie situazioni clientelari». La necessità di approvare la riforma nella sede preposta, cioè il Consiglio regionale, non viene neppure presa neppure in considerazione dal partito di maggioranza. Anche perché si ritiene che in Consiglio di Stato tutte le sentenze verranno ribaltate. E il Pdl aggiunge che, anche a rischio «di apparire impopolari, certamente non saremo mai antipopolari», si va avanti su questa strada, «perché non c'interessa il gradimento estemporaneo ma il consenso reale ottenuto con assunzione di responsabilità politica, lavorando a favore degli abruzzesi di oggi e delle generazioni future».



## Il Sole 24 ORE

**Massimo Russo. L'assessore siciliano alla Salute fa il punto sulla riforma nell'ambito del convegno che è in corso di svolgimento a Palermo**  
**«Sanità fondata su qualità e merito»**

PALERMO - La si potrebbe battezzare operazione verità. Ed è quella che ha preso il via ieri al Teatro Politeama di Palermo con una tre giorni dedicata alla sanità siciliana al confronto con il resto del paese: stato d'avanzamento della riforma, situazione dei conti, condizioni delle infrastrutture, rischio clinico e dunque qualità dell'assistenza. Una manifestazione fortemente voluta dall'assessore alla Salute Massimo Russo, il quarantenne magistrato in aspettativa che da tre anni siede sulla tolda di comando dell'assessorato alla sanità, anzi quello che fu il famigerato assessorato alla Sanità secondo il racconto che se ne può trarre dalle inchieste giudiziarie e da provvedimenti dei giudici: l'ultimo la scorsa settimana nei confronti dell'ex deputato Udc di Salemi Pino Giammarinaro, sospettato di rapporti con la mafia, che avrebbe avuto forti interessi nel settore della sanità. Ma questo è solo un fatto a margine di uno scontro politico che in certi momenti si fa duro con i rappresentanti del centrodestra siciliani ma non solo.

**Di cui la scorsa settimana in parlamento si è fatto portavoce il ministro della Salute Ferruccio Fazio. Giusto assessore?**

Il ministro è stato chiamato all'ordine e non ha saputo difendere la verità. Quello che mi sconcerta nelle parole di Fazio è che non ha attinto, prima di parlare, ai dati del suo ministero. Ed è per questo che presenteremo nelle varie sessioni del convegno che si tiene a Palermo i dati attuali sulla sanità siciliana che rivelano più delle parole.

**Ma questi numeri cosa dicono?**

Dicono che stiamo raggiungendo i livelli previsti dal patto per la salute per appropriatezza e occupazione. Un successo che è tutto a beneficio dei cittadini. Tanto per cominciare.

**Prego continui.**

Guardi, il frutto più prezioso delle riforme che abbiamo fatto e che gli operatori della nostra sanità si presentano con un dato di credibilità. Solo tre anni fa le cose non stavano in questo modo: si ricorderà le inchieste giudiziarie, il presidente della regione Salvatore Cuffaro che incontrava il prestanome di Provenzano, Michele Aiello, in uno sgabuzzino di un negozio di Bagheria, tutto ciò che è stato raccontato con il reportage la Mafia è bianca, proprio sulle infiltrazioni di cosa nostra nel servizio sanitario. Oggi non è più così. Oggi si può dire: sono siciliano e mi curo con efficacia e successo in Sicilia.

**Solo qualche giorno fa è stato eseguito un provvedimento nei confronti di Giammarinaro: la sanità torna al centro di inchieste sulla mafia. E un tema che lei conosce bene visto che ha indagato a lungo sui sistemi mafiosi trapanesi.**

Attenzione: i fatti non sono recenti e dimostrano che non mancano i modelli dell'affarismo mafioso. La nostra azione è stata ed è quella del rispetto delle regole. La nostra azione politica punta al rispetto del diritto costituzionale che non è né di destra né di sinistra. L'obiettivo è di non lasciare la sanità in mano alla politica, dire basta al mercato dei primariati, e i risultati si vedono. Il successo della riforma è intanto etico.

**Uno dei problemi per la Sicilia è la mobilità sanitaria.**

È uno dei punti che più avvantaggia le regioni del Nord ed è uno dei punti su cui intendiamo insistere: in questo campo la nostra politica potrà ottenere il risultato di mettere in crisi il sistema sanitario del Nord che grazie alla mobilità sanitaria incassa 1,1 miliardi l'anno. Deve essere ben chiaro che noi non siamo più con il cappello in mano e non intendiamo esserlo nemmeno in futuro. E questo grazie ai processi di cambiamenti vari

che abbiamo messo in campo.

Va bene, ma c'è chi dice che la vostra riforma è troppo economicistica: più attenzione ai numeri e poco alla qualità. Ovvero risparmi sulla pelle dei cittadini.

I detrattori di questo governo dovrebbero guardare a ciò che hanno dilapidato in questi anni: hanno dissipato le risorse di tutti. Abbiamo ricondotto la spesa alla normalità. Se poi le risorse sono poche lo sono per tutti. Noi abbiamo riformato un sistema che era fatto da 29 aziende sanitarie, abbiamo creato una governance sanitaria e stiamo lavorando in tutto il territorio.

#### **Avete intanto riavviato i concorsi.**

Sì, e un risultato raggiunto che è frutto delle regole: abbiamo rifatto la pianta organica e si torna ad assumere sulla base del merito. Il precariato era funzionale a chi non voleva il cambiamento e puntava solo a rafforzare il proprio potere.

#### **Su un concorso, e in particolare quello del direttore della farmacia del Civico, lei ha avuto uno scontro duro con il sottosegretario Gianfranco Micciché per avere rimosso il manager. I fatti hanno dato ragione a lei: i due dirigenti hanno presentato certificati falsi e sono stati sospesi.**

Micciché aveva puntato sul suo blog un orologio ma la verità ha bisogno dei suoi tempi e quando arriva fa male come ha fatto male al dott. Pietro Giammanco che è stato sospeso. Una persona che io conoscevo non doveva vincere il concorso pur avendone i titoli mentre doveva vincere chi i titoli non li aveva. Aspetto ora che Micciché chieda scusa. Ovviamente noi andremo fin in fondo: le carte sono state trasmesse in procura e stiamo collaborando con i magistrati. Deve essere chiaro che è finito il tempo delle raccomandazioni e dei privilegi.

#### **La riorganizzazione delle strutture ospedaliere sul territorio regionale ha liberato parecchi immobili. Che fine faranno?**

Abbiamo avviato un censimento generale di tutti i cespiti delle Aziende provinciali. L'obiettivo è di valorizzare al massimo questi beni e non è esclusa, ma lo stiamo verificando, la creazione di un fondo immobiliare.



## La mano lunga della mafia sulle privatizzazioni della sanità

NORD



La criminalità organizzata avrebbe messo le mani sulle privatizzazioni della sanità. Si tratta di quei servizi che, molto volentieri, vengono "esternalizzati" dai dirigenti perchè poco attraenti dal punto di vista economico-gestionale. Strumento a cui negli ultimi tempi si è ricorso in massa, non sempre capendone il perchè, visto che i costi a volte non diminuiscono.

In una lettera aperta, ricevuta e pubblicata anche dall'Ansa il segretario della Cgil di Treviso, Paolino Barbiero, richiama l'attenzione sul fenomeno mettendo in guardia le istituzioni.

Come riporta l'Ansa, nella lettera il rappresentante della Cgil trevigiana, chiede sia istituito un 'Osservatorio provinciale Antimafia che, mettendo in rete le strutture già esistenti (Cciaa, Direzione Provinciale del Lavoro, Camera del Lavoro, Guardia di Finanza), monitorizzi il fenomeno'.

"Già da tempo - scrive Barbiero - la Cgil di Treviso denuncia il fenomeno delle infiltrazioni di stampo malavitoso nell'economia locale, in particolare nel campo della logistica, per il quale solo poco tempo fa è stato siglato un accordo sulla tariffa minima, quale soglia di garanzia contro le illegalità e lo sfruttamento dei lavoratori, spesso stranieri". Dopo il 'warning' su edilizia, trasporti, smaltimento dei rifiuti tossici, turismo, agricoltura e distribuzione alimentare, spiega il leader sindacale, "segnali forti fanno emergere il preoccupante interessamento posto dalla criminalità sulla sanità privata, che **oggi** più che mai esternalizza interi servizi e dove la corruzione, essendo questo un settore non ancora sufficientemente preparato ad affrontare il problema, riesce meglio ad attecchire". "Aumentare la trasparenza nei contratti e nelle gare d'appalto e una più rigorosa applicazione dei contratti e delle leggi diventa un impegno di tutti".

**quotidiano**sanità.it  
EDIZIONI HEALTH COMMUNICATION

## Enpam in commissione parlamentare: "Abbiamo fornito risposte puntuali"

***“Sono state date puntuali risposte inerenti la consistenza del patrimonio e la correttezza e l’efficacia della sua gestione”. È il commento della delegazione dell’Enpam, guidata dal vicepresidente vicario, Alberto Oliveti, che oggi è stata ascoltata in audizione dalla Commissione parlamentare di controllo sulla gestione del patrimonio immobiliare degli Enti previdenziali pubblici e privati.***

25 MAG -

Si è tenuta questa mattina, nell’ambito della indagine conoscitiva avviata dalla Commissione parlamentare di controllo sulla gestione del patrimonio immobiliare degli Enti previdenziali pubblici e privati, l’audizione della Fondazione Enpam, rappresentata dal vicepresidente vicario Alberto Oliveti, dal vicepresidente Giampiero Malagnino, dal direttore generale Alberto Volponi e dal dirigente del Servizio Investimenti immobiliari Luigi Caccamo.

Positivo il commento della delegazione a margine dell’audizione. La delegazione, spiega infatti una nota, “ha fornito puntuali risposte inerenti la consistenza del patrimonio e la correttezza e l’efficacia della sua gestione che hanno permesso alla Fondazione di raggiungere importanti risultati economici nonché una considerevole riqualificazione del proprio patrimonio”.

Dopo l’esposto presentato contro la Fondazione per presunti danni patrimoniali per oltre un miliardo di euro, la commissione ha chiesto chiarimento anche sulla gestione finanziaria dell’Enpam e, spiega la nota dell’Ente, per poter, in una eventuale nuova convocazione, affrontare in maniera compiuta l’argomento, il Presidente Iannone ha consegnato alla Fondazione copia dell’esposto ripreso da alcuni giornali e non ancora pervenuto all’Ente”.

Da parte del vicepresidente Oliveti, “l’impegno a una ormai imminente riforma dei fondi per garantire la loro sostenibilità e la concreta realizzazione di un nuovo modello di governance del patrimonio parametrato sulle scadenze previdenziali”. Quanto all’audizione di oggi, Oliveti ha auspicato “ulteriori approfondite audizioni su temi che evidentemente sono nel cuore dei medici e degli odontoiatri italiani”.

Data:  
giovedì 26.05.2011

**IL GIORNALE**  
DELL'UMBRIA

Estratto da Pagina:

4

## Ieri in prima Commissione **Criteri nomina per direttori e primari, tutto a giugno**

PERUGIA - Il disegno di legge sui criteri di nomina dei direttori generali e dei primari, ieri pomeriggio ha iniziato il suo iter in prima commissione, dove la presidente Marini ha spiegato ai consiglieri regionali di maggioranza e opposizione il provvedimento della Giunta.

La prossima settimana, sempre sul testo della Giunta, si aprirà la discussione. Salvo ingarbugliamenti e ostruzionismi, entro l'8 giugno il provvedimento dovrebbe ricevere il semaforo verde dalla commissione in modo da arrivare il 14 in consiglio regionale. Questa è almeno la tabella di marcia che la maggioranza intende seguire. Ma è chiaro che non poco inciderà l'atteggiamento che avrà l'opposizione, ma anche la capacità del centrosinistra di non blindare completamente il testo della Giunta. Si vedrà, la partita è importante e vale la pena di essere seguita fino in fondo. C'è da ricordare che sull'argomento il Pdl aveva presentato due disegni di legge e uno l'Italia dei valori. A proposito di maggioranza: sul disegno di legge, al di là del sostanziale accordo, Rifondazione aveva sollevato alcune critiche circa i "tempi" di servizio dei direttori generali. In sostanza il nodo del contendere, era il seguente: per la Giunta dopo dieci anni in un'Azienda un direttore poteva andare a svolgere servizio altrove, Rifondazione invece chiedeva il "pensionamento". Alla fine la mediazione, gestita dal capogruppo di Rc Stufara, ha prodotto il seguente risultato: dopo dieci anni i direttori possono andare a prestare servizio altrove, ma all'Azienda di Terni il direttore verrà nominato senza il previo accordo con l'Università. Cosa che invece avverrà per l'Azienda di Perugia.

**P.P. BUR.**



**ASL SALERNO. 1 - Il commissario Maurizio Bortolotti procede alla costituzione di un gruppo di lavoro in staff alla direzione aziendale**



composto da dirigenti e personale di comparto in possesso di specifiche competenze tecnico professionali. Il gruppo è coordinato da **Maria Rosaria Caropreso** (direttore sanitario aziendale facente funzioni) per gli ambiti di tipo sanitario e da **Luigi Grimaldi** per quelli di tipo amministrativo e gestionale. Fanno parte del gruppo **Aristide Tortora** per l'ambito relativo al riassetto della rete ospedaliera, territoriale e dell'emergenza, **Grazia Gentile** per i distretti sanitari, **Luigi Grimaldi** e **Maurizio Sgroia**, **Ettore Ferullo** per gli ambiti di tipo gestionale e amministrativo. Le attività dei componenti del gruppo saranno rese a titolo gratuito. "Il gruppo di lavoro - sottolinea il commissario - è suscettibile di integrazioni".

**CRONACHE di NAPOLI**

WWW.CRONACHEDINAPOLI.ORG

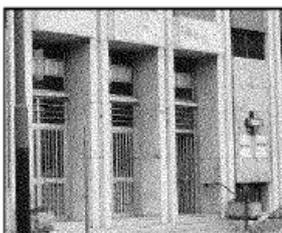
Il quotidiano indipendente dell'informazione partenopea

Giovedì  
26 Maggio 2011**LO SCENARIO**

IN MOLTI CASI GLI UTENTI COSTRETTI AD 'ARRANGIARSI' DA SOLI

**Le Asl sempre più in difficoltà a causa dei tagli**

**NAPOLI (rc)** - Situazione costantemente in emergenza per quanto riguarda le Aziende sanitarie locali sia a Napoli che nel resto della Penisola. Nel capoluogo partenopeo, però, le condizioni sono peggiori rispetto alle altre Asl, poichè, in seguito a ulteriori tagli la Sanità è diventata in alcuni casi una montagna molto ripida da scalare. A parte gli ultimi episodi di cronaca che hanno portato alla ribalta nazionale i nostri nosocomi per la mancanza atavica delle più elementari vettovaglie, si registra una perdita di fiducia da parte degli utenti. In molti casi, solo se ci si vuole mettere in attesa per una visita, bisogna



affrontare anche mesi di aspettativa. E la visita diventa un miraggio. Per non parlare poi di quanto spesso accade nella maggior parte degli ospedali, dove anche il personale sanitario lamenta la mancanza addirittura di lenzuolini di carta e rotoloni asciugamani (quelli che si trovano nei servizi igienici, ndr). La Sanità, dunque, a Napoli è sempre più in pericolo e i tagli del Governo centrale non fanno altro che aggravare le sue condizioni. Le più colpite sono ancora una volta le Asl, che fanno fatica a far quadrare i conti e spesso non riescono a soddisfare le esigenze di quanti pazienti vi si affidano.

**Metropolis**  
www.metropoliweb.it

**Giovedì  
26 Maggio 2011**

## Troppe criticità, l'Asl crea uno staff che lavorerà con la direzione

Troppe criticità relative all'organizzazione amministrativa e gestionale: l'Asl costituisce un gruppo di lavoro che lavorerà insieme alla direzione aziendale, composto da dirigenti e personale di comparto in possesso di avanzata formazione e di specifiche competenze tecnico professionali. Il gruppo istituito fornirà assistenza su alcune attività strategiche. Il gruppo sarà coordinato dalla dottoressa Maria Rosaria Caropreso per gli ambiti di tipo sanitario e dal dottor Luigi Grimaldi per quelli di tipo amministrativo/gestionale. Ne fanno parte i dottori Aristide Tortora, Grazia Gentile, Luigi Grimaldi, Maurizio Sgroia e Ettore Ferullo. Le attività dei componenti del gruppo saranno rese a titolo gratuito e la composizione dello staff potrà essere integrata qualora ce ne sia bisogno.

# Metropolis

Giovedì  
26 Maggio 2011

Allo studio della subcommissione regionale una misura per allargare le fasce dei non esenti

## Ticket sanità, sconti per over 65 e minori

Napoli. Diminuire il ticket su medicinali al banco e la diagnostica per ultrasensitacinquenni e minori. Ma al tempo stesso allargare le fasce dei non esenti. Solo un'ipotesi, attualmente allo studio della subcommissione regionale alla Sanità. Ma comunque un passo avanti per consentire a quanti attualmente sono sottoposti all'aumento dei costi della sanità, di risparmiare sull'acquisto di farmaci e prestazioni mediche.

La soluzione cui la struttura di via Santa Lucia sta lavorando in questi giorni, è piuttosto semplice: il ticket potrebbe essere abbassato se però si lavorasse all'allargamento della popolazione dei compartecipanti alla spesa sanitaria, includendo nel calderone anche quanti, al momento, hanno un reddito al di sotto dei 10 mila euro e quindi rientrano nella soglia degli esentati dal pagamento. Tradotto in soldoni: più persone pagano e più utenti over 65 ed under 18 si potranno "graziare", estendendo la forbice degli "sconti" anche ad anziani e giovanissimi. Solo una misura ipotetica, va detto, allo stato ancora embrionale, pensata appositamente per aiutare le fasce cosiddette "deboli" della popolazione, tuttora al vaglio della struttura commissariale chiamata a

gettare le basi per il contenimento della spesa sanitaria. E che, nella migliore (e più ottimista delle ipotesi), dovrebbe tradursi, se tutto va bene, entro la fine del mese di maggio in un apposito decreto.

Un'azione, quella cui sta pensando il palazzo della Regione, che mira, contemporaneamente, anche

ad imprimere un'ulteriore stretta sulla spesa farmaceutica cosiddetta "impropria" che il tavolo interministeriale di verifica, convocato lo scorso mese di aprile, ha indicato tra i nodi critici per la tenuta contabile del servizio sanitario regionale (ed il conseguente piano di rientro della spesa). Tavolo che, nella seduta di fine

aprile, ha fatto scattare il blocco all'incasso dei fondi di affiancamento programmati destinati alle Regioni (340 milioni di euro su 1,7 miliardi sbloccati a dicembre scorso).

Fondi che potrebbero essere "sbloccati" solo se l'ente riuscisse a rientrare definitivamente nei costi.

Gianni Reale



I problemi della salute

# Così Bisaccia diventerà un plesso del «Moscati»

Il decreto dell'accorpamento. Ricorso al Tar, la Regione chiede il rinvio: al 23 novembre

Michele De Leo

Un plesso dell'azienda ospedaliera «Moscati», capace di rappresentare una garanzia per il territorio dell'Alta Irpinia e, nel contempo, una valvola di sfogo per la struttura del capoluogo. Il presidio «Di Guglielmo» di Bisaccia è pronto a recuperare la funzione ospedaliera che il piano regionale di riorganizzazione voleva sottrargli per trasformarlo in struttura polifunzionale per la salute. Il percorso di annessione all'azienda ospedaliera - che assicurerà un ruolo di perno sul territorio e raggio del complesso centrale di primo livello - è ormai prossimo alla definizione: il decreto predisposto dalla struttura del sub commissario regionale alla sanità Mario Morlacco necessita esclusivamente della puntualizzazione di una serie di aspetti tecnici. Il provvedimento è parso, infatti, troppo generico nelle premesse e nelle esplicitazioni. Ma molti dei dettagli saranno demandati al piano attuativo dell'azienda ospedaliera «Moscati».

Al di là delle funzioni da assegnare al presidio di Bisaccia, da Palazzo Santa Lucia trapela un aspetto importante che non solo contribuirà a fare chiarezza ma, soprattutto, a placare le polemiche sviluppatesi nelle ultime ore. Il provvedimento di annessione del «Di Guglielmo» - che assumerà la definizione di «Moscati» - non peserà sulla Città ospedaliera: l'equilibrio economico complessivo della provincia viene mantenuto. In sostanza, la Regione dovrebbe trasferire all'azienda ospedaliera i fondi finora indirizzati all'azienda sanitaria per i costi del «Di Guglielmo». Nei prossimi giorni dovrebbe arrivare la firma sul decreto da parte del

governatore Stefano Caldoro, nelle sue funzioni di commissario straordinario alla Sanità, che assicurerà al presidio di Bisaccia la possibilità di assolvere al ruolo di primo soccorso ospedaliero territoriale.

Palazzo Santa Lucia dimostra, dun-

que, la volontà di recuperare la posizione del presidio altirpino, soprattutto per evitare il pronunciamento dei giudici della prima sezione del Tar di Napoli. La possibilità di una sconfitta - anche in virtù della giurisprudenza favorevole derivante da recenti sentenze dei Tribunali amministrativi del Lazio e dell'Aquila - ha fatto scattare un campanello di allarme che ha imposto la necessità di correre ai ripari. Per questo, l'avvocato della Regione ha presentato - nel corso dell'ultima udienza dinanzi al collegio dei giudici della prima sezione del Tar partenopeo - istanza di rinvio, motivandola con «la prossima emanazione di un provvedimento che modificherebbe in maniera sostanziale l'articolo 49, l'impianto del piano di riorganizzazione ospedaliera regionale nella parte che riguarda il presidio "Di Guglielmo" di Bisaccia». Il presidente ha accordato il rinvio senza, però, riuscire ad accogliere la richiesta degli avvocati Antonio Gambacorta per Bisaccia e Donato Cicerchia per i 12 Comuni dell'Alta Irpinia che hanno presentato un atto di intervento a soste-

gno del primo ricorso. I due legali hanno evidenziato l'opportunità di tornare in aula in tempi brevi.

La prossima tappa del percorso giudiziario è, invece, stata fissata per il 23 novembre, una data - anniversario del catastrofico terremoto del 1980 - che rappresenta una ricorrenza importante per le comunità dell'Alta Irpinia. «Il pronunciamento dell'avvocato della Regione - spiega il sindaco di Bisaccia, Salvatore Frullone - conferma che il decreto annunciato non solo è realtà, ma è tale da modificare in maniera sostanziale l'impostazione prevista per il "Di Guglielmo". Sono soddisfatto per una soluzione che restituirebbe le funzioni ospedaliere alla nostra struttura e rappresenterebbe una garanzia per il territorio periferico dell'Irpinia d'Oriente». Nella cittadina gentile di desanctisiana memoria è altissima la tensione e continua a crescere l'attesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il giudizio**  
 Il sindaco Frullone: il testo modifica in modo sostanziale il piano

Definito il testo che sarà firmato da Caldoro. Frullone: piano modificato. D'Avanzo: hanno ammesso l'errore

# Ospedali, ecco il piano per Bisaccia

Decreto della Regione: così l'accorpamento al «Moscati». Ricorso al Tar: rinvio al 23 novembre

Un plesso dell'azienda ospedaliera «Moscati», capace di rappresentare una garanzia per il territorio dell'Alta Irpinia e una valvola di sfogo per la struttura di Avellino. «Il Mattino» anticipa i contenuti del decreto predisposto dalla struttura del sub commissario Mario Morlacco. In larga parte è stato definito, molti dei dettagli saranno demandati al piano attuativo dell'azienda «Moscati». Il provvedimento di annessione del «Di Guglielmo» - che assumerà la definizione di «Moscati» - non peserà sulla Città ospedaliera: la Regione dovrebbe trasferire all'azienda ospedaliera i fondi finora indirizzati a Bisaccia. Nei prossimi giorni la firma sul decreto da parte del governatore Stefano Caldoro. Intanto, i legali della Regione hanno chiesto al Tar il rinvio della discussione del ricorso presentato dai sindaci altirpini: se ne riparerà il prossimo 23 novembre. Soddisfatto il sindaco di Bisaccia, Salvatore Frullone: «Il decreto è tale da modificare in maniera sostanziale l'impostazione del piano». Il presidente dell'Ordine dei medici, Antonio D'Avanzo: «La Regione ha ammesso i suoi errori».

## Esenzione ticket, uno sportello a palazzo Borsellino

### Ercolano

**Teresa Iacomino**

ERCOLANO. Asl più vicina grazie al protocollo di intesa stipulato con il Comune. Nasce negli uffici di via Marconi uno sportello per l'esenzione ticket sanitari. Una risposta alle lamentele dei cittadini anziani e con patologie che in questi giorni sono costretti a rinnovare il «tesserino» che garantisce loro prestazioni gratuite.

Le difficoltà di raggiungere la sede di via Marittima, strada in parte ostruita per la caduta di un palazzo fatiscente, hanno convinto il sindaco Vincenzo Strazullo e l'assessore Francesco Torello a sottoscrivere con il direttore del distretto sanitario, Giuseppe



pe Boccia, un protocollo grazie al quale le persone potranno recarsi a palazzo Borsellino. Negli uffici di via Marconi troveranno personale comunale formato per il rinnovo delle esenzioni e due computer collegati ai server dell'Asl.

«Abbiamo assunto questa ini-

#### La sede

Palazzo Borsellino, in via Marconi, ospiterà il nuovo ufficio per l'esenzione dal ticket dedicato agli anziani che non possono raggiungere gli sportelli dell'Asl

ziativa - spiega Torello - per eliminare il grave disagio che colpisce in particolare gli anziani. Ma si è andati oltre, pensando anche alla necessità di ridurre le problematiche che la popolazione deve affrontare a causa di una sede periferica e per accorciare i tempi di attesa».

Sindaco e direttore sanitario del distretto ercolanese sottolineano come tutto nasca dal fatto che «la direzione sanitaria del distretto 55 ha richiesto la collaborazione dell'amministrazione per migliorare l'erogazione del servizio esenzione ticket» e che «il Comune ha il diritto-dovere di attivare tutte le iniziative ritenute idonee a garantire il benessere della comunità». Lo sportello in via sperimentale sarà attivo sei mesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Finanza pubblica****Disavanzo sanitario,  
la Corte dei conti:  
non coperti 632 milioni**

NAPOLI — Al marzo scorso la Regione Campania mostrava un disavanzo sanitario non coperto pari a 632,5 milioni. E' quanto emerge dal *Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica*, redatto dalla Corte dei conti e che, sulla sanità (non solo quella campana), accende un faro. «A marzo 2011 — scrivono i magistrati contabili — in sede di verifica annuale, confermato in 322 milioni il disavanzo non coperto per l'anno 2009 (importo determinato tenendo conto delle risorse aggiuntive derivanti dall'incremento delle aliquote oltre il livello massimo previsto dalla vigente legislazione), si è accertata una perdita ulteriore di 496 milioni. A fronte di coperture fiscali per 239,6 milioni (rideterminate in riduzione di poco meno di 54 milioni), il disavanzo non coperto (al netto degli ammortamenti non sterilizzati) è pari a 632,5 milioni». Insomma, il piano di rientro va avanti, ma l'inversione di tendenza pare ancora essere lontana. Tant'è che la Corte scrive che «non ancora tradotti in migliori condizioni economiche i miglioramenti nello stato di attuazione del programma della regione Campania». Il Rapporto dice anche altro, per esempio sulla spesa per l'assistenza (anno 2010). La Regione Campania per quella erogata da enti a gestione diretta ha staccato un assegno di 6 miliardi 236mila euro. Per quella indiretta (convenzionata o a enti accreditati) 3 miliardi 848mila euro. Rispetto all'anno precedente però, rilevano i magistrati contabili, la spesa per la sanità convenzionata «è aumentata dell'1,8%, soprattutto per specialistica (+7,8%), altra assistenza (+6,1%) e ospedaliera (+5,5%). cala invece l'assistenza diretta del 3,7%».

**Pa. Man.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## MAFIA: CGIL, SANITA' PRIVATA NUOVA FRONTIERA CRIMINALITA'

25 maggio, 14:03

(ANSA) - TREVISO, 25 MAG - La nuova frontiera degli investimenti poco trasparenti da parte della criminalita' organizzata e' quella della sanita' privata: lo denuncia il segretario della Cgil di Treviso, Paolino Barbiero, con una lettera aperta alle istituzioni.

Nella lettera il rappresentante della Cgil trevigiana, chiede sia istituito un 'Osservatorio provinciale Antimafia che, mettendo in rete le strutture gia' esistenti (Cciaa, Direzione Provinciale del Lavoro, Camera del Lavoro, Guardia di Finanza), monitorizzi il fenomeno'.

"Gia' da tempo - prosegue Barbiero - la Cgil di Treviso denuncia il fenomeno delle infiltrazioni di stampo malavitoso nell'economia locale, in particolare nel campo della logistica, per il quale solo poco tempo fa e' stato siglato un accordo sulla tariffa minima, quale soglia di garanzia contro le illegalita' e lo sfruttamento dei lavoratori, spesso stranieri". Dopo il 'warning' su edilizia, trasporti, smaltimento dei rifiuti tossici, turismo, agricoltura e distribuzione alimentare, spiega il leader sindacale, "segnali forti fanno emergere il preoccupante interessamento posto dalla criminalita' sulla sanita' privata, che oggi piu' che mai esternalizza interi servizi e dove la corruzione, essendo questo un settore non ancora sufficientemente preparato ad affrontare il problema, riesce meglio ad attecchire". "Aumentare la trasparenza nei contratti e nelle gare d'appalto e una piu' rigorosa applicazione dei contratti e delle leggi - conclude - diventa un impegno di tutti". (ANSA)

## Ddl Fazio: seduta interlocutoria. L'esame riprenderà dopo i ballottaggi

**Ieri la Commissione Affari sociali di Montecitorio ha ripreso l'esame del provvedimento di riforma sanitaria targato Fazio. È stata una seduta decisamente interlocutoria dove il Pd ha preferito rinviare gli interventi di replica alla relazione della deputata del Pdl Rizzoli ad una prossima seduta, mentre la maggioranza si è augurata che l'iter del provvedimento possa essere celere in modo da giungere presto a conclusione.**

**26 MAG** - Il 18 maggio era stata l'ultima seduta in cui la XII Commissione Affari Sociali della Camera si era occupata del provvedimento del Governo, a firma Ferruccio Fazio, per il "riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria". In quella seduta la deputata del Pdl, De Nichilo Rizzoli aveva svolto la sua relazione per illustrare ai suoi colleghi il provvedimento in oggetto.

Ieri era in agenda la ripresa dell'esame del Ddl Fazio ma in realtà i minuti dedicati al provvedimento sono stati pochi confermando evidentemente l'intenzione sottolineata da più parti di rinviare a dopo i ballottaggi delle amministrative l'iter parlamentare del provvedimento.

Ecco dunque quello che è successo: Anna Margherita Miotto a nome del Partito Democratico ha chiesto al Presidente della Commissione, Giuseppe Palumbo, di poter intervenire, lei e i deputati del Pd che lo avessero voluto, in una prossima seduta dedicata all'esame del provvedimento. Richiesta accolta dalla presidenza.

Lucio Barani del Pdl invece a nome del suo gruppo ha espresso condivisione per la relazione svolta nella scorsa seduta dalla collega Rizzoli e, in conclusione, si è auspicato che il provvedimento possa seguire un *iter* celere e giungere rapidamente a conclusione.



# Sanità



26 maggio 2011 - ore 6,13

## Customer satisfaction: le linee guida del Garante in Gazzetta

Sono pubblicate sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 120 del 25 maggio 2011 le linee guida fissate dal Garante per la protezione dei dati personali sulle regole alle quali dovranno attenersi gli organismi sanitari pubblici e privati che svolgono indagini sulla qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini.

I sondaggi per verificare la customer satisfaction degli assistiti - effettuati per telefono, per posta, per email, tramite questionari cartacei o form su siti istituzionali - possono riguardare esclusivamente informazioni sulla qualità del servizio (accoglienza, tempi di attesa, informazioni ricevute, comfort della struttura), senza entrare nella valutazione degli aspetti sanitari delle prestazioni e delle cure erogate.

Poiché nel corso di queste attività possono essere raccolti una gran quantità di dati personali il Garante ha individuato in apposite Linee guida (domani in Gazzetta ufficiale) un quadro unitario di misure e accorgimenti.

Prima di iniziare il sondaggio gli organismi sanitari dovranno valutare se vi sia la reale necessità di raccogliere dati personali o se non sia invece possibile raggiungere gli stessi obiettivi utilizzando dati anonimi. In questo secondo caso non si applicano le Linee guida. Qualora invece si ritenga necessario acquisire dati personali, questi vanno comunque distrutti o resi anonimi subito dopo la registrazione.

La partecipazione al sondaggio deve essere sempre facoltativa.

Non potranno essere utilizzati dati sulla vita sessuale e le informazioni raccolte nel corso delle attività di customer satisfaction non potranno essere utilizzate per profilare gli utenti o inviare materiale pubblicitario.

La comunicazione o la diffusione dei risultati dei sondaggi dovrà avvenire sempre in forma anonima o aggregata.

Potrebbe anche accadere che alcune risposte possano rivelare informazioni sulla salute dell'utente, desumibili anche dal tipo di reparto che ha erogato il servizio (ad es. ginecologia, neurologia, oncologia), dalla prestazione fruita (ad es. tipo di intervento chirurgico), persino dalla fornitura di particolari ausili (ad es. pannoloni, protesi, plantari). In questo caso gli organismi privati che svolgono direttamente un'indagine di gradimento sui servizi sanitari

devono chiedere il consenso scritto degli utenti coinvolti. Consenso che non deve essere richiesto dagli organismi sanitari pubblici anche quando conducono sondaggi attraverso le strutture convenzionate .

Agli utenti, infine, dovrà essere sempre assicurata, sia dagli operatori privati che pubblici, una dettagliata informativa in cui risultino chiari tutti gli aspetti e le modalità del sondaggio. Gli organismi sanitari potranno anche avvalersi di un modello semplificato di informativa predisposto dall'Autorità, allegato alle Linee guida.