

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 28.04.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

ANSA.IT

Sanita': 21 mln da Regione per abbattimento liste d'attesa

Altri 2,5 mln stanziati nel 2010 per raccolta dati

26 aprile, 19:46

(ANSA) - CAGLIARI, 26 APR - Con uno stanziamento di 21 milioni di euro, la Giunta regionale ha approvato il programma degli interventi per la riduzione delle liste d'attesa nel Piano 2010-2012. Nove milioni saranno utilizzati per le prestazioni al privato e 12 milioni per le quelle a carattere ambulatoriale, equamente ripartiti tra pubblico e privato. "A questa cifra - ha spiegato l'assessore della Sanita' Antonello Liori - si devono aggiungere altri 2,5 milioni di euro che la Giunta regionale aveva gia' stanziato, a fine 2010, per la raccolta dei dati necessari". (ANSA).

Scopelliti: 123 milioni per potenziamento Aziende ospedaliere

Interventi riguarderanno strutture e innovazione tecnologica

27 aprile, 13:18

(ANSA) - CATANZARO, 27 APR - Oltre 123 milioni di euro per il potenziamento funzionale e l'innovazione tecnologica delle Aziende ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio. Sono le risorse messe in campo dal programma commissariale illustrato dal presidente della Regione Giuseppe Scopelliti e dalla vicepresidente Antonella Stasi. I fondi, di cui 107 milioni ex art. 20 integrati con risorse della Regione e delle stesse Aziende, sono 41 milioni per Cosenza, 29 per Catanzaro e 52 per Reggio. "Anche cosi' - ha detto Scopelliti - la nostra ipotesi di buona sanita' va avanti". (ANSA).

Sanita': Corte Conti 'osserva' bilancio Asrem

Petraroia, emerso disavanzo di 83 mln di euro

23 aprile, 13:33

(ANSA) - CAMPOBASSO, 23 APR - La Sezione della Corte dei Conti del Molise con delibera n.70 del 10 marzo 2011 di valutazione del bilancio dell'Asrem del 2009, ha espresso osservazioni circa l'attendibilita' dei dati ed ha riscontrato una situazione di diffusa irregolarita' contabile. "Dai controlli - spiega il consigliere regionale del Pd, Michele Petraroia - e' emerso un disavanzo sanitario pari a 83 milioni di euro che sommati ai 29 mln di perdite pregresse totalizzano 113 milioni complessivi di sbilancio". (ANSA).

Dentisti, -2,5 mln visite nel 2010

Indagine dell'istituto di ricerche di marketing Key-Stone

23 aprile, 17:52



(ANSA) - ROMA, 23 APR - Il settore dentale continua ad essere caratterizzato dal segno meno: calate nel 2010 di 2,5 milioni le visite negli studi dentistici, attestandosi a 55 milioni, contro i 60 milioni del 2008, mentre il giro d'affari dichiarato dai laboratori odontotecnici ha perso il 14%. Riduzione che si e' fatta piu' sentire al Sud. Lo rileva un'indagine dell'istituto di ricerche di marketing Key-Stone specializzato nel settore della salute e benessere, svolta su un campione rappresentativo di 1000 dentisti.



21/04/2011 - "Il lavoro portato avanti dal presidente Caldoro ha prodotto un grande risultato".

L'assessore regionale alle Autonomie Locali Pasquale Sommese, ha così commentato l'intesa raggiunta tra le Regioni per la definizione del nuovo riparto del fondo sanitario nazionale, che garantirà alle casse campane ulteriori 174 milioni destinati al piano di risanamento sanitario perseguito dalla Giunta.

In un momento così difficile - ha affermato Sommese - il governo regionale raggiunge un risultato vanamente atteso da anni che avrà un'immediata ricaduta sul comparto sanitario, con effetti positivi sui cittadini, e in direzione di un risanamento strutturale della sanità campana, necessario per creare le condizioni di certezza e stabilità sia per le strutture pubbliche sia per quelle private".



27 APRILE 2011 13:29

'LA RIDUZIONE DELLE RISORSE C'E', ECCOME'. L'ASSESSORE REGIONALE AL BILANCIO PIETRO MARCOLINI RISPONDE AL CENTRODESTRA SUI TAGLI.

'Il centrodestra e' molto imbarazzato dalla colpevole assenza del Governo nazionale sui problemi piu' urgenti per i marchigiani, quali i danni causati dall'alluvione, la crisi che attanaglia le imprese, la riduzione delle risorse per i servizi sociali e la mancata crescita dell'Italia'. Così l'assessore regionale al Bilancio Pietro Marcolini risponde alle dichiarazioni degli esponenti del centrodestra sulla questione dei tagli alle risorse nazionali. 'Irresponsabilmente' prosegue Marcolini 'il centrodestra scambia l'impegno del Governo regionale per attenuare gli effetti della crisi, come la dimostrazione di una crisi inesistente. Invece la finanza regionale sta drammaticamente sperimentando in questi primi mesi tutte le difficoltà di un anno già previsto come il peggiore da quando la Regione e' stata istituita, venendo meno oltre 2/3 dei precedenti trasferimenti statali, **accentrandosi ulteriormente la stretta determinata sulla spesa regionale dal Patto di stabilità interno e permanendo la forte riduzione di risorse del Fondo sanitario.** Sui due punti sollevati dall'onorevole Ciccio e dai consiglieri Massi e Zinni, la cultura e la sanità' aggiunge Marcolini - va precisato che: 1) Le risorse del Fondo unico per lo spettacolo sono state reperite con un incremento della pressione fiscale da parte del Governo Berlusconi, che ha consentito un ripristino seppur non lontano dal 2010, ma pur sempre ridotto del 40% rispetto a 10 anni fa. 2) Le risorse per la sanità regionale sono state riprogrammate per 28 milioni sicuri piu' altri 12 promessi, per un totale di circa 40, a fronte di un fabbisogno inziale annuale, cioè limitato all'aggiornamento dei dati inflattivi dei beni e servizi sanitari, di circa 80 milioni di euro. Considerando sempre che l'Italia destina alla spesa sanitaria una cifra piu' bassa dell'Ue in rapporto al Pil. Al mancato adeguamento delle risorse di questi settori, il centrodestra fa finta di non ricordare la drastica riduzione delle risorse effettuata in base alla Finanziaria 2011 che ha drasticamente ridotto di oltre l'80% tutti i trasferimenti statali (incentivi alle imprese artigiane, industriali, turistiche e commerciali, politiche sociali, ambiente, viabilità, istruzione e lavoro, la veterinaria, protezione civile, trasporto pubblico locale, ecc.). In sintesi di 6 miliardi di euro destinati alle Regioni nel 2010, ne e' rimasto solo 1. Scusate se vi sembra poco! Vorremmo affrontare insieme al centrodestra' conclude Marcolini - ipotesi e soluzioni concrete e costruttive, non solo annunciate, per i problemi dei marchigiani (cosa sono 20-30 milioni di euro evocati dal consigliere Massi dinanzi alla cifra certificata di 610 milioni di danni? Non servirebbero neanche per affrontare la somma urgenza. Ed in ogni caso fino ad oggi ne sono stati offerti solo 10 condizionati all'aumento delle tasse regionali). Ma la vicenda dell'alluvione dimostra l'inconsistenza delle proposte e dell'impegno del centrodestra. Un Governo nazionale' si badi bene - che non si e' degnato di rispondere ad un appello di tutto il Consiglio regionale' centrodestra compreso' su questa grave urgenza'..

Renzo Pincini

Edizione

Palermo

la Repubblica

del 27.04.2011

da pag. IV

La polemica

Sanità, specialisti in rivolta “Aumenti solo alle cliniche”

L'INTERSINDACALE dei medici specialisti delle strutture convenzionate esterne, a cui aderiscono anche gli ambulatori accreditati con il servizio sanitario, denunciano «un aumento illogico e ingiusto delle tariffe dei ricoveri del 2,2 per cento a beneficio solo di alcune cliniche private». Il decreto assessoriale a cui fa riferimento il sindacato punta «a compensare il costo maggiore dei contratti di lavoro dei dipendenti delle cliniche private, per un totale di circa 20 milioni di euro». «In questo modo si premiano strutture per le quali si è parlato a volte anche di malasanità mentre si dimezzano le risorse per l'assistenza specialistica sul territorio», attaccano i sindacati.

Data:
giovedì 28.04.2011

LA NAZIONE
UMBRIA

Estratto da Pagina:
18

«Liste d'attesa lunghissime, disservizi e burocrazia» I medici di famiglia 'urlano' a nome dei pazienti

Camici bianchi e consumatori in Regione hanno lanciato l'appello all'assessore. Che non c'è

Colui che, a distanza di mesi dalle dimissioni di Riommi, dovrebbe ricoprire a tempo pieno il ruolo di assessore alla Sanità non c'è ancora. In compenso però i problemi non mancano

■ PERUGIA

UN MONITO rivolto soprattutto all'assessore che non c'è: I medici generici e di famiglia (Mario Bernardi, Tiziano Scarponi e Maurizio Lucarelli) hanno chiesto udienza alla terza Commissione regionale per testimoniare il «disagio e il disappunto» di tanti pazienti che denunciano carenze del sistema sanitario umbro e il mancato decollo delle disposizioni emanate nel 2009 tese a semplificare adempimenti e procedure. La protesta è molto diretta: servizi insufficienti, liste d'attesa infinite, pratiche burocratiche spesso ripetitive, imposte anche a soggetti per i quali è già stata formulata una diagnosi definitiva. Indici puntati sulla mancanza di tempi certi e sufficientemente rapidi per trovare risposte alle ipotesi diagnostiche, come l'assenza di strutture dedicate alle cure intermedie per gestire patologie croni-

che, soprattutto di anziani, per i quali è difficile trovare una dimissione ospedaliera protetta. Le doglianze manifestate anche dalle associazioni dei consumatori Adoc e dal Movimento per la difesa del cittadino.

Più nel dettaglio sono inquieti pazienti alle prese con visite diagnostiche tardive e con una complessa distribuzione dei farmaci. E auspici, fino ad ora disattesi, per la moltiplicazione di strutture per le 'cure intermedie' e per il superamento dell'informatizzazione nei servizi. In particolare questi i capi d'accusa: «Non sono mai decollate le disposizioni emanate due anni fa dalla Regione con la delibera di Giunta numero 69 del gennaio 2009, avrebbero dovuto semplificare la vita dei tanti pazienti umbri alle prese con un 'eccessivo carico burocratico', fatto di liste di attesa, prenotazioni, impegnative, ricettari da far trascrivere». Sostengono gli scontenti: «Così si vanifica l'impegno per cercare di umanizzare il rapporto fra pazienti e servizio sanitario umbro».

LA TERZA Commissione si è impegnata ad approfondire con la Giunta i problemi sollevati e a rimuovere gli ostacoli emersi, nella

convincione da tutti recepita — si rileva — che i temi sollevati sono molto importanti e tali come meritano chiarimenti sulla mancata applicazione del decalogo previsto dalla delibera del 2009 che prevedeva precisi percorsi assistenziali per ogni paziente. Si è annunciata l'intenzione di «acquisire dalla Giunta e dai dirigenti sanitari tutti i dati relativi alle cosiddette cure intermedie ed alle difficoltà che incontra il processo di informatizzazione dei servizi sanitari». Resta, comunque, il problema di un vero interlocutore quasi inesistente: da quasi otto mesi, in atti, il vero assessore alla Sanità. L'interim (dopo le dimissioni, nel contesto di Sanitopoli, di Vincenzo Riommi) lo assunse la presidente Catuscia Marini che indispensabilmente è presa da urgenza superiori a quelle di un assessore di per sé molto impegnativo.. A nome di Cittadinanza Attiva, Paolo Baronti ha sottolineato la carenza di strutture per le cure intermedie chiarendo che si tratta di un problema ancor più evidente in presenza di gran di ospedali specializzati che non possono farsi carico di lunghe degenze o di assistenza post intervento, particolarmente in una Regione che vede giornalmente crescere il numero dei propri anziani. Baronti ha anche evidenziato il ritardo con cui si sta procedendo alla informatizzazione dei servizi sanitari, proprio nel momento in cui le tecnologie moderne consentono di arrivare, facilmente ed a bassi costi, ad una sanità elettronica capace di sostituire interamente il cartaceo ed seguire ovunque ogni cittadino, con tutti i suoi dati clinici aggiornati.

G.R.

In compensazione rispetto ai rincari dei contratti di lavoro

Drg cliniche private aumenti fino al 2,2%

Protesta dei sindacati dei medici specialisti

PALERMO - L'intersindacale dei medici specialisti delle strutture convenzionate esterne, a cui aderiscono anche gli ambulatori accreditati con il servizio sanitario, denunciano "un aumento illogico e ingiusto delle tariffe di Drg (tariffe dei ricoveri) del 2,2% a beneficio solo di alcune cliniche private".

Il decreto assessoriale a cui fa riferimento il sindacato è stato pubblicato sulla Gurs "ed è giustificato - continua - dalla necessità di compensare il costo maggiore dei contratti di lavoro dei loro dipendenti

pari a circa 20 milioni di euro".

Ma per i sindacati "in questo modo si premiano strutture per le quali si è parlato a volte anche di malasanità mentre si dimezzano le risorse per l'assistenza specialistica sul territorio".

"Intanto in periodi pre-elettorali - precisano - le somme disponibili per le cliniche private aumentano. Inoltre come mai da questo beneficio sono stati esclusi, a priori, i lavoratori di altre strutture private, come i centri convenzionati esterni che applicano lo stesso Ccnl (contratto collettivo nazionale del lavoro) dell'Aiop?".

Sanità L'Asp punta ad eliminare i disagi delle file agli sportelli La ricetta di carta va in soffitta ora è possibile riceverla via internet

La ricetta arriva via internet. E la novità annunciata dall'Asp che in sostanza anticipa l'applicazione del sistema Brunetta. La ricetta di carta sarà messa progressivamente da parte.

Si comincia con gli specialisti diabetologi, che trasformano in ricette on line i piani terapeutici cartacei per la prescrizione dei dispositivi diagnostici e terapeutici. In tal modo si azzereranno le file agli sportelli per il rilascio di autorizzazioni e consegne.

La novità è stata voluta dal direttore generale Franco Maniscalco che ha reso operativi i risultati di uno studio del Dipartimento del Farmaco diretto da Antonino Scandurra, con l'apporto del coordinamento sanitario aziendale.

«Con il nuovo sistema della distribuzione diretta dei presidi per diabetici attraverso le farmacie territoriali e ospedaliere che entrerà in vigore a partire dal mese di maggio - si legge in una nota dell'Asp - l'Azienda Sanitaria ha voluto agevolare l'assistito realizzando un nuovo percorso breve per le prescrizioni. Il medico specialista diabetologo, attraverso la tessera sanitaria del paziente e la rete internet, accederà al portale Farmanalisi, messo a disposizione di tutti i sanitari che faranno richiesta dei parametri di accesso, aprirà lo schema che compilerà on line e rilascerà la prescrizione. La ricetta si smaterializza ma la cessione dei farmaci, dei dispositivi medici e diagnostici, diverrà più semplice anche

presso le farmacie territoriali e ospedaliere che potranno conoscere in tempo reale ciò che è stato prescritto e potranno approntare, in assenza del paziente, il pacchetto di farmaci e dispositivi che dovrà essere consegnato. Il paziente si recherà presso il punto di assistenza farmaceutica munito di tessera sanitaria elettronica e ritirerà il pacchetto dopo essere stato riconosciuto mediante penna ottica».

Ma le novità non fermeranno a questo. L'Asp fa sapere che «sta lavorando per migliorare ulteriormente il sistema ipotizzando di dare all'assistito la possibilità di seguire le fasi della preparazione del pacchetto prescrittivo». ◀

quotidianosanità.it

Verifica Piani di rientro: bene il Lazio, male la Calabria

Alla verifica trimestrale con il Ministero il Lazio ottiene l'ulteriore 10% delle spettanze residue 2009, mentre per la Calabria si prefigura l'aumento delle aliquote, il blocco del turnover e lo stop all'erogazione delle risorse relative al Fondo per le aree sottoutilizzate.

26 APR - **Lazio.** Lo scorso 6 aprile, come riporta una nota del Ministero della Salute, si è svolta la riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e la Regione Lazio al fine di esaminare coperture e risultato di gestione al 31/12/2009, risultato di gestione e verifica annuale del Piano di rientro per l'anno 2010 e l'aggiornamento e verifica degli adempimenti Lea 2008 e 2009. Tavolo e Comitato hanno valutato che il risultato di gestione a tutto il 31/12/2009 evidenzia, dopo il conferimento delle ulteriori risorse derivanti dai fondi Fas e dall'accesso all'anticipazione di liquidità, un avanzo di 18,722 milioni di euro ed il risultato di gestione al IV trimestre 2010, comprensivo di rischio, dopo le coperture e l'utilizzo dell'avanzo 2009, un avanzo di 32,106 milioni di euro ricomprendendo gli ammortamenti non sterilizzati.

Per quanto riguarda la verifica annuale 2010, i provvedimenti presentati e relativi al conseguimento degli obiettivi previsti dal Programma Operativo 2010, sono necessari di ulteriori integrazioni e chiarimenti. Alla luce di quanto riscontrato in sede di verifica dell'equilibrio di bilancio, Tavolo e Comitato hanno valutato che è possibile erogare alla Regione l'ulteriore 10% delle spettanze residue a tutto il 2009 già in parte erogate in seguito alla riunione precedente, pari a 202 milioni di euro. Inoltre, per consentire alla Regione Lazio di completare l'adozione e trasmissione della documentazione necessaria a superare le criticità riscontrate Tavolo e Comitato hanno concordato sulla convocazione di una ulteriore riunione entro il 30 aprile.

Calabria. La riunione congiunta del Tavolo Tecnico Comitato Permanente per la verifica dei Lea e la Regione si è tenuta lo scorso 31 marzo. Tavolo e Comitato hanno valutato che, anche in funzione delle rilevanti attività finora svolte per la determinazione del debito commerciale, sussistono le condizioni per accedere all'anticipazione di liquidità fino ad un massimo di 500 milioni di euro. Essendo presente, come si legge nel comunicato del Ministero della salute, un disavanzo non coperto cumulativamente valutato per il periodo 01/01/2006-31/12/2010 in 1.046,983 mln di euro "si prefigurano le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente. Inoltre, si prefigurano le condizioni per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso". Per quanto concerne la verifica annuale del piano di rientro, essa documenta un percorso di risanamento strutturale non ancora consolidato anche se nella proposta delle reti assistenziali l'impostazione generale appare corretta. Per queste ragioni non si sono verificate le condizioni per l'erogazione delle risorse relative al Fondo per le aree sottoutilizzate relative ai programmi di interesse strategico.

Medici di base e associazioni dei consumatori ascoltati in commissione

Sanità ancora matrigna

Tanti i disservizi che pesano sui cittadini

PERUGIA - Liste di attesa, burocrazia eccessiva, mancanza di cure intermedie e ritardi nell'informatizzazione. Sono questi i problemi più seri messi in evidenza da medici e associazioni, ascoltati ieri in terza commissione regionale. Le disposizioni emanate due anni fa dalla Regione Umbria, con la delibera di Giunta numero 69 del gennaio 2009, che avrebbero dovuto semplificare la vita dei tanti pazienti umbri alle prese con un "eccessivo carico burocratico", fatto di liste di attesa, prenotazioni, impegnative, ricettari da far trascrivere, non sono mai decollate, ed ancora ci sono problemi evidenti nell'avvio di un'informatizzazione diffusa del servizio.

Lo hanno sostenuto alcuni medici di medicina generale, in particolare medici di famiglia e le associazioni dei consumatori Adoc e Movimento difesa del cittadino che hanno unito il proprio impegno per cercare di "umanizzare" il rapporto fra pazienti e servizio sanitario umbro, e che, questa mattina, su loro richiesta, sono stati ascoltati a palazzo Cesaroni dalla terza commissione consiliare. Al termine dell'incontro, nel corso del quale è stato illustrato un breve documento elaborato dai medici che evidenzia tre specifiche criticità: liste di attesa, eccessivi adempimenti burocratici e carenza di adeguate strutture intermedie, sulle quali poter gestire patologie croniche, la terza commissione si è impegnata ad approfondire con la Giunta i problemi sollevati e a rimuovere gli ostacoli emersi, nella convinzione da tutti recepita che i temi sollevati sono molto impor-



"Pesante" La sanità umbra è troppo burocratizzata

Liste di attesa, troppa burocrazia, mancanza di cure intermedie e ritardi nell'informatizzazione

tanti e tali come meritano l'impegno di tutti, a partire dal chiarimento sulla mancata applicazione del decalogo previsto dalla delibera del 2009 che prevedeva precisi percorsi assistenziali per ogni paziente.

Da parte del presidente della III Commissione è stata posta la necessità di acquisire dalla giunta e dai dirigenti sanitari tutti i dati relativi alle cosiddette cure intermedie ed alle difficoltà che incontra il processo di informatizzazio-

ne dei servizi sanitari.

I medici generici e di famiglia intervenuti alla audizione (Mario Belardi, Tiziano Scarponi e Maurizio Lucarelli) hanno evidenziato in particolare il "disagio e il disappunto", testimoniati loro da tanti pazienti nell'accedere ai servizi sanitari, non solo per le liste di attesa ma per le tante pratiche burocratiche spesso ripetitive, imposte anche a soggetti per i quali è già stata formulata una diagnosi definitiva. La mancanza di tempi cer-

ti e sufficientemente rapidi per trovare risposte alle ipotesi diagnostiche, come l'assenza di strutture dedicate alle cure intermedie, soprattutto di anziani, per i quali è difficile trovare una dimissione ospedaliera protetta - hanno spinto a rappresentare in Consiglio regionale i loro problemi. Con lo spirito di recuperare quella "umanizzazione" delle strutture e delle cure sanitarie di cui parla la prima parte del Piano sanitario umbro, ci siamo uniti alle associazioni di consumatori ed utenti per sollevare il problema, anche nella convinzione che quel decalogo individuato con la delibera 69 del 2009, proprio sulla semplificazione dei percorsi assistenziali, è tutt'ora valido e può essere applicato senza costosi aggiuntivi.

A nome di Cittadinanza Attiva, Paolo Baronti ha sottolineato la carenza di strutture per le cure intermedie chiarendo che si tratta di un problema ancor più evidente in presenza di gran di ospedali specializzati che non possono farsi carico di lunghe degenze o di assistenza post intervento, particolarmente in una Regione che vede giornalmente crescere il numero dei propri anziani. Baronti ha anche evidenziato il ritardo con cui si sta procedendo alla informatizzazione dei servizi sanitari, proprio nel momento in cui le tecnologie moderne consentono di arrivare, facilmente ed a bassi costi, ad una sanità elettronica capace di sostituire interamente il cartaceo ed seguire ovunque ogni cittadino, con tutti i suoi dati clinici aggiornati.



Sanità: bilancio in pareggio, l'Irpef slitta al 2012

Azzerato il disavanzo di 800 milioni, boccata d'ossigeno per i direttori in bilico

di Filippo Tosatto



VENEZIA. Domani, con la chiusura della quarta trimestrale, calerà il sipario sui conti della sanità veneta. Un comparto che - con i suoi 8,35 miliardi di fatturato - rappresenta il "core business" della Regione, assorbendo circa l'80% delle risorse disponibili. Come anticipato dal nostro giornale, la "cura da cavallo" evocata dal governatore Luca Zaia ha prodotto risultati superiori alle attese: il disavanzo di partenza delle aziende sanitarie, 800 milioni, è stato progressivamente azzerato e il bilancio d'esercizio 2010 chiuderà in pareggio. Com'è stato possibile?

La manovra ispirata e coordinata dal top manager Domenico Mantoan ai direttori generali ha agito essenzialmente su due fronti. Il contenimento della spesa corrente: con preferenza ai farmaci generici rispetto a quelli "griffati", centralizzazione delle gare d'appalto per spuntare maggiori ribassi, riduzione dei tempi di ricovero ospedaliero. E il blocco degli investimenti, sia sul piano strutturale-tecnologico che su quello delle risorse umane. L'esito è stato, per molti versi, sorprendente, pur se con differenze marcate tra le 24 Usl e Aziende coinvolte.

Quasi tutte hanno abbattuto il deficit corrente, alcune presentano conti in attivo, solo un drappello di dg riproporrà cifre vistosamente in rosso: Antonio Padoan (Venezia), Adriano Marcolongo (Rovigo), Maria "Giusy" Bonavina (Verona) e Antonio Alessandri (Vicenza). Paradossalmente, questi manager - decisamente in bilico, a cominciare da Padoan, ormai in totale rotta di collisione con Palazzo Balbi - beneficeranno dei tagli compiuti altrove: perché il pareggio di bilancio scongiurerà il commissariamento incombente - oggi stesso è attesa la lettera del presidente del Consiglio che, secondo il dettato di legge, impone il ripianamento del deficit - e con esso la decadenza dei dirigenti dall'incarico. Circostanza, questa, tutt'altro che gradita al governatore leghista, da tempo orientato a modificare gli assetti di vertice della sanità; obiettivo condiviso da gran parte del Pdl, ansioso a sua volta di sbarazzarsi dell'ingombrante eredità galaniana.

Non è tutto oro quello che luccica, però. L'azzeramento del debito è la risultante di uno sforzo eccezionale combinato ad acrobazie contabili difficilmente ripetibili; analogamente, i necessari investimenti non potranno slittare a tempo indefinito. A finanziarli, quest'anno, non concorrerà l'addizionale sull'Irpef ma per i contribuenti lo sgradito appuntamento è solo rinviato. Dal 2012 il Veneto inizierà a versare al Tesoro le rate del debito sul miliardo di mancati ammortamenti (le spese contratte e non coperte delle Usl) nell'ultimo decennio; si tratterà di sborsare 40 milioni all'anno per venticinque anni e l'intesa siglata col ministero di Tremonti prevede che la Regione impieghi risorse proprie, senza attingere cioè al Fondo nazionale. Il ricorso all'addizionale d'imposta diventerà così inevitabile.

26 aprile 2011

quotidianosanita.it

Riparto 2011 e costi standard. Cerm: “L’intesa conferma che solo le Regioni più virtuose devono essere benchmark”

“Mesi di interazione tra Regioni, faticosa, costosa, per molti versi anche non perfettamente trasparente” per ottenere “la sostanziale corrispondenza tra proporzioni del riparto del Fsn che sarebbero derivate dal benchmarking sulle Regioni più virtuose”. Nicola C. Salerno, economista del Cerm, commenta così l’intesa sul riparto 2011 e spiega a Quotidiano Sanità perché utilizzare le Regioni più efficienti per calcolare il fabbisogno standard sia la scelta giusta.

26 APR - È passato meno di un mese dall’approvazione, in Commissione Bicamerale, del nuovo Schema di decreto legislativo sui costi standard con cui si prevede che le Regioni benchmark siano tre e non più cinque, una per area geografica (Nord, Centro e Sud) e non quelle più virtuose. Ed oggi il Cerm invita a ripensarci illustrando uno studio che dimostra come le quote percentuali concordate tra le Regioni per il riparto del Fsn 2011 e le quote che sarebbero emerse se si fossero utilizzati, come pesi per il riparto, i rapporti di fabbisogno pro-capite per fascia di età rilevabili nelle Regioni più virtuose (cioè Umbria, Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna) siano “sostanzialmente corrispondenti” e “introdurre una Regione del Sud o addirittura in disavanzo” nel sistema di calcolo dei costi standard sarebbe “inutile” oltre che “innaturale” alla ratio del decreto.

“La regola del benchmarking sulle Regioni più virtuose era stata criticata perché sembrava portare ad assetti di ripartizione del Fondo sanitario nazionale in cui si sottovalutava l’obiettivo perequativo. In pratica, si accusava di lasciare le Regioni del mezzogiorno con meno risorse di quante ne avessero ricevute finora attraverso la contrattazione. Ma il nostro studio dimostra che non è così”, spiega a Quotidiano Sanità Nicola C. Salerno, che ha curato lo studio insieme a Fabio Pammolli.

Dal confronto effettuato dal Cerm tra le quote percentuali concordate per il riparto delle risorse complessive (non vincolate e vincolate), e le quote che sarebbero emerse se si fossero utilizzati, come pesi per il riparto, i rapporti di fabbisogno pro-capite per fascia di età rilevabili nelle Regioni più virtuose, cioè Umbria, Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna (vedi tabella a fondo pagina), emergono infatti differenze molto contenute. La differenza massima è quella della Campania, con un miglioramento di 0,76 punti percentuali, e della Toscana, con un peggioramento di 0,34 punti percentuali. Dieci differenze restano nell’ordine di centesimi di punto percentuale, con tre Regioni (Sardegna, Valle d’Aosta, Veneto) che di fatto non vedono nessun cambiamento nelle loro quote di riparto. I rimanenti nove scarti sono, in valore assoluto, al di sotto dei tre decimi di punto percentuale.

Insomma, visti i risultati, “viene da chiedersi che senso abbia avuto la lunga, difficile e aspra discussione che ha visto fortemente contrapposte le Regioni del Sud a quelle del Nord”, si chiede Salerno sottolineando che “non si tratta di una critica ai presidenti”, perché “l’intesa di quest’anno era decisiva in vista del federalismo ed era quindi evidente che il confronto sarebbe stato difficile”. Quello che il Cerm rivolge è “un invito, una volta dimostrata la validità del modello, ad adottare da subito (senza transizione) il benchmarking tra le Regioni virtuose come regola di riparto del Fsn concentrando le forze e dedicando il periodo di transazione al compimento di tutti gli elementi che oggi si stanno trascurando ma che, invece, saranno essenziali per realizzare davvero la governance del sistema a regime. Primo tra tutti la perequazione infrastrutturale e la rimozione di squilibrio economico-sociale attraverso tutti gli altri strumenti previsti dagli schemi di decreto”. Anche perché, conclude Salerno, “dove dovesse emergere l’esigenza di integrare le risorse sanitarie di alcune Regioni per garantire prestazioni equivalenti, questo potrebbe essere fatto promuovendo programmi ad hoc, che sono più trasparenti, più controllabili e più gestibili”.

Asl: I contratti vanno firmati subito

Il 2 maggio i privati a Palazzo Santa Lucia per concordare la manovra azzerata debito

ETTORE MAUTONE

Smentisce, il sub-commissario **Mario Morlacco**, che vi siano 60 giorni di tempo per aggiornare i contratti con i centri provvisoriamente accreditati ma conferma che alcuni errori materiali, nella stesura dei decreti di programmazione delle risorse e del budget per le macroaree assistenziali, possono essere corretti in



Vincenzo Schiavone

corsa. Sembra questo il punto di massima mediazione raggiunto tra le opposte istanze di Regione e privati riguardo a contratti e tetti di spesa. E' quanto emerge dal

Il budget per le varie branche

- **Riabilitazione***: il budget della macroarea è suddiviso tra fisio-kinesiterapia (riabilitazione motoria post-traumatica) che assorbe circa 65 mln annui e riabilitazione che gode di una dote di 270 milioni. In percentuale l'Fkt posa sul piatto l'8%, la riabilitazione dell'handicap ambulatoriale il 3%, la domiciliare il 4%, il convitto e il semiconvitto il 2% il convitto e semiconvitto
- **Specialistica ambulatoriale**: taglio netto di circa 5,6 milioni (su un budget di 403 milioni) equivalente all'1,4 per cento
- **Case di cura**: la sforbiciata ammonta al 3 per cento su un budget di circa 650 milioni di euro (1,8 milioni).

* La dote per i ricoveri in Residenze protette resta intatta

faccia a faccia di ieri pomeriggio tra la struttura commissariale e i vertici di Confindustria Sanità regionale e napoletano (rispettivamente **Enzo Schiavone** e **Gian-**

ni Severino). Partono intanto le convocazioni delle associazioni di categorie chiamate a Palazzo Santa Lucia a discutere del decreto 12 del 2011 relativo alla manovra di azzeramento del debito pregresso. Oggi è la volta dell'Atop, il 2 maggio della specialistica. Il modello da implementare che sembra profilarsi è quello attuato dalla Asl di Salerno. Qui il commissario Maurizio Bartoletti, tramite un accordo con la banca tesoriere (il Monte dei Paschi) ha liberato risorse bloccate dai pignoramenti e li ha messe sul piatto dei pagamenti per la spesa corrente pagando le due mensilità di gennaio e febbraio del 2011. "Se si sblocca il corrente - sottolinea severino - siamo tutti disponibili a discutere sulle modalità di dilazione delle zavorre debitorie del passato".

«Selezionare gli interventi d'emergenza punteremo sui presidi territoriali»

Le soluzioni

Calabrò, consigliere per la sanità: cambierà l'organizzazione dei servizi ma gli utenti devono collaborare

Il consigliere per la sanità della Regione, senatore Raffaele Calabrò, all'indomani della pubblicazione della notizia delle visite effettuate su pazienti distesi su lettighe sistemate sul pavimento del Loreto Mare, ribadisce la necessità dell'istituzione del «triage».

Senatore, lei ritiene che con il «traige» al Loreto mare si possa effettivamente far fronte a un'emergenza come quella dell'altro giorno?

«Sì. Solo organizzando i percorsi dei cosiddetti codici verde e facendo seguire i codici bianchi sul territorio si può mettere fine ad emergenze come quella verificatasi al Loreto mare l'altro giorno. Già da qualche mese abbiamo evidenziato questa

necessità. Ora l'attuazione del "triage" è diventata improcrastinabile».

Quanto tempo occorrerà prima che il "triage" diventi operativo?

«Lavoreremo perché avvenga in tempi brevissimi. Certo bisogna effettuare lavori strutturali per adeguare i locali alla nuova organizzazione».

Anche il San Giovanni Bosco è ospedale di frontiera ed è senza "triage". Anche per quell'ospedale conta di istituire l'assegnazione dei codici?

«Sì. Ma per il San Giovanni Bosco occorrerà un po' di tempo in più».

Lei sostiene che i codici bianchi debbano essere trattati dal territorio. Invece, puntualmente, il pronto soccorso di tutti gli ospedali vengono affollati essenzialmente dai codici bianchi. Lei pensa che si possa educare il cittadino a servirsi della medicina territoriale?

«So che in una realtà come la nostra è complicato. Ma dobbiamo assolutamente puntare su questo. Insomma bisogna evitare, nei pronto soccorso, indagini, esami che si possono fare all'esterno».



»

La svolta

«Il problema riguarda anche il potenziamento degli organici, la Regione punta a stabilizzare i precari»

L'attivazione del triage comporterà anche l'assunzione di nuovo personale?

«Il problema del personale è tra le cose che assilla di più la Regione. Abbiamo un numero di personale sanitario precario che va oltre le 1900 unità. E abbiamo difficoltà a rinnovare i contratti. Stiamo lavorando col ministero per far rientrare i precari come personale stabile».

Vale a dire?

«Gli stipendi dei precari, ormai da anni e anni, rappresentano una spesa in bilancio. Ora bisogna trovare al più presto aspetti normativi per rendere stabile e definitivo quel lavoro per lavoro stabile».

Ritorniamo ai codici bianchi. Il pagamento del ticket sembra non abbia sortito grandi effetti. Come si può fare, dunque, per evitare che confluiscono nel pronto soccorso intasandoli?

«A mio parere bisogna responsabilizzare coscienza dell'utente che spesso si reca in ospedale per una radiografia o un elettrocardiogramma. Inoltre i medici devono dimettere il paziente quando ci sono le condizioni. La paura del ricorso del paziente all'autorità giudiziaria, purtroppo, induce troppi medici a essere eccessivamente prudenti. E questo aggrava l'intasamento degli ospedali»

m.l.p.

Bottazzi, stop al laboratorio di analisi

ALBERTO DORTUCCI

La sentenza di morte è stata scritta alla vigilia di Pasqua, proprio il giorno di venerdì santo: "Entro il 15 maggio 2011 potrebbe essere considerato concluso l'accorpamento del laboratorio di analisi del presidio Bottazzi e la piena operatività del laboratorio di analisi centrale dell'ospedale di Boscotrecase". L'ennesima tegola per la sanità a Torre del Greco rischia di spazzare via la struttura pubblica di via Marconi che - secondo il cronoprogramma firmato da Nunzio Manzo, direttore del laboratorio centrale di analisi dell'Asl Napoli 3 - sarà trasformata in un semplice punto di prelievo: una riconfigurazione decisa nell'ambito del piano di razionalizzazione delle spese per la rete dei laboratori di analisi che potrebbe scatenare una nuova protesta all'ombra del Vesuvio.

Perché dal 15 maggio in poi gli esami non saranno più effettuati direttamente al Bottazzi, bensì a Boscotrecase (esclusi gli esami di biologia molecolare e autoimmunità, destinati all'ospedale Maresca) dove i campioni biologici arriveranno attraverso un'apposita navetta: in pratica, i prelievi effettuati al centro di via Marconi dovranno viaggiare in direzione Boscotrecase per la risposta clinica. Una "strategia" decisa al termine di un lungo carteggio tra lo stesso Nunzio Manzo e il direttore del servizio di assistenza ospedaliera dell'Asl Franklin Picker sulle "criticità" del laboratorio di analisi di Torre del Greco, relative alla fornitura di reagenti e strumentazioni d'avanguardia.

Reagenti e macchinari che d'ora in avanti non sbarcheranno più nella città del corallo, privata di un nuovo essenziale servizio sanitario



pubblico. Una decisione che finirà con il penalizzare non solo i cittadini, ma pure decine di operatori del settore. Secondo le indicazioni del direttore del laboratorio centrale di analisi del presidio ospedaliero di Boscotrecase, infatti, al centro prelievo del Bottazzi dovranno restare solo tre infermieri, due lau-

reati e un tecnico per coprire tutti i turni di servizio mentre due tecnici, due laureati e un infermiere saranno dirottati al San'Anna-Madonna delle Nevi per fronteggiare "l'incremento esponenziale di attività". "Il restante personale attualmente in servizio al laboratorio di analisi del Bottazzi - conclude Nunzio

Manzo nel documento del venerdì santo - potrà essere spalmato sul territorio secondo le esigenze dell'Asl". In pratica, nuovi tagli di servizi e personale in una città già costretta a convivere con l'incubo della chiusura - al momento rinviata di 18 mesi - di un ospedale che serve circa 300.000 cittadini.

Sanità, l'emergenza Nuovi tagli a Torre del Greco

Entro il prossimo 15 maggio la struttura sarà trasformata in un "centro di prelievo": gli esami a Boscotrecase

Giugliano Per uno dei reparti di prima linea scatta l'emergenza al momento della programmazione delle ferie

Pochi infermieri, addio cardiologia

L'ambulatorio già fu chiuso fra trasferimenti e maternità ora si rischia la paralisi

Tonia Limatola

GIUGLIANO. A rischio chiusura la cardiologia del San Giuliano. Non c'è pace per l'ospedale di riferimento dell'area giuglianese, sul quale insiste un bacino di utenza di 350mila persone che già da un mese non possono più contare sulle visite ambulatoriali al cuore a causa della carenza di personale. Così, se non si rimpingua il numero di medici e infermieri entro l'estate, i residenti corrono il rischio di dover fare a meno anche di un reparto importante come la cardiologia.

Ma che succede? L'emergenza scatta proprio ora, in pratica, nel momento dell'anno in cui si programmano i turni per le ferie estive e si mette in conto, manco a dirlo, anche il fisiologico aumento delle patologie coronariche legate all'arrivo del caldo. Così, a conti fatti, la chiusura sembra annunciata. Ne è convinto il primario, il dottor Domenico Prinzi, che con quasi la metà dei medici a disposizione si ritrova a fare la verifica delle prestazioni che è possibile offrire.

La situazione che ne emerge è drammatica. Dopo la chiusura dell'ambulatorio, i dieci medici a disposizione erano stati destinati tutti al reparto, ma adesso - dopo due trasferimenti a cui non hanno fatto seguito sostituzioni e una maternità a rischio - i cardiologi sono diventati sette. Di questi, poi uno è in

condivisione con la pediatria. L'emergenza, che riguarda tutti i

reparti dell'ospedale San Giuliano, tre settimane fa aveva già portato alla sospensione dei ricoveri ordinari per due giorni a causa della malattia di numerosi infermieri. Il blocco aveva avuto conseguenze sugli interventi programmati, ma almeno non aveva distolto i medici dai casi di urgenze in arrivo dal pronto soccorso. Anche allora la decisione della direzione sanitaria era stata accolta da un vespaio di polemiche, ma era stata giustificata dalla necessità di agire nelle emergenze o assistere adeguatamente i pazienti già ricoverati.

Il personale, comunque, manca anche negli altri reparti. «La situazione è drammatica in tutto l'ospedale dice il primario di rianimazione, Paolo Cesaro - viviamo una condizione molto pesante che in vista dell'estate può solo aggravarsi». Anche dal reparto di Medicina, il primario, dottore Pasquale Giordano, ha più volte denunciato che la struttura soffre molto. In più, il malessere all'interno della struttura si fa sempre più forte. I pochi medici e infermieri sono sottoposti a grossi carichi di lavoro e protestano. Se la prendono coi sindacati, con la direzione sanitaria, con i primari. E in questo caos, capita che la «malattia di massa» degli infermieri porti alla sospensione dei ricoveri ordinari.

In questo clima non aveva sortito effetti nemmeno l'interessamento del sindaco Giovanni Pianese, che era andato a Monteruscello per chiedere ai vertici dell'Asl più attenzione per l'ospedale di Giugliano. Il San Giuliano tira avanti tra molti ostacoli. Se non è la carenza di personale, sono i tagli alla spesa sanitaria. A inizio anno, infatti, si era temuta la chiusura anche del Day hospital oncologico. Danno e beffa, come dire, visto che si tratta di un'attività preziosa all'interno di un ospedale che è di riferimento per il cosiddetto triangolo della morte, area in cui si registra un inquietante incremento di patologie tumorali legate alla presenza di discariche autorizzate e non.

La scheda



7
Cardiologi, di cui uno in condivisione con la pediatria



10
Quelli previsti dall'organico



2
Trasferiti e non sostituiti, uno in maternità



10
posti letto



3
barelle fisse



13
ricoveri giornalieri



1200
ricoveri l'anno



500
infartuati anno



100
pazienti trasferiti al Monaldi e al Policlinico per eseguire la coronarografia e poi seguiti a Giugliano

”

L'allarme

Carichi di lavoro eccessivi anche in Medicina e il personale si ammala

Torre del Greco, chiude il laboratorio del Bottazzi

Il presidio resterà attivo solo come centro prelievi
 Le analisi in ospedale

Teresa Iacomino

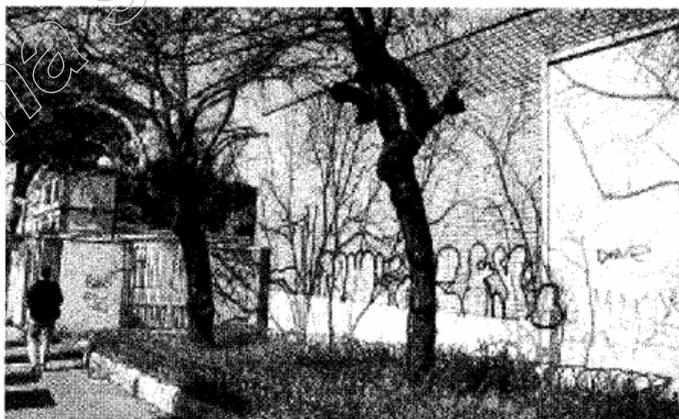
TORRE DEL GRECO. La città del corallo perde un altro pezzo dell'offerta in materia di sanità: a metà del mese di maggio chiuderà il laboratorio di analisi del Bottazzi. Nel presidio di via Marconi resterà il solo centro prelievi, con necessità di rivolgersi alle strutture dislocate nell'ospedale Maresca e in quello di Boscotrecase per effettuare i controlli del caso. È questo il senso di una lettera inviata in questi giorni dal direttore dei due laboratori ospedalieri, Nunzio Manzo, al commissario straordinario dell'Asl 3 Sud e al direttore del servizio assistenza ospedaliera e che fa seguito ad una nota inviata da quest'ultimo, Franklin Picker, il 19 aprile. Di qui la scelta di chiudere di fatto il laboratorio di analisi del Bottazzi, con un cronoprogramma rapido che dovrebbe portare alla dismissione del servizio entro il 15 maggio.

Manzo scrive nella sua nota che si è «elaborato un modello di riconfi-

gurazione dell'attuale laboratorio analisi del Bottazzi in un efficace centro prelievi». Per questo si chiede al direttore sanitario del presidio ospedaliero torrese di predisporre «un piano logistico che assicuri, grazie all'ausilio di una navetta, la distribuzione dei campioni biologici raccolti al Bottazzi» a seconda delle esigenze. In particolare per gli aspetti di natura «biologica, molecolare e autoimmunitaria presso il laboratorio del Maresca, per chimica clinica, immunoenzimatica, ematologia, coagulazione, proteine, esami tossicologici, microbiologia e urine al laboratorio centrale di Boscotrecase».

Comunque i prelievi «dovranno - sostiene sempre nella sua missiva il dottore Nunzio Manzo - pervenire non oltre le 11». E qui si aprono le polemiche, perché in alcuni casi il traffico potrebbe causare ritardi al servizio navetta, specie nel trasferimento dei campioni prelevati da Torre del Greco a Boscotrecase. Il personale impiegato al centro prelievi del Bottazzi sarà costituito da tre infermieri, due laureati, un tecnico e un amministrativo. All'ospedale boschese finiranno due tecnici, altrettanti laureati e un infermiere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il Testo unico Sistri azzera i decreti passati

di Paola FiccoCronologia articolo27 aprile 2011

In questo articolo



Rifiuti, il Testo unico Sistri azzera i decreti passati

Il Sistri si dota di un Testo unico. Dopo una lunga attesa e l'esame favorevole del Consiglio di Stato, infatti, è approdato alla Gazzetta Ufficiale di ieri 26 aprile il decreto ministeriale 18 febbraio 2011, n. 52 che riunifica in un solo testo tutti i cinque decreti finora emanati sul Sistri (Sistema informatico di tracciabilità dei rifiuti) e che, dal prossimo 11 maggio, data di entrata in vigore del decreto, "cessano di produrre effetti".

Tuttavia, restano salve le proroghe finora intervenute per l'avvio operativo del sistema (1° giugno 2011) e per la trasmissione dei dati di quanto prodotto e smaltito o recuperato nel 2010 e nel 2011 (rispettivamente, 30 aprile e 31 dicembre 2011 - articolo 12, commi 1 e 2, Dm 17 dicembre 2009 e circolare del ministero dell'Ambiente 2 marzo 2011). Inoltre, si conferma l'obbligo di tenuta di registri e formulari fino alla piena funzionalità del Sistri.

Il nuovo Dm Sistri non reca alcuna proroga in ordine alla data di effettivo avvio del sistema che, pertanto, ad oggi, resta fissata nel 1° giugno 2011.

Il nuovo regolamento chiarisce che le imprese e gli enti che effettuano operazioni di recupero o di smaltimento e che sono produttori di rifiuti derivanti da tali attività devono iscriversi "anche" come produttori indipendentemente dal numero dei dipendenti.

Inoltre, il Dm sposta dal 31 gennaio al 30 aprile il termine per il pagamento dei contributi annuali che migliaia di imprese italiane devono versare al Sistri. Si tratta di un vero e proprio mutamento della disciplina di base; infatti, il 30 aprile è il nuovo termine per i versamenti da effettuare anche in futuro.

Per il 2011, si registra un disallineamento temporale tra il pagamento entro il 30 aprile e l'entrata in vigore dell'11 maggio. Tuttavia, le sanzioni decorreranno dal 1° giugno 2011 e quindi non riguarderanno i pagamenti anche se effettuati entro il prossimo 31 maggio (termine del periodo transitorio).

Sotto il profilo sostanziale non si registrano importanti cambiamenti, tuttavia sono state fatte alcune modifiche che è opportuno sottolineare:

- i trasportatori in conto terzi (articolo 212, comma 5, Dlgs 152/2006) possono dotarsi del dispositivo Usb (la chiavetta) relativo alla sola sede legale oppure, in alternativa, di un'ulteriore chiavetta per ciascuna unità locale. In questo secondo caso, il contributo va versato per ogni unità locale dotata di chiavetta. Resta fermo l'obbligo di pagare il contributo annuale e di dotarsi di una chiavetta per ogni veicolo a motore adibito al trasporto di rifiuti;
- la non necessità di accesso al Sistri da parte del trasportatore almeno due ore prima della movimentazione, per i rifiuti pericolosi, viene confermata per la microraccolta ed estesa alle attività di raccolta dei rifiuti prodotti da attività di manutenzione, purché i rifiuti siano trasportati direttamente all'impianto di recupero o smaltimento da parte del soggetto che ha effettuato la manutenzione. Resta fermo l'obbligo per il trasportatore di compilare la scheda Sistri Area movimentazione prima della movimentazione medesima;
- per il trasporto marittimo dei rifiuti, l'armatore o il noleggiatore che effettuano il trasporto possono delegare gli adempimenti Sistri al raccomandatario marittimo di cui alla legge 135/77. In tal caso, il raccomandatario consegna al comandante della nave la copia compilata della scheda Sistri - Area movimentazione. All'arrivo, il comandante consegna la copia della scheda al raccomandatario rappresentante l'armatore o il noleggiatore presso il porto di destino;
- i produttori di rifiuti pericolosi non inquadrati in un'organizzazione di ente o di impresa adempiono all'obbligo di tenuta del registro di carico e scarico attraverso la conservazione, in ordine cronologico, delle copie della scheda Sistri Area movimentazione, relative ai rifiuti prodotti. Restano soggetti al registro di carico e scarico i produttori di rifiuti non pericolosi non obbligati ad iscriversi al Sistri.