

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



italia



Rassegna Stampa del 29.08.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Rivoluzione all'Asl 1, linea dura del neocommissario Scoppa: partono le verifiche a tappeto

Sanità, controlli sugli appalti «sospetti»

Asl 1, arriva la linea dura. A deciderla è il neo-commissario Maurizio Scoppa, che chiede a tutti di collaborare e ha subito potenziato il servizio tecnico centrale. Nasce una vera e propria task force con il compito di passare al setaccio tutti gli appalti e verificare le inadempienze. Se le ditte che hanno vinto le gare risulteranno responsabili dei disservizi, scatteranno le contromisure. «Se ci saranno le condizioni, siamo pronti a rescindere i contratti e a predisporre nuove gare», dice Scoppa. La sfida è quella di migliorare in tempi brevi i livelli di assistenza: «Ascensori e montacarichi saranno attivi in tutti gli ospedali e i cittadini non vedranno più i cartelli che informano dei disagi».

> Servizio a pag. 34

La sanità, il caso Linea dura del commissario Scoppa

Asl 1, si cambia scatta la verifica su tutti gli appalti

La strategia

È guerra alle inefficienze nei reparti arriva la task force: 007 in azione nelle corsie

Ascensori rotti, sale operatorie ferme controlli a tappeto negli ospedali
«Siamo pronti a rescindere i contratti»

Gerardo Ausiello

Stop agli ascensori guasti, alle sale operatorie chiuse, ai reparti sporchi e a tutte le inefficienze. Il commissario dell'Asl Napoli 1, Maurizio Scoppa, sceglie la linea dura e chiede a tutti di collaborare. Al lavoro da due settimane, il generale di

Corpo d'Armata dei carabinieri ha subito riorganizzato e potenziato il servizio tecnico centrale nominando come dirigente l'ingegner Vincenzo Piscopo e raddoppiando il numero dei geometri (da 8 a 17).

La task force ha un compito preciso: passare al setaccio tutti gli appalti e verificare quali siano le inadempienze. Se le ditte che hanno vinto le gare risulteranno per qualche ragione responsabili dei disservizi, scatteranno le contromisure.



Lettori: n.d.

**IL MATTINO
NAPOLI**

29-AGO-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Virman Cusenza

da pag. 34

«Avvieremo un'attenta verifica sui livelli di funzionalità - annuncia Scoppa - Se ci saranno le condizioni, siamo pronti a rescindere i contratti e a predisporre nuove gare». La sfida è migliorare in tempi brevi i livelli di assistenza: «Ascensori e montacarichi saranno attivi in tutti gli ospedali e i cittadini non vedranno più i cartelli che informano dei disagi. Al massimo ci saranno cartelli che avviano l'utenza delle operazioni di manutenzione in corso. Siamo impegnati, insomma, a costruire un'azienda normale». Da qui l'appello alla massima collaborazione: «Ognuno deve fare la propria parte, compiendo piccoli passi è possibile migliorare i servizi nell'interesse di tutti».

Il primo obiettivo è stato già centrato: dopo quattro mesi di attesa, è stato riavviato con una procedura d'urgenza (quella ordinaria sarebbe stata completata a ottobre) l'impianto di condizionamento che impediva l'utilizzo delle quattro sale operatorie dell'Ascalesi. «Nelle prossime ore, una volta eseguiti i controlli previsti dalla legge, le sale riprenderanno a funzionare regolarmente», spiega il commissario. Sono inoltre in corso gli accertamenti sul sistema di manutenzione aziendale, che «non è stato sempre in condizione di far fronte alle necessità». Scoppa ha invece effettuato un sopralluogo al Loreto Mare per fare chiarezza rispetto alle notizie apparse sui giornali nelle scorse ore: le sale operatorie sono infatti rimaste chiuse per un

intervento di sanificazione. «Si è trattato - chiarisce il generale dopo aver acquisito tutte le informazioni sul caso - di un doveroso intervento di pulizia generale effettuato a titolo cautelativo e segnalato a tutte le altre unità sanitarie. Peraltro l'operazione ha riguardato solo due sale alla volta e per un periodo brevissimo. In questo modo il servizio è stato sempre e comunque garantito e sono stati allontanati tutti i rischi di infezione». Il commissario non risparmia critiche, però, ai dipendenti che diffondono notizie sbagliate: «C'è evidentemente qualche gola profonda che vuole accendere un fiammifero e gettarci sopra la benzina. Interverrò per far luce su comportamenti poco corretti e sleali nei confronti dell'azienda e dell'utenza. Il tempo per questi atteggiamenti è terminato. Ci sono tantissime persone che lavorano in silenzio e con grandissima professionalità. Non è giusto, dunque, che il loro impegno venga vanificato dalle tensioni interne e da qualche problema personale». Scoppa ribadisce, infine, di voler aprire un dialogo costante con gli organi di informazione e con i cittadini: «È nostro interesse comunicare costantemente con gli utenti, ai quali vogliamo illustrare gli interventi positivi che metteremo in campo. Stesso discorso vale per le cose negative. Siamo convinti, insomma, della necessità di portare avanti una gestione trasparente perché i problemi vengano risolti alla luce del sole».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettori: 623.000

IL GAZZETTINO

il quotidiano del NordEst

28-AGO-2011

Diffusione: 83.540

Dir. Resp.: Roberto Papetti

da pag. 14

IL PERCORSO**Ad agosto dello scorso anno l'allarme: buco di 1 miliardo e 200mila euro**

(D.B.) Ad agosto dello scorso anno l'apocalisse: sulla sanità del Veneto gravava un buco di 1 miliardo e 200 mila euro. Come si fosse creato, visto che solo 6 mesi prima la Regione aveva scongiurato il commissariamento grazie ad una manovra di pareggio in zona Cesarini, non è dato sapere. Grazie ad una rilettura delle cifre (i debiti verso i fornitori non rientrano nel bilancio corrente) e molto per una manovra di contenimento della spesa, tra alti e bassi (buco sceso a 600mila, poi arrivato a 300, quindi fissato a 200 e poi scomparso del tutto) anche quest'anno si è scongiurato il commissariamento.

Grandi attori di questa performance sono stati i direttori generali

che anche in virtù di ridotti trasferimenti, sono riusciti a mantenere in piedi il sistema. Con non pochi sacrifici: qualche chiusura, accorpamenti, riduzione di qualche servizio, aree vaste per gli acquisti, rinunce. Ma per quest'anno il quadro non è certo destinato a cambiare, anzi. Deblitate da una dieta dimagrante che ha imposto un "regime economico" molto rigido, le Asl devono essere in grado a settembre di mettere sul tavolo regionale bilanci in attivo. E tutto ancora senza il "benestare" di un Piano socio sanitario che è ancora in fase di approvazione, e soprattutto delle schede di riorganizzazione della sanità veneta, che saranno la vera chiave di volta per il sistema.

FederLab Italia

Ticket, arriva l'Isee per calcolare le fasce

Oggi via alle nuove tariffe. La Regione: accordo con le parti sociali

**L'assessore:
"Il nostro orizzonte
resta la tutela dei
più deboli e delle
famiglie in crisi"**

SILVIA BIGNAMI

DA GIORNI nella bufera per i ticket regionali che entreranno in vigore oggi e che rischiano di penalizzare le coppie sposate, la Regione cambia e precisa che presto nel calcolo del reddito verrà introdotto anche l'Isee, che dovrebbe compensare i costi in più per le famiglie con figli. «Andiamo avanti basandoci sull'autocertificazione, che poi verrà integrata dall'Isee, come previsto dagli accordi con le parti sociali, sindacati compresi» spiega il presidente Vasco Errani, rispondendo così al "fuoco amico" di una parte del Pd e ai dubbi della Cgil, che ha chiesto dei «correttivi» sui ticket. Conferma l'assessore alla Sanità Carlo Lusenti: «L'utilizzo del parametro Isee è una scelta già condivisa con le parti sociali».

L'uso dell'Isee, scelto dalla Toscana, consente di compensare i costi aggiuntivi delle coppie sposate con figli, ma è attualmente all'esame del governo ed è molto complesso da applicare. «Con l'Isee costringeremmo due milioni e mezzo di emiliano romagnoli a farsi ricalcolare il reddito» aveva detto nei giorni scorsi Lusenti. Ma ora l'assessore spiega: «Il nostro orizzonte è la tutela dei più deboli e delle famiglie in difficoltà, anche a causa della crisi. I tempi imposti dal governo per applicare i nuovi ticket entro il mese di agosto ci hanno obbligato all'utilizzo di fasce di reddito familiare, così come definite dal-

le norme nazionali attuali». In pratica, si tratta della legge del '93 che impone di calcolare il reddito familiare come somma del reddito dei coniugi, penalizzando così le coppie sposate rispetto a quelle di fatto, il cui reddito viene invece calcolato singolarmente. Ma, aggiunge ora l'assessore, «l'uso del parametro Isee è una scelta già condivisa nell'accordo con le parti sociali. Lavoreremo per dargli completa applicazione, superando la complessità del suo utilizzo e trovando ulteriori strumenti che diano risposte ancora più eque ai cittadini». Errani, in silenzio nei giorni scorsi, chiosa: «Abbiamo lavorato per dare equità ai cittadini dell'Emilia Romagna, il sistema è complesso e far pagare a tutti dieci euro sarebbe stato più semplice, ma più ingiusto. Vorrei solo ricordare che il governo ci ha obbligati a questo e che il 60% dei cittadini della nostra regione è esente da qualsiasi ticket».

In attesa dell'introduzione dell'Isee, che avverrà non prima di un paio di mesi, oggi entrano comunque in vigore i ticket regionali, calcolati secondo il reddito familiare lordo. Da questa mattina chi si reca in farmacia o a prenotare una visita specialistica o un esame, dovrà essere provvisto di una autocertificazione del reddito. Quattro sono le fasce di reddito, e i moduli per l'autocertificazione sono distribuiti dai Caf, dai patronati, oltre che da ambulatori e farmacie. Chi non avesse ancora compilato il documento avrà comunque due mesi di tempo per mettersi in regola. Per tutte le informazioni e i dubbi è sempre attivo il numero verde: 800033033.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NORME & TRIBUTI

LAVORO

Certificati medici al debutto online

Dal 13 settembre al via i certificati medici online. Da questa data, infatti, con la conclusione del regime transitorio, i datori di lavoro non potranno più chiedere la copia cartacea della certificazione di malattia ai dipendenti, ma dovranno interrogare il servizio online dell'Inps. Vecchie regole per i ricoveri in ospedale o in pronto soccorso e per i medici non abilitati all'invio telematico.

in Norme e Tributi » pagina 5

LAVORO

MALATTIA

Certificazioni solo sul web

Ancora pochi giorni e il certificato medico darà il definitivo addio alla carta. Dal 13 settembre, infatti, i datori di lavoro potranno controllare le attestazioni di malattia dei dipendenti esclusivamente sul web.

» pagina 5

Il nuovo regime scatta dal 13 settembre

13

Debutta il certificato medico online

Le aziende possono applicare le linee operative dell'accordo Confindustria-sindacati

Istruzioni per l'uso

Assenze per malattia

I Cisl fissano l'obbligo di comunicare il numero di protocollo identificativo del documento telematico. Così il datore ha la certezza dell'evento e può visualizzare l'attestazione sul sito dell'Inps

PARTENZA UFFICIALE

13 settembre

L'avvio scatta tre mesi dopo l'uscita in GU della circolare n. 4

MODALITÀ CARTACEA

3 casi

Per degenze in ospedale, in pronto soccorso e per studi non abilitati

PAGINA A CURA DI
Alessandro Rota Porta

■ Via libera al sistema che segnerà l'abbandono dei certificati medici su carta. La data "spartiacque" è fissata al 13 settembre: dopo questa data tutti i datori di lavoro non potranno più chiedere la copia cartacea delle attestazioni di malattia ai dipendenti, potendo procedere alla consultazione delle relative attestazioni solo con l'utilizzo di sistemi informatici.

L'ultimo intervento in materia è la circolare congiunta n. 4 del Dipartimento della Pa e del ministero del Lavoro, del 18 marzo scorso: questa dettava anche un periodo transitorio di tre mesi per con-

sentire l'avvio a regime del sistema online, a partire dalla data di pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale», avvenuta il 13 giugno scorso.

Se i passaggi che regolano le procedure telematiche sono stati ormai definiti nei dettagli, manca ancora un impianto di regole certe che supportino i datori di lavoro nella gestione del rapporto di lavoro, soprattutto con riferimento agli obblighi in capo ai lavoratori che realizzeranno le assenze. Con l'obiettivo di facilitare il flusso di informazioni tra impresa e lavoratori in occasione di eventi di malattia, lo scorso 20 luglio Confindustria insieme a Cgil, Cisl e Uil hanno sottoscritto un accordo interconfederale

to un accordo interconfederale ad hoc, per delineare un comportamento comune, in attesa che i contratti collettivi nazionali possano essere aggiornati alle nuove disposizioni e coordinati con le nuove modalità di rilascio e trasmissione telematica dei certificati di malattia (un altro accordo è stato sottoscritto il 26 luglio da Confapi con Cgil, Cisl e Uil).

Nulla è innovato - come chiarisce l'accordo del 20 luglio - sul trattamento economico e normativo applicabile in caso di malattia al lavoratore. In proposito le parti hanno ribadito che continuano a sussistere gli obblighi di tempestiva comunicazione dell'assenza, poiché il sistema telematico di consulta-

zione dei certificati che l'azienda dovrà utilizzare non esonera il lavoratore da avvisare la stessa. Si tratta di un principio comune a tutti i Ccnl che, se non viene osservato dal lavoratore, può portare all'applicazione di sanzioni disciplinari. Inoltre deve sempre essere comunicata



Lettori: n.d.

Sole 24 Ore - Norme e Tributi

29-AGO-2011

Diffusione: n.d.

da pag. 5

ogni variazione dell'indirizzo di reperibilità durante l'assenza, utile in caso di effettuazione di visite di controllo.

L'avviso del 20 luglio – che sebbene limitato al comparto industriale, fornisce comunque utili indicazioni per gli altri settori – introduce a carico del lavoratore un nuovo adempimento che va a sostituire quello previgente di consegna del certificato medico al datore di lavoro: l'obbligo di comunicare all'azienda il numero di protocollo identificativo del certificato inviato dal medico in via telematica. È un passaggio che consente al datore di lavoro di avere certezza dell'evento ol-

tre a poter accedere alla sezione dedicata del sito web dell'Inps per visualizzare l'attestazione di malattia.

Questa regola potrebbe essere introdotta anche a livello aziendale: peraltro, qualora l'azienda non intenda sottoscrivere un accordo ovvero – per le proprie dimensioni – non abbia una rappresentanza sindacale costituita tra i lavoratori, potrà comunque avvalersi della disposizione contenuta nella circolare ministeriale n. 4/2011 che fissa l'obbligo in capo al lavoratore di comunicare il numero di protocollo, qualora tale adempimento sia stato richiesto dal datore di lavoro.

Se il datore di lavoro opta per

questa possibilità è comunque opportuno che effettui una comunicazione scritta ai lavoratori per informarli circa i nuovi obblighi, magari aggiornando i regolamenti aziendali. Si ricorda infine che (come specificato dalla circolare n. 4) nel caso in cui il medico non proceda all'invio online del certificato di malattia – ad esempio per malfunzionamenti dei sistemi di trasmissione telematica – il lavoratore rimane tenuto alla presentazione dell'attestazione cartacea (rilasciata dal medico) al proprio datore di lavoro e, ove previsto, alla consegna all'Inps del certificato, secondo le modalità tradizionali previgenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I passaggi giusti

<p>1 LE NOVITÀ</p>  <p>A decorrere dal prossimo 13 settembre, in caso di malattia, il lavoratore non è più tenuto a consegnare al datore di lavoro la copia cartacea del certificato medico. Si avrà così l'armonizzazione tra il settore pubblico e quello privato.</p>	<p>2 L'INTESA DEL 20 LUGLIO 2011</p>  <p>L'accordo interconfederale Confindustria-sindacati ha ribadito l'obbligo a carico del lavoratore di avvisare circa la sua assenza nonché quello di comunicare all'azienda il numero di protocollo del certificato medico telematico.</p>	<p>3 GLI OBBLIGHI DEL LAVORATORE</p>  <p>Il datore di lavoro può sempre richiedere al proprio dipendente di comunicare il codice identificativo del certificato medico: in questo caso il lavoratore non si può rifiutare e il mancato rispetto della disposizione potrebbe portare a sanzioni disciplinari.</p>
<p>8 I CASI ESCLUSI</p>  <p>In caso di impossibilità nella trasmissione da parte del medico, vigono le regole previgenti (consegna copia cartacea all'Inps e al datore). Stesso procedimento per: ricovero ospedaliero, degenze in strutture di pronto soccorso, emissione da parte di strutture di medici privati non ancora abilitati all'invio telematico.</p>		<p>4 GLI ADEMPIMENTI DEL MEDICO</p>  <p>Il medico acquisisce i dati dal lavoratore e li inserisce. Riceve dal sistema Sac il numero di protocollo univoco che consente la stampa di una copia del certificato e dell'attestato, da consegnare al lavoratore.</p>
<p>7 LE VISITE FISCALI</p>  <p>Rimangono in vigore le regole previgenti in materia di controllo della malattia nel settore privato: il lavoratore deve sempre segnalare al medico l'indirizzo per la reperibilità, se diverso dalla residenza o domicilio.</p>		<p>6 COME L'AZIENDA CONSULTA GLI ATTESTATI</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Farsi comunicare dai lavoratori il numero di protocollo del certificato, collegarsi al sito Inps per visualizzarlo; • accreditarsi e, ricevuto il Pin, accedere al sito Inps nell'area web dedicata; • chiedere all'Inps il recapito degli attestati sulla Pec aziendale.

FOCUS



Un difficile «abbinamento»

■ A volte la semplificazione non "vede" gli aspetti più semplici per evitare gli intoppi e alleggerire concretamente i passaggi burocratici. Due, in questo caso. Nel certificato medico online manca un campo che possa "abbinarlo" all'azienda. È vero che, attraverso il codice fiscale dell'intestatario e prelevando i dati dai propri archivi (dalle denunce mensili contributive Emens) l'Inps dovrebbe risalire al datore di lavoro, ma vi sono casi (come per un neoassunto) in cui l'abbinamento può risultare complesso. All'appello mancano anche le procedure per delegare l'adempimento della ricezione telematica dei certificati agli intermediari abilitati.

I punti chiave

IL CERTIFICATO

Il certificato contiene i dati della diagnosi e/o il codice nosologico, il codice fiscale del lavoratore, la residenza o il domicilio abituale, eventuale domicilio di reperibilità durante la malattia, data di inizio malattia, data di rilascio del certificato, data presunta di fine malattia (di prosecuzione o ricaduta nelle rispettive ipotesi), modalità ambulatoriale o domiciliare della visita eseguita. La copia, rilasciata dal medico, è riservata all'assistito. L'attestato di malattia è invece il documento privo di diagnosi che viene ricavato dal certificato di malattia

LE NORME

- Articolo 1, comma 149, legge n. 311/2004
- Articolo 8, Dpcm 26 marzo 2008
- Articolo 69, decreto legislativo n. 150/2009
- Decreto ministeriale Salute-Lavoro-Economia del 26 febbraio 2010
- Articolo 25 della legge n. 183/2010

LA PRASSI

Circolare congiunta presidenza del Consiglio dei ministri e ministero del Lavoro n. 4/2011; ha armonizzato le procedure tra il settore pubblico e quello privato, per il passaggio definitivo al sistema telematico

LE ISTRUZIONI INPS

- Circolare n. 60 del 16 aprile 2010
- Messaggio n. 18901 del 16 luglio 2010
- Circolare n. 119 del 7 settembre 2010
- Circolare n. 164 del 28 dicembre 2010
- Circolare n. 21 del 31 gennaio 2011
- Messaggio n. 3161 del 8 febbraio 2011
- Messaggio n. 6143 del 10 marzo 2011
- Messaggio n. 9197 del 20 aprile 2011

CONSULENTI DEL LAVORO

Fondazione Studi: circolare n. 2/2011

ICCNL

Settore Industria: accordo interconfederale 20 luglio 2011

SISTEMA SOLE



Dal graduale aumento dell'età pensionabile per le donne allo slittamento della vecchiaia. Zoom manovra d'estate si concentra sulle misure che più interessano lavoratori e datori tra le novità del DL 98/2011



Guida pratica Cooperative, dedicato a un settore al centro di importanti riforme: la figura del socio-lavoratore e le novità sia dell'inquadramento giuridico sia del profilo previdenziale e fiscale

Sanità, al via la nuova manovra

In due anni la Regione risparmia 118 milioni

PESCARA. Il commissario della sanità Gianni Chiodi ha approvato il nuovo piano operativo 2011-2012, pubblicato sul Bura del 19 agosto, con le variazioni chieste dal tavolo di monitoraggio del governo e soprattutto con i dati dei bilanci 2010 delle Asl che registrano il pareggio dei conti della sanità abruzzese. Il piano operativo prevede una manovra di 118 milioni nei due anni che peserà soprattutto sulle voci personale e farmaceutica. Al via anche il lavoro per la redazione del Piano sanitario triennale la cui approvazione potrebbe aprire la strada al superamento del commissariamento. (A pagina 5)

Sanità, via alla nuova manovra

Approvato il documento con i conti aggiornati delle Asl

IL PIANO OPERATIVO

Il testo passa all'esame dei ministeri poi tocca al programma triennale

Cifre in milioni di euro	2011	2012	LA MANOVRA		TURN OVER PERSONALE		2010		2011		2012		
TENDENZIALE: RISULTATO PER TAVOLO DI MONITORAGGIO	62.905	66.906					Costi	Assati	Stima costi	Stima assati	Stima costi	Stima assati	
Concentrazione della casistica e del personale	16.859	23.924					0	340	92	10.158	289	156	283
Farmaceutica e MMG	5.400	13.004					3	202	54	7.269	206	83	202
Tetti per le prestazioni ospedaliere	6.521	8.956					3	138	38	2.889	83	75	83
Prestiti territoriali	9.103	22.758					0	53	4	2.341	94	39	91
Applicazione del comma 7 dell'art. 6 del D.L. 78/2010	5.527	6.081					4	93	4	2.323	92	37	89
TOTALE MANOVRE	43.410	75.119					12	-	-	18	2	2	2
PROGRAMMATICO: RISULTATO PER TAVOLO DI MONITORAGGIO	-18.496	3.223					0	109	4	1.651	70	30	68
Quota parte gettito da aumento delle aliquote IRAP e addizionali IRPEF sui livelli massimi	40.000	40.000					5	100	4	1.420	67	27	65
RISULTATO DOPO LE COPERTURE	20.504	46.223					18	9	-	31	3	3	3
							0	5	1	14	-	-	-
							2	1	3	-	-	-	-
							8	3	-	11	-	-	-
							3	947	101	14.845	453	227	444
													259

PESCARA. Il commissario della sanità Gianni Chiodi e il subcommissario Giovanna Baraldi hanno approvato il nuovo piano operativo 2011-2012, con le variazioni chieste dal tavolo di monitoraggio e soprattutto con i dati dei bilanci d'esercizio 2010 delle Asl che sono parzialmente difformi rispetto ai dati del IV trimestre 2010 registrati nella precedente bozza del piano.

Una difformità che ha permesso a Chiodi di annunciare il sostanziale pareggio di bilancio della sanità, con un avanzo di circa 1,6 milioni di euro. Nel dettaglio, delle 4 Asl due sono in pareggio (Teramo e Pescara che ha un leggero avanzo), mentre Chieti e L'Aquila, pur avendo un tendenziale positivo, registrano a fine 2010 disavanzi rispettivamente di 11 milioni e di 28 milioni. Quest'ultimo da addebitare soprattutto alla mo-

bilità passiva, vero anello debole della manovra regionale (assieme alla farmaceutica). Tanto è vero che nel tendenziale del 2012 questa voce cresce sfiorando quasi i 91 milioni. Ora il Piano operativo, pubblicato sul Bura del 19 agosto (il bollettino ufficiale della regione Abruzzo), sarà di nuovo trasmesso al tavolo di monitoraggio per la validazione conclusiva (e non dovrebbero esserci sorprese). Nel frattempo Chiodi e la Ba-

raldi, alla ripresa delle attività dopo la pausa estiva, dovranno mettersi al lavoro per la redazione del Piano sanitario, la cui approvazione, se i conti del 2011 confermeranno l'avanzo del bilancio sanitario regionale, potrebbe portare al superamento del commissariamento. Un passaggio che Chiodi ha detto di attendere «con ansia», per verificare la ritrovata affidabilità della politica nella gestione della sanità, un settore che in pas-



sato la politica ha puntualmente fatto deragliare.

Il Piano sanitario dovrebbe essere approvato in settembre, secondo il dettaglio della manovra finanziaria approvata dal consiglio dei ministri, ma Chiodi non ritiene il termine «perentorio» e ha annunciato di voler procedere alla redazione del piano discutendolo con i sindacati e le opposizioni. In agosto sono in tanto successe due cose. Innanzitutto la forzata introduzione, per decreto ministeriale, del ticket di 10 euro per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, che in Abruzzo sarà pagato dalle famiglie con un reddito superiore a 36.151 euro l'anno. Secondo Chiodi il provvedimento toccherà il 30% degli assistiti, il restante sarà esente per reddito o per patologia. L'altro fatto riguarda lo sblocco deciso dal governo di 255 milioni di euro a favore del sistema sanitario regionale (un fondo aggiuntivo sulla cui concretezza il Pd ha avanzato dubbi ritendendolo una semplice partita di giro). Questi soldi assieme a 40 milioni del fondo per il terremoto saranno girati alle Asl per investimenti nella sanità territoriale. Su questo tema Chiodi e i sindacati hanno siglato un accordo definito «storico», accordo la cui tenuta sarà messa alla prova soprattutto in vista della introduzione imminente della compartecipazione degli assistiti ai servizi di residenzialità e semiresidenzialità. (a.d.f.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gianni Chiodi, presidente della giunta e commissario della sanità

Sanità, dg a rapporto: fuori i conti

I direttori delle Asl al lavoro per la manovra anti-buco. Se c'è deficit ancora tagli

Più ricette,
i medici di base
però risparmiano
15 milioni

Pronto soccorso:
impegno per i primari
basta con la giungla
dei "codici bianchi"

Tutti a rapporto con i conti alla mano. La ripresa del lavoro per i 23 direttori generali delle Asl del Veneto sarà un po' traumatica: primo appuntamento per tutti (a scaglioni) con il segretario generale Domenico Mantoan per controllare l'andamento del primo semestre del 2011. L'obiettivo è quello di non trovare qualche sorpresa sul finire dell'anno quando mettere in atto una ulteriore manovra correttiva per far quadrare i bilanci sarebbe quanto meno impossibile.

Ma non sono solo i direttori generali ad essere chiamati a raccolta: il 6 settembre a conclave con il segretario Mantoan ci saranno i direttori dei Pronto Soccorso per i "codici bianchi", l'idea è quella di mettere un po' di ordine per evitare gli accessi impropri che intasano le strutture (e costano). C'è pure l'ipotesi di un display che aiuti il cittadino a capire cosa sta avvenendo mentre attende. Altro capitolo per risparmiare.

Del resto lo scorso anno, proprio in questo periodo, si vociferava di un buco della sanità di un miliardo e 200 mila euro, cifra sicuramente esagerata, ma che ha prodotto nel sistema sanitario veneto una vera e propria corsa al risparmio che ha dato i suoi frutti. Mai come prima le Asl sono state capaci di risparmiare, tagliando rami secchi o contra-

endo gli acquisti.

Quest'anno pare andare un po' meglio, voci di corridoio assicurano che a parte qualche situazione storicamente disperata, non ci dovrebbero essere buchi clamorosi e la manovra di settembre non dovrebbe essere poi così traumatica. Una situazione di (apparente) calma piatta che ha come complice una manovra che l'assessore Luca Coletto e il segretario Mantoan hanno messo in atto ancora all'inizio dell'anno, coinvolgendo tra le varie figure anche i medici di medicina generale. Ed è proprio su queste figure, 3500 camici bianchi nel Veneto, che la Regione ha riposto molte aspettative. Ben ripagate, se il risparmio che i medici hanno ottenuto nelle sole prescrizioni di farmaci è stato di 15 milioni di euro. «Abbiamo puntato sulla appropriatezza della cura, usando in maniera oculata i vantaggi legati alla scadenza dei brevetti di alcune molecole, i farmaci cosiddetti equivalenti - sottolinea Lorenzo Adami, segretario Fimmg (Federazione italiana dei medici di medicina generale) del Veneto fino a tre mesi fa e ora responsabile del Veronese - I soldi risparmiati

dovevano servire per liberare risorse da destinare al potenziamento del territorio, ma molte Asl non stanno mantenendo la parola e le utilizzano per coprire i buchi nei bilanci».

Paradossalmente la spesa farmaceutica in Veneto per il 2010 è stata di 769.611.942 (-0,4% nel quinquennio 2006-2010), mentre il numero delle ricette è stato di 38.995.502 (+26% nel quinquennio 2006-2010). E il trend del primo semestre pare incrementi di quasi un 50 per cento la performance positiva. «Perché abbiamo prescritto con più appropriatezza - sottolinea Adami - Curando meglio e spendendo meno».

Adesso però i medici si aspettano che la delibera che prevede l'avvio del processo di riorganizzazione della medicina territoriale, che giace a palazzo Balbi da 6 mesi, venga approvata così come era nei patti.



Pronto un piano per recuperare un miliardo di tagli Sanità, la Regione: esenzioni da rivedere

Sanità a corto di soldi: la manovra di metà luglio del ministro Giulio Tremonti mette a rischio un miliardo di euro di fondi per gli anni 2013 e 2014. Così, con l'autunno, l'obiettivo di risparmiare porterà la Regione Lombardia a rimettere in discussione i modelli sanitari che stanno alla base dell'offerta di cure ai cittadini. Nel mirino, con ogni probabilità, anche il sistema di esenzioni dal ticket che oggi riguarda due lombardi su tre.

L'ha spiegato il direttore generale della Sanità, Carlo Lucchina, al meeting di Comunione e Liberazione di Rimini. Sarà richiesta più severità, poi, per diventare direttore generale di Asl e ospedali. Il Pirellone, forse, ha deciso di correre ai ripari alla luce di due ricorsi al Tar.

A PAGINA 5
Ravizza

Salute & costi Lucchina, direttore generale del Pirellone, anticipa le linee guida al meeting di Rimini

«Sanità, esenzioni da rivedere»

La Regione: tagli da un miliardo, ma solo un cittadino su 3 paga il ticket

Stretta sui manager

L'ultimo provvedimento del Pirellone rivoluziona i criteri per diventare manager degli ospedali

Il ritornello è sempre lo stesso: sanità a corto di soldi. Con i provvedimenti di luglio e agosto il Pirellone rivoluziona la manovra di tagli per 135 milioni su ricoveri e farmaci, con l'autunno l'obiettivo di risparmiare porterà la Regione Lombardia a rimettere in discussione i modelli sanitari stessi che stanno alla base dell'offerta di cure. Nel mirino, con ogni probabilità, anche il sistema di esenzioni dal ticket che oggi riguarda due cittadini su tre. L'ha spiegato il direttore generale della Sanità, Carlo Lucchina, al meeting di Comunione e Liberazione che si è appena concluso a Rimini.

I conti ormai sono stati fatti: oltre all'introduzione del ticket da 10 euro (poi rimodulato dal Pirellone a seconda del

costo delle prestazioni richieste), per la sanità della Lombardia la manovra di metà luglio del ministro Giulio Tremonti mette a rischio un miliardo di euro di fondi per gli anni 2013 e 2014. Di qui l'esternazione di Lucchina al meeting di Cl: «La revisione delle esenzioni in sanità non può più essere un argomento tabù». Il suo intervento è stato all'interno del dibattito: «Federalismo in sanità: risorse umane e finanziarie. Quale futuro?». In platea, praticamente, tutti i vertici dei più importanti ospedali di Milano.

Il bilancio sanitario della Lombardia è dichiarato in pareggio dal 2003, data dell'arrivo all'assessorato della Sanità di Lucchina. Ma i cordoni della borsa tenuti da Roma sono sempre più stretti: per gli effetti della Finanziaria, al Fondo sanitario nazionale mancheranno verosimilmente 3 miliardi e mezzo di euro per il 2013 e ulteriori 2 miliardi e mezzo per il 2014. Il che vuol

dire che alla Lombardia non saranno distribuiti per i due anni in questione rispettivamente 600 e 400 milioni.

Di qui l'intenzione di rivedere i modelli dell'assistenza sanitaria (con relativi costi). È quello che s'annuncia essere il tema caldo per la sanità d'autunno. Con tempi duri anche per i manager degli ospedali che saranno tenuti sempre più sotto pressione. Già nelle ultime settimane la richiesta di chiarimenti sui bilanci presentati al Pirellone — e il rinvio della loro approvazione — sta facendo traballare sulla poltrona più di un direttore generale.

Più severità. Con un nuovo provvedimento l'assessorato alla Sanità dà un colpo di spugna agli elenchi con i 711 nomi dei candidati alla carica di direttore generale. La richiesta è di re-isciversi, con criteri di ammissione, però, decisamente più stringenti. Diventa obbligatoria la frequentazione del corso per manager della sanità organizzato a livello regionale e, per chi arriva da aziende private, finalmente sono richieste esperienze pluriquotate: «Saranno prese in considerazione esclusivamente le attività svolte in qualità di amministratore delegato con incarichi operativi (...) — si leg-



Lettori: n.d.

CORRIERE DELLA SERA
Milano

29-AGO-2011

Diffusione: n.d.

Dir. Resp.: Ferruccio de Bortoli

da pag. 5

ge nella delibera — in società che abbiano un fatturato di almeno 5 milioni di euro o che abbiano un organico aziendale pari almeno a 100 unità».

Del resto, su due nomine dello scorso dicembre pende già un ricorso al Tar, in discussione il 10 novembre: Nicola Mucci dell'Asl di Sondrio può esibire come (unica) esperienza la dirigenza nella società assicurativa di famiglia (e agli atti risulta che la Previtali e Mucci Sas ha solo tre addetti, Mucci stesso, il padre e il fratello); Alessandro Visconti, al timone degli Istituti clinici di perfezionamento (Icp) di Milano, può vantare l'incarico di direttore amministrativo per tre anni dell'Asl di Milano e una pregressa esperienza da dirigente amministrativo e finanziario della Newlast Group srl, una società dell'industria calzaturiera sempre con pochi dipendenti. Forse, il Pirellone ora si è deciso a correre ai ripari.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pirellone Carlo Lucchina,
direttore generale Sanità

FederLab Italia

Le bugie sui ticket da pagare per la sanità

di Franco Piacentini

I governanti nazionali e regionali nei loro avanspettacoli politici, aggrappandosi sugli specchi, hanno cercato di motivare le «cause» che hanno determinato l'introduzione dei nuovi ticket sulla diagnostica, sulle visite specialistiche e sui codici bianchi del pronto soccorso, quest'ultimo (venticinque euro) da alcuni anni già applicato in Veneto. Giustificare che il taglio di 847 milioni di euro (a tanto ammonta l'indisponibilità del governo a coprire finanziariamente questa parte di compartecipazione ai costi sanitari) sarebbe uno dei tasselli indispensabili per non far cadere le casse dello Stato, è veramente una grottesca assurdità. Per non scaricare questo ulteriore peso economico sulle spalle delle persone che hanno bisogno di prestazioni e cure sanitarie, era ed è sufficiente ridurre (tagliare) lo 0,01% dei costi di quella politica parassitaria che danneggia il Paese o recuperando analoga percentuale dall'evasione fiscale. Negli ultimi giorni nel balletto dello scaricabarile sulle responsabilità e sulle prese di distanza nei confronti di chi ha voluto questo nuovo balzello (consapevoli che le voci strumentalmente più arrabbiate, comunque, sono collocate negli stessi partiti che hanno approvato all'unanimità la recente manovra finanziaria) è stato individuato il «capro espiatorio»: il Sud d'Italia.

Qui veramente siamo alla

farsa.

Da moltissimi anni le pubbliche Istituzioni nazionali, regionali e locali, sfornano periodicamente le cifre sui bilanci dei sistemi sanitari di tutte le Regioni e di tutte le Aziende ospedaliere e sociosanitarie. Quindi, a fronte di dati da tempo ben noti, affermare oggi che in Italia, sul versante della spesa sanitaria (per delle specifiche storiche motivazioni sociali, da non banalizzare), vi sono Regioni virtuose e altre «sprecone», è scoprire l'acqua calda. Sulla necessità, sull'urgenza, di intervenire per portare (obbligando le giunte regionali) in pareggio i bilanci sanitari e sociosanitari di tutte le Regioni, rispettando i diritti costituzionali universali e aggiornando e ampliando i Lea (livelli essenziali assistenziali, sanitari e sociali), più volte il sindacato ha sollecitato il governo, anche nelle discussioni sul federalismo fiscale (solidale) e sui prossimi costi standard, ad adottare efficaci strumenti concertati con le parti sociali e con le amministrazioni locali, per far uscire velocemente dalle sacche del debito e dal malgoverno sanitario, quelle Regioni che per decenni hanno «gestito allegramente» (appalti, privatizzazioni, esenzioni senza controlli, etc.) le risorse pubbliche del Paese con il consenso, e in alcuni casi con la complicità, di autorevoli personaggi della politica nazionale e locale.

Come si può benissimo evincere, per moralizzare i servizi pubblici e per riequilibrare la spesa sanitaria e i costi assistenziali, necessitano credibili e condivisi interventi strutturali; non ser-

vono slogan ad effetto mediatico, perché potrebbero provocare lo scontro nel Paese tra persone che, indipendentemente dalla loro residenza territoriale, hanno il diritto di ricevere dalla rete pubblica, senza altri costi, tutte le appropriate prestazioni sociosanitarie e socio-assistenziali necessarie ai loro fabbisogni di salute, di sicurezza e di tutela psicofisica.

E infine veniamo alle cose a noi più vicine.

La giunta regionale del Veneto, che dichiara di essere stata costretta dal governo (obtorso collo) all'applicazione del super-ticket, dal momento che con grande enfasi ha sbandierato ai quattro venti i buoni risultati ottenuti sui versanti dell'avanzo di bilancio in sanità (esercizio 2010) e della riduzione agli sprechi, può benissimo esentare tutti i cittadini dalla nuova compartecipazione dei cinque o dieci euro per ricetta.

Inoltre, il governatore del Veneto (anche in nome della sua compagine di governo regionale) darebbe un significativo e credibile segnale politico di coerenza alle sue dichiarazioni, se pubblicamente e formalmente si dissociasse dal governo nazionale che ha «imposto» il super-ticket in sanità e deliberato una pesantissima manovra finanziaria che colpisce lavoratori, pensionati e ceti meno abbienti e penalizza, ancora una volta, le autonomie locali.

(coordinatore
del dipartimento Welfare
della Cgil del Veneto)



Tickets sanità: ecco le novità, le esenzioni e i numeri utili

La Regione per la prima volta chiede un contributo sulle ricette. Esentati i redditi sotto i 36.000 euro.

Da lunedì 29 agosto anche in Emilia-Romagna verranno introdotti i tickets su farmaci e viste specialistiche, ma modulati su fasce di reddito, definiti sulla base di un'autocertificazione e salvaguardando le attuali esenzioni. Si tratta di un adempimento previsto dalla manovra finanziaria del Governo che ha tagliato 834 milioni di euro annui dal Fondo sanitario nazionale, 100 dei quali in Emilia-Romagna. La Regione Emilia-Romagna, pur dovendo uniformarsi, ha deciso di non applicare il ticket previsto di 10 euro per tutte le prestazioni e per tutti i cittadini, indipendentemente dalle condizioni economiche. Nelle scorse settimane le Regioni avevano proposto senza successo al Governo di recuperare i fondi tagliati al SSN con una tassa sulle sigarette.

Farmaci

E' la prima volta che in Emilia-Romagna viene applicato un ticket sulla farmaceutica. Il provvedimento, messo a punto dall'Assessorato regionale alle politiche per la salute, introduce un ticket in base al reddito familiare annuo lordo autocertificato.

Tale ticket non riguarda chi ha un reddito inferiore ai 36.152 euro e chi già usufruisce di un'esenzione: per reddito, età, patologia cronica o altre condizioni.

Questi i ticket e le relative fasce di reddito: niente ticket fino a 36.152 euro l'anno lordi. Un euro a confezione tra i 36.153 euro lordi l'anno e i 70.000 (con un tetto di due euro per ricetta).

Due euro a confezione tra i 70.001 e i 100.000 (con un tetto di 4 euro per ricetta). Infine 3 euro a confezione oltre i 100.000 con un tetto di sei euro per ricetta.

Visite specialistiche, prestazioni di chirurgia ambulatoriale

Il ticket per le visite specialistiche aumenta di 5 euro per tutti, indipendentemente dal reddito. Chi è esente continuerà ad esserlo.

Per la prima visita il ticket sarà dunque di 23 euro, per quelle di controllo di 18 euro.

Viene introdotto anche un ticket di 46,15 euro per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale della cataratta e della sindrome del tunnel carpale.

Risonanza magnetica e Tac

Anche per la risonanza magnetica e la Tac la compartecipazione del cittadino viene rimodulata. Fino a un reddito di 36.152 euro annui resta tuttavia invariata. Questi gli importi e le relative fasce di reddito: 36,15 euro fino a 36.152 euro lordi anno; 50 euro tra i 36153 e i 100.000 euro; 70 euro oltre i 100.000.

Esami specialistici

Viene introdotto, e modulato in base al reddito, un ulteriore ticket sulla ricetta con esami che da soli o nel loro insieme, hanno un valore tariffario superiore a 10 euro. La misura non riguarda i redditi fino a 36.152 euro. Tale quota non si applica alle ricette che prescrivono solo la visita e a quelle che prescrivono Tac e risonanza magnetica. Se la ricetta contiene la visita e altre prestazioni, il costo della visita non concorre a determinare il valore tariffario.

Queste le tariffe: 0 euro fino a 36.152; 5 euro tra i 36.153 e i 70.000; 10 euro tra i 70.001 e i 100.000; 15 euro oltre i 100.000.

Pronto soccorso

Non cambia nulla, restano in vigore i ticket e le esenzioni attuali.

Le esenzioni

Sono confermate tutte le attuali esenzioni nazionali e regionali: bambini fino a 6 anni di età e anziani dai 65 anni, con reddito familiare lordo inferiore o uguale a 36.152 euro, persone con invalidità e con malattie croniche, donne in gravidanza, disoccupati, lavoratori in cassa integrazione e loro familiari.

Come fare l'autocertificazione

Il reddito familiare annuo lordo in base al quale viene calcolato il ticket deve essere dimostrato dai cittadini attraverso un'autocertificazione che dovrà essere compilata per ogni componente del nucleo familiare una sola volta. In questo modo ciascun cittadino sarà in possesso del modulo con cui accedere a tutti i servizi, unitamente alla prescrizione. I dati dell'autocertificazione saranno registrati nell'anagrafe sanitaria con il relativo codice di fascia di reddito, che a regime sarà automaticamente riportato in ogni prescrizione.

In fase di avvio, tale codice potrà essere riportato manualmente su ogni ricetta, nell'apposito spazio previsto per le esenzioni, dallo stesso cittadino.

Moduli

I moduli per l'autocertificazione possono essere reperiti in tutte le sedi del Servizio sanitario, nelle farmacie, negli ambulatori, nelle sedi di patronati, Caaf, sindacati e associazioni di categoria, o scaricati dal sito www.saluter.it.

La loro compilazione può essere fatta presso tutti gli sportelli in cui si effettuano le procedure per esenzione ticket (Aziende Usl e ospedaliere, patronati, Caaf, associazioni di categoria) o in alternativa autonomamente.

In questo ultimo caso copia del modulo di autocertificazione dovrà essere trasmessa per posta, fax o mail agli indirizzi dell'Azienda sanitaria di residenza reperibile sul sito www.saluter.it.

Per informazioni

Per spiegare ai cittadini le modalità dei nuovi ticket è disponibile il numero verde del Servizio sanitario regionale 800 033 con telefonata gratuita sia da fisso che da cellulare, nei giorni feriali dalle 8,30 alle 17,30 e il sabato dalle 8,30 alle 13.30.



SANITA': ASL 1, CONVENZIONE CON PRIVATI PER RIDURRE LISTE D'ATTESA



L'AQUILA - La Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila si avvarrà delle strutture sanitarie private presenti sul territorio provinciale per snellire le liste di attesa, con particolare riferimento alla diagnostica per immagini. L'accordo, parte integrante del contratto che la Regione sta sottoscrivendo con le Asl abruzzesi, sarà operativo dal 10 settembre, con validità biennale, per gli anni 2011-2012.

“Nei giorni scorsi, insieme al sub-commissario alla sanità, Baraldi, ho incontrato gli operatori della sanità privata per mettere a punto un'ipotesi di accordo e di integrazione dei servizi”, ha annunciato il direttore generale della Asl, **Giancarlo Silveri**.

Si tratta, in particolare, di Villa Letizia dell'Aquila, della clinica Di Lorenzo, la Nova Salus e la Ini Canistro di Avezzano, Immacolata di Celano e San Raffaele di Sulmona.

“Attraverso una più ampia disponibilità dei contratti in essere, l'azienda sanitaria potrà disporre prioritariamente”, spiega Silveri, “delle prestazioni erogabili dai privati. Si arriverà presto ad un'unificazione delle agende, che consentirà alla Asl di scegliere ciò di cui ha realmente bisogno e di avvalersi di un supporto concreto, secondo le necessità, in un'ottica di integrazione dei servizi, nell'interesse reciproco. Un sistema che si tradurrà nello snellimento delle liste di attesa che, in alcuni casi, arrivano fino a febbraio del prossimo anno”.

La Asl ha definito, attraverso un monitoraggio, le criticità esistenti, soprattutto nella diagnostica per immagini.

“Gli utenti che hanno già prenotato visite specialistiche e controlli strumentali”, aggiunge Silveri, “riceveranno una telefonata dai nostri operatori e potranno scegliere di anticipare l'esame nella struttura privata più vicina”.

L'accordo con la Regione ha eliminato anche la distinzione, nel tetto di spesa dei privati, tra prestazioni regionali ed extraregionali.

“E' in arrivo una mini-rivoluzione”, conclude il manager, “quello delle liste di attesa è un grande problema che stiamo affrontando concretamente per accorciare notevolmente i tempi di attesa per esami e visite specialistiche”.

La Asl non esclude di poter attingere, secondo le necessità, a fondi aggiuntivi per l'integrazione dei servizi con i privati.